



– Positivt å
bli kontrollert

Side 42

Doserer ofte feil

Bruken av legemidlet Metotreksat
er nesten doblet siden
2004. Side 66

Snart ferdig
med NSF

Hva har hun oppnådd? Side 82



Sykepleien

NSF POLITIKK: Nå planlegges tariffoppgjøret for 2012.
Hvilke krav skal sykepleierne legge mest vekt på?

11 | 2011
29. september
2011
99. årgang

Et sykehus i det fjerne

Det er fremdeles
en lang vei å gå før
Oslo universitets-
sykehus ligner på
visjonen sin.





- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel² eller drospirenon³)

NUVARING®

Før forskrivning av Nuvaring®
se preparatomtalen

C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr.: G02B B01

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **Indikasjon:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migræne med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykkmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboser. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder).

Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Leverturnor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjon på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for

vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamid, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonen av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons-hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Overgang i morsmelk:* Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksjoner: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener: Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerne/kar: Hete-tokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksjoner: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspenning, cervixpolyp, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektropi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampesmerter i uterus, brennende følelse i skjeden, vondt lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irriterbarhet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hud: Urticaria. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 125,90, 3 stk. kr 321,80.

Sist endret: 07.06.2010

Referanser:

1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no

Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 10-2012-NUV-2010-SCAN(NO)-4987-J

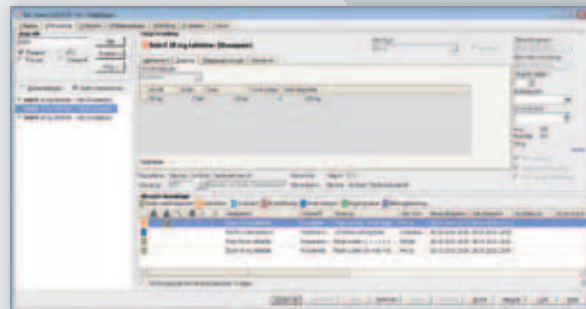
DIPS Medikasjon

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

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

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

DIPS Medikasjon støtter full integrasjon mot automatisk medisinforsyningsystem.



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

www.dips.no



Ett lite lån og ett lite lån og en liten kreditt. Det blir ganske dyrt. Løs dem ved å ringe 815 56 474.

Som sagt. Ring. Vi liker å bruke telefonen. Da kan du spørre og vi kan forklare. Vi synes at det er triveligere. Men vi er så gammeldagse at vi også har en hjemmeside der du kan søke om lån.

Rente fra

8,9%*

eff rente fra 9,8%

Månedsbetaling beregnet ut ifra en tilbakebetalingstid på 12 år

	8,9%	11,9%	15,9%
50 000 kr	648	738	868
100 000 kr	1215	1392	1648
200 000 kr	2347	2700	3207
300 000 kr	3479	4007	4766

Etableringsgebyr på 1475 kr og termingebyr på 65 kr er inkludert i månedsbetalingen i tabellen.

*Renten er individuell og er mellom 8,9% - 19,9% og du kan velge tilbakebetalingstid mellom 1-12 år. Det avgjør hva månedsbetalingen blir.

www.nordax.no

FOR Å SØKE: Alder 23-69 år, minst 150 000 kr i årsinntekt, norsk statsborger eller bodd i Norge i 3 år og ikke ha eller ha hatt betalingsanmerkninger. DEN EFFEKTIVE RENTEN: 19,23% på 65 000 kr, 5 år, nom. rente 15,9% og etableringsgebyr 1 475 kr og termingebyr 65 kr. Totalt beløp å betale er 100 715 kr (aug 2011).



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
aknbh@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 Bjørg Nordstrand
tlf. 22 04 33 56
bjorg.nordstrand@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

Markedskonsulent Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@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:



Arne Johansen skriver om typiske yrkesskader for helsepersonell, og påpeker at måten skaden blir utløst på vil kunne være avgjørende for retten til å få erstatning. Den første meldingen til forsikringsselskapet blir ofte tillagt betydelig vekt. Kronikk side 78.



Marie Aakre tar tak i forslaget til NSF's landsmøte om å endre mandatet til Rådet for sykepleietikk. Skal ikke Rådets stemme være med i debattene om sykepleiekvalitet, men ha «munnkurv» til juristene er ferdige, noe som kan ta flere år? Dilemma side 80.



Ingvar T. Skjerve forteller om sin mormor som ble alvorlig kreftsyk og hadde store smerter. Skjerve tror ikke alternative metoder kurerer sykdom, men kan ha en funksjon. Snåsamannen ga en lindring og nærhet mormoren ikke møtte i helsevesenet. Refleks side 88.



Lisbeth Normann skriver om Aker-sykepleierne som er overført til Ullevål og ikke får samme lønnsstilling som kollegaene. Respektløst av sykehusledelsen, og flott at sykepleierne sier fra gjennom pressen, skriver Normann på side 74.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Jeg føler meg ikke

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Forbereder tariffoppgjøret
- 11 Svak lønnsvekst for sykepleierne
- 12 Knuser rapport om samers helse
- 16 Dobbel risiko for vanskelig liv
- 18 Spesialistgodkjenning nærmer seg
- 20 Sopp og råte blir ikke fjernet
- 22 Her er kandidatene til styre og stell i NSF
- 26 Lover krafttak mot ufrivillig deltid
- 27 Vi bare spør Sonja Edvardsen

Der ute

- 38 – Snakk om å være skeiv!
- 41 Gammel, grå og homo?
- 42 – Greit å bli kikket i kortene
- 46 Paragrafrytterne
- 47 Min jobb: Ingunn Kjønnøy
- 48 Øyeblikket
- 50 Invitert av norske leger
- 53 Vasker seg ut av jobben
- 56 2 av 3 kommuner mangler kreftsykepleier



48

27

- 28 Byggeplass, flyttebyrå og sykehus
- 30 15 spørsmål på veien mot målet
- 36 – Fagmiljøer ødelegges
- 36 – Uforsvarlig helhet
- 37 Venter seg flere bekymringsmeldinger

28



sikker på at kjønn ikke blir en faktor i valget av ny NSF-leder.»

11 • 2011

29. september 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

- 58 Kreftnettverk gir trygghet
- 62 Måler smerte hos personer med demens
- 66 Metoreksat doseres ofte feil
- 68 Forfatterintervju: Haakon Bull-Hansen
- 70 Bokanmeldelser
- 71 Jeg elsker min ... vippemaskin
- 72 Hjelper kreftpasienter å holde vekten
- 72 Quiz

Mennesker og meninger

- 74 Lisbeth Normann om lønnsforskjeller
- 75 Siden sist og meninger
- 78 Arne Johansen om yrkesskadeerstatning
- 80 Dilemma: Marie Aakre
- 82 Tett på Lisbeth Normann
- 86 Hør her: Anne-Kari Bratten vs. Anders Folkestad
- 88 Refleks: Ingvar T. Skjerve

- 89 Stillingsannonser
- 94 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Nå aner vi virkelig uråd, og vil gjerne «bjeffe» høyt.»

Marie Aakre

80



«Mitt inntrykk er at flere og flere står fram tidligere.»

38



82

SenSura[®]Mio



Passer til forskjellige kroppsfasonger Føles sikker

En ny elastisk colostomipose

SenSura[®] Mio er en ny colostomipose utviklet med en hudplate som gir økt elastisitet og tilpasningsevne. Den elastiske hudplaten er basert på BodyFit™ Technology. Den tilpasser seg kroppens konturer og sikrer at hudplaten sitter godt, samtidig som den følger seg etter kroppens naturlige bevegelser.

For mer informasjon, gå inn på www.coloplast.no



Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

 **Coloplast**

Coloplast utvikler produkter og tjenester som gjør livet enklere for mennesker med personlige medisinske behov. Vi samarbeider tett med brukere av våre produkter og utvikler løsninger tilpasset deres behov. Vi kaller dette intimsykepleie. Våre forretningsområder inkluderer stomi, urologi og kontinens, hud- og sårpleieprodukter. Vi er et internasjonalt selskap med over 7000 ansatte.

Coloplast er et registrert varemerke eid av Coloplast A/S © 2011-05
Alle rettigheter er forbeholdt Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Danmark

Coloplast Norge AS
Svovelstikka 1
0603 Oslo
Tlf.: +47 22 57 50 00

www.coloplast.no

Barth Tholens om kjønn

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Klar for en mann?

Kan en mann lede an i kampen for å heve statusen til et kvinnedominert yrke?

Ansatte i kvinnedominerte yrker tjener bare 80 prosent av det menn tjener i mannsdominerte yrker. Det gjelder også sykepleiere. Til tross for høyskoleutdanning klarer de ikke å hale inn på ingeniører. Barte-kampanjer og tverrpolitisk enighet om behovet for likelønn har ikke resultert i noe lønnsløft så langt.

Kampen om likelønn og økt status for sykepleierne har nødvendigvis vært preget av feministisk retorikk. Hvorfor skal kvinner alltid tjene mindre enn menn? Hvorfor skal leger alltid stikke av med de fete tilleggene, mens sykepleierne ikke engang får betalt for å ta videreutdanning? Er det tilfeldig at mannlige kommunedirektører belønner kommuneingeniører med både høy lønn og hele stillinger, mens Kari i hjemmesykepleien må nøye seg med mikroskopiske stillingsbrøker og en lønn hun ikke kan leve av uten å ta ekstravakter?

Ni av ti sykepleiere er kvinner. Derfor er det ikke rart at Sykepleierforbundet tradisjonelt har hatt kvinner i de fremste posisjonene. For at yrket skulle komme seg opp og fram, skulle de tillitsvalget både «bøllekurs» og utstyres med symbolske barter. Det skulle mobiliseres mot «mannstenkningen» i styre

Ville man noen gang kalt mannlige leger for «sengeressurs»?

og stell, mot gamle, patriarkalske holdninger i samfunnet. Slagordet «Lønn som fortjent» hadde derfor også en ironisk snert mot manns-Norge som innkasserte lønnsøkninger som en årlig selvfølge.

Kun én mann, Kjell-Henrik Henriksen, har hatt toppvervet i NSF i én periode på 70-tallet. I forbundsstyret i denne landsmøteperioden er 2. nestleder Jan-Erik Nilsen eneste mannlige innslag. De øvrige politisk valgte er kvinner. Og kvinnene i NSF er lei av mannsdominans.

Så hvordan blir dette når NSF's landsmøte i november plutselig kan velge mellom en kvinne og en mann som fremste tillitsvalgt i organisasjonen, etter at Lisbeth Normann trekker seg? Ved siden av fylkesleder i Oslo, Eli Gunhild By, har den tidligere statssekretær i barne- og likestillingsdepartementet Kjell Erik Øie kastet seg inn i striden om toppvervet. Begge er habile kandidater med lang og relevant erfaring. Begge har nok tyngde til

å lede en organisasjon som har mange utfordringer på forskjellige fronter.

På mange av disse frontene er kjønnsaspektet på en eller annen måte til stede. Og det gjelder ikke bare lønn. For eksempel kan det ikke være noen tilfeldighet at mannlige leger uten stopp har toppet hierarkiet i både Helsetilsynet og Helsedirektoratet, mens NSF i mange år forgjeves har ropt om en nasjonal sjefsykepleier. Eller hva skal man si om at leger konsekvent blir kalt leger i offentlige dokumenter, mens sykepleiere i økende grad blir usynliggjort gjennom kunstige titler og såkalt profesjonsnøytrale betegnelser. Ville man noen gang kalt mannlige leger for «sengeressurs»?

Om NSF nå har guts nok til å gå til fronten med en mannlig hærfører, om han nå er den rette, ville det gitt et signal om at organisasjonen tar sine egne paroler på alvor. Men jeg føler meg ikke sikker på at kjønn ikke blir en faktor i valget. NSF's studentpolitikere har lenge påpekt at man må gjøre slutt på «kjerringveldet» i yrket hvis man skal ha forhåpninger om at menn i fremtiden vil velge seg sykepleie som levevei. Skal yrket – og organisasjonen – være attraktiv for menn, må man skape et klima hvor menn kan utøve faget og engasjere seg på egne premisser, på samme måten som kvinner gjør det.

Det betyr ikke at kjønn ikke skal være et tema. Den mest radikale formen for å sette kjønn på agendaen på årets landsmøte, er trolig, etter min mening, å se helt bort fra kjønn når man skal velge hvem som er best egnet.



Aker-sykepleiere sier opp

Sykepleiere som har blitt overført fra Aker til Ullevål infeksjonsavdeling i forbindelse med sammenslåingen av Oslo-sykehusene, sier nå opp jobben. Grunnen er at de ikke får et lønnstillegg på opp til 35 000 kroner året. Det har Ullevål-sykepleierne fått i mange år som et rekrutteringstillegg. Tillegget tilbys også nyansatte. Det er 10 sykepleiere som er overført fra Aker til denne Ullevål-avdelingen. Til nå har 4 allerede sluttet, og flere planlegger det samme.

19. september hadde Dagsavisen en reportasje om sykepleierne. De er lei av å bli behandlet som annenrangs ansatte. Det er særlig tillegget på opp til 35 000 kroner som setter sinnene i kok, men også flere ulikheter i avtalene de Aker-ansatte er bundet av, som gir dem dårligere arbeidsvilkår.

Sykehuset oppgir økonomi som årsak til at Aker-sykepleierne ikke kan få det samme tillegget som sine kolleger. Lønnsforskjeller må jevnes ut gjennom lønnsoppgjørene.

– Dette handler ikke om avtaler, men om hvilken personalpolitikk man ønsker å føre, sier foretakstillitsvalgt for sykepleierne Merete N. Morken til sykepleien.no

Les mer om prosessen med å slå sammen Oslo-sykehusene på side 28.



Søker innovatører

Kjenner du en smarting? Sykepleiens konkurranse Smartprisen 2011 har frist 1. november. Send inn forslag til hvem som fortjener prisen så fort som mulig! Se hvordan på sykepleien.no



Barnehus i Ålesund neste år

Neste år åpnes landets åttende barnehus i Ålesund, melder Justis- og politidepartementet.

I løpet av fire år er det etablert barnehus i Trondheim, Tromsø, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Hamar, Oslo. Det første ble opprettet i Bergen i 2007.

– Barnehusene bidrar til at mer vold avdekkes og kan stoppes, og at barna får hjelp og beskyttelse. Jeg er glad for at barn utsatt for vold og overgrep, eller som har vært vitne til slikt, får hjelpen de trenger på ett og samme sted, sier justisminister Knut Storberget i en pressemelding.

Barnehusene er etablert for å bedre hjelpetilbudet til barn som lever med vold i familien. Barn som selv utsettes for vold og seksuelle overgrep, skal sikres hjelp, omsorg og behandling. Et tverrfaglig personale gjør at barn slipper å bli fraktet rundt fra den ene instansen til den andre for å fortelle sin historie om og om igjen.



MØTER HAMAR-BARNA: Fra barnehuset i Hamar, som Sykepleien fortalte om i 2009. Foto: Marit Fonn.

Hva skjer

Les mer om:

- 10 Forbereder tariffoppgjøret 2012 ›
- 11 Liten lønnsøkning for sykepleierne ›
- 12 Slakter samerapport ›
- 18 Snakker om spesialistgodkjenning ›
- 20 Sopp og råte blir ikke fjernet ›
- 22 Kandidatene til verv i NSF ›
- 26 Lover krafttak mot ufrivillig deltid ›

sykepleien.no

Snart samhandlingsreform - følg med på sykepleien.no



Vaktlista avgjør



LITEN OG SÅRBAR: Hvem som er på jobb, kan være avgjørende for utfallet. Foto: Colourbox.

Sammensetningen av personell ved en nyfødt intensivavdeling kan utgjøre en risiko for pasientene. Det viser funn i Inger J. Danielsen's doktorgradsarbeid. Hun er stipendiat ved Universitetet i Tromsø. Hvis en lege eller sykepleier ikke evner å gjøre det som er forventet i en krisesituasjon, blir ikke arbeidet godt. Det kan føre til frustrasjon, eller i verste fall risiko for barnet, skriver forskning.no.

Danielsen forteller til forskning.no at erfarne spesialsykepleiere ved nyfødt intensivavdeling er spesielt opptatt av hvem de skal være på vakt sammen med, og at de orienterer seg om vaktstyrken med en gang de kommer på jobb, fordi de vet at sammensetningen har mye å si for hvordan arbeidsdagen kommer til å bli.

Retningslinjer for retningslinjer

Helsedirektoratet har nå sendt utkast til retningslinjer for å utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer ut på høring. De som har innspill til retningslinjene for retningslinjene har frist på seg til 15. desember.

– Ikke heroin som behandling

– Grunnlaget er ikke godt nok for å innføre heroinassistert behandling i Norge. Det er konklusjonen etter en konsensuskonferanse om heroinassistert behandling, arrangert av Forskningsrådet. Konklusjonen er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Et bredt sammensatt panel av fagfolk og brukere står bak rapporten som i hovedsak bygger på materiale og innlegg fra konsensuskonferansen.

REISETID I MINUTTER til nærmeste sykehus med akuttfunksjon.

Reisetid i minutter - andel innbyggere i prosent

	0-30	31-60	61-90	91-20	over 120 minutter	
Finland	53	32	10	2,7	1,9	100
Norge	47	28	13	3,4	8,7	100
Sverige	50	39	8	1,3	0,9	100
Totalt	50	34	10	2,4	3,6	100

Kilde: Spesialisthelsetjenesten i Norden. Sintef Helse 2011

Sensitive opplysninger på avveier

Et kontrollskjema for å kartlegge forekomsten av postoperative infeksjoner ble nylig sendt ut til tusen nyopererte pasienter ved St. Olavs Hospital. I konvoluttene lå det også opplysninger om andre pasienter.

Laboratoriemedisinsk klinikk ved sykehuset sendte ut brevene, ifølge St. Olavs Hospitals hjemmesider.

Ved en feiltakelse ble det lagt to skjemaer i samme konvolutt ved utsending, der det ene skjemaet inneholdt navn og personnummer til en annen pasient. Det framkom også at vedkommende hadde vært på sykehuset, men ikke diagnose eller type inngrep. St. Olavs Hospital ble gjort oppmerksom på feilen da pasienter tok kontakt.

– Dette er svært beklagelig, og vi er glade for at pasientene har tatt kontakt med oss. Dette skal ikke skje, sier klinikkens sjef ved Laboratoriemedisinsk klinikk, Trond Jacobsen til stolav.no.

Sykehusene vet ikke hvor mange av de tusen pasientene som har fått tilsendt opplysninger om andre pasienter.

Sykefraværet øker litt

I 2. kvartal 2011 var sykefraværet 6,5 mot 6,3 prosent på tilsvarende tidspunkt i 2010. Dette er arbeidsminister Hanne Bjurstrøm ikke fornøyd med. – Vi kan ikke være tilfreds med at vi i 2011 har sett en

økning i sykefraværet etter at det gikk markant ned i 2010, sier hun i en pressemelding fra departementet.

Det totale sykefraværet er redusert med 7,1 prosent fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2011, og det er fortsatt et stykke igjen til IA-avtalens målsetning om 20 prosents reduksjon.



Foto: Calouhoux



MÅ BLI FLERE: Kvaliteten skal bli bedre og studentene flere, hvis EU når målene. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

Vil modernisere høyere utdanning

20. september la Europakommisjonen fram en strategi for modernisering av høyere utdanning i Europa. Hensikten er å øke antall høyt utdannede frem mot 2020.

I dag er det i gjennomsnitt litt over 31 prosent av europeere mellom 30 og 34 år som har fullført høyere utdanning. EU har som mål å øke andelen til minst 40 prosent. Det tilsvarer en økning på 2,6 millioner uteksaminerte innen 2020.

Den nye strategien har også som mål å forbedre kvaliteten på undervisningen og at høyere utdanning skal bidra til å styrke den europeiske økonomien.

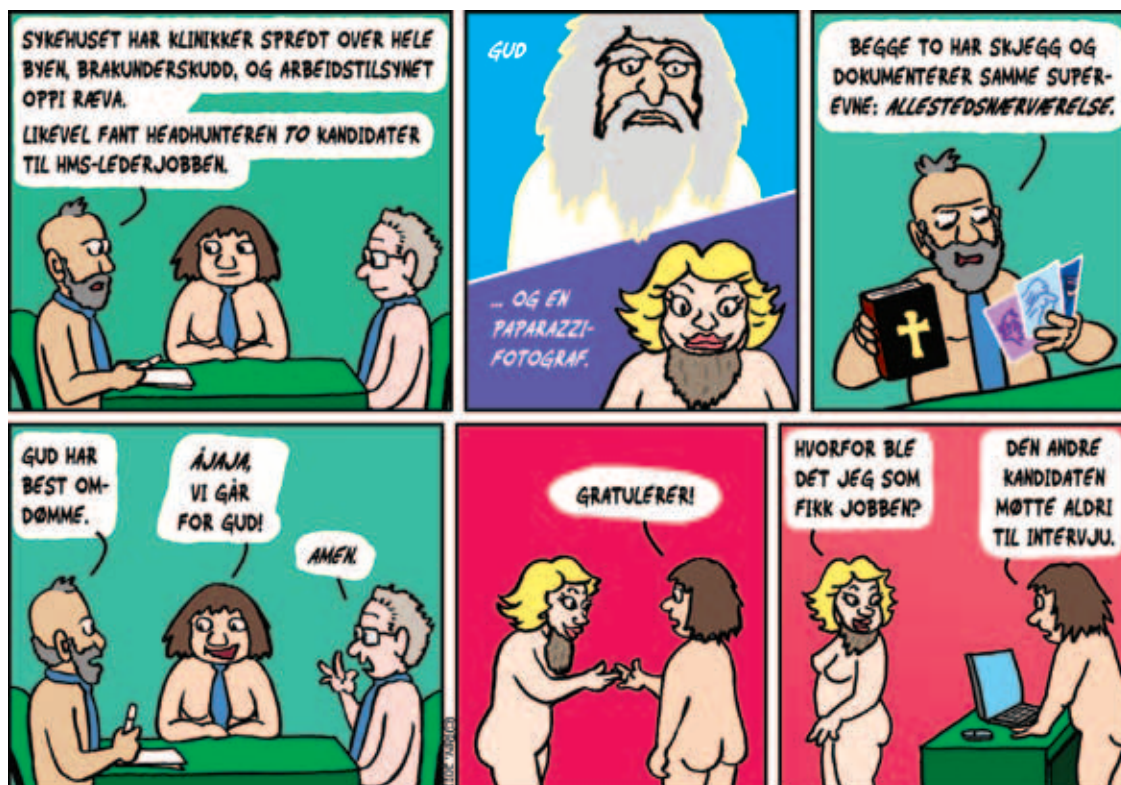
I forbindelse med dette målet, lanseres et nytt rangeringssystem kalt U-Multirank. Det

skal blant annet fokusere på universitetenes læringskvalitet, internasjonalisering og innovasjon, mens tidligere systemer har hatt en tendens til å legge mest vekt på universitetenes forskning.

– Med U-Multirank kan kvaliteten på universiteter vurderes på et bredere spekter av kriterier, og studentene får et bedre informasjonsgrunnlag for å velge studier og studiested. Det vil også være viktig og nyttig for norske studenter som vil studere utenlands, sier spesialrådgiver for utdanning Ingveig Koht Astad i et nyhetsbrev fra den norske EU-delegasjonen.

Europa har 4000 universiteter og høyskoler med 19 millioner studenter og 1,5 millioner ansatte.

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

– Liten kampånd blant sykepleiere

” Ledere som ikke forstår hvordan sykepleien skal utøves som verktøy, kan ikke lede sykepleietjenesten. En av de viktigste oppgavene fremover er å bevisstgjøre dette. Hvordan skal pasienten forstå sykepleie og egenomsorg når man ikke evner å formidle/bruke det i helsevesenet?

– ledelse i sykehus (Tove-Signora J. Magnussen)

Vil også bli NSF-leder

” Flott med en mannlig kandidat til ledervervet i NSF. Det har vært mange dyktige kvinner tidligere, men det kunne vært spennende å se hva en mann i den posisjonen kan utrette.

– ledervalget (Medlem 1131845)

Bentap starter i 30 års alderen

Floradix® Kalsium-Magnesium Kalsium + Magnesium + Sink

Naturlig kosttilskudd med essensielle mineraler for sterkere ben og tenner

- Magnesium, sink og vitamin D sikrer riktig levering og absorpsjon av kalsium
- Synergerende base av urter og fruktjuicer gir en balansert ph og lett fordøyelse
- Sikker ved langvarig bruk
- Maksimum absorpsjon, flytende med lett opptagbar kalsiumglukonat og laktat
- Ideell dosering, tilfredsstillende som kosttilskudd
- Fri for bly, farvestoffer, pesticider og konserveringsmidler

Floradix® Kalsium-Magnesium kjøpes hos Rema 1000, helsekostforretninger og enkelte apotek.

REMA 1000



ditt naturlige valg
NATUR
import

Markedsføres i Norge av Natur-Import AS
Tlf. 23 37 37 40 • post@naturimport.no • www.naturimport.no

HVA SKJER HOVEDTARIFFOPPGJØR

Forbereder tariffoppgjøret

Våren 2012 er det hovedtariffoppgjør. Norsk Sykepleierforbund forbereder seg. Tekst Kari Anne Dolonen

Grunnlønn? Ubekvemstillegg? Sykepleiere? Spesialsykepleiere? Ledere? Lokale eller sentrale forhandlinger? Arbeidstid?

Listen er lang over Norsk Sykepleierforbunds (NSF) ønsker. Hvis man skal få mest mulig, må NSF prioritere. Da blir spørsmålet: Hva er viktigst for medlemmene?

Tariffkonferanser

For å finne et godt svar på dette, arrangerer NSF tolv tariffkonferanser: Fem regionale konferanser i KS-området, fem regionale i Spekter-området, en i Oslo-området og en i statlig område.

På konferansene samles tillitsvalgte fra de forskjellige tariffområdene. Målet er å ende opp med en prioriteringsliste som sendes som råd til forbundsstyret.

Forbundsstyret går igjennom de tolv listene, oppsummerer, henter eventuelt inn flere råd før kravene til tariffoppgjøret vedtas. Den kan imidlertid være forskjellig for KS og Spekter. Utfordringene i kommunene (KS) kan være svært forskjellige fra hva de som jobber i sykehus (Spekter) opplever.

En liste blir til

På Gardermoen en fredag i september, sitter 107 stemmeberettigede fra Hedmark, Østfold, Akershus og Oppland. De er i ferd med å vedta sine råd for hva som bør prioriteres overfor KS. Antall stemmeberettigede regnes ut i forhold til medlemsmasse.

På denne konferansen er de opptatt av sentrale forhandlinger, men ønsker også lokale forhandlinger

Hovedtariffoppgjør

▶ Når det er hovedtariffoppgjør forhandler partene alle typer krav. Hele hovedtariffavtalen kan derfor endres. Hovedtariffavtalen gjelder for to år av gangen.

med sentrale føringer. Det diskuteres om grunnlønnen til sykepleiere skal økes, mange er opptatt av at det må bli større lønnsforskjell mellom helsefagarbeidere og sykepleiere. Å tariffsette hver tredje helg-prinsippet er også en sak som mange snakker varmt om fra talerstolen.

Hvordan den endelige lista vil se ut, vet ingen før det nye forbundsstyret vedtar de endelige kravene på nyåret. ■■■



Foto: Colourbox

Svak lønnsvekst for sykepleierne

Sykepleiere hadde minst lønnsvekst blant ansatte i helseforetakene i 2010.

Tekst Bjørn Arild Østby

I fjor var gjennomsnittlig månedsfortjeneste for alle ansatte i helseforetakene 38 785 kroner. Det er en økning på 4,2 prosent fra 2009 viser tall fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten.

Veksten i lønnsnivået for leger siste år var på 3,6 prosent, mens den for sykepleiere var på 2,7 prosent. Som det framgår av tabell 1 hadde også spesialsykepleiere og hjelpepleiere en høyere vekst i lønnsnivået enn sykepleierne. Det er gruppen «Andre personellgrupper» (blant annet fagarbeidere og ufaglærte) som siste året hadde den sterkeste prosentvise økningen med 5,3 prosent.

Månedsfortjeneste er summen av utbetalt avtalt lønn og uregelmessige tillegg. Overtidsgodtgjørelse er ikke tatt med.

De enkelte helseregionene

Det er gjennomgående små regionale forskjeller i lønnsnivå i 2010 for alle ansatte samlet. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er kun ca. 300 kroner, fra ca. 38 700 i Helse Sør-Øst og Helse Vest til nær 39 000 kroner i Helse Midt-Norge og Helse Nord.

For sykepleiere varierte endringen i månedsfortjeneste siste år fra 2,3 prosent i Helse Sør-Øst til 3,8 prosent i Helse Midt-Norge (se tabell 2). ■■■

Tabell 1: Månedslønn for ulike personellgrupper i helseforetakene

	2006	2008	2009	2010	Endring 2009–2010
Leger	57 305	61 632	64 055	66 378	3,6 %
Sykepleiere	28 321	32 789	33 683	34 588	2,7 %
Spesialsykepleiere	31 862	36 787	37 565	38 888	3,5 %
Hjelpepleiere	25 966	29 884	31 026	32 116	3,5 %
Annet helsepersonell	28 615	32 766	34 285	35 425	3,3 %
Andre personellgrupper*	27 371	30 859	31 774	33 458	5,3 %
Ansatte i alt	31 523	35 930	37 220	38 785	4,2 %

* De største personellgruppene i denne kategorien er fagarbeidere (ca. 30 %), ufaglærte (ca. 25 %), ledere utenfor overenskomst (10 %), teknisk/administrativt (10 %).

Tabell 2: Endringer i månedslønn i de fire helseregionene 2009–2010 (prosent).

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Leger	2,8	4,5	3,2	7,1
Sykepleiere	2,3	3,3	3,8	2,6
Spesialsykepleiere	3,2	3,5	4,2	4,0
Hjelpepleiere	3,5	3,4	4,1	3,0
Annet helsepersonell	3,2	5,0	3,2	3,7
Andre personellgrupper*	5,4	5,4	5,1	4,8
Ansatte i alt	4,0	4,1	5,0	4,3

* De største personellgruppene i denne kategorien er fagarbeidere (ca. 30 %), ufaglærte (ca. 25 %), ledere utenfor overenskomst (10 %), teknisk/administrativt (10 %).

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Vi har strømpene som gjør dagen lettere for deg



KOMPRESJONSSTRØMPER
i alle farger og varianter
kjøper du hos WWW.XWEAR.NO
eller kontakt oss på
tlf 33 29 33 81

Varer og faktura sendes med posten.

NB: Alle varer er sertifisert med Öko-Tex Standard 100.



Knuser rapport om samers helse

Helse Nord rapporterer at samisk befolkning antakelig får likeverdige spesialisthelsetjenester. Det får flere fagfolk til å steile.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Scanpix**



SLITASJE: Det er et høyere forbruk av MR-tjenester i de samiske språkkommunene, noe som henger sammen med leveste, påpeker Jan Norum i Helse Nord.

Helse Nord RHF har nylig sluppet en utredning som nærmest sidestiller spesialisthelsetilbudet til samisk og norsk befolkning i nord.

– Analysene viser at det er all grunn til å anta at befolkningen i kommunene under forvaltningsområdet for samisk språklov har et likeverdig spesialisthelsetilbud som befolkningen i tilsvarende kommuner i Helse Nord, sier fagdirektør Jan Norum, som er mannen bak rapporten.

Det regionale helseforetaket hevder i en pressemelding at det har utredet behov for og forbruk av spesialisthelsetjenesten hos den samiske befolkningen. Forskerne har sett på henvisningsfrekvens til somatisk spesialisthelsetjeneste og forbruk av radiologiske tjenester, samt forekomst av kreft, bruk av stråleterapi og alle mammografiundersøkelser. I tillegg har de sett på antall innleggelser og lengden på oppholdet i psykisk helsevern.

Resultatene viser signifikant lavere forekomst av kreft, spesielt lunge- og brystkreft, lavere forbruk av ultralyd-, CT- og røntgenundersøkelser samt høyere forbruk av MR-undersøkelser i den samiske gruppen. Ellers var det ingen signifikante forskjeller.

Metodeproblem

Siden det ikke eksisterer noe register over samisk befolkning, har Helse Nord valgt å sammenligne alle innbyggerne i de åtte kommunene som omfattes av samisk språklov, med en kontrollgruppe bestående av elleve kystkommuner i Helse Nord som ikke omfattes av denne loven. Dette er et alvorlig metodeproblem, ifølge flere av kildene Sykepleien har snakket med.

– Det er flere undersøkelser som tyder på at vi er aller lengst unna målet om likeverdige helsetjenester til samer utenfor forvaltningsområdet for samisk språk. Det er et alvorlig problem med utredningen at den ikke vurderer forholdene for denne delen av den samiske befolkningen, sier Silje Karine Muotka, leder for omsorg-, oppvekst- og utdanningskomiteen på Sametinget.

Så mye som annenhver kvinne i disse områdene rapporterer dårlig helse, viste forskning fra Senter for samisk helseforskning i fjor. Det er tidligere særlig vist en sterk assosiasjon til stress og angstsymptomer blant dem som føler seg diskriminert.

– Jeg er kjent med at tidligere undersøkelser har vist at den samiske befolkning har utfordringer summert som «terskel-, skranke-, kø- og kulturutfordringer», men dette er nytt for meg, svarer Jan Norum i Helse Nord.

– Min forskning om at etnisk diskriminering er størst utenfor det samiske forvaltningsområdet kom i 2007 og er meget vel debattert i alle former for media, påpeker forsker Ketil

Lenert Hansen, ved Senter for samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø.

– Flere av kommunene i kontrollgruppen har dessuten en betydelig samisk befolkning, blant annet Lebesby og Lødingen, som er gamle samiske kommuner, påpeker Ole Mathis Hetta, seniorrådgiver i samisk samfunnsmedisin hos Helsedirektoratet.

– Bare i Alta, som heller ikke er innenfor området for samisk språkforvaltning, er det 1400 samer med stort og smått, supplerer Muotka.

Hun lurer også på om utredningen har korrigerert for eventuelle regionale forskjeller i det allmenne helsetilbudet.

«Lik bruk av tjenester er ikke det samme som at tjenestene er likeverdige.»

Ole Mathis Hetta, Helsedirektoratet

– Har pasientene i de utvalgte kystkommunene i kontrollgruppen for eksempel en likeverdig spesialisthelsetjeneste i forhold til øvrig befolkning i utgangspunktet, spør hun.

Selv om det ikke finnes et register over samer i Norge, kunne det vært mulig å sammenligne på en annen måte, men det ville ha vært mer ressurskrevende for Helse Nord og krevd en annen studiedesign.

– Når vi gjør undersøkelser som skal sammenligne samisk og norsk befolkning, har vi 11 spørsmål om etnisitet som kategoriserer personene etter ulik grad av samiskhet, sier Hansen ved Senter for samisk helseforskning.

Begrepsblanding

Hovedproblemet med utredningen, ifølge flere av fagfolkene Sykepleien har snakket med, er blandingen av begrepene likhet og likeverdighet.

– Utredningen har helt feil konklusjon. De har ikke undersøkt likeverdighet og kan derfor ikke si noe om det. De kan i beste fall vise at det

«Når kommunene skal ta over mye av spesialisthelsetjenestens oppgaver, er jeg redd for at tolk blir underprioritert.»

Silje Karine Muotka, Sametinget

er lik bruk, men lik bruk av tjenestene er ikke det samme som at tjenestene er likeverdige, sier Hetta og fortsetter:

– For å si noe om likeverdighet, må man se på hvordan tjenesten er i virkeligheten og hvordan

den oppleves av pasienten. Er det tolketjenester 24 timer i døgnet, og har de som jobber på sykehuset innsikt i samisk kultur? Det tror jeg nemlig de ikke har peiling på.

Også Hansen har liten tro på konklusjonene i utredningen, og sier han har snakket med flere kolleger som reagerer på begrepsforvirringen til Helse Nord.

– Likeverdige helsetjenester har med pasientenes opplevelse av tjenestene å gjøre.

Da snakker man om tolketjenester, fornøydhet med tjenesten, helsepersonells kulturkompetanse og språkbeherskelse. Ingenting av dette er



det sett på i utredningen, sier han.

Hansen påpeker også at forskerne i Helse Nord har gjort en nivåfeilslutning.

– De konkluderer fra samfunnsnivå til individnivå, der de antyder hva pasientene har følt, uten å ha dekning for det. I tillegg har ikke forskerne satt seg inn i tidligere forskning og samfunnsdebatt på området, sier han.

– Vårt mål har vært fra et helsetjenesteperspektiv og ikke på et individnivå, kommenterer Jan Norum.

Silje Karine Muotka fra Sametinget er enig med Hetta og Hansen.

– Rapporten har en både mekanisk og veldig begrenset tilnærming til den overordnede problemstillingen og bygger på faktorer som ikke gir grunnlag for å konkludere omkring likeverdigheten i helsetilbudene, sier hun.

Likeverdighetsvurdering

Seniorrådgiver hos Likestillings- og diskrimineringsombudet, Mariette Lobo, er også skeptisk:

– Vi stiller spørsmål ved at Helse



Nord friskmelder tjenesten når de ikke har sett på det brukerne etterlyser mest: Kultur- og språkkompetanse hos helsepersonellet, sier hun.

– Hvordan kan dere indikere at tilbudet til den



samiske befolkningen er likeverdig når dere ikke har sett på dette, Jan Norum?

– Vi har analysert den samiske befolknings forekomst av kreftsykdom og om den har en lik tilgang til flere områder av spesialisthelsetjenesten som en kontrollgruppe. Der vi finner forskjeller, har vi diskutert dette opp mot begrepet likeverdig helsetjeneste. Vi har da trukket inn annen kunnskap for å indikere om forskjeller kan godtas fra et likeverdig ståsted. Som eksempel har vi avdekket at den samiske befolkning har et lavere forbruk av CT røntgen enn kontrollgruppen. Samtidig har vi avdekket at de har en klart lavere forekomst av kreftsykdom. CT røntgen er mye brukt i utredning og oppfølging av kreftpasienter. Vi har dermed en indikasjon på at et lavere forbruk av CT undersøkelser likevel kan være tilstrekkelig ut fra en likeverdighetsvurdering. Likeledes påviser vi et høyere forbruk av MR-undersøkelser i de samiske språkkommunene. En meget stor andel av MR-undersøkelsene er knyttet opp mot ortopediske problemstillinger. Med bakgrunn i levesett og betydelig fysisk aktivitet knyttet til de samiske primærnæringene er det grunn til å anta at dette økte forbruket er akseptabelt innenfor et likeverdighetsprinsipp, sier fagdirektøren i Helse Nord og legger til:

– Vi har på ingen måte bevist at den samiske befolkning har et likeverdig spesialisthelsetil-

sete i Hammerfest er de som styrer over de finansielle midlene fra Helse Nord som skal gå til samiske formål, sier han.

Språkmangel og dødsfall

Utredningen fra Helse Nord står også i kontrast til det Tove Nystad viste gjennom sin doktorgrad i 2008, der en av tre samer er misfornøyde med legetjenesten i kommunen. Hovedårsaken er språkproblemer.

– For å si noe om tilgangen på spesialisthelsetjenester skulle Helse Nord også sett nærmere på primærhelsetjenesten og overføringen fra første- til andrelinjetjenesten, mener Hansen.

Nylig hadde likestillings- og diskrimineringsombud Sunniva Ørstavik et møte i Karasjok hvor hun fikk servert flere eksempler på at samer ikke har et likeverdig helsetilbud.

Et av dem var fra Somby i Samisk legeförening. Hans mor ble innlagt på sykehus med en lungesykdom mens Somby selv var bortreist. Hun kunne ikke fortelle om hvilke medisiner hun hadde fått tidligere og døde av sepsis.

– Hun visste hvilken medisin det var, men ble ikke forstått. Jeg mener moren min døde på grunn av kommunikasjonssvikten. Det er 15 år siden nå, men det har dessverre ikke blitt noe bedre, sier Somby.

Det har også vært eksempler på språkforvir-



Ketil Lenert Hansen, Senter for samisk helseforskning

«De konkluderer fra samfunnsnivå til individnivå uten å ha dekning for det.»

ring når personer med samisk navn eller samisk gatenavn i adressen har ringt nødnummeret for å få ambulanse. NRK meldte om dette seinest i april i fjor.

Somby mener det er svært kritikkverdig at det ikke er noe samisk-krav i nødsentralen:

– Det er skremmende at AMK ikke kan samisk. Samer får dermed ikke like god hjelp som norsktalende i en nødsituasjon, og jeg vet at det har ført til dødsfall, sier han.

Kommunikasjonsrådgiver i Helse Finnmark, Ivar Greiner, bekrefter at det ikke er et formelt krav at de som betjener AMK-sentralen skal kunne samisk, men at de setter samtalen over til lokal ambulansesjåfør som skal kunne samisk dersom det er i Kautokeino- eller Karasjok-området.

Konsekvenser

Ole Mathis Hetta skal møte Helse Nord i oktober, og vil da blant annet diskutere bruken av begrepene likhet og likeverdighet i rapporten.

– Frykter du at utredningen vil få negative konsekvenser?

Kommunene i undersøkelsen:

Samisk gruppe: Tana, Nesseby, Porsanger, Karasjok, Kautokeino, Kåfjord, Lavangen og Tysfjord.

Kontrollgruppe: Lødingen, Bjarkøy, Lebesby, Gamvik, Måsøy, Salangen, Båtsfjord, Berlevåg, Nordkapp, Hasvik og Vardø.

– I første omgang frykter jeg ikke så mye. Men i verste fall kan det tenkes at «siden det er dokumentert likeverdighet i tjenester», er det ikke nødvendig med særlige tiltak verken med hensyn til tjenestetilbud eller forskning for å få mer kunnskap.

Heller ikke Ketil Lenert Hansen frykter konsekvenser for samisk helseforskning med det første.

– Det blir publisert fem studier til sammen fra Helse Nord om dette temaet. Hvilke konsekvenser det vil få er vanskelig å si på forhånd, sier han.

I januar skal Hansen og kolleger i gang med et forskningsprosjekt der de henvender seg til 41 000 mennesker i de samiske språkområdene for å spørre om hvor fornøyd de er med helsetjenestene i kommunen.

– Det blir spennende å se om våre funn vil samsvare med dem fra Helse Nord, sier han.

– Det ville være uheldig om Helse Nord slår seg til ro med at denne undersøkelsen gir et fullstendig bilde av om samene opplever spesialisthelsetjenesten som likeverdig, sier Silje Karine Muotka i Sametinget.

Hun frykter særlig at samhandlingsreformen vil forverre forholdene for samer utenfor de samiskspråklige områdene, som hittil har vært sikret tolk ved de største sykehusene.

– Når kommunene skal ta over mye av spesialisthelsetjenestens oppgaver, er jeg redd for at tolk blir underprioritert, sier hun.

Helse Nord

Den 31. august ble styret i Helse Nord bedt om å vedta følgende:

«Styret er glad for at rapporten viser at kommunene under forvaltningsområdet for samisk språklov har en likeverdig spesialisthelsetjeneste som andre tilsvarende kommuner i Helse Nord».

Det skjedde ikke. Styret tok rapporten til etterretning, og ba administrerende direktør om å utrede behov og tilknytning for spesialisthelsetjenestetilbudet til den samiske befolkningen, i tråd med oppdragsdokument 2010 for Helse Nord RHF.

– Hvordan vil Helse Nord nå gå fram i videre forskning når dere skal se på behovet?

– Vi har støttet Senter for Samisk helseforskning og har forventninger til at studien SAMINOR II vil gi oss svar på dette området. Videre ser vi på muligheten for å analysere data knyttet til rehabilitering/habilitering i rusomsorgen, sier Jan Norum. ■■■



UTFLOD? VOND LUKT?

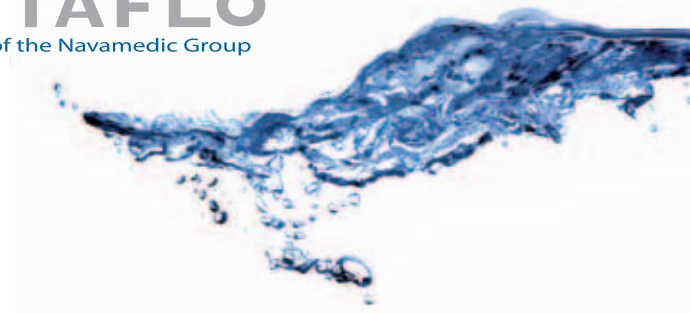
- Ecovag Balance® er dokumentert effektiv til å gjenopprette og vedlikeholde en sunn vaginalflora.
- Ecovag Balance® doseres kun én gang i døgnet.
- Du får Ecovag Balance® i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk.

EcoVag Balance® vaginalkapsler forebygger vaginalt ubehag og er dobbeltvirkende mot ubehagelig lukt og irritasjon i skjeden (kløe, brennende svie, tørrhet og utflod). EcoVag Balance® inneholder naturlige kvinnelige melkesyrebakterier og har i vitenskapelige, kliniske studier, bevist sin effektivitet. Les mer på www.vitaflo.net



Vitaflo Scandinavia AB NUF
Fornebuveien 44,
Postboks 107, 1325 Lysaker
Telefon: 67 11 25 40
Fax: 67 11 25 41
Web: www.vitaflo.net
E-post: infono@vitaflo.net


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Dobbel risiko for vanskelig liv

Det siste året hadde 410 000 barn én eller to foreldre med en psykisk lidelse og 90 000 barn hadde minst én forelder som misbrukte alkohol. Av disse har 135 000 barn foreldre med klart alvorlig lidelse.

Det går fram av Folkehelseinstituttets nye rapport «Barn med foreldre som har psykisk lidelse eller som misbruker alkohol». Psykiske lidelser og alkoholmisbruk er i rapporten definert slik at personene kunne fått en psykiatrisk diagnose dersom de hadde oppsøkt en lege med problemene sine.

I rapporten er det beregnet at totalt 290 000 barn har én eller to foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som er såpass alvorlig at det går ut over måten foreldrene fungerer i hverdagen.

Når bare lidelser som betegnes som «klart alvorlige» teller med, anslås det at totalt 135 000 barn rammes.

Konsekvenser

Forskerne har også sett på hvilke konsekvenser dette får for barna. Konklusjonen er at disse barna har dobbelt så stor risiko som andre barn for å oppleve alvorlige negative hendelser. Det kan være å selv utvikle psykiske lidelser, bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep eller å dø tidlig.

Folkehelseinstituttet har gjort egne beregninger av antallet barn som har foreldre med mer alvorlige lidelser.

▶ I alt 260 000 barn (23 %) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig funksjon.

▶ Rundt 70 000 barn (7 %) har foreldre med et såpass alvorlig alkoholmisbruk at det sannsynligvis går ut over daglig funksjon.

▶ Til sammen har 290 000 barn (27 %) foreldre med slike mer alvorlige tilstander.

– Å ha en psykisk syk forelder kan oppleves

som en stor belastning for barnet uten at det utvikler seg til varige problemer. De fleste barn viser stor tilpassningsdyktighet og klarer seg bra på sikt selv om det er vansker i familien, sier avdelingsdirektør Arne Johannesen på Helse- og omsorgsdepartementets nettsider.

Nye rettigheter

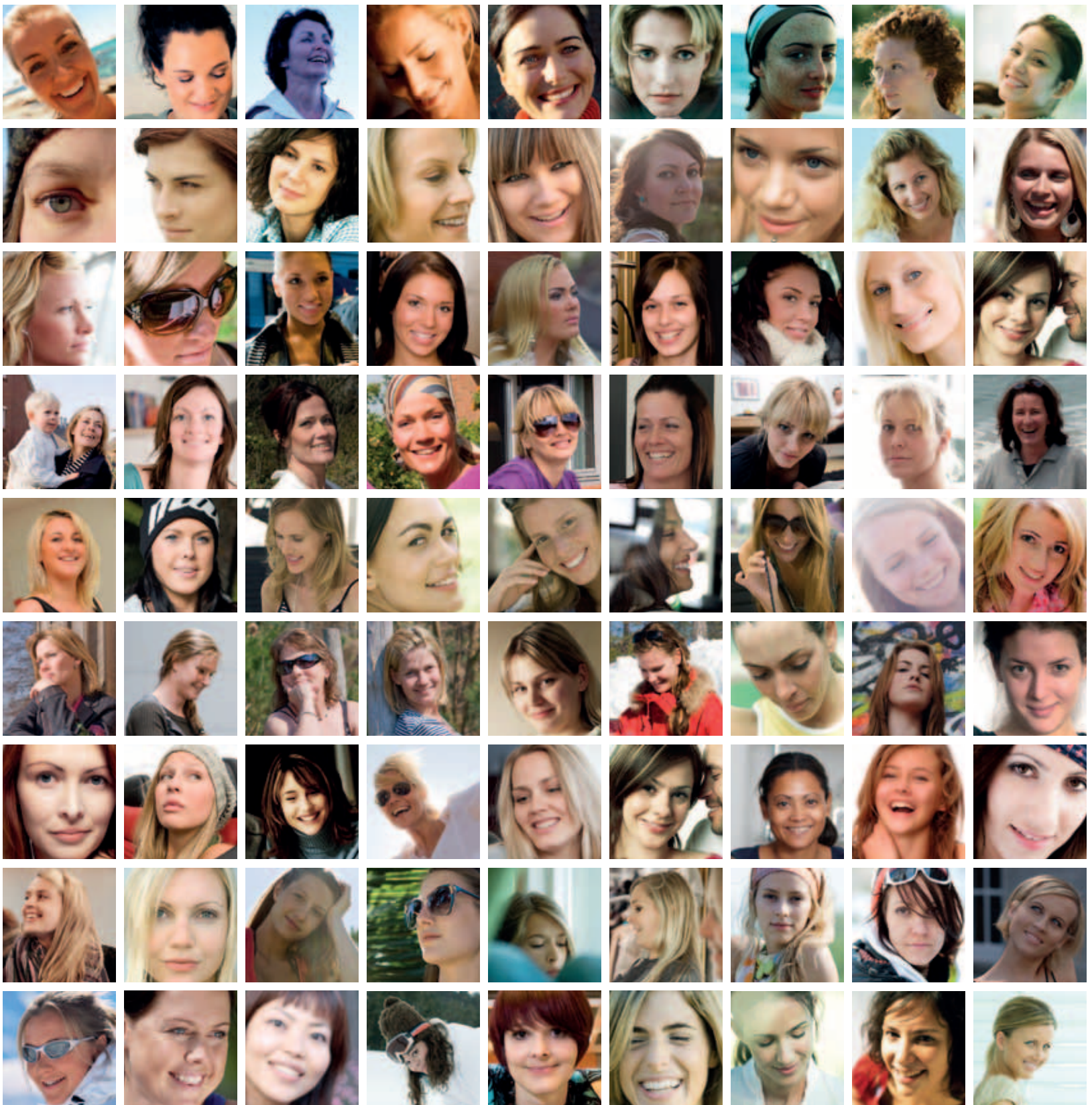
I 2009 vedtok Stortinget blant annet endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet til mindreårige barn som pårørende. I tillegg ble det lovfestet at spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell som skal sikre at barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde personer får oppfølging. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

Gardasil «Sanofi Pasteur MSD» Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 225 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfat) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. Indikasjoner: Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene humane papillomavirus (HPV)-typer, samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. Dosering: Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn <9 år: Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksineringsutsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. Forsiktighetsregler: Beslutningen om å vaksinere en enkelt kvinne bør tas etter vurdering av risiko for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som kvinnen allerede er infisert med på vaksinasjons-tidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. Interaksjoner: Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinerne ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert booster vaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Øyrie, erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Muskelskjelettsystemet: Smarter i ekstremitetene. Øyrie: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfé: Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktiske reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelse av tonisk-klonisk type. Øyrie: Asteni, utmattelse, uvelhet. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt doser. Egenskaper: Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men dyreforskning med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å inducere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinerings-tidspunktet. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoff-positive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerne som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoff-respons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdiert observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. Andre opplysninger: Hele den anbefalte vaksinedosen må beryttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Pakninger og priser: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) 098722. Kv:1170,80. Godkjent SPC:18/08/2010. Sist endret: 17.11.2010

* HPV = Humant Papillomavirus. Norsk SPC datert 18/08/2010



05-2011 - NO00132

”Du har celleforandringer” – EN BESKJED DU HELST VIL UNNGÅ

Som sykepleier er du sikkert godt kjent med at de fleste kvinner går til regelmessige gynekologiske undersøkelser. En celleprøve tas for å avdekke eventuelle celleforandringer og mulige forstadier til livmorhalskreft. Mange kvinner lurer nok i ettertid på prøvesvaret, ofte med blandede følelser.

Du vet sikkert også at forskning har vist at et virus (HPV*) forårsaker de fleste celleforandringene.

Visste du at Gardasil® har effekt etter seksuell debut? Er du mellom 15 og 45 år kan du vaksinere deg på eget initiativ. Gardasil® kan forebygge livmorhalskreft, forstadier til livmorhalskreft, forstadier til vulva- og vaginalkreft og kjønnsvorter relatert til HPV-type 6/11/16/18.

Vi vil være sikre på at du og alle andre sykepleiere får denne beskjeden:

”Gardasil® har effekt etter seksuell debut”

- et buskap du gjerne må dele med andre.

Gå inn på www.gardasil.no og få mer informasjon om forebygging av livmorhalskreft, forstadier til livmorhalskreft, forstadier til vulva- og vaginalkreft, kjønnsvorter og sikkerhet ved bruk av Gardasil®.

Spesialistgodkjenning nærmer seg

NSF har lenge jobbet for en myndighetsgodkjenning av anestesisykepleiere og etter hvert også helsesøstre. Nå inviterer Helsedirektoratet til dialog. Tekst Eivor Hofstad

Fra 1. oktober overtar Helsedirektoratet ansvaret for spesialistgodkjenningen for leger, tannleger og optikere. Tidligere har dette vært de private yrkesorganisasjonenes oppgave.

Samtidig fortsetter andre helseprofesjoner sitt nitidige arbeid med å få offentlig spesialistgodkjenning for sine grupper. I 2007 stoppet dette arbeidet opp, men i januar i år hadde

Erik K. Normann, avdelingsdirektør for avdeling sykehustjenester i Helsedirektoratet, sitt første møte med andre helseprofesjoner enn de tre som har spesialistgodkjenning i dag. Og i mai i år fikk han et oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.

– Vi har ansatt en prosjektleder og skal lage en utredning som skal se på spesialitetsstrukturene og gjøre en generell vurdering av behovet for spesialisert helsefaglig kompetanse. Samhandlingsreformen og endret demografi og sykdomspanorama er blant årsakene til at vi gjør dette, forteller han.

– Hva er deadline for utredningen?

– Det vil ta noe tid, men vi vil ha gjort det så fort som mulig.

– Er det en reell mulighet at sykepleierne endelig kan få spesialistgodkjenning?

– Det er det vi skal vurdere. Og i det ligger det jo at det ikke er uaktuelt, sier Normann.

Anestesisykepleierne

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har initiert og finansiert et spesialistgodkjenningsprosjekt som har holdt på i 11 år. Anestesisykepleierne er den faggruppen som har kommet lengst. Det er laget kompetansekrav og spesialistkriterier og foreslått resertifisering hvert sjette år. Et viktig bidrag til NSF's arbeid mot

i tillegg, etter å ha oppfylt gitte krav til kompetanse. Dette er viktig sett i forhold til både pasientsikkerhet og ved at arbeidsgiver til enhver tid vet at arbeidstaker fyller kravet til faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Dessuten gir det bedre tittelbeskyttelse.

– Ikke bedre lønn eller mer prestisje?

– I utgangspunktet ikke.

– Vil man kunne få to typer anestesisykepleiere – de med og uten spesialistgodkjenning?

– Nei. Myndighetsgodkjenningen vil gjelde for alle anestesisykepleiere. Evalueringen ved de tre pilotsykehusene (Helse-Bergen, Rikshospitalet og Sykehuset Østfold), viser at omtrent alle anestesisykepleierne ønsket godkjenning, så dette er nok veien å gå, sier Berit Berg, prosjektleder i NSF.

Helsesøstre

De siste seks årene har også Landsgruppen av helsesøstre NSF jobbet målbevisst mot en spesialistgodkjenning.

– Vi har laget kompetansebeskrivelser for helsesøstre og foreslått kriterier for spesialistgodkjenning, sier helsesøsterleder Astrid Grydeland Ersvik.

Dette testes ut i tre pilotkommuner i forhold til helsestasjon og skolehelsetjeneste. I tillegg er det gjort kartlegginger i de tre re-

«Omtrent alle anestesisykepleierne ønsker godkjenning.» Berit Berg, NSF

myndighetene er samarbeidsprosjektet med Sykehuset i Østfold om pasientsikkerhet, samhandling og trygg anestesi (PASTA).

– Derfor er det naturlig at vi er den gruppen NSF vil fremme først, sier leder for Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, Marit Vassbotn Olsen.

– Hva er fordelene med spesialistgodkjenning kontra det å være spesialsykepleier?

– Da har man en myndighetsgodkjenning

spektive fylkene, Finnmark, Hordaland og Oslo, for å avdekke eventuelle huller i kompetansen.

– Så langt har vi sett at vi må bli flinkere til å være samfunnsaktører og tale barn og ungdommers sak i kommunen. Vi er heller ikke trygge nok på det administrative og politiske system i kommunene og på nasjonalt nivå, og trenger å forbedre den flerkulturelle kompetansen, sier Grydeland Ersvik. ■■■



MÅL I SIKTE: Norsk Sykepleierforbund har jobbet lenge for at anestesisykepleierne skal få en egen spesialistgodkjenning. Arkivfoto: Stig Weston.

20% rabatt
for medlemmer i
Norsk Sykepleier-
forbund

Høsten på Riksteatret

Åtte produksjoner skal ut på veien – med tilbud til både store og små.



UNDSET

Ellen Horns fremstilling av Sigrid Undset ble en suksess. Publikum fikk ikke nok, de ville se forestillingen på nytt. "Formidabelt" **Dagbladet**



Dickie Dick Dickens

Radioteatrets store helt har gått til scenen. Den farligste mannen som Chicagos underverden noensinne har fostret. "Gled dere Norge!" **VG**



Jeg var Fritz Moen

Hva gjorde Fritz Moen til et perfekt offer for et av norgeshistoriens mest omtalte justismord?



Oscar og den rosa damen

Oscar er 10 år og har kreft. Han vet at han skal dø, men ingen tør å si det til ham. Så møter han pasientvennen "Den rosa damen"...



Knutsen & Ludvigsen

Fargerikt barneteater med de beste låtene. Reisen fortsetter. Sist spilt for fulle hus på Trøndelag Teater i mai "Morer kongelig" **VG**



Albert Åberg

Teateroppsetningen basert på de beste Albert-bøkene skal ut på en ny turné. "Kult teater" **VG**



Pulverheksa og julenissen

Førjulshygge med Maj Britt Andersen og venner fra Pulverskogen. "Lett, lyst og varmt for barn" **Dagbladet**



The man at the tramstop

TOYBOYS har som grunntanke å tydeliggjøre annerledeshet.

Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleierforbundet

Norsk Sykepleierforbund har inngått partneravtale med strømleverandøren LOS. Dette gir deg mulighet til å kutte i dine strømutfgifter.



LOS har landets mest fornøyde strømkunder.
Norsk Kundebarometer 2010

Send sms <strøm> til 02021, og få tilbud om en god strømvtaale. Du kan også kontakte vårt kundesenter på telefon 02021.



Sopp og blir ikke

Rundt halvparten av landets helseforetak har symptomer på dårlig teknisk tilstand. Riksrevisjonens rapport sykemelder de fleste av dem.

Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers

Sopp, vannskader, dårlige tak og fuktighet blir ikke utbedret. I 3 av 4 helseforetak er den tekniske tilstanden av sykehusbyggene blitt forverret etter 2002, da foretaksreformen ble innført.

– Riksrevisjonen ser veldig alvorlig på at vedlikeholdet er så dårlig, det påfører samfunnet store kostnader, sier Jørgen Kosmo, leder i Riksrevisjonen, da rapporten om eiendomsforvaltningen i helseforetakene ble lagt frem i september.

«Det er uforsvarlig å fortsette å behandle pasienter i ikke vedlikeholdte bygninger.» Jørgen Kosmo

Dersom Riksrevisjonens undersøkelse hadde vært et teknisk tilsyn, ville 70 prosent fått avvik i forhold til lovverket, og et pålegg om å utbedre manglene.

Uforsvarlig

På spørsmål om det er nødvendig å bruke penger på vedlikehold av bygninger som skal saneres, sa han følgende:

– Det er uforsvarlig å fortsette å behandle pasienter i ikke vedlikeholdte bygninger.

Han mener det er mangel på prioritering som fører til at store deler av sykehusbyggene er i dårlig teknisk stand. Dersom bygninger skal saneres, må det foreligge en kortsiktig og langsiktig plan for hvordan dette skal skje, påpekte han.

råte fjernet

Tilfredsstill ikke kravene

Når det gjelder planlegging av nybygg, har Helsedirektoratet laget en veileder som skal følges. I praksis betyr det at flere alternativer skal utredes før det gjøres vedtak. Riksrevisjonen gikk igjennom fem rapporter. Ingen av dem tilfredsstilte kravene. Det betyr ifølge Riksrevisjonens rapport at beslutninger tas på for tynt grunnlag.

– Riksrevisjonen vil særlig peke på at det regionale helseforetaket har et ansvar for nødvendig kvalitet på beslutningsprosesser for investeringsprosjekter, og at Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å påse og sikre at dette blir ivaretatt.

Riksrevisjonen mener også at helseforetakene har en urealistisk forventning til hva et nybygg skal føre til av økte inntekter.

– I planene vi har gått igjennom er det kalkulert inn økte inntekter når et nytt sykehusbygg er på plass. Planene har imidlertid ikke ført inn økte utgifter i forbindelse med omstillingsprosesser og omorganiseringer. Det er heller ikke ført inn økte utgifter på IKT-systemer. Ikke et eneste sykehus har tatt med en eneste kostnad knyttet til utskrivningsklare pasienter. Det er heller ikke gjort risikoanalyser, sier Kosmo.

Problemet blir da at sykehus i mange år fremover vil slite med å få balanse i regnskapene ettersom store utgiftsposter ikke er med i planene. ■■■

Flere funn fra rapporten:

- › 40 prosent av den totale bygningsmassen til helseforetakene har middels kraftige symptomer på dårlig tilstand. 10 prosent av den totale bygningsmassen har kraftige symptomer, noe som innebærer at rundt halvparten av bygningsmassen til helseforetakene har symptomer på dårlig teknisk tilstand.
- › Tre av fire helseregioner vurderer at en betydelig del av bygningsmassen har fått dårligere teknisk tilstand i perioden 2003–2010
- › Det tekniske oppgraderingsbehovet, som er beregnet for tre fjerdedeler av bygningsmassen, anslås av helseforetakene til å være 19 mrd. kroner
- › Ifølge de eiendomsansvarlige i helseforetakene skyldes forverringen av byggenes tilstand nedprioritering av forebyggende vedlikehold. Flere peker på at forebyggende vedlikehold bevisst har vært nedprioritert fordi lokalene inngår i en investeringsplan og/eller at lokalene skal avhendes.
- › I den grad vedlikehold nedprioriteres på grunn av framtidige investeringer, bør dette bygge på en vedtatt og forpliktende plan for utvikling av bygningsmassen.



Helsearbeider

-lange dager og lange korridorer

Kvalitetssko i kalveskinn med støtdempende såle

TILBUD

nå **699,-**



Begge modellene finnes i hvit og sort

TILBUD

nå **549,-**



greon

TILBUD

nå **250,-**



Kun hos banda

På alle TEMPUR-produkter:

-25%



Går du mye på harde gulv? Bliir du sliten i føtter og ben? Prøv Mediven Motion – kompresjonsstrømpe med kjempegod passform og frotté i foten. Farge: hvit, svart, brun.



Tempur gir deg det beste innen god søvn. Besøk din nærmeste Bandabutikk for informasjon og råd om våre produkter og god søvn.



Nå er det **20% rabatt**

på alle hudpleie- og velværeprodukter fra TENA. Kom innom oss for å prøve.



Din TENA butikk

rabatt

-20%

Din leverandør av helseko:

mszone

greon

berkemann

MBT physiological footwear

Scholl

Cilagla

ARCOPELICO

BIRKENSTOCK

VITAL

Utvalget kan variere fra butikk til butikk. Prisene gjelder til 08.10.2011

Se din nærmeste butikk på:

www.banda.no
Tlf. 23 38 48 88

Vil ha makt i NSF

Blir det kvinne eller mann som skal lede det kvinnedominerte sykepleierforbundet?

Tekst **Marit Fonn**



Eli Gunhild By

Foto: Marit Fonn



Kjell Erik Øie

Foto: Sigurd Fandango

Kandidater til nominasjonskomiteen

Nominasjonskomiteen skal vurdere de kandidater som foreslås for valg under neste landsmøte. Vurderingen skal foretas på grunnlag av innsendte forslag fra enkeltmedlemmer og organisasjonsledd. Nominasjonskomiteen består av leder, 6 medlemmer og 6 varamedlemmer, som velges av landsmøtet for 4 år.

Irene Kronkvist, frikjøpt konserntillitsvalgt, Vestre Viken. Foreslått som leder og medlem av NSF Buskerud og NSF Oslo.

Turid Gudim Aune, spesialsykepleier ved Kirkenes sykehus, Finnmark. Foreslått som leder og medlem av Carlo Mortensen.

Kandidater som medlem:

Karin Solfeldt, spesialsykepleier ved Oslo universitetssykehus Rikshospitalet. Foreslått av NSF Oslo.

Kirsten Helen Harstad, frikjøpt tillitsvalgt i Stavanger kommune. Foreslått av NSF Rogaland.

Marianne Heim Skovly, ledende sykepleier i Tønsberg kommune, Vestfold. Foreslått av Lisbeth Rudlang.

Marit Hjalmarson, sykepleier, ved Kåfjord helsesenter. Foreslått av NSF Troms.

Gunhild Grythe, sykepleier i Nord-Aurdal hjemmesykepleie. Foreslått av NSF Oppland.

Sølvi Sæther, spesialsykepleier ved Sy-

kehuset Levanger. Foreslått av NSF Nord-Trøndelag.

Hildegunn Synnevåg, spesialsykepleier ved Kysthospitalet Hagevik, Bergen kommune. Foreslått av Frank Oterholt.

Sigrunn Øygarden Gundersen, fylkesleder NSF Telemark. Foreslått av Fylkeslederkollegiet.

Rita Heidi Standal, frikjøpt hoved-



november blir det avgjort: Eli Gunhild By eller Kjell Erik Ullmann Øie blir leder av Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Bare én av totalt 18 forbundsledere har vært mann. Kjell-Henrik Henriksen hadde vervet fra 1977 til 1979.

Alle tre i den nåværende ledelsen har sagt nei til gjenvalg. På landsmøtet om vel en måned skal 45 verv besettes for fire år.

Vil til topps

Eli Gunhild By, som nå er fylkesleder i Oslo er foreslått som leder av NSF Oslo og Buskerud, og som nestleder av NSF Akershus og Oppland.

Hun har gått gradene som tillitsvalgt, og har erfaring fra flere streiker i hovedstaden. Hun var ansatt på Radiumhospitalet i over ti år.

Kjell Erik Ullmann Øie stiller kun til le-

dervervet. Han er foreslått av NSF Akershus.

Også han har jobbet på Radiumhospitalet noen år. Øie er for tiden programsjef i Plan Norge. Han har tidligere vært medlem av NSF's forbundsstyre. Han har også vært statssekretær i Barne- og likestillingsdepartementet (Ap) og leder av Det Norske Forbundet av 1948.

Vil bli nestleder

Tre er kandidater er foreslått som både 1. og 2. nestleder. **Hanne Marit Bergland** er fylkesleder i Troms. Hun er ønsket både i Nordland og i Østfold. Hun er psykiatrisk sykepleier og har mest erfaring fra kommunehelsetjenesten.

Karen Bjøro er foreslått av Sentralt fagråd, faggruppen for geriatri og NSF Oslo. Bjøro er også kandidat som medlem i forbundsstyret.

Hun er intensivsykepleier, akademiker og har videreutdanning i geriatri. Hun holder

til i Oslo – som førsteamanuensis ved universitet og som forsker ved universitetssykehuset.

Solveig Bratseth har sine støttespillere hjemme i Sør-Trøndelag. Hun har vært medlem i forbundsstyret i to perioder. Hun har politisk erfaring (KrF), og er nå rådgiver i Nav.

2. nestleder-kandidat fra Østfold

Hilde Skauen Ranum vil bli 2. nestleder. Hun er sjefsykepleier i Fredrikstad kommune og foreslått av NSF Østfold.

Hun har vært hovedtillitsvalgt. Hun er også kandidat som medlem i forbundsstyret.



Karen Bjøro

Foto: Marit Fonn



Hanne Marit Bergland

Foto: Marit Fonn



Solveig Bratseth

Foto: Erik Sundt



Hilde Ranum

Foto: Privat

Kandidater til kontrollutvalget

tillitsvalgt i Fredrikstad kommune. Foreslått av NSF Østfold.

Solfrid Halsne, jordmor ved Helsestasjonstjenester, Sandnes kommune, Rogaland. Foreslått av Solfrid Fuglseth.

Björg Ø. Teige Henriksen, avdelingssykepleier ved Volda Sykehus. Foreslått av NSF Møre og Romsdal.

Utvalget skal se til at NSF forvalter sine midler på en slik måte at vedtak fattet i forbundsstyret er i samsvar med vedtektene og landsmøtevedtak. Utvalget består av leder, 3 medlemmer og 4 varamedlemmer.

Johnny Ødegård, sykepleier ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg. Foreslått som leder av NSF Telemark.

Kandidater som medlem:
Reidun Nyborg Johansen, oversykepleier

ved Stavanger universitetssykehus. Foreslått av NSF Rogaland.

Ragnhild Maalen Bugge, oversykepleier ved Molde sjukehus. Foreslått av NSF Møre og Romsdal.

Thorbjørn Avsnes, rådgiver i Telemark fylkeskommune. Foreslått av NSF Telemark.

Hans Inge Birkenes, spesialisykepleier ved Oslo universitetssykehus Rikshos-

pitalet. Foreslått av Sigbjørn Flatland.

Anne-Catrine Edøy Jenssen, spesialisykepleier i Båtsfjord kommune. Foreslått av NSF Finnmark avd. Båtsfjord.

Cathrine Enger Lunde, sykepleier ved Akershus universitetssykehus. Foreslått av NSF Akershus.

Stein Åsmund Teppen, intensivsykepleier ved Akershus universitetssykehus. Foreslått av NSF Akershus.

Vil inn i forbundsstyret

Forbundsstyret er NSF's høyeste myndighet mellom landsmøtene. Det består av tre lederne, seks medlemmer og seks varamedlemmer. Også leder og nestleder fra studentstyret er med.

Tekst **Marit Fonn**

Disse er medlemskandidater til styret:



Anne-Lise Solberg er avdelingsleder på Helgelandssykehuset Rana. Hun har vært fylkesleder i Nordland og vararepresentant (H) i kommunestyret. Hun har master i helseledelse. Foreslått av NSF Nordland. Foto: Marit Fonn.



Rigmor Føske Johnsen er intensivsykepleier i Tønsberg på Sykehuset Vestfold. Hun har vært forbundsstyremedlem de to siste periodene. Hun var fylkesleder i Vestfold i ni år. Foreslått av NSF Vestfold og Buskerud. Foto: Erik Sundt.



Kai Øivind Brenden er foretakstillitsvalgt og styremedlem på Akershus universitetssykehus (Ahus). Han har vært i kommunestyret (H). Foreslått av NSF Akershus. Foto: Geir Egil Skog/RB.



Birgit Reisch er enhetsleder på Øya Helsehus. Hun er nå medlem i forbundsstyret. Foreslått av NSF Sør-Trøndelag. Foto: Marit Fonn.



Heidi Helene Stykket er intensivsykepleier på Sykehuset Sørlandet, Arendal. Foreslått av NSF Aust-Agder. Foto: Privat.



Lillian Elise Esborg Liane er frikjøpt tillitsvalgt i Skien kommune. Forslagsstiller: NSF Telemark. Foto: Privat.



Anja Betsi Terentieff er assisterende leder i Vadsø kommune. Foreslått av Målfrid Ovannger. Foto: Privat.



Toril Fjørtoft er lektor på Høgskolen i Sogn og Fjordane. Hun har vært kommunestyremedlem (H). Foreslått av NSF Sogn og Fjordane. Foto: Privat.

Kandidater til Rådet for sykepleieetikk

Rådet er et selvstendig og uavhengig organ i NSF som skal overvåke og fremme etisk standard i sykepleiepraksis og -utdanning. Rådet behandler saker og avgir uttalelser om etiske spørsmål som bringes inn for Rådet eller som Rådet selv tar initiativ til.

Rådet består av leder og 8 medlem-

mer som velges av landsmøtet for 4 år.

Berit Daae Hustad er foreslått både som leder og medlem av NSF Vestfold. Hun er lektor ved Høgskolen i Vestfold.

Kandidater som medlem:

Jannicke Rabben, rådgiver i Kreftforenin-

gen, Kristiansand kommune, Vest-Agder. Foreslått av NSF Vest-Agder.

Kristin Gjerdingen Haugen, leder ved Haugtun Sykehjem, Gjøvik kommune. Foreslått av NSF Oppland.

Lillian Lillemoen, førsteamanuensis ved

Høgskolen i Østfold. Foreslått av Anne-Grethe Gregersen og NSF Østfold.

Ingrid Lotsberg Norås, kreftsykepleier i Klepp hjemmesykepleie, Rogaland. Foreslått av Solfrid Fuglseth.

Berit Støre Brinchmann, professor ved



Anne-Catrine Edøy Jenssen er spesialsykepleier i Båtsfjord kommune. Hun er opptatt av akutt-sykepleie. Foreslått av Merete Eriksen. Foto: Privat.



Mona Christine Wiger er lektor på Høgskolen Diakonova i Oslo. Foreslått av Frank Oterholt. Foto: Privat.



Terje Årsvoll Olsen er lektor på Høgskolen i Bergen. Han har videreutdanning i eldreomsorg. Faggruppen i geriatri og demens har foreslått ham. Foto: Arne Ristesund



Rita Johannessen er rådgiver i Harstad kommune og har lang erfaring fra kommunehelsetjenesten. Hun er foreslått av Siv-Tone Furu. Foto: Privat.



Ingunn Karlsen er adjunkt på Nordkjøbotn videregående skole. NSF Troms har foreslått henne. Foto: Privat.



Nina Hedkrøkk Mikkelsen er intensivsykepleier på Ahus. Hun har vært tillitsvalgt og er foreslått av faggruppen for intensivsykepleiere. Foto: Privat.



Anne Margrethe Haukås er oversykepleier på Haugesund sykehus og har vært tillitsvalgt. Hun er foreslått av NSF Rogaland. Foto: Privat.



Beate Furseth Dale jobber på medisinske enheter på Haukeland sykehus i Bergen. Hun er hovedtillitsvalgt og var aktiv i studentpolitikken. NSF Hordaland har foreslått henne. Foto: Privat.

Les mer om kandidatene på www.sykepleierforbundet.no under Landsmøtet 2011.

Universitetet i Nordland. Foreslått av NSF Nordland.

Anne Cecillie Steinfeldt-Foss, avdelingssykepleier ved Sørlandet sykehus Arendal. Foreslått av NSF Aust-Agder.

Kurt Johan Lyngved, anestesisykepleier

og psykiatrisk sykepleier ved Kirkens Bymisjon, Bodø kommune. Foreslått av Frank Oterholt og NSF Nordland.

Kari Nerland, spesialsykepleier ved Veksthuset Molde. Foreslått av NSF Møre og Romsdal.

Elin Albrigtsen, leder ved Kvaløya hjemmesykepleie, Tromsø kommune. Foreslått av NSF Troms.

Knut Eyvind Hofseth, sykepleier ved Oslo universitetssykehus Rikshospitalet. Foreslått av NSF Oslo.

Liv Elden, pensjonist, tidligere høyskolelærer ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Foreslått av Sølvi Sæther og NSF Nord-Trøndelag.

Anja Betsi Terentieff, assisterende leder i Vardø kommune, Finnmark. Foreslått av Målfrid Ovanger.

Lover krafttak mot ufrivillig deltid

Arbeidsforholdene er gode for det store flertall av arbeidstakerne i Norge. Ett av unntakene er helse- og omsorgssektoren, der er ufrivillig deltid fremdeles er utbredt. Tekst Bjørn Arild Østby Foto Arbeidsdepartementet

Ni av ti yrkesaktive er tilfreds med jobben. De fleste arbeidstakere har fast arbeidskontrakt og opplever at de i høy grad kan påvirke egen arbeidshverdag. Dette kommer fram i arbeidslivsmeldingen «Felles ansvar for et godt og anstendig arbeidsliv», som regjeringen la fram for Stortinget i forrige måned.

Ufrivillig deltid

Men det finnes utfordringer. En av dem er

ufrivillig deltid. I 2010 var det 67 000 deltidsansatte som ønsket og hadde prøvd å få lengre arbeidstid. Nå lover arbeidsminister Hanne Bjurstrøm et krafttak mot ufrivillig deltid. Hun trekker fram tre tiltak som skal få bukt med dette:

- › Styrke fortrinnsretten til økt stilling for deltidsansatte
- › Drøftingsplikt med tillitsvalgte om bruk av deltid

- › Rett til større stillingsbrøk for arbeidstakere som over tid har arbeidet utover avtalt arbeidstid.

Arbeidsministeren ser derimot ikke for seg strengere lovreguleringer på dette feltet.

Reaksjonen fra arbeidstakerorganisasjonene er at alt som bidrar til å få flere over på heltidsstilling er positivt. Men de foreslåtte tiltakene er ikke tilstrekkelig. De står fast ved kravet om en lovfesting av retten til heltid.

Arbeidsgiverforeningen Spekter mener den viktigste årsaken til at så mange jobber deltid er hensynet til familien, og at arbeidsgivere har problemer med å tilpasse dagens arbeidstidsbestemmelser til driften.

«Det er ikke behov for å liberalisere forskriftene om arbeidstid.» Arbeidsdepartementet

Regler for arbeidstid

Bestemmelsene om arbeidstid er en annen utfordring. Mens arbeidsgivernes organisasjoner lenge har etterlyst nye ordninger, er svaret fra regjeringen at det ikke er behov for å liberalisere dagens forskrifter i arbeidsmiljøloven om arbeidstid. Regjeringen mener reglene gir den fleksibiliteten som trengs for å kunne etablere ulike typer arbeidstidsordninger.

«Vi ser at systemet kan oppleves som vanskelig for mange arbeidsgivere. Det er viktig at avtalene gir virksomheter, brukere og de ansatte nødvendig forutsigbarhet. Departementet vil derfor gå i dialog med partene for å se om de kan gjøre det enklere og mer forutsigbart å bruke de mer spesielle arbeidstidsordningene over tid», heter det i en pressemelding fra arbeidsdepartementet.

For å bedre oversikten over avtalene om langturnus, vil departementet vurdere å stille krav om at partene oppretter offentlig tilgjengelig statistikk over avtalepraksis inngått etter arbeidsmiljølovens § 10–14 (4). ■■■



HELTID: Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm ønsker lovfesting av retten til heltid.

Se også Hør her side 86.

Sonja Edvardsen

Alder: 51 år

Aktuell som: Sykepleier og eks-ordfører i Eid kommune i Sogn og Fjordane

BAKGRUNN:

Regjeringen la i vår ned fødeavdelingen og akutttilbudet på sykehuset i Nordfjordeid. Dermed gikk det som det måtte med Arbeiderpartiet ved valget i kommunen. Ordfører Sonja Edvardsen (Ap) måtte gi klubben fra seg til en Venstre-mann. Men hun er fortsatt med i kommunestyret.

Måtte gi fra seg klubben

Slikker du ordførersåret?

– Nei, nei. Slik er politikken. Det var selvsagt trist. Men jeg omstiller meg fint.

Hva ble prosenten for Ap?

– 8,5. Veldig lite.

Og hva var den ved forrige valg?

– Da var vi oppe i 26,4 prosent.

Tar du resultatet personlig?

– Nei. Jeg har kjempet for lokalsykehuset og gjort det jeg har kunnet. Ansvaret legger jeg på regjeringen.

Er du bitter på Jens?

– Nei, men jeg er irritert, fordi det har vært en dårlig prosess. Jeg er veldig uenig med ham. Det har jeg sagt klart fra om.

Hva sier han da?

– Han opprettholder at han har det øverste ansvaret for et best mulig helsevesen på sikt. Men det er jo helseministeren som har hatt mest med den saken å gjøre. Vi har hatt utallige møter i departementet.

Du har kjempet for lokalsykehuset, men stemte mot i Stortinget som vararepresentant. Måtte du?

– Ja, når jeg først var i salen, hadde jeg ikke noe valg. Men den saken handlet ikke bare om Nordfjordeid, men om å utsette omstillingsprosessen. Jeg er ikke på Stortinget som ordfører, men representerer der Ap sentralt.

Har sykepleieren i deg slitt med politiker-Sonja?

– Ja, virkelig. Pasientenes tilbud blir dårligere, reiseavstanden større. Dette vedtaket var feil.

Er folk ufine mot deg?

– Nei. Folk snakker sammen her, vi er bare 6 000 innbyggere. Det er lokalavisen som har vært hardest mot meg. Hovedsaken er blitt den avstemningen i Stortinget, som ikke betydde noe i praksis. Alt det andre jeg har styrt med har kommet i bakgrunnen.

Blir du noen gang ordfører igjen?

– Tror ikke det. Jeg har hatt seks flotte år. Nå er

den tiden over. Jeg må tenke på min videre karriere og mitt fagfelt.

Hvor har du jobbet som sykepleier?

– På to eldreinstitusjoner i kommunen, blant annet i demensomsorgen. Og på overvåkningen på Nordfjordeid sykehus.

Hva skal du gjøre nå?

– Tilbake til jobben som koordinator på Eid eldretun.

Har du hatt nytte av sykepleieryrket som ordfører?

– Absolutt. Som ordfører skal du snakke med folk, og ivareta og forstå folks behov. Det har vært en fordel å kunne faguttrykk når temaet har vært helse.

Er du blitt handlingslammet som politiker?

– Overhodet ikke. Ha-ha, nei, det går ikke an. Jeg må se videre. Som valgt politiker sitter du på lånt tid. Det har vært tøft over tid. Så jeg er litt letta og.

Hvor lenge har det vært tøft?

– Siden vedtaket ble gjort i mars. Da tenkte jeg: «Dette blir vår bane.»

Sykepleiere er ikke kjent for å være politisk aktive. Eller hva?

– Det kan vel hende. Selv ble jeg aktiv fordi jeg så at eldreomsorgen, skole og barnevern ikke ble prioritert. Så bar det fort opp til ordførervervet.

Er politikken noe du anbefaler?

– Ja, det er berikende. Og ingen ulempe å være sykepleier. Flere burde engasjere seg.

Tekst Marit Fonn

Foto Janne Møller-Hansen/Scanpix



Byggeplass, flytting

6000 av de 17 000 ansatte ved Oslo universitetssykehus (OUS) er sykepleiere. Mange vet ennå ikke hvor de kommer til å havne, eller om de i det hele tatt får beholde jobben i tiden framover.

Sykepleien guider deg gjennom milliardunderskudd, masseoppsigelser og flyttinger på tvers av fag og bygninger.

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



Foto: Scanpix og Colourbox. Illustrasjon: Bjørg Nordstrand

byrå og sykehus



15 spørsmål på veien

1 For det første – hvorfor sammenslåing?

Sammenslåingen skulle både spare penger og heve kvaliteten.

Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble slått sammen til Oslo universitetssykehus HF (OUS) i januar 2009. Oslo-befolkningen skal ha ett samlet lokalsykehus, samtidig som sykehuset skal betjene hele regionen og på noen områder ha landsfunksjoner.

Før sammenslåingen hadde sykehusene, som ligger geografisk nære hverandre, overlappende fagkompetanse, og i mange tilfeller samme type pasienter.

Innvendingene mot prosjektet går på at det i realiteten var lite overlapping fordi fagområdene var funksjonsfordelte mellom sykehusene.

Sammenslåingen skulle på papiret styrke fag, forskning og kvalitet, og det skulle tas ut stordriftsfordeler.

Ideen til sammenslåingen kan spores tilbake til byggingen av nye Ahus. På midten av 2000-tallet ble det bestemt at Ahus skulle overta 160 000 lokalsykehuspasienter, i hovedsak fra det som da



var Aker universitetssykehus, når det var ferdig. Det nye sykehuset måtte dimensjoneres til pasientgrunnlaget.

I februar 2010 ble det bestemt at Aker gradvis skulle trappe ned sykehusaktiviteten, og på sikt bli en såkalt samhandlingsarena for Oslo-sykehusene, Ahus og Oslo kommune.

2 Hvor lang tid vil dette egentlig ta?

Omstillingen startet i 2008, og skal være ferdig i 2025. På grunn av manglende avklaring blant annet av langtidsbudsjett, pågår det nå en diskusjon om fusjonen i det hele tatt kan gjennomføres.

Som et pedagogisk bilde på sammenslåingen har sykehusledelsen delt prosessen inn i fem forskjellige bolker, kalt «dager». OUS har nå passert dag 3, og er i gang med deler av dag 4. Innholdet i dagene har endret seg underveis, men dette er hva man jobber mot per i dag:

Dag 1–1. januar 2010: Tre sykehus omdannes til en sammenslått klinikkstruktur–Oslo universitetssykehus.

Dag 2–1. juni 2010: Flytting av pasienter og personell påbegynt. Denne dagen skulle det implementeres nye datasystemer: Klinisk arbeidsflate (se nedenfor).

Innvendingene mot prosessen denne dagen, går på at det mangler nødvendige investeringsmidler til drifts-effektive bygninger som gjør samlokalisering mulig.

Dag 3–1. januar 2011: Opptaksområder flyttet

fra OUS til Ahus og Vestre Viken. Startet flytting av noen lokalsykehusfunksjoner fra Aker til Ullevål. Samlokalisering av noen område- og regionsfunksjoner.

Dag 4–1. januar 2012: Storbysykehus på Ullevål, der alle lokalsykehusfunksjonene skal samles. Samlokalisering av område-, regions- og landsfunksjoner ut fra hva som er mulig med dagens bygningsmasse. Multitraume og akuttfunksjoner fremdeles på Ullevål.

Dag 5–1. januar 2015: Dette er mest usikkert, og mye kan fremdeles endre seg. Foreløpig ser man for seg dette på dag 5: Nytt/nye bygg, høyspesialiserte funksjoner på Gaustad. Lands-, regions- og områdefunksjoner er i hovedsak lokalisert i eksisterende og nye bygg på Rikshospitalet. Enkelte lands- og regionsfunksjoner knyttet til kreft lokalisert i eksisterende bygg på Ullevål og Montebello. Storbysykehus på Ullevål med Storbylegevakt og regionsfunksjoner i psykisk helse og avhengighet.

I løpet av høsten kommer en strategisk langtidsplan. I denne planen vil det komme ytterligere konkretiseringer.



mot målet

3 Hvem skal hvor?

OUS befinner seg per i dag på 70 ulike adresser. Sykehuset består av åtte klinikker, i tillegg til Oslo Sykehusservice. Klinikkerne i Oslo universitetssykehus består av ansatte fra alle de tidligere sykehusene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål universitetssykehus.

Rikshospitalet: Lands- og regionfunksjoner

Ullevål: Område- og lokalfunksjoner – Storbysykehus.

Aker sykehus skal bli en såkalt samhandlingsarena.

Hva dette konkret innebærer er foreløpig ikke spikret, og både Oslo kommune og OUS sitter i disse dager og utarbeider ønskelister.

Diakonhjemmet og Lovisenberg skal fortsatt være lokalsykehus for deler av Oslos befolkning.

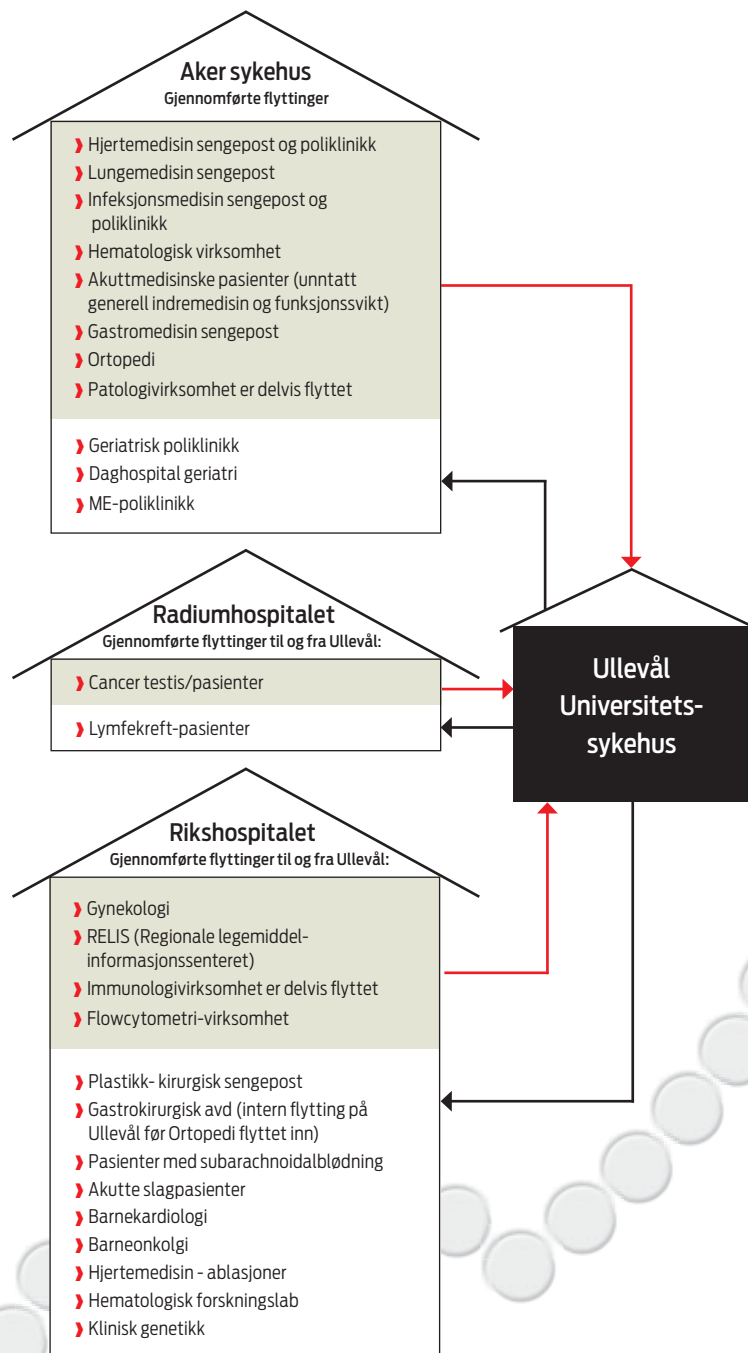
Det ligger i kortene at det må konkretiseres ytterligere hvor grensen mellom nasjonalt og lokalt sykehus skal gå. Hvor multitraume blir lokalisert og organisert, vil være avgjørende for hvor denne grensen kommer til å gå.

4 Må man bygge nytt?

Både Legeforeningen og Norsk Sykepleierforbund svarer ja på dette spørsmålet. De mener at det må bygges nytt både på Ullevål og Rikshospitalet. Det er vedtatt å utvikle Storbysykehuset på tomte til Ullevål. Storbysykehuset skal ha område- og lokalsykehusfunksjon.

Tidligere administrerende direktør i OUS, Siri Hatlen, sa i fjor at nybygg på Ullevål-tomta ikke er mulig å realisere på kort sikt på grunn av den økonomiske situasjonen.

En fersk rapport fra Riksrevisjonen viser at OUS bare har rutiner for jevnlig oppdatering av deler av bygningsmassen. Sykehuset har heller ikke besluttet en langsiktig plan for bygningsmassen, slik regelverket krever. Sykehuset har til Riksrevisjonen oppgitt at en slik plan er under arbeid.



Somatiske områder

- › Etablert generell indremedisinsk poliklinikk og sengepost ved Aker
- › ME-sengevirksomhet etablert ved Aker
- › Generelt er patologivirksomheten reorganisert ift diagnosegrupper slik at en diagnosegruppe kun er på ett sted (dette omfatter alle sykehus mtp flytting av oppgaver og personell)
- › Radiologivirksomheten er også organisert med gjennomgående fagansvar på tvers av lokalisasjoner og flyttinger av klinisk aktivitet har generelt ført til at man har måttet tilpasse radiologivirksomheten til den kliniske virksomheten som til en hver tid er ved de ulike lokalisasjonene
- › Det er også en drakamp om hvor multitraume skal lokaliseres i fremtiden.



5 Hva er så spesielt med Oslo?

Oslo har spesielle utfordringer: Befolkningsveksten er på 1 prosent hvert år, og befolkningen vil øke fra 572 000 i 2007 til 680 000 i 2025.

Oslo har flere eldre, og har relativt sett større andel pasienter innen rus og psykiatri enn resten av landet.

Behovet for sykehussenger vil i Oslo og Akershus øke med 500 innen 2020, dersom liggetid og innleggelseshyppighet er som i dag.

Oslo universitetssykehus er landets største sykehus med over 17 000 ansatte og et årlig budsjett på 17,5 milliarder kroner.

OUS er lokalsykehus for rundt 240 000 innbyggere, og område-sykehus for cirka 490 000. I tillegg har OUS regionale og nasjonale sykehusoppgaver.



Foto: Colourbox

6 Hvordan få felles infrastruktur?

Klinisk arbeidsflate: Styret ved OUS stanset i vår prosjektet «klinisk arbeidsflate». Det betyr at sykehuset ikke får felles verktøy til blant annet å utveksle journaler og røntgenbilder mellom sykehusene.

På styremøtet i Helse Sør-Øst 14. september ble saken tatt opp. Det ser nå ut til at totalkostnadene for den avbestilte arbeidsflaten er rundt 160 millioner kroner. Gjenbruksverdien av det som allerede er gjort, er ifølge styrepapirene fra Helse Sør-Øst 40 millioner kroner. OUS vurderer om det skal kreve dagsbøter eller annen kompensasjon overfor selskapet Logica som skulle lage systemet.

Når OUS justerer sitt budsjett, blir dette prosjektet ført opp som et tap på 125 millioner kroner og er inkludert i resultatestimater for 2011.

De forskjellige sykehusene som Oslo universitetssykehus består av har fra før ulike kliniske datasystemer. Målet med klinisk arbeidsflate var at leger og sykepleiere ved Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet fikk tilgang til all pasientinformasjon, som pasientjournaler, prøvesvar og røntgenbilder på tvers av de ulike lokalisasjonene. Systemet skulle være installert og klar til bruk 1. juni i fjor slik at det kunne støtte opp under fusjonsprosessen. (Se også spørsmål 2)

Å få dette på plass ble sett på som en forutsetning for å få en forsvarlig sammenslåing av Oslo-sykehusene. Leverandøren klarte ifølge OUS imidlertid ikke å levere som forutsatt. Derfor ble prosjektet stanset. I mellomtiden er det etablert midlertidige løsninger.

Logistikk og økonomi: Nylig ble leveransen fra IBM avbestilt. De skulle levere en teknisk løsning til alle landets helseforetak innen logistikk og økonomi. Dette angår ikke bare OUS, men alle helseforetakene.

Medisinsk teknisk utstyr (MTU): Gjennomsnittsalderen på OUS sitt medisinsk-tekniske utstyr (MTU) er ti år. De årlige bevilningene er så lave at gjennomsnittsalderen øker nesten med ett år for hvert år som går. Skal man holde alderen konstant, må OUS ha en bevilgning på 325 millioner kroner bare til MTU per år. Utstyret på Radiumhospitalet har en gjennomsnittsalder på 14 år.

7 Hvem bestemmer over prosessen?

Helseministeren: Staten eier sykehusene. Det betyr at helseministeren, Anne-Grete Strøm-Erichsen, har øverste ansvar. Helseministeren skal følge med på at prosessen gjennomføres i tråd med helsepolitikken som regjeringen har festet på papiret. Blant annet i Soria Moria-erklæringen. Helseministeren har også øverste ansvar for at prosessen gjennomføres i tråd med de rammene som er gitt.



Foto: Erik M. Sundt

Styret i Helse Sør-Øst RHF: Har ansvaret for de overordnede analysene og for å sette i gang prosessene. De gjør overordnede vedtak. Styreleder er Frode Alhaug. Kirsten Brubakk er sykepleier og ansatterepresentant.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst: Har ansvaret for den daglige styringen av det regionale helseforetaket, og skal følge opp styrevedtak. Det er derfor hennes ansvar å følge opp driften og styringen ved OUS. Administrerende direktør er Bente Mikkelsen.

Oslo universitetssykehus styre og direktør: Skal planlegge og sette ut i live de pålagte prosessene som er vedtatt av styret i Helse Sør-Øst. De skal også rapportere tilbake. Styreleder i OUS er Gøran Stiernstedt. Ansatterepresentant og sykepleier er Merete Norheim Morken. Konstituert administrerende direktør er Jan Eirik Thoresen.

Osloprosessen har måttet tåle mye kritikk. Noe av kritikken går på at analysene som styret i Helse Sør-Øst og ved OUS har fattet vedtak på, ikke er gode nok.

8

Hvordan har andre land gjort det?

I Danmark og Sverige har også store sykehus vært igjennom omlegging og sammenslåing.

I 2007 ble Rigshospitalet i Danmark en del av Region Hovedstaden. Regionen skal ny- og ombygge sykehus for over 13 milliarder kroner. Rigshospitalet har hatt en økning i antall stillinger hvert år med unntak av 2007.



Fakta om Region Hovedstaden

- › 1,6 millioner innbyggere.
- › Antall ansatte: rundt 40 400
- › Budsjett 2010: 37,2 milliarder kroner (driftsutgifter + anleggsinvesteringer)
- › Region Hovedstaden består av 12 sykehus med rundt 5 150 sengeplasser

I 2004 ble Karolinska og Huddinge i Sverige slått sammen til et nytt sykehus under navnet Karolinska Universitetssjukhuset. Omstillingskostnadene ble beregnet til 560 mill kroner som de fikk dekket. Karolinska kuttet 450 medarbeidere. Men nå ser det ut til at antall årsverk er tilbake på samme nivå som på fusjonstidspunktet.



I Stockholm skal Nye Karolinska Solna (NKS) bygges. Dette blir finansiert i samarbeid med private. Byggekostnaden er beregnet til 14,5 milliarder kroner. Etter planen skal sykehuset ta imot sin første pasient i 2016 og være helt ferdig i 2017.

Fakta om Karolinska Universitetssjukhuset

- › Rundt 736 sengeplasser
- › Rundt 1,5 millioner pasienter er innom hvert år.
- › Antall ansatte: rundt 15 500
- › Omsetning 2009–13,2 milliarder
- › Omsetning 2010–14,2 milliarder

9

Hvor mye koster en slik sammenslåing?

OUS har fått 1,2 milliarder kroner i omstillingsmidler fra Helse Sør-Øst i 2010 og 2011.

Blant andre ansatterepresentantene i OUS-styret har lenge meldt fra om at fusjonen ikke er tilstrekkelig finansiert, og at omstillingsmidlene i realiteten er på 250 millioner kroner – pluss et rentebærende lån på en milliard kroner.

I 2011 er konsernstøtten på 625 millioner kroner, fordelt på 225 millioner kroner i inntektstilskudd, og en mulighet til å levere et årsresultat på inntil minus 400 millioner kroner. I tillegg kommer om lag 170 millioner kroner til omstillingsinvesteringer. Helse Sør-Østs IKT-investeringer i 2011 er spesielt tilpasset prioriterte behov i hovedstaden med rundt 200 millioner kroner, en kostnad OUS må bære. I tillegg hadde Oslo universitetssykehus også i 2010 mulighet til å levere et årsresultat på minus 250 millioner kroner, som finansierte omstilling, men også dekket underskudd fra de tre tidligere helseforetakene.

Siri Hatlen, tidligere administrerende direktør i OUS, gikk av i juni i år etter at langtidsbudsjettet kom i retur fra eierne. Hun hadde på forhånd varslet sykehusstyret om at det ikke var mulig å holde budsjettet i 2011 og samtidig sikre en forsvarlig drift. OUS har fått garantier for utviklingsmidler for 2012, mellom 300 og 400 millioner kroner skal gå til nytt akuttinntak på Ullevål.

10

Hvor mye er brukt på ekstern bistand/konsulenter?

I 2010 ble det brukt ca. 55 millioner kroner på ekstern bistand til omstillingsprosessen. Dette har i hovedsak gått til IKT-integrering, arealplanlegging og virksomhetsplanlegging av bygg, og støtte til klinikkene for å etablere planer for restrukturering og omstilling, samt til sentral HR og økonomistaber.



Illustrasjon: Colourbox

11

Hvor stort blir underskuddet i år?

Det ligger det an til et underskudd på 1 milliard kroner. Eieren, Helse Sør-Øst, har gitt OUS lov til å gå med 400 millioner kroner i minus, men det ser nå ut til at budsjettsprekken blir på ytterligere 600 millioner kroner før årets utløp. I skrivende stund sitter sykehusets kliniksjefer og lager neste års budsjetter.

12 Hvor mange årsverk skal bort?

Oslo universitetssykehus har planlagt å redusere cirka 1000 årsverk innen utgangen av 2012. Dette utgjør cirka 7 prosent av totalt antall årsverk. I 2011 er det planlagt å redusere cirka 300 årsverk. For 2012 planlegges det å redusere med ytterligere cirka 700 årsverk.

Målet er at mest mulig av reduksjonen skjer gjennom naturlig avgang. Likevel kan sykehuset ikke utelukke at det blir oppsigelser.

En forklaring på budsjettsprekken i år, er at pasientgrunnlaget har gått ned, uten at antallet ansatte har gått tilsvarende ned. Dette er et av de store stridsspørsmålene – til nå har man ikke klart å nedbemanne etter intensjonen, siden avdelingene ikke faktisk er sammenslått, og det derfor må opprettholdes drift flere steder.

Årlig utfører sykehuset rundt 1,2 millioner pasientbehandlinger.

13 Hva skjer med sykepleierne?

Oslo universitetssykehus har ikke konkretisert antallet sykepleierårsverk som skal reduseres, men det er mangel på operasjons-sykepleiere, så disse jobbene er relativt trygge. Det er derimot for mange generelle sykepleierårsverk, og for mange leger. Ingen yrkesgrupper er skjermet for oppsigelser.

Foto: Colourbox



14 Hva skjer nå?

Arbeids-tilsynet har gitt ti pålegg til OUS, etter tilsyn på bakgrunn av den omfattende omstillingsprosessen. Tilsynet viser til at det har vært et stort antall brudd på overtidbestemmelsene i år. De nøyaktige tallene over hvor mange lovbrudd det har vært, har man ikke, siden sykehuset bruker tre forskjellige systemer for å planlegge og følge opp arbeidstiden. Det som er rapportert fra OUS til Arbeidstilsynet er 9 386 brudd på arbeidstidsbestemmelsene første kvartal i år. Det er brukt totalt 194 137 timer overtid i denne perioden. Antallet brudd fordeler seg på 2043 ansatte.

Det er mangel på spesialsykepleiere ved OUS, og en del av bruddene er knyttet til disse. OUS opplyser til tilsynet at de har satt inn tiltak for å få ned og fordele overtidstjobbingen, og Arbeidstilsynet har godtatt at disse tiltakene må få tid til å virke før de eventuelt gjør noe mer.

Flere pålegg går på bygningstekniske forhold, og det er gitt frister fra i dag frem til august 2014 med å utbedre det som er påpekt.

Konfliktene går høyt i OUS.

Flere sykepleiere som har blitt overført fra Aker til Ullevåls infeksjonsavdeling i forbindelse med sammenslåingen av Oslo-sykehusene, sier nå opp jobben i protest. Grunnen er at de ikke får et lønns tillegg Ullevål-sykepleierne har.

Forhandlingene for å samordne de såkalte B-avtalene har strandet. Dermed må sykepleierne finne seg i at kolleger som gjør samme jobb har forskjellig lønn, tillegg og arbeidstid.

Mange ansatte er slitne av sparekravene, og mener det går utover kvaliteten på pasientbehandlingen. På den andre siden står helseministeren og Helse Sør-Øst-sjefen, som forlanger budsjettkontroll og peker på at det er et overforbruk ved sykehuset. Ansattrepresentanter i OUS-styret mener de i praksis er satt under administrasjon, etter at Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst har blitt pålagt å rapportere jevnlig om situasjonen til tre ekspedisjoner i departementet.

I tillegg har Helse Sør-Øst bedt om månedlige rapporter fra klinikksjefene om kostnadskontroll og bemanningskutt. Den formelle veien er at klinikksjefene rapporterer til administrerende direktør ved sykehuset, som igjen rapporterer til styret.

Ansattrepresentanter mener de ansatte settes i en helt uakseptabel økonomisk situasjon med de tøffe budsjettkravene.

Helseministeren kalte nylig styreleder i Helse Sør-Øst inn på teppet. Beskjeden var klar: Prosessen skal fortsette. Budsjettene skal holdes, bemanningen skal ned.

Kilder: HMT, Aftenposten, Helse Sør Øst, SSB, NITO, OUS, helseforetaksloven kapittel 7, Region Hovedstaden faktarapport, Karolinska Universitetssjukhuset, Nito, Arbeidstilsynet, NSH, Sintef, Ukeavisen Ledelse, tillitsvalgte, Dagsavisen.

MÅL

Hva er visjonen?

Visjonen er ifølge OUS at sammenslåingen skal gi helsegevinster for pasienten. Ifølge planene som satte det hele i gang, skal sykehuset etter 2025 være tilgjengelig, samordnet, rettferdig fordelt mellom pasientene, trygge og sikre–og skal involvere brukerne.

I dag er det store geografiske variasjoner i antallet liggedøgn. Etter at Oslo-fusjonen er i havn, skal gjennomsnittlig liggetid være kortere enn i dag. Tiden pasienten er på sykehus skal i større grad brukes til behandling, i mindre grad brukes til venting.

Fag, forskning og kvalitet skal være styrket, og det skal også være økonomiske gevinst av storsykehuset.

Den såkalte storledergruppen ved sykehuset diskuterte seg tidlig i sammenslåingsprosessen fram til denne visjonen for OUS:

Oslo universitetssykehus skal gi den beste behandlingen for dagens og fremtidens pasienter

Oslo universitetssykehus skal være et sykehus

- › Der barna våre vil jobbe
- › Der de får den beste behandlingen når de blir syke
- › Som de har råd til å betale for

Nå er en ny strategisk langtidsplan under utarbeidelse, og siden lite i denne prosessen er hugget i stein, ligger det åpent for at visjonen vil kunne endre seg. Den nye langtidsplanen skal komme i løpet av høsten.



– Fagmiljøer ødelegges

Det er lett å rive ned gode fagmiljøer og krevende å bygge opp nye, sier Aasmund M. Bredeli. Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers

Aasmund M. Bredeli er foretakstillitsvalgt for Legeforeningen ved OUS.

– Har legene andre bekymringer i forhold til Hovedstadsprosessen enn sykepleierne?

– Omfattende spørsmål det der. Jeg vil si både ja og nei. Vi har nok en del felles bekymringer, og noen særskilte utfordringer i forhold til fag, sier Bredeli.

Han er mest bekymret over at den medisinske faglige kvaliteten allerede er svekket.

– Det er enkelt å rive ned faglig gode tilbud, men tungt å bygge opp. Jeg opplever at gode fagmiljøer blir ødelagt på bekostning av å spare penger.

Han har flere eksempler på hva han mener. Tidligere har det vært slik at Rikshospitalet har hatt ansvar for høyt spesialiserte kirurgiske pediatrike avdelinger.

– Både leger og sykepleiere som jobber på for eksempel nevrokirurgisk avdeling, var svært spesialiserte. Som lege oppleves det trygt. Leger er avhengige av at dyktige sykepleiere observerer pasienter og kan gi presise tilbakemeldinger dersom pasientens

utvikling går feil vei. Nå skal sykepleiere jobbe på tvers av spesialiteter for å få mer ut av sykepleieressursene. Det betyr at en sykepleier med spesialitet innen nevrologi også kan havne på øre-, nese- halsavdeling, eller ortopedisk avdeling. Det svekker kvaliteten på pasientbehandlingen. Tryggheten ved å kunne stole på beskjeder som gis og at man snakker samme fagspråk, forsvinner. Alt er begrunnet i å spare penger.

Aasmund M. Bredeli mener ikke at alt løser seg bare man får mer penger. Hans største ankepunkt er at det aldri har vært en plan for hvordan Hovedstadsprosessen skulle foregå.

– Hovedstadsprosessen har aldri hatt en organisatorisk plan, faglig plan, eller en økonomisk plan. Det preger da også hele den såkalte prosessen, sier han.

Han forstår at andre fagmiljøer mener at det er mye klaging fra ansatte i OUS. Men til dem har han følgende beskjed:

– Både Helse Bergen, og St. Olav i Trondheim har vært igjennom store prosesser. De må bare huske på at de hadde planer for hva de skulle gjøre. Både når det gjaldt finansiering og nybygg i St. Olavs tilfelle.

– Uforsvarlig helhet

Fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund i Oslo, Eli Gunhild By, mener mange klinikker driver bra, men at helheten ikke er forsvarlig fordi sykehuset ikke er «sydd» sammen.

Vi har jobbet mye med Hovedstadsprosessen. Ikke minst har vi jobbet mye med å få en felles strategi slik at sykepleiere som sitter i arbeidsgrupper fronter samme agenda over hele linja.

Eli Gunhild By sier Sykepleierforbundet har vært bekymret for gjennomføringen av sammenslåingen siden starten. Mange av forutsetningene for at dette skulle gå greit, har aldri blitt gjennomført. Hun tenker da spesielt på økonomiske midler, linjeledelse og datasystemer. Dette må på plass for at det skal være mulig å kvalitetssikre måten vi behandler pasienter på.

– Når IKT-systemer som skal «sy» sammen sykehuset ikke er på

plass, er det ikke rart at pasienter ikke får innkalling til undersøkelse. Det skaper stort rom for svikt når en klinikk er fordelt over flere hus, uten at de kan kommunisere journaler og informasjon.

I alle ledd opplever vi at de som jobber på «gulvet» i organisasjonen har liten innvirkning på hva som skal skje og hvordan det bør gjennomføres.

– Drives OUS uforsvarlig?

– Sykehuset drives ikke uforsvarlig som sådan. Mange klinikker driver bra. Jeg vil si det slik at sykehuset klarer å drive forsvarlig når det gjelder enkeltdiagnoser, men ikke som helhet fordi organisasjonen ikke er «sydd» sammen. Det er vel alle avviksmeldingene også et signal om, sier hun.

Fylkeslederen mener både helseministeren og styret i Helse Sør-Øst burde ta inn over seg at Siri Hatlen valgte å gå.

– Hun sa klart ifra om at prosessen verken lar seg gjennomføre innenfor den økonomiske rammen, eller tidsrammen som ble gitt. Hun ga også klar beskjed om at vedtatte innsparinger ikke kan gjøres uten at det går ut over pasientsikkerheten.

« De som jobber på «gulvet» har liten innvirkning. Eli Gunhild By, fylkesleder Norsk Sykepleierforbund



– ROM FOR SVIKT: Eli Gunhild By. Foto: Marit Fonn.

BEKYMRET: Legene er avhengig av de spesialiserte sykepleierne som snakker samme fagspråk. Nå forsvinner den tryggheten, sier legetillitsvalgt Aasmund M. Bredeli. Foto: Stian Lysberg Solum.

« Det har aldri vært en plan for hvordan prosessen skulle foregå. *Aasmund M. Bredeli*

Venter seg flere bekymringsmeldinger

Fylkeslege Petter Schou tror antall bekymringsmeldinger som truer pasientsikkerheten vil øke.

Fylkeslegen i Oslo, Petter Schou, følger nøye med på hva som skjer i Hovedstadsprosessen. Han har fått mange bekymringsmeldinger på bordet. Mange av dem er omtalt i pressen.

– Hovedstadsprosessen tar mye av tiden vår. Det er ikke så rart. Sammenslåing er en utfordring, og OUS er Nordens største sykehus. For at det skal gå best mulig har vi hatt flere møter med ledelsen ved sykehuset. I tillegg gjennomfører vi planlagte tilsyn, sier han.

Selv om det kommer inn mange bekymringsmeldinger, regner Schou med at dette vil øke.

– Så langt er det mest organisatoriske endringer som er utført.

« Det dreier seg ofte om dårlig kommunikasjon.

Petter Schou, fylkeslege

Det er gjort lite fysiske flyttinger til nå. Når de kommer, tror jeg antall bekymringsmeldinger også vil øke.

Det er bekymringsmeldinger som truer pasientsikkerheten Schou konsentrerer seg om.

– Noen av dem har vært greie å løse opp i. De dreier seg ofte om dårlig kommunikasjon. Gjennom et møte eller to, løser det seg. Andre saker tar lengre tid.

– Er alt løst?

– Bekymringsmeldinger som dreier seg om selve infrastrukturen vil naturlig nok ta lang tid. Det er derfor viktig å passe ekstra godt på. Naturlig nok sliter slike prosesser på personalet. Bekymringen fremover er blant annet datasystemer som ikke «snakker» sammen. I tillegg vet vi at det er utfordrende når forskjellige avdelingskulturer blir slått sammen og skal samarbeide. Det går ofte mest på følelser.

– Drives OUS forsvarlig?

– Mange avdelinger og klinikker blir drevet aldeles utmerket, andre avdelinger sliter.

– Bekymringsmeldinger tar jeg på største alvor, sier fylkeslegen. ■■■



– **SLITER PÅ PERSONALET:** Petter Schou. Foto: Edith Stenberg/Overlegen.

Der ute

- 42 Kontroll etter dødsfall i Skien ›
- 47 Plutselig er de her ›
- 50 Invitert av norske leger ›
- 53 Vasker seg ut av jobben i Skottland ›
- 56 2 av 3 kommuner mangler kreftsykepleiere ›



sykepleien.no

› Nye fagartikler på sykepleien.no



DER UTE GRÜNERLØKKA, OSLO

Ingun Wik vil ha mer homofili inn i klasserommene.

– Snakk om å være skeiv!

Skeiv helsestasjon

Helsestasjon for lesbisk, homofil, bifil og transkjønnet ungdom ligger på Grünerløkka i Oslo. Unge mellom 13 og 30 fra hele byen kan ta kontakt, enten ved oppmøte, e-post eller chat. Helsestasjonen er åpen hver onsdag mellom 16 og 19. Både timebestilling og drop-in er mulig. Helsestasjonen har helsesøster og lege tilgjengelig. Helsestasjonen har også en svartjeneste gjennom ung.no.

Kontakt: lhbt@bga.oslo.kommune.no

Jeg møter unge som synes det er forferdelig å erkjenne at de er homofile. De tror livet er ødelagt.

Det sier Ingun Wik, helsesøster på Norges eneste helsestasjon for skeiv ungdom.

Ingen fasitsvar

På Grünerløkka helsestasjon i Oslo pryder et fargerikt hjerte døren. Inni står det LHBT, skrevet helt ut: Lesbisk, homofil, bifil og transkjønnet. Innenfor sitter Ingun Wik. Mens bilder av strutende mager og gode ammeråd preger venterommet utenfor, er det brosjyren «Er du homo, eller?» som først fanger blikket her.

Helsestasjonen er for Oslo-ungdom mellom 13 og 30 år, men får også henvendelser fra resten av landet. Ingen blir avvist. Ungdommene tar kontakt via telefon, e-post eller direkte oppmøte. Mange er redde for hva som vil skje om noen finner ut at de er skeive.

For Wik er det viktig å formidle at

«Minoritetsungdom bruker oss nesten ikke»

Ingun Wik

det å være homofil er like bra som å være heterofil. Hun vil ha helsesøstre på banen.

– Vi må vise ungdom at seksualiteten er mangfoldig, sier hun.

Mer uhelse

I 1999 viste en rapport at homofile og bifile hadde lavere livskvalitet enn befolkningen generelt. Spesielt unge lesbiske kvinner og unge homofile menn

vurderte egen helse som mye dårligere enn den generelle befolkningen. De hadde også i større grad brukt rusmidler og vært i selvmordsfare. Rapporten fikk mye oppmerksomhet og førte blant annet til opprettelse av helsestasjonen for skeiv ungdom.

Sosiolog Kristinn Hegna, en av forskerne bak rapporten, sier funnene var heftet med usikkerhet, men seinere studier hun har gjort, bekrefter tendensen.

– Vi kan ikke slå fast at problemene skyldes deres seksuelle identitet, men statistisk er det en større andel ungdom med en annen seksuell orientering som sliter, sammenlignet med heterofil ungdom.

Hun er overrasket over at andelen er såpass stabil, etter flere tiår med økende åpenhet rundt seksualitet og seksuelt mangfold.

– Jeg har ikke noe godt svar på hvorfor det er sånn, men tror det handler om de grunnleggende forventninger vi får fra samfunnet rundt oss og som vi stiller til oss selv. Alt er bygget rundt en forestilling om at vi skal treffe en av det motsatte kjønn, gifte oss og få barn. Når man forelsker seg i en av samme kjønn, må forventningene redefineres. Unge kan oppleve at seksuell orientering kan tenkes å få konsekvenser for mange områder av livet. Noen tror de må redefinere hele framtiden.

Tør ikke ha gym

Erkjennelsen av å være homofil kommer ofte i ungdomsårene, når identiteten vår formes. For de fleste kan det være vanskelig å etablere en positiv identitet i disse årene, men enda vanskeligere kan det være hvis identiteten knyttes til handlinger eller en seksuell



FOR HELE BYEN: Helsestasjonen ligger på Grünerløkka, men unge fra hele Oslo er velkomne. Også ungdom fra andre steder i landet tar kontakt, forteller helsesøster Ingun Wik.

til dem som driver spesialtilbud for homofile og lesbiske. De vil heller aldri nå alle. Noen av dem som strever med seksualitet og identitet, definerer ikke seg selv som homofile, og da oppfatter de ikke at slike tilbud har noe med dem å gjøre.

– Spør alle

Rolf Angeltvedt, leder i Helseutvalget for bedre homohelse, tror mange helsesøstre vegrer seg for å ta opp seksuell legning.

– De er usikre på hvordan de skal gå fram, og ønsker kanskje ikke å utsette heterofile jenter og gutter for spørsmål om de er homo.

Hans inntrykk er at helsepersonell som møter ungdom i krise i liten grad knytter problemene til seksuell orientering.

– Er det kaos på ett felt i livet, er det gjerne kaos på et annet også, sier han.

Derfor mener Angeltvedt spørsmål om seksuell orientering burde være en del av rutinen ved helsestasjoner for ungdom, i psykiatrien og innenfor rus og barnevern.

– Ingen har en så utviklet gay-radar at de vet hvem som er homofile bare ved å bruke blikket. Men når de skal spørre, kan de bruke åpne spørsmål som «har du kjæreste» og så spørre om det er gutt eller jente. På den måten gir man rom for at ikke alle forelsker seg i det motsatte kjønn. Skal man spørre spesifikt om homofili, er mitt råd å si at «dette er noe jeg spør alle om». Et annet enkelt tiltak er å ha synlige plakater med homofile på veggen eller et skeivt magasin liggende framme. Det kan fremme åpenhet.

– Har du inntrykk av at unge homofile sliter med å stå fram?

– Mange vet ikke hvordan de skal ta det første steget. De opplever å være helt alene, både i familien og på skolen. Samtidig er mitt inntrykk at flere og flere står fram tidligere. Det er blitt større åpenhet rundt det å være



orientering som er stigmatisert.

Det kan være en forklaring på at skeiv ungdom oftere oppgir at de har et depressivt stemningsleie, bruker rusmidler eller har hatt selvmordstanker.

Ingun Wik treffer gutter som ikke tør ha gym, i frykt for hets i dusjen. Ungdom som får slengt «jævla homo» etter seg i gangen.

– Noen blir utstøtt av familien, eller de aksepteres av de nærmeste, men får beskjed om å ikke si de er homo i familieselskaper.

Mange av de yngre uttrykker skam.

– De lurer på hvordan de bli kvitt det, forteller Wik.

Romsligere med alderen

Studier tyder på at det er særlig vanskelig for ungdom å stå fram som skeiv i tidlige ungdomsårene. Kristinn Hegna tror det handler om at unge i puberteten i mindre grad er i stand til å håndtere det å være annerledes.

– Og det kan både gjelde dem selv og deres jevnaldrende, tror hun.

– På ungdomsskolen er verden mer svart/hvit. «Alle» går i samme klær og er forelsket i de samme popstjernene. Jeg har ikke empirisk belegg for å si det, men jeg tror det også påvirker synet på seksualitet. Med økende alder blir man mer empatisk og romslig. På videregående

skole blir man mer opptatt av å være unik og annerledes, og da har man kanskje også lettere for å akseptere en annen seksuell orientering.

Men hun vil også nyansere bildet:

– Når vi snakker om det problematiske, er det lett å glemme at det for mange dreier seg om en periode som de fleste kommer godt ut av. De fleste homofile lever gode liv. Men det fritar oss ikke fra ansvaret for å gjøre det lettere for dem som sliter.

Hun mener det er kjempeviktig at den allmenne helsetjenesten blir mer bevisst på seksuell orientering.

– Vi kan ikke delegere alt ansvaret

Noen skeive tilbud

Rosa kompetanse

Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring (LLH) har utviklet et undervisningsopplegg for å øke kunnskapen om homofili i blant annet helsevesenet. Mer informasjon: http://www.llh.no/nor/hva_gjor_vi/rosa_kompetanse/

Youchat

Helseutvalget for bedre homohelse har en anonym chattjeneste for ungdom. Hver mandag mellom 17.30 og 20.30 svarer unge som selv er skeive på spørsmål. Mer informasjon: [Youchat.no](http://www.youchat.no)

homofil, og flere homofile er synlige. I samfunnet er holdninger i endring, men på individnivå kan det fremdeles være vanskelig å være homofil. Vi er ikke arbeidsledige, for å si det sånn.

– Snakk om det som er bra

Ingun Wik kjenner seg igjen i det å være alene. Mange av dem hun snakker med, vet ikke om noen andre som føler som dem. Selv om meget usikker statistikk anslår at 1 av 20 ungdommer opplever å være homofil, og det i gjennomsnitt vil si én i hver skoleklasse.

Hun undrer seg over at ikke helsesøstre er mer på banen.

– Helsesøster skal være den nærmeste ungdom kan snakke med om følelser rundt egen seksualitet. Likevel sier de fleste som henvender seg hit at de ikke har noen å snakke med.

Hun mener helsesøstre er altfor opptatt av å forebygge svangerskap og kjønnssykdommer.

– Vi snakker om problemene, ikke gleden. Vår oppgave er også å fremme ungdoms seksuelle identitet og helse. En måte å gjøre det på er å sette ord på mangfoldet, sier hun.

Astrid Grydland Ersvik, leder for landsgruppen av helsesøstre, er enig. Men hun mener det ikke handler om vrangvilje, men tid.

– Å snakke bredere om seksualitet krever en annen tilnærming enn når det handler om prevensjon. Vi ønsker oss mer tid i klasserommene.

Hun er også enig i at helsesøstre ikke automatisk må tenke at ungdom er heterofile.

– Er dere nok på banen?

– De som jobber med ungdom, er veldig bevisste. Men det er nok helsesøstre som bør jobbe med egne holdninger. For noen kan nok dette være utfordrende.

Vil nå flere

I motsetning til helsestasjoner for ung-



LETTERE Å SNAKKE OM: Et enkelt råd er å ha for eksempel bladet Blikk liggende fremme.

dom, er det flest gutter som tar kontakt med Ingun Wik. Det er gjerne de eldre ungdommene som kommer til helsestasjonen, de yngre bruker e-post eller telefon.

– Hvem er det dere ikke når?

– Minoritetsungdom. De bruker oss nesten ikke. ■■■

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**

KJØKKEN
ergonomiutstyr



Ditt favoritt kjøkken

Enten du skal ha nytt eller rehabilitere ditt eksisterende kjøkken, - vi har kunnskapen og heissystemene!



Astec AS - Tlf. 2272 2355 - post@astec.no - www.astec.no

Personvekker

- medisinsk godkjente

MS5400 Stolvekt

med BMI funksjon
Max 300 kg.

10.995,-
(eks. mva)



MS2400 Babyvekt

1.695,-
(eks. mva)



MS80D
Lengdemåler
til babyvekt
kr. 1.195,-
eks. mva.

MS4900 Søylevekt

med BMI funksjon
Kan påmonteres høydemåler.
Max 300 kg.

3.995,-
(eks. mva)



MS4400 Bismervekt



1.295,-
(eks. mva)



Pb 213, 5591 Etne • Tlf 53 75 77 50
Epost: post@arcus-vita.no

Flere vekter og høydemålere samt informasjon og bestilling på www.arcus-vita.no

Gammelm, grå og homo?

Eldre mennesker er vokst opp i en tid da homofili var tabubelagt, sier Helle Brit Oppedal, tjenesteleder for Bekkestua seniorsenter i Bærum.

– Mange har aldri kommet ut av skapet, og vi vet det også gjelder noen av våre brukere. Vi har hørt noen sterke historier. Derfor inviterer vi til skeiv kveld her på seniorsenteret.

Et sted for alle

Ideen kom etter et foredrag med homoaktivisten Kim Friele på seniorsenteret.

– Flere takket for tiltaket. Responsen var så god at vi ønsket å følge opp, sier Oppedal, som ønsker å lage en møteplass for å dele erfaringer og ha det hyggelig.

For henne er det viktig at seniorsenteret skal være et sted for alle,

er tilbudt noe lignende andre steder i Norge.

Oppedal forteller at den skeive kvelden har fått stor oppmerksomhet.

– Folk synes det er bra at vi tenker på at også gamle kan være homser eller lesber.

– Har noen reagert negativt?

– Nei. Jeg har vært spent, men ikke hørt et negativt ord. Vi har lenge jobbet for å ha et tolerant miljø.

Åpen for alle

Oppedal håper at det ikke bare blir én skeiv kveld.

– Jeg håper noen flere kan finne likesinnede og danne en gruppe som kan møtes regelmessig.

Bekkestua seniorsenter har godt over 1 500 brukere. Skeiv kveld er også åpen for eldre i hele Bærum. Totalt bruker 8 000 mennesker over 60 år seniorsentrene her. Til

«Jeg håper noen flere kan finne likesinnede.» *Helle Brit Oppedal*

uavhengig av seksuell legning eller andre ting.

– Har dette ført til at noen har kommet ut av skapet?

– Det tør jeg ikke si. Men noen har kommet ut til oss. De synes det er godt å få snakket om det.

Unikt tiltak

Ifølge nettstedet Gaysir, som tidligere har skrevet om det skeive tiltaket på Bekkestua, er det ukjent om det

den skeive kvelden er det også mulig å ta med barn eller venner.

– Noen har homofile barn og barnebarn, og synes det er vanskelig å snakke om, erfarer Oppedal.

– Kan hende kan et slikt tiltak gjøre det lettere å være åpen. ■■■

Mer info på: www.baerum.kommune/bekkestua-seniorsenter

Tekst **Nina Hernæs**

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

Eff. rente 29,2%, 15.000 o/12 mnd. totalt 16.937



Søk om kortet på www.sykepleierforbundet.no/mastercard

NSF MasterCard – et produkt fra DnB NOR Bank ASA

En pasient dør uventet. Utrykningsgruppa kommer for å granske hendelsen. Blir du nervøs?

– Greit å bli kikket i kortene

Helsetilsynets utrykningsgruppe

Formålet er å sikre raskere og bedre opplyste hendelsesforløp/saksforhold og dermed også redusert saksbehandlingstid i tilsynssaker.

Utrykningsgruppa er et toårig prøveprosjekt, men det er allerede foreslått en lovfesting av ordningen. Heidi Merete Rudi er prosjektleder.

Når alvorlige uventede hendelser skjer, skal det sendes e: post til: Varsel@helsetilsynet.no

Du finner mer informasjon hos www.helsetilsynet.no

I fjor sommer døde en pasient uventet på intensivavdelingen på Sykehuset Telemark i Skien. Da meldte overlege Kristian Heldal saken til politi og Helsetilsyn. Det resulterte i at Helsetilsynets utrykningsgruppe kom på besøk.

– *Hvordan føltes det?*

– Holdningen hos mange leger er vel at vi ikke liker å vise frem feilene våre. Vi er skoleflinke, vant til å være «best» og mange av oss har et relativt sterkt konkurranseinstinkt. Å koste feil under teppet, hjelper oss imidlertid ikke. Tvert imot. Dersom vi prøver å skjule feilene våre, er det lettere å bli tatt med buksa nede, sier Heldal.

I de fleste sektorer trenger ikke en feil bety all verden. I helsevesenet kan det bli skjebnesvangert. Det er en av grunnene til at Heldal mener at gjør du feil, må du benytte anledningen til å lære av det. Da kan du i det minste

«Det er verre å lure på om man har gjort noe galt, enn å vite det.»

forhindre at en pasient dør av lignende feil i fremtiden.

– Overser du feilen, øker faren for at en annen pasient feilbehandles og dør. Det vil jo gjøre det enda mer tragisk, sier han.

Hva som skjedde 24. juli 2010

Vi skrur tiden tilbake til kvelden 24. juni 2010. Stedet er Telemark Sykehus i Skien.

Legevakten ringer opp akuttmottaket. De sender over en pasient. Han

er en 28 år gammel utenlandsk sjømann. I meldingen fra legevakten er beskjedent at han har feber og sår hals. Pasienten mistenkes også å ha MRSA.

På grunn av MRSA-mistanken, sluses han forbi akuttmottaket og rett til infeksjonsmedisinsk post. Der blir han smitteisolert.

Turnuslegen som undersøker pasienten beordrer intravenøs væske og antibiotika. Pasienten får behandling for sepsis (se faktaboks) og SIRS-overvåkes hver time.

Klokken 02.00 er statusen slik: Blodtrykk 90/56, respirasjonsfrekvens: 50, puls: 161, oksygeninnhold: 90 prosent.

Klokken 02.50 har pasienten brystsmertor og blir stadig sløvere. Det vurderes om han skal flyttes til intensiv, men han blir liggende under oppsyn.

Klokken 03.30 må sykepleieren som passer på, se til en annen pasient. **Klokken 03.50** kommer sykepleieren tilbake og finner pasienten på gulvet med hjertestans. De klarer å starte hjertet igjen. Pasienten flyttes nå til intensivavdelingen.

Mistanke

Dagen etter, fredag 25. juni, diskuteres pasienten på morgenmøtet. Mistanken om at han ikke har fått optimal behandling vekkes. På dette tidspunktet er det ikke klart hvordan det kommer til å gå med pasienten.

– Det er uvanlig at en så ung person, som er forholdsvis oppgående, blir så dårlig, så raskt. Det er opplagt at vi lurer på om det er gjort noen feil underveis. Kom han raskt nok til intensiv? Var rutinene fulgt? Var det personfeil, eller lå andre ting bak? Vi begynner med en gang å prøve å finne svar på

disse spørsmålene, forteller Heldal.

Klinikksjefen reiste på ferie denne fredagen. Heldal overtar det medisinskfaglige ansvaret. Han vurderer på dette tidspunktet to mulige avvik:

- › Hadde han blitt vurdert og observert godt nok i mottaket?
- › Burde pasienten blitt sendt direkte til intensiv?

Dag 1

Fredag 25. juni klokken 19.25 dør pasienten.

– Det var uventet at pasienten skulle få hjertestans. Jeg sender en mail til Helsetilsynets varsleradresse for alvorlige hendelser, sier Heldal.

I tillegg sendte han melding til politiet. De ønsket ikke rettslig obduksjon.

Heldal går igjennom alle papirer og hadde samtaler med dem som hadde vært involvert, for å danne seg et bilde av hva som hadde skjedd med pasienten etter at han kom inn på sykehuset.

4. dag etter hendelsen

Mandag 28. juni blir Heldal oppringt av Helsetilsynet.

– Jeg gjør rede for hva som var skjedd. Helsetilsynet diskuterte hvordan de ønsket å håndtere saken, sier han.

Bare et par uker før hendelsen ved Sykehuset Telemark, 1. juni 2010, opprettet Helsetilsynet en utrykningsgruppe (se faktaboks). Det ble bestemt at denne gruppa skulle komme onsdag 30. juni. Slik sett er Sykehuset Telemark en av de første som får et slikt besøk.

– Jeg setter i gang med å forberede besøket. Jeg informerer ledelsen ved sykehuset, kontakter alt helsepersonell som har vært involvert i



HOVEDINNGANG



KRISTIAN HELDAL er overlege ved medisinsk klinikk ved Sykehuset Telemark. Hans spesialområde er indremedisin og nyresykdommer.

behandlingen av pasienten og fortsetter kartleggingen av hendelsesforløpet. Vi begynner selv på vår egen vurdering av grunnen til at pasienten døde. Jeg klargjør også journaler og andre dokumenter som er relevante å gjennomgå for Helsetilsynet.

Dag 6 – besøket

Onsdag 30. juni 2010 kommer Helse-tilsynet.

– Vi begynte med en felles gjennomgang hvor utrykningsgruppa redegjorde for prosessen. Alle involverte som ikke var gått ut i ferie var til stede. Etterpå ble alle intervjuet av representanter fra utrykningsgruppa. De som var gått ut i ferie, ble intervjuet over telefon, forteller han.

– *Hvordan opplevde de involverte Helsetilsynet?*

– Inntrykket er at det opplevdes som positivt. De kommer ikke for «å ta oss». De skal hjelpe oss å bli bedre. Utrykningsgruppa holdt en god og positiv tone. Vi ble lovet rask tilbakemelding, men utrykningsgruppa tok noen forbehold på grunn av ferieavvikling. Vi fikk positiv respons om at vi hadde forberedt møtet godt og hadde klar alle nødvendige papirer. Det er lettere å samarbeide om å bli bedre når alle spiller med åpne kort, enn om den ene parten går i forsvarsposisjon og ikke vil gi innsyn, sier han.

En ting han har lært av hele hendelsen er å ikke være redd for å snakke med dem som er involvert i uønskede hendelser.

– De trenger hjelp til å bearbeide det som har skjedd. Det er verre å lure på om man har gjort noe galt, enn å vite det. Da kan man i det minste lære noe og gjøre noe for å forhindre at noe lignende skjer igjen, sier han.

Heldal sier at helsepersonell som hadde vært involvert, var oppbrakt over at pasienten ikke hadde klart seg.

Helsetilsynet dro så tilbake til hovedstaden og begynte sin jobb. Ved Sykehuset i Telemark ble flere tiltak umiddelbart påbegynt.

Skal ikke skje igjen

Sykehuset satte straks i gang med jobben for å sikre at noe lignende ikke skulle skje igjen.

– Før hendelsen mente vi blant annet at våre retningslinjer for sepsisovervåkning var svært gode. Det var vi ikke like sikre på etter denne hendelsen. Vi igangsatte derfor umiddelbare tiltak for

å bedre områder der vi mente det var sviktet og samtidig ble det satt i gang en mer langsiktig revisjon av retningslinjene, sier Heldal.

Et av strakstiltakene var at pasienter med mulig sepsis skulle overvåkes i nærheten av intensivavdelingen.

Å gå på vent

Sykehuset Telemark har på mange måter lagt hendelsen bak seg. De er ferdig med å gå igjennom rutiner, og har endret dem der de har funnet svakheter. Men for helsepersonell som var direkte involvert i saken, har den ligget og lurt bak i hjernebarken.

– Det er viktig å få oppklart slike saker raskt. Under Helsetilsynets undersøkelse, følte nok mange det som ubehagelig at saken stadig ble tatt opp. De gikk og ventet på hva «dommen» fra Helsetilsynet ville bli, sier Heldal.

Fire måneder

14. oktober 2010 er det gått nesten fire måneder siden den unge mannen mistet livet. Helsetilsynets første offisielle tilbakemelding er denne:

«Statens helsetilsyn vil vurdere om Sykehuset Telemark HF har gitt aktuelle pasient en forsvarlig helsehjelp i tråd med kravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2.»

– Problemet er at vi ikke forsto hva dette egentlig betød. For dem som skrev tilbakemeldingen innebar formuleringen at saken var lukket med tanke på individreaksjon, men for oss var ikke dette åpenbart. Formuleringer som benyttes må være slik at de er forståelige for de involverte, sier Heldal.

Det var derfor mange som fremdeles gruet seg da Helsetilsynets endelige dom kom 18. januar, sju måneder etter hendelsen.

Sju måneder etter

I Helsetilsynets endelige tilbakemelding er konklusjonen at flere av de involverte helsepersonell har gjort sviktende vurderinger. Blant annet ble ikke det alvorlige i pasientens tilstand erkjent. Vurderingene som ble gjort ble heller ikke fanget opp og korrigeret av andre. Summen av dette førte til at pasienten fikk uforsvarlig behandling.

– Så selv om man konkluderte med systemsvikt, blir jo det meste av det vi gjør, gjort av enkeltpersoner, sier Heldal.

Mange var lettet over at ingen ble straffet på individnivå, ifølge Heldal.



LENGE: Det tok sju måneder før Helsetilsynets konklusjon om Sykehuset Telemark var klar.

– De fleste var også enig i Helsetilsynets konklusjoner og vurderinger. Sluttrapporten ga en riktig beskrivelse av hva som hadde skjedd. Hele hendelsen har vært tøff for alle involverte, men vi har lært veldig mye. På den måten har vi et godt utgangspunkt til å bli bedre.

Heldal mener det er viktig at slike hendelser gjennomgås raskt.

– Det er lettere å gå igjennom hva som har skjedd når hendelsen er «fersk». Det er også viktig å tenke på at helsepersonell som opplever å miste en pasient trenger støtte, sier han.

Heldal har også fått tilbakemeldinger om at alle involverte følte de ble tatt på alvor.

– Både Helsetilsynet og de involverte ønsket en objektiv vurdering. Kommunikasjon med Helsetilsynet var god. Både før, under og etter hendelsen, oppsummerer han.

Helsetilsynet informerte oss 24. mai i år om at de tiltakene vi hadde satt i gang ble akseptert og at saken er ferdig behandlet.

For lang tid

Hvis Heldal skal trekke frem noe negativt, er det saksbehandlingstiden.

– Det tar for lang tid før tilbakemeldingene kom. For de involverte er det slitsomt å rippe opp i hendelsen flere ganger. Det gjør det vanskelig å bli ferdig med saken. Det er vel heller ikke rart at mange føler det som belastende å gå i flere måneder uten å vite om Helsetilsynet vil gi deg personlig refs eller ikke. Det er også viktig for de pårørende å få svar på om sykehuset kan lastes for noe eller ikke, sier han.

Heldal oppfordrer også Helsetilsynet til å formulere annerledes.

– De må snakke «norsk», slik at alle involverte forstår tilbakemeldingene.

Hva gjorde vi

Etter at Helsetilsynet kom med sin endelige rapport, ble den gjennomgått

med de involverte og andre aktuelle personellgrupper. Forhold Helsetilsynet mente sykehuset burde utbedre, ble satt i gang.

– En god del hadde vi allerede gjort. Det er en god idé å selv ta tak i svakheter og ikke vente til det kommer pålegg fra Helsetilsynet.

Sykehuset reviderte som tidligere nevnt sitt SIRS-skjema. I den reviderte utgaven er det gjort klarere hvordan ansvarsforhold mellom legene er og hvordan man skal håndtere situasjoner hvor leger vurderer en pasient forskjellig. ■■■

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt

SIRS

Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS):

- ▶ Minst to av følgende kriterier må være oppfylt:
- ▶ Temp > 38°C eller < 36°C
- ▶ Puls > 90/min
- ▶ Respirasjonsfrekvens > 20/min eller PCO₂ < 4,3 kPa
- ▶ Leukocyttar > 12x10⁹/l eller < 4x10⁹/l eller > 10 % umodne former

Sepsis: SIRS som følge av infeksjon

Alvorlig sepsis:

- ▶ Sepsis med organsvikt, hypoperfusjon eller hypotensjon.

Septisk sjokk:

- ▶ Sepsis med hypotensjon til tross for adekvat væsketerapi samt forekomst av perfusjonsforstyrrelser eller organsvikt.
- ▶ Hypotensjon defineres som systolisk blodtrykk < 90 mm Hg eller en reduksjon av systolisk blodtrykk med > 40 mm Hg fra basisverdi, når andre årsaker er utelukket.
- ▶ Pasienter som får inotrope eller vasoaktive legemidler behøver ikke være hypotensive når perfusjonsforstyrrelsene måles.

FART NÅR DU VIL HA MER PÅ MAGEN



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

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

Duphalac® er et reseptfritt legemiddel som fås på apotek.

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

TREG MAGE KAN RAMME ALLE



duphalac®
laktulose
- når magen sier nei

Den brukervennlige flasken

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

Abbott
A Promise for Life

054-Dup-Mar-11

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 kredittamme på kr 50.000 er fra 25,34 % til 26,62 %

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.

Gjennomsnittet lovlig

Fleksibel arbeidstid er mulig innenfor fast bestemte rammer.

Hva er gjennomsnittsberegning?
I mange arbeidsforhold har partene behov for en mer fleksibel arbeidstidsordning enn det hovedregelen om arbeidstid i arbeidsmiljøloven fastsetter. Her åpner arbeidsmiljøloven for gjennomsnittsberegning av arbeidstiden. Hva innebærer det?

Vi finner svar hos Arbeidstilsynet:

Gjennomsnittsberegning åpner for en annen fordeling av arbeidstiden, som gjør at man i perioder kan jobber mer enn grensen for alminnelig arbeidstid, mot tilsvarende mindre i andre perioder. I gjennomsnitt skal ikke arbeidstiden overstige lovens grenser.

Gjennomsnittsberegning er regulert i arbeidsmiljøloven § 10-5.

Etter avtale mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, kan arbeidstiden for en periode på inntil ett år fordeles slik at man kan jobbe:

- › 9 timer i løpet av 24 timer.
- › 48 timer i løpet av 7 dager.

Etter avtale mellom arbeidsgiver og tilsvalsvalgte i virksomhet som er bundet av tariffavtale kan arbeidstiden for en periode

på inntil ett år fordeles slik at man kan jobbe:

- › 10 timer i løpet av 24 timer.
- › 54 timer i løpet av 7 dager.

Forlenget arbeidstid kan ikke brukes sammenhengende i mer enn åtte uker.

Etter samtykke fra Arbeidstilsynet kan arbeidstiden for en periode på inntil 26 uker fordeles slik at man kan jobbe:

- › 13 timer i løpet av 24 timer.
- › 48 timer i løpet av 7 dager eller 48 timer i gjennomsnitt i løpet av en periode på 8 uker.

Gjennomsnittet i perioden må likevel ikke overstige lovens grenser for alminnelig arbeidstid. Det gjelder alle de overnevnte tilfellene.

Arbeidstidsordningen skal drøftes med arbeidstakernes tillitsvalgte og referat fra drøftingene skal vedlegges søknaden. Arbeidstilsynet gir bare samtykke hvis det finner arbeidstidsordningen helse- og velferdsmessig forsvarlig.

Avspasere eller betalt overtid?
Kan man avtale at arbeidstakeren skal avspasere overtid, eller må arbeids-

giver utbetale overtidstillegg for overtidstiden?

Bestemmelsene om overtid finnes i arbeidsmiljøloven § 10-6 ellefte og tolvte ledd. Utgangspunktet er at arbeidsgiver må betale et overtidstillegg for overtidarbeid. Dette tillegget skal være minst 40 prosent av den lønn arbeidstakeren har for tilsvarende arbeid i den alminnelige arbeidstiden. Likevel kan arbeidsgiver og arbeidstaker avtale at overtidstidene helt eller delvis skal avspaseres. Slik avtale må i tilfelle være skriftlig.

Dette innebærer at dersom en arbeidstaker for eksempel arbeider fem timer overtid en uke kan disse fem timene avspaseres, forutsatt at det foreligger en skriftlig avtale om dette. I tillegg vil arbeidstakeren imidlertid ha krav på å få utbetalt et overtidstillegg på 40 prosent av ordinær lønn for disse timene.

For ordens skyld nevnes at ovennevnte regler ikke kommer til anvendelse for arbeidstakere i ledende eller i særlig uavhengige stillinger, jf. arbeidsmiljøloven § 10-12 første og annet ledd.

Klassisk HR bekymrer mest

10 bekymringer som går igjen innenfor personal og ledelse. Det snakkes mye om de nye tidene – med sosiale medier, digitalisering, globalisering og mer fleksibilitet i arbeidsmarkedet. Det som kan se ut til å volde mest hodebry for de som har ansvar for de menneskelige ressursene (HR) i virksomhetene, er imidlertid de klassiske personalspørsmålene.

I USA har Employers resource association en hjelpetelefon for HR-spørsmål som hvert år tar i mot 8 000 samtaler fra amerikanske HR-spesialister. En gjennomgang av de mest vanlige temaene for samtaler viser at det er de klassiske personalspørsmålene som går igjen, skriver Personal och Ledarskap på sitt nettsted HR Society.

Dette handlet de vanligste spørsmålene om:

1. Foreldrepermisjon og sykmelding.
2. Oppsigelser og disiplinærforhold.
3. Belønnings- og arbeidssystemer.
4. Arbeidsrettsspørsmål, herunder overtid og mertid.
5. Arbeidsinnvandring, herunder ansatte uten personnummer.
6. Ansattes tilgang til personlige opplysninger.

7. Lunsjpauser og andre pauser, hva sier loven?
8. Frilansere versus ansatte. Hva er forskjellen?
9. Ansattes integritet, inkludert spørsmål som: Kan en arbeidsgiver lese de ansattes e-post og overvåke internettbruken deres?
10. Rusmidler og alkohol. For eksempel: Under hvilke forhold kan man teste en ansatt?

Ingunn Kjønnøy

Alder: 32 år

Jobber: På ortopedisk sengepost, klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Plutselig er de her

Vi har pasienter fra 14 til 100 år.
Fra de velstående til bostedsløse.

Pasientene våre kan være veldig hardt skadet, med multiple skader. Det er en spennende og kompleks pasientgruppe. De kommer ofte inn veldig uforberedt. De har kanskje vært på søndagstur, så krasjer bilen, og plutselig ligger de på sykehus og livet deres er snudd opp ned.

Det kommer inn folk som har hoppet i fallskjerm eller har forsøkt å ta selvmord. Unge og gamle, rike og fattige. Det gir stor variasjon i jobben. Vi fikk flere fra Utøya og bomben i Regjeringskvartalet også.

Hvordan folk takler å ha blitt utsatt for dramatiske hendelser varierer. Vi sykepleiere snakker mye sammen. Vi må legge strategier for hvordan håndtere pasientenes traumer. Vi har tverrfaglige team med psykiatere som kan trå til. Men noe kan prates gjennom mens vi tar sårstellet. Vi er nær pasientene og de kan snakke med oss når behovet melder seg. Noen pasienter får vi et nært forhold til, fordi de har en spesiell historie eller blir her lenge.

Det som er bra med ortopediske pasienter er at de som oftest blir friske igjen. De kommer inn, blir operert og kan fortsette livene sine. De får hjelp til å komme tilbake til der de var, i motsetning til for eksempel medisinske avdelinger, der mange av pasientene har kroniske lidelser.

På denne avdelingen har sykepleierne en selvstendig stilling. Når legene har gått visitt, forsvinner de ofte til for eksempel operasjonsstuen, da starter vår selvstendige del av jobben. Det liker jeg.

Jeg begynte her allerede som student i praksis. Etter endt sykepleierutdanning i 2003 fikk jeg jobb, og har etter det tatt videreutdanning i ortopedisk sykepleie. «Veteran» som jeg er, har jeg for eksempel ansvaret for å følge opp nyansatte og studenter, og jobber med koordinering i avdelingen. Til nå har jeg også brukt en del tid på å dekke opp vakter, men den oppgaven skal jeg ikke ha lengre. Jeg er glad for å jobbe mer nært pasientene igjen.

Mye av vårt arbeide er sårbehandling. Vi behandler blant annet infeksjoner etter proteseoperasjoner. Sår der muskler har blitt flyttet på grunn av kompliserte brudd med manglende bløtdelsdekning. Narkomane med abscesser.

Det er mye nytt om dagen. Akers ortopedisk avdeling har nettopp kommet flyttende hit. Det er blitt en ny post. Personalet har blitt blandet, så vi jobber mye med å lære hverandre å kjenne og finne ut hva slags rutiner vi skal ha. De som kommer fra Aker har mye nytt å sette seg inn i, blant annet et annet datasystem, og noen rutiner er også forskjellig. Min oppgave da kan for eksempel være å bli med på visitten for å støtte sykepleier. ■■■

Fortalt til Ellen Morland Foto Stig Weston





PENGER BESTEMMER: En sykepleier bøyer seg over et barn med leukemi på et sykehus i Fuzhou i Sørøst-Kina. Myndighetene i landet regner med at nesten halvparten av alle nye pasienter med leukemi er barn. Fram til nå har foreldre måttet betale betydelige egenandeler for behandling av sine barn. Det har ført til at mange har gitt opp å hjelpe barna fordi de ikke lenger hadde råd til sykehusinnleggelse og medisiner. I august varslet imidlertid den kinesiske helseministeren Chen Zhu at leukemi-behandlingen heretter vil bli gratis. Foto: Scanpix.

Sykepleierne fra Malawi og Uganda var i Norge. På norske legers regning.

Invitert av norske leger

Sykepleiere i Uganda og Malawi

- ▶ I Uganda er det 32 000 registrerte sykepleiere.
- ▶ Bare 12 000 av dem er i jobb.
- ▶ 62 prosent av sykepleierstillingene er ubesatt eller besatt av ufaglærte.
- ▶ I Malawi er det cirka 9000 sykepleiere, og rundt halvparten jobber i yrket.
- ▶ 74 prosent av sykepleierstillingene er ubesatt eller besatt av ufaglærte.

Global helse var tema 12. og 13. september på konferansen arrangert av Legeforeningen og Forskningsrådet.

Sykepleierne fra Malawi og Uganda – Harriet Kapyepye og Patrick Bateganya – var invitert av Legeforeningen for å delta på samlingen i Oslo.

Vil ha gode råd

Sykepleien treffer dem dagen før de skal delta på en rundebordsdebatt. De har fått i oppdrag å peke ut én av

sine utfordringer i hjemlandet.

– Vi har valgt sykepleiermangel, forteller Kapyepye.

– Vi vil gjerne ha råd om hvordan vi kan beholde sykepleiere og utdanne nok nye.

Stadig mister Malawi de mest erfarne sykepleierne til utlandet, for eksempel Storbritannia og Canada.

– Eller de går over i andre yrker i Malawi. Av cirka 9 000 sykepleiere, er bare 4 500 ved pasienten.

Patrick Bateganya vil snakke om forskning.

– Det er lite forskning blant sykepleiere i Uganda. Det blir ikke lagt til rette for det. Derfor får vi heller ikke forbedret oss. Mye av forskningen i helsevesenet handler om systemer og finansiering. Min kommentar på konferansen blir: Gi oss råd om hvordan vi kan påvirke myndighetene til å satse på mer sykepleierforskning.

80 prosent av helsearbeiderne er jo sykepleiere, minner han om.

– Hvis de ikke kan forske selv, eller tolke forskningsresultater, kan de heller ikke forbedre kvaliteten på helsetjenesten.

«Vi vil gjerne ha råd om hvordan vi kan beholde sykepleiere»

Harriet Kapyepye

Får kontakt

De to understreker at det er fordi deres egne sykepleierorganisasjoner samarbeider med Norsk Sykepleierforbund, at de er her nå. Ellers ville de ikke blitt oppdaget.

Mens det malawiske sykepleierforbundet har vært synlig i samfunnsdebatten, er legene svært passive, forteller Kapyepye.

– Men her på konferansen treffer vi dem. Det kan hjelpe på samarbeidet hjemme, håper hun.

Det ugandiske sykepleierforbundet har hatt medlemsverving som viktigste oppgave. Nå har de fått 7 000 medlemmer. Patrick Bateganya har vært på mange strabasjose rekrutteringsturer på dårlige veier i hele landet.

– Nå har vi opprettet lokale kontorer, og lært opp ledere der

Det betyr at stadig mer av rekrutteringen blir tatt hånd om av folk i distriktene. ■■■

Tekst og foto Marit Fonn

OSLO: Prosjektleder Harriet Kapyepye fra Malawi og generalsekretær Patrick Bateganya fra Uganda på besøk i Oslo.



SPESIALTILBUD TIL LESERE AV SYKEPLEIEN!

«Komplett, rett og slett»

VG, 11. juni 2011



2-DØGNS
CRUISE

fra kr **490,-**

OSLO - KIEL t/r

Ta med venner og kollegaer på et førjulscruise på Color Fantasy eller Color Magic. Om bord har vi lekke lugarer, gratis show, taxfree-shopping og 12 restauranter og barer.

JULEBORDSCRUISE FRA KUN KR 1 390,-

Inkluderer 2 frokoster, julebordsbuffet og 2-retters middag.

FÅ GRATIS INNGANG TIL COLOR SPA- OG FITNESSENTER:
Send sms med kodeord SPA til 2012 (gjelder innen 28.12.).

FÅ SPESIALTILBUD FOR REISE I JANUAR-MARS:
Send sms med kodeord CRUISE til 2012.

VÆR RASK - BEGRENSET ANTALL PLASSER!

Oslo - Kiel t/r. Pris pr. person i 3-stjerners innvendig lugar. Drivstofftillegg kr 100,- er inkl. Avreiser fra november. Julebord serveres i perioden 4.11.-18.12. Spesielle betingelser gjelder.

 **Bestill på colorline.no eller ring 810 00 811**


ColorLine
— CRUISES —



Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

4a-11

Hvorfor er Möller's Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig ernæring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik kombinasjon av naturlige næringsstoffer som er viktige for fosterets og barnets helse.

"Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran"
- Helsedirektoratet

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling og vedlikehold. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

TRYGT KVALITETSPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på mollers.no



MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



I Skottland nærmer håndhygiene seg det optimale – men det fører til at mange sliter med eksem.

Vasker seg ut av jobben



STERKVASK: Sår på tommelen er dagens status for Jaqui Walker - til tross for at hun bare arbeider 16 timer i uken som sykepleier ved legesenteret i den skotske byen Stirling. Avflissingen i håndflaten tilskriver hun aktiviteter hjemme.

Det begynte med dødsfall og stor medieoppmerksomhet. Etter at 28 mennesker døde på Gartnavel Royal-sykehuset i Glasgow i 2008 og 2009, ble sykehusinfeksjonene en stor politisk sak i Skottland.

Politisk håndvask

Siden den gang har helseminister Nicola Sturgeon lagt mye prestisje i å få bukt med infeksjonsproblemet.

– Det er blitt et svært politisert tema. Helseministeren er svært opptatt av å sette mål og prøve å fremme infeksjonsforebygging og infeksjonskontroll som en viktig del av pasienttryggheten, forklarer Rose Gallagher.

Hun er rådgiver i sykepleierorganisasjonen RCN, Royal College of Nursing, med forebygging og kontroll av infeksjoner som spesialitet.

Og det virker. Men det strikte håndvaskregimet har også ført til problemer. Så store problemer at de skotske helseforetakene helst ikke vil snakke om dem.

Åtte prosent av fraværet

Sykepleiere rammes nemlig av dermatitt og andre hudlidelser. Senest er det Raigmore-sykehuset i Inverness som RCN-medlemmene peker på. Der har flere rett og slett måttet slutte som sykepleiere fordi hudlidelser på hendene gjør at de ikke kan overholde hygienekravene.

Ifølge RCN skjer det samme på andre arbeidsplasser. Men NHS Highland – helseforetaket som eier sykehuset – vil ikke slippe inn pressen for å snakke med sykepleierne på arbeidsplassen.

At eksemproblemet er stort og økende som følge av den økte bevisstheten rundt håndhygiene, er det likevel ingen tvil om, ifølge Rose Gallagher i RCN:

– Det gjelder ikke bare på sykehusene og legesentrene, men også på sykehjem og aldershjem. Vi har ikke noe tall på hvor mange som har måttet gi opp yrket på grunn av dette. Men vi vet fra en undersøkelse i England at åtte prosent av sykefraværet på sykehus og legesentre skyldes hudproblemer. Vi har gjort en uformell undersøkelse blant våre egne medlemmer, og der sier om lag to prosent av alle medlemmene at de har jobbrelaterte problemer med huden på hendene, forteller hun.

Det britiske arbeidstilsynet, HSE, bekrefter problemet. Tilsynet anslår at 1 000 sykepleiere utvikler kontaktdermatitt i forbindelse med arbeidet hvert år. Det er sju ganger høyere enn gjennomsnittet for alle yrker.

Sår og utslett

Jaqui Walker er en av dem. Hun er sykepleier på Allan Park, et legesenter i Stirling sentralt i Skottland. Der arbeider hun 16 timer i uken. Resten av arbeidstiden bruker hun som skribent og rådgiver.

– Flissingen oppdaget jeg hjemme, men såret her skyldes at jeg har vasket hendene mye, sier hun, og holder opp en hånd med et sår på tommelen og litt hudavflissing i håndflaten.

Hun snur hendene og betrakter håndbaken. – Sannelig ser de gamle ut. Hendene eldes fort i denne jobben!

På senteret der Walker arbeider, kan hun velge mellom antibakteriell såpe fra supermarkedet og desinfiserende middel med klorheksidin og alkohol. Hudkremen står klar ved siden av vasken.

– På sykehusene bruker de desinfiserende middel enda mer enn vi gjør her. Men jeg må begrense bruken av det. Bruker jeg det for mye, så får jeg

utslett rundt håndleddene, viser Jaqui Walker.

Hygienepress

Hos RCN fastslår hygienerådgiver Gallagher at sykepleierne under sterkt press for å etterleve kravene til håndhygiene. Samtidig understreker hun at det ikke ene og alene er håndhygiene på arbeidsplassen som har skylda. Håndvasken hjemme og andre kjemikalier sykepleierne utsettes for, spiller også inn. Hun nevner både latekshansker og desinfiserende våtservietter som problematisk.

– Historisk har alkohol og hansker fått skylden for dermatitt. Men nå finnes det håndgeléprodukter som er langt overlegne i kvalitet, og mange inneholder fuktighetsbevarende midler for å hjelpe huden. Vi støtter definitivt bruken av alkoholholdige produkter for å hjelpe håndhygiene, men det kan være snakk om at medarbeidere ikke bruker dem korrekt eller ikke tørker hendene godt nok på grunn av press på tid eller dårlig informasjon, sier Rose Gallagher. Organisasjonen hennes arbeider med nye retningslinjer for helsebruk og hygiene.

Ny hygieneopplæring

Men helseforetakene vil altså ikke være med på at hudproblemene er spesielt store. Flere helseforetak vil ikke snakke om saken i det hele tatt. NHS Highland, som ble trukket frem i skotske aviser i høst, henviser til en skriftlig kommentar som ble sendt ut den gangen:

– Dermatitt er vanlig i befolkningen generelt. Naturlig nok ser vi også sykepleiere og andre helsearbeidere med dermatitt, uttaler Steven Ryder, som er bedriftslege-konsulent i helseforetaket. →

– De fleste tilfellene er et resultat av eksponering for flere irriterende faktorer, som vann, såpe og vaske-midler, alkoholgelé og hansker. Med god håndpleie løser de fleste proble-mene seg, sier han, men innrømmer at ansatte noen ganger må få tilret-telagt arbeidet for å la huden hvile og heles. I høst ruller NHS Highland ut et eget hudhelseprogram for å lære

«Hendene eldes fort i denne jobben!» Sykepleier Jaqui Walker

opp og bevisstgjøre de ansatte.

Sykepleiedirektør Heidi May i NHS Highland er opptatt av å få frem at be-visstgjøringen om håndhygiene kom-mer til å fortsette med uforminsket kraft. – God håndhygiene er en av de viktigste måtene å hindre spredning av infeksjoner på, påpeker hun.

Alternativer finnes

Seniorrådgiver Nina Sorknes i Folke-helseinstituttet sier det samme.

– På grunn av klimaet var jo hånd-vask et problem, og noe som syke-pleierne nesten vegret seg mot. Men da vi fikk inn hånddesinfeksjon på 1990-tallet, bedret håndhygiene seg kraftig på norske sykehus, hovedsake-lig fordi hånddesinfeksjon var enkelt og raskere å utføre, sier hun.

Sorknes er imponert over hvordan skotske myndigheter tok tak i proble-met etter infeksjonsdødsfallene.

– Etterlevelse av håndhygiene er en global utfordring. Flere studier viser at det er et stort potensial for forbedring av håndhygiene i helseinstitusjoner. Det gjelder også i Norge, konstaterer hun.

– Hånddesinfeksjonen inneholder først og fremst sprit som gir et umid-delbart bakteriedrap i løpet av 20–30 sekunder, og også emulgerende mid-ler som smører hendene. Ved hånd-

vask vasker du hendene mekanisk og fjerner mikroorganismer, sier hun, og peker på at håndvask må gjøres i 40 til 60 sekunder for å ha effekt. Da kan også andre forhold spille inn, som for eksempel valg av såpe, kva-liteten på tørkepapiret og vanntem-peraturen.

– Du er spesielt sårbar i vinter-halvåret når du er tørr på hendene. Du prøver å smøre med hudlotion, men neste gang du vasker deg – og det skjer jo kontinuerlig i helseinsti-tusjoner – blir ikke lotionen liggende på. Du vasker den av, og så er du inne i en ond sirkel.

Hvis noen viser seg å være over-følsomme for desinfeksjonsmidler eller hudkrem, så finnes det alltid alternativer: – Sykehusene tar inn et så bredt utvalg at egentlig skal ikke dette være noe problem, sier Nina Sorknes. ■■■

Tekst og foto **Georg Mathisen**

SYKEPLEIER-KONGRESSEN 2012

25.-26. september i Oslo Spektrum

SETT AV DAGENE!



Mer informasjon kommer på www.sykepleierforbundet.no

Flere laktosefrie produkter med den samme gode smaken!



NYHET!
TINE Laktosefri Yoghurt

NYHET!
TINE Laktosefri Kremfløte

NYHET!
TINE Laktosefri Lettrømme

ZERO
LACTOSE™
by Valio
Expertise in 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



Flere stillinger må øremerkes kreftsykepleiere, krever Forum for kreftsykepleie.

2 av 3 kommuner mangler kreftsykepleier

Det er for få kreftsykepleiere i kommunene, mener styret i Forum for kreftsykepleie (FKS). De mener at det bør være minst en øremerket stilling som kreftsykepleier i hver kommune for å koordinere sykepleien til kreftpasientene og deres pårørende. I dag har bare én av tre av landets 430 kommuner en kreftsykepleier i øremerket stilling, skriver kreftsykepleier Eva Mari Alvestad Harboe i bladet Kreftsykepleie.

Ringte rundt

Artikkelen er basert på en undersøkelse som ble utført av hovedstyret i FKS våren 2010. For å få kartlagt om alle norske kommuner har kreftsykepleiere ansatt i øremerkete stillinger, ringte medlemmer av hovedstyret til samtlige norske kommuner, og avslørte at behovet for flere kreftsykepleiere i kommunen er stort. Ifølge FKS er det mange kreftsykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten, men få i øremerkete stillinger. Flere øremerkete stillinger for kreftsykepleiere i kommunene

er i tråd med Samhandlingsreformen.

Forum for kreftsykepleiere vil bruke resultatet av kartleggingen til å påvirke opprettelsen av flere øremerkete kreftsykepleierstillinger i kommunene.

Støtte fra Normann

Etter at styret i FKS hadde foretatt kartleggingen inviterte de forbundsleder Lisbeth Normann på et av sine styremøter, der hun utfordret dem til å gå videre med å bidra til å etablere flere øremerkete stillinger som kreft-

sykepleiere, skriver Alvestad Harboe i Kreftsykepleie.

Normann sa blant annet at pasientene skal oppleve trygghet der de bor, trygghet for at de får den kompetanse de trenger, og ikke sliter seg ut på ting de burde slippe å tenke på. Med økt kompetanse kan mennesker med kreft og deres pårørende oppleve denne tryggheten. ■■■

Les hele artikkelen i PDF-format på www.sykepleien.no i faggruppebladet Kreftsykepleie.



KREFTSYKEPLEIE sendes med Sykepleien til medlemmer av faggruppen Forum for kreftsykepleie. Er du ikke medlem, kan du abonnere. Se sykepleien.no under faggruppetbladene.

Sykepleien

- mer enn bare ett magasin



I Sykepleien kan du lese nyheter, fagartikler, debattstoff og stillingsannonser.

Men visste du at vi også utgir et vitenskapelig tidsskrift? Og fire mindre tidsskrifter, beregnet for sykepleiere som opptatt av bestemte fagområder?

Og visste du at du nå kan lese alle disse gjennom noen få tastetrykk?

Klikk deg inn på www.sykepleien.no og gå til feltet på høyre side. Her finner du vårt samlede – og søkbare – arkiv på alle tidsskriftene!

God lesning.

Sykepleien

Fag & bøker

FATALE FEIL: Feildosering av legemiddelet metotreksat kan i verste fall føre til dødsfall. God pasientinformasjon og oppmerksomhet fra helsepersonell vedrørende symptomer på overdose er viktig for å forebygge.

Side
66



Foto: Scanpix

3
nye bøker

GUNAKETU KJØNSTAD:

Lik meg
roman om karriere,
kjærlighet og
gestaltterapi

Boken handler om interiørarkitekten Arne som gjennom selvinnsikt endrer retning. Inspirert av Irvin Yalom og basert på erfaringer som terapeut og konsulent.



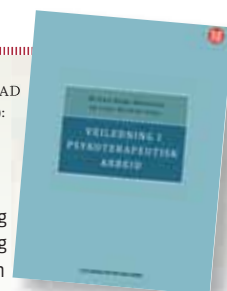
ÅSE DRAGLAND:

**Kroppens skjulte
intelligens**
Ny viten om den tette
forbindelsen mellom
kropp og sinn
Forskning viser at sinnet
påvirker helsen. Men kan
kunnskapen utnyttes?



MICHAEL HELGE RØNNESTAD
OG SISSEL REICHELT (RED.):
**Veiledning i
psykoterapeutisk
arbeid**

Formidler teoretisk og empirisk kunnskap og praktiske erfaringer om klinisk veiledning. Bygger på boken Psykoterapi-veiledning fra 1999.





May Aasebø Hauken,
Betanien diakonale høgskole



Ragnhild Helgesen,
Kompetansesenter i lindrende
behandling Helseregion Vest

Kreftnettverk gir trygghet

Nettverk i kreftomsorg i Helse Bergen har ført til bedre omsorg, økt kompetanse og bedre samhandling i tilbudet til pasienter og pårørende.

Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde ble etablert våren 2006 på bakgrunn av nasjonale føringer og anbefalinger. Hovedhensikten med nettverket var å stimulere til økt kompetanse og samhandling innen kreftomsorg og lindrende behandling. Nettverket ble etablert som et prosjekt og evaluert etter to års drift. I denne artikkelen vil vi presentere resultatene av denne evalueringen. Evalueringen viser i hovedsak at nettverket har gitt ressursykepleierne økt kompetanse og trygghet, bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten og økt trygghet for pasienter og pårørende. Men den avdekker også utfordringer knyttet til ressursykepleierrollen, bedre bruk av selvrapporteringsskjemaet ESAS og individuell plan, samt samhandling mellom de ulike nivåene i nettverket.

Bakgrunn

Økte krav om effektivisering i helsevesenet har ført til kortere sykehusinnleggelse, økende grad av poliklinisk behandling, mindre tid og ressurser til pasientrådgivning og omsorg. Problemstillingene innen kreftomsorg og palliasjon er ofte komplekse, med behov for høy helsefaglig kompetanse og en helhetlig, tverrfaglig tilnærming (1,2). Pasienten og pårørende mottar ofte tjenester fra flere ulike instanser med stort behov for samarbeid og koordinering (3, 4). Kompetansenettverk er derfor anbefalt i flere nasjonale utredninger og retningslinjer for å ivareta kontinuitet i pleie – og omsorgstilbudet til kreftpasienter (5,6). På bakgrunn av dette etablerte vi «Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde» våren 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB), Kreftforeningen seksjon Vest, Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Betanien diakonale høgskole.

Beskrivelse

Nettverket ble forankret på ledernivå gjennom en formell samarbeidsavtale (7). Samtlige 22 kommuner, de tre sykehusene i foretaksområdet, Kreftforeningen og Betanien diakonale høgskole signerte avtalen.

Det ble oppnevnt ressursykepleiere på alle sykehjem, hjemmesykepleiesoner og etter hvert aktuelle sykehusavdelinger. Vi utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for ressursykepleierne med årlige handlingsplaner for kompetanseheving, klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid. Alle ressursykepleierne fikk et introduksjonskurs. De ble inndelt i seks geografiske nettverksgrupper satt sammen av ressursykepleiere både fra første- og andrelinjetjenesten, organisert i samsvar med sektorfordelingen i helseforetaket (se figur 1). De lokale nettverksgrupper har vært samlet tre ganger årlig og har hatt en årlig fellessamling. Nettverket har også en egen nettside (<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/nettverk-av-sjukepleiarar.aspx>). Nettverket ledes av en styringsgruppe sammensatt av lederrepresentanter fra samarbeidspartnerne. Driftsgruppen, som består av en representant fra hver nettverksgruppe og ledes av undervisningssykepleier ved KLB, ivaretar den daglige driften.

Evaluering

Etableringen av nettverket ble gjennomført som et prosjekt, og evaluering etter to års drift inngikk som en del av prosjektbeskrivelsen. På evalueringstidspunktet var alle nettverksgruppene etablert og det var oppnevnt 83 ressursykepleiere.

Innhenting av data til evalueringen var tredelt: Fokusgruppeintervju med driftsgruppen, spørreskjema til ressursykepleierne og spørreskjema til ressursykepleiers nærmeste leder (8,9). Evalueringen var strukturert rundt hovedelementene i prosjektplanen, med fokus på ressursykepleierens rolle og funksjon, organisering og nytte av nettverket.

Vi analyserte og transkriberte fokusgruppeintervjuet etter metoden til Krueger og Casey (10) med grovsortering i hovedområder, funn av temaområder innenfor de enkelte hovedområdene og sitater som belyste meningsinnholdet. NSD-stat ble brukt for bearbeiding av data fra spørreskjemaene og gjennomføring av statistiske analyser.

Studien var ikke søknadspliktig til Regional komité for medisinsk forskningsetikk eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Alle informantene ble informert om at deltakelse var frivillig. Samtlige data ble anonymisert og det

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Kreft
- ▶ Palliasjon
- ▶ Samhandling
- ▶ Spesialisthelsetjeneste
- ▶ Kommunehelsetjeneste





TETT KONTAKT: Ressurssykepleierne opplever at de har fått større faglig tyngde og økt nærhet til pasienten gjennom kreftnettverket. Illustrasjonsfoto: Scapix.

ble ikke opprettet dataregistre som kunne identifisere enkeltpersoner.

Diskusjon

Siden evalueringen var delt i tre og består av både kvalitative og kvantitative data, presenterer og diskuterer vi resultatene samlet ut fra evalueringens hovedområder: Presentasjon av studiens deltakere, ressursykepleierens rolle og funksjon samt organisering og nytte av nettverket.

Studiens deltakere

Vi sendte ut spørreskjema til 83 ressursykepleiere via e-post og 59 (71 prosent) returnerte utfylt skjema. Spørreskjema til lederne ble sendt via ressursykepleierne og 34 skjema ble returnert i utfylt stand. Det var en jevn fordeling i svarene fra sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie samt kommunetilhørighet både fra ressursykepleiere og ledere. Vi anser derfor utvalget som representativt.

Ressursykepleierne var gjennomsnittlig 43,3 år (2–59) og hadde gjennomsnittlig 16,5 års (2–35) yrkeserfaring. Rundt halvparten (55 prosent) hadde videreutdanning, de fleste innen kreft og palliasjon. Dette er i tråd med anbefalingene både fra nettverkets plan, nasjonale og regionale planer (6,11,12).

Rolle og funksjon

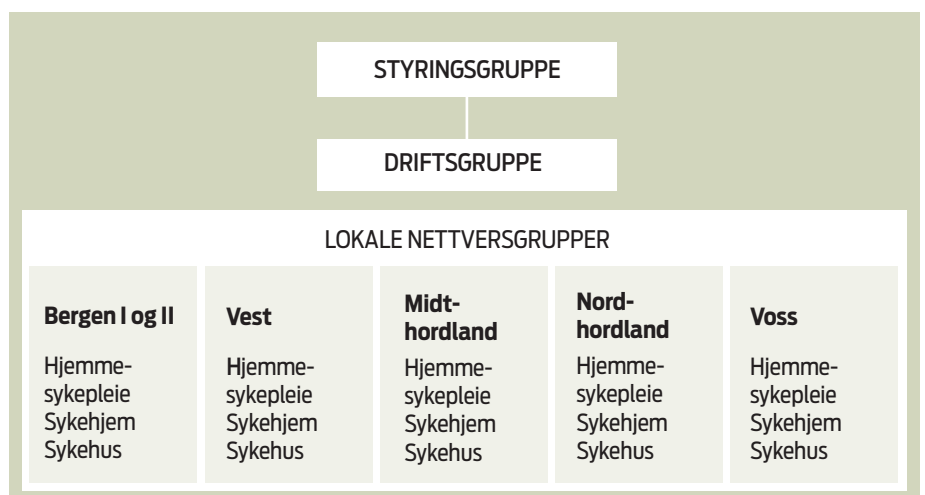
Til tross for at man hadde utarbeidet funksjonsbeskrivelse for ressursykepleierrollen og samarbeidsavtaler var signert på leder-

nivå, var et av hovedfunnene at rundt halvparten (49 prosent) av ressursykepleierne opplevde ressursykepleierrollen som uklar. Utfyllende svar viser at uklarheten kan skyldes at ressursykepleierne var nye i nettverket, hadde liten erfaring innen fagfeltet og følte behov for mer kompetanse. Majoriteten av ressursyke-



Figur 1:

Organisering av Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde



pleierne (65 prosent) hadde ikke øremerket tid til funksjonen og de fleste (76 prosent) ressurspsykeleierne var heller ikke fornøyd med støtte og oppfølging fra egen leder. Vi fant imidlertid ingen sammenheng mellom rolleklarhet og arbeidssted, kommunetil-hørighet og øremerket tid. Fokusgruppeintervjuet underbygget dette inntrykket og viste at driftsgruppen også var usikker på egen rolle inn mot ressurspsykeleierne.

Tydelig og klar

I motsetning til dette rapporterte majoriteten (82 prosent) av lederne at de opplevde ressurspsykeleierrollen som tydelig og klar. Lederne var også fornøyd med samhandlingen med ressurspsykeleierne og nettverket. Nesten alle (94 prosent) opplevde at de fikk nok informasjon fra ressurspsykeleier, og 59 prosent hadde også deltatt på fellessamlingene.

Andre studier underbygger disse funnene og påpeker betydningen av tett samhandling mellom leder og ressurspsykeleier. For at et nettverk skal fungere etter intensjonene må lederne ha kunnskap om ordningen, etterspørre ressurspsykeleiers kompetanse og ta aktivt del i tilretteleggingen av arbeidet (13,14,15).

Fylte funksjonen

Ressurspsykeleierens funksjon er relatert til klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid samt kompetanseheving. Tross rolleklarhet og manglende avsatt tid, viser resultatene at ressurspsykeleierne i stor grad fylte sin funksjon: Ressurspsykeleierne hadde oversikt over og fulgte i stor grad opp aktuelle pasienter på sitt arbeidssted, og ga råd og veiledning til kolleger (Se tabell 1).

Tydelig styring er nødvendig.

Resultatene viser imidlertid at ressurspsykeleierne i mindre grad fulgte opp systemarbeid med utarbeidelse av nye rutiner og systemer. Et overraskende funn var at ressurspsykeleierne i meget liten grad brukte anerkjente verktøy som ESAS og individuell plan, verktøy som utgjør kjernedokumentasjon i palliasjon (6). Nettverkets hjemmesider og aktuell faglitteratur var kjente hjelpemidler, men også disse ble lite brukt. Det var ikke sammenheng mellom

bruk av disse verktøyene og arbeidssted. På dette området har derfor nettverket et stort og viktig forbedringspotensial som man antar kan gi stor nytteverdi for pasientene (6).

Samhandling

Samhandlingsreformen (16) understreker at samhandling, lokalt og mellom de ulike nivåene, er helt essensielt for pasienter som har behov for sammensatte tjenester. Et hovedfunn i evalueringen synliggjør nettopp at nettverket har hatt stor betydning for samhandling både lokalt og mellom de ulike nivåene i helsetjenesten, og oppfyller dermed nettverkets hovedhensikt. Ressurspsykeleierne hadde opparbeidet et omfattende nettverk som de brukte aktivt i forbindelse med aktuelle pasienter. Dette uttrykkes i følgende utsagn: «vet hvilke tråder jeg skal trekke i eller hvem jeg kan ringe til» og illustreres i tabell 2. Ressurspsykeleierne ble også i stor grad kontaktet i forbindelse med aktuelle pasienter, for eksempel i forbindelse med utskrivning fra sykehus, eller for rådgivning og veiledning.

Økt kompetanse

Kreftomsorg og lindrende behandling er et stort og omfattende fagfelt i stadig utvikling. Kontinuerlig kompetanseheving er derfor viktig for å kunne gi pasienter og pårørende best mulig behandling og omsorg (6). Ressurspsykeleierne hadde i utgangspunktet både høy kompetanse og lang arbeidserfaring. Likevel viser evalueringen at samtlige (92 prosent) ressurspsykeleiere har fått økt kompetanse gjennom å delta i nettverket. Dette viser at kompetanseplanen har fungert etter intensjonen og truffet målgruppen. Driftsgruppen påpekte at det var et økt fokus på både kurs og videreutdanning, og at slike tilbud også var lett tilgjengelige i regionen. Denne kompetanseutviklingen har også hatt effekt utover ressurspsykeleierne, siden 80 prosent av ressurspsykeleierne hadde videreformidlet kompetanse på arbeidsplassen både gjennom veiledning og internundervisning. Også lederne underbygger disse funnene. Dette er i tråd med «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» (6), hvor man understreker betydningen av at hele personalet har kompetanse innen grunnleggende palliasjon. Resultatene viser imidlertid at ressurspsykeleierne (88 prosent) ønsket ytterligere kompetanseheving, både i form av ulike typer kurs/undervisning og videreutdanning. Her setter imidlertid økonomien en begrensning, for som driftsgruppen påpekte: «Det skal jo ikke koste en krone».

Organisering

Et hovedfunn i evalueringen både fra ressurspsykeleierne, lederne og driftsgruppen, viser at organisering og struktur av nettverket oppleves både hensiktsmessig og fungerer etter intensjonen. Et viktig hovedpoeng her er betydningen av formelle samarbeidsavtaler, noe andre studier underbygger (13,15,17,18).

Over 80 prosent av ressurspsykeleierne rapporterte at de hadde stor nytte av nettverksgruppene, både i forhold til kompetanseheving, erfaringsutveksling og for å bli kjent på tvers av nivåer og kommunegrenser. Betydningen av å ha ressurspsykeleiere både fra kommune og sykehus i samme nettverksgruppe ble spesielt påpekt. Dette ble blant annet uttrykt slik: «Veldig inspirerende å høre hvordan de andre ressurspsykeleierne jobber, få ideer, utveksle tanker om rollen sammen med andre i samme situasjon». Dette underbygges av Eriksen (13) som fant at nettverksstruktur har betydning for samhandling og kompetanseoverføring mellom nivåene i helsetjenesten.

Selv om man ut fra resultatene kan konkludere med at nett-

Tabell 1: Ressurspsykeleierens medansvar for oppfølging av kreftpasienter/palliative pasienter, oversikt over aktuelle pasienter, samt råd og veiledning til kolleger (prosent/antall):

	Svært liten grad	Liten grad	Viss grad	Stor grad	Meget stor grad	Ikke aktuelt	M
Medansvar for oppfølging av kreftpasienter	2 (1)	7 (4)	37 (22)	27 (16)	24 (16)	3 (2)	
Oversikt over kreftpasienter		10 (6)	10 (6)	44 (26)	29 (17)	2 (2)	5 (3)
Gitt råd og veiledning til kolleger	5 (3)	19 (11)	37 (22)	27 (16)	9 (5)	2 (1)	2 (1)

M = manglende data

Tabell 2 : Kontaktnett for ressursykepleierne (prosent/antall):

	Ute- team Sunniva	Palliativt team HUS	Kontakt sykepleier HUS	Senge- post HUS	Senge- post HUS	Kolleger	Andre	Fastlege	KLB	Kreft- foreningen
Tatt kontakt	66 (27)	22 (13)	37 (22)	36 (21)	20 (12)	56 (33)	56 (33)	63 (37)	22 (13)	22 (13)
Blitt kontaktet	22 (13)	32 (19)	29 (17)	25 (15)	12 (7)	66 (27)	12 (7)	22 (13)		3 (2)

verkets organisering er god og fungerer hensiktsmessig etter intensjonene, kom det også fram tydelige forbedringsområder. Et nettverk drifter ikke seg selv og tydelig styring er nødvendig. Det er også en utfordring å få til en rød tråd og sammenheng mellom de ulike grupperingene i nettverket. Her ser vi spesielt betydningen av KLBs koordinerende rolle. Samtidig var det helt tydelig at driftsgruppens medlemmer måtte fungere som ledere for de enkelte nettverksgruppene for å sikre struktur på nettverksmøter og driften av disse. Ressursykepleierne var også tydelige på at nettverksgruppene ikke må bli for store, og at det derfor kunne være hensiktsmessig å dele noen av gruppene.

Bedre kvalitet og omsorg

Evalueringen omfattet ikke pasienter eller pårørende, og resultatene i forhold til effekten av nettverket bygger på ressursykepleierne, lederne og driftsgruppens erfaringer. Resultatene fra alle disse viser imidlertid tydelig at nettverket i stor grad er med på å bedre kvaliteten på kreftomsorg og lindrende behandling. De rapporterer at pasienter «har stor nytte av å opprette kontakt med ressursykepleier», og at ressursykepleier er «en viktig innfallsvinkel til hjelp og støtte for pasienten og familien». Effekten ble i stor grad knyttet til samhandling og det «å kjenne andre i nettverket», slik at «det er lettere å ta en telefon og spørre når en har navn og ansikter». Det er også tydelig at ressursykepleierne som en følge av nettverket føler seg «tryggere enn tidligere». Andre studier underbygger dette og viser at nettverk kan bidra til bedre rutiner, god samhandling, økt bevissthet, større trygghet og tilfredshet i jobben (17, 18). Dette har igjen betydning for pasienter og pårørende, noe som understrekes i følgende utsagn: «Pasientene kan bli trygge når de vet at de sykepleierne som jobber både på sykehus og ikke minst i distriktene ... kan sine ting», og «pasientene må ikke inn på sykehuset for å dø». Resultatene fra driftsgruppen tyder på at «flere

har dødd hjemme enn tidligere» eller har kunnet være lengre hjemme. Dette underbygges gjennom tilbakemeldinger både fra ressursykepleierne, driftsgruppen og lederne. En annen effekt av nettverket synes også å være et økt tverrfaglig samarbeid, ved at ressursykepleierne «vet hvilke tråder jeg skal trekke i eller hvem jeg kan ringe til», og at de «knytter legene tettere opp og ansvarliggjør dem, tydeliggjøre deres rolle mer».

Konklusjon

Hensikten med evaluering av Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandlingen i Helse Bergen foretaksområde var å se om nettverket i praksis fungerte etter intensjonen knyttet til ressursykepleierens rolle og funksjonsområde, organiseringen av nettverket og

Over 80 prosent av ressursykepleierne rapporterte at de hadde stor nytte av nettverksgruppene.

om nettverket hadde stimulert til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling.

På bakgrunn av resultatene fra evalueringen kan vi konkludere med at nettverket er etablert, i god drift og fungerer i henhold til intensjonene samt nasjonale føringer og anbefalinger. Resultatene viser at nettverket fungerer som en god plattform både for direkte pasientomsorg, for å spre kompetanse innen fagfeltet i hele regionen samt å bidra til kontinuitet og bedre samhandling i tilbudet til pasienter og pårørende. På bakgrunn av dette vil vi derfor hevde at nettverksarbeid både er et hensiktsmessig og svært viktig redskap for å oppfylle intensjonen i Samhandlingsreformen i årene framover. ■■■

LITTERATUR

- Kaasa, S (red) (2008). Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- McSherry, W., Cash, K., Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of clinical Nursing*. Vol. 13, 934–941
- NOU (1997:20). Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. Statens trykning, Oslo
- NOU (1992:2) Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020025/inn-bu.html
- Helse – og omsorgsdepartementet (2006). Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/kreftstrategi%202006-2009.pdf>
- Sosial og Helsedirektoratet (2010). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 15–1529 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf etningslinjer for lindrende behandling
- «Avtale om etablering og drift av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling mellom Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, kommunene i Bergen foretaksområde, Kreftforeningen seksjon Vest og Betanien diakonale høgskole». <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/Ressursykepleiarar/Helse%20Bergen/Avtale%20nettverk%20kreftomsorg.pdf>
- Kingry, M., Tiedje, L., & Friedman, L. (1990). Focus groups: A research technique for nursing. *Nursing research*. Vol. 39:124–125
- Cormark, D. (2000). *The research Process in Nursing*, 4th Edition. Blackwell Publishing Ltd, UK.
- Kruger, R.A., & Casey, M.A. (2000). *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3rd. California. Sage Publications, Inc
- Hauken, M. & Haugen, F.D (2006). Plan for nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde. Kan få ved henvendelse til forfatter
- Helse Vest (2005). Regional kreftplan 2005–2010. http://www.helsevest.no/graphics/SynkronLibrary/Documents/RegionaleRapporter/Regional_kreftplan_mars2005.pdf
- Erikson, S. (2009). Faktorer som påvirker ressursykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Master i helsefag Studieretning sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag
- Mekki, T.E. & Tollefsen, S. (2008). EVUK – samarbeid om etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten. Fagrapport utviklingsarbeid. Høgskolen i Bergen. Skriftserien nr 1
- Nordvang, E. (2009). Ressursgrupper – et
- verktøy for utvikling av arbeidsplassen som læringsarena. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, 11, 4, 30–41
- St. meld. Nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpub/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-6.html? id=567236>
- Matthiesen, H.N. (2009). Nøglepersonutdannelsen inden for palliation – en evaluering. *Sygeplejersken*. No 22
- Killian, J. (2004). Evaluering av prosjekt «Undervisningsavdeling» Metoder i kompetanseoppbygging på feltet demens for kommunehelsetjenesten i Hordaland 1999–2003. Rapport.



Reidun Karin Sandvik,
BSc Sykepleie, MSc Pain Management, høyskolelektor, HiB



Bettina S. Husebø,
Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Helse Stavanger HF, Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM).

Måler smerte hos personer med demens

Med smerteskala kan helsepersonell kartlegge smertenivå hos pasienter med demens som ikke kan beskrive egen smerte.

Man antar at 70 000 mennesker i Norge har en demenssykdom. I tillegg forventer man en økning på 10 000 tilfeller hvert år (1). Diagnosen demens er hovedårsaken til at nordmenn legges inn på sykehjem. Dette betyr at en stor andel av Norges cirka 41 000 sykehjemspasienter er rammet av en demenssykdom. Man forventer også en ekspansjon på verdensbasis som innebærer at 4 prosent av totalbefolkningen vil ha en demenssykdom innen 2040 (2).

Smertebehandling

Smarter hos pasienter på sykehjem med demens er ofte sammensatte og forekommer hyppig. Studier viser at 60–80 prosent av sykehjemspasienter har smerter (3). Kroniske smertediagnoser i muskel og skjelett, indre organer, hode og hud øker ved høy alder (3). Pasienter med demens får mindre analgetika enn dem uten demens, både med hensyn til mengde og styrke. Til tross for at begge grupper har de samme potensielt smertefulle diagnosene (4,5).

Forutsetningen for tilstrekkelig smertebehandling er pasientens egen evne til å rapportere smertens lokalisasjon, kvalitet og intensitet (6). God smertebehandling blir en del enklere for pasienter i sykehjem som selv kan beskrive dette, enn hos dem som ikke selv kan rapportere smerte på grunn av redusert hukommelse, språk og manglende refleksjonsevne (7). Dette får også konsekvenser for vurdering av effekt og eventuelle bivirkninger av behandling. Manglende evne til selvrapporing påvirker også muligheten for å differensiere mellom smerte i ro og smerte ved bevegelse. Et kartleggingsverktøy bør derfor være basert på observasjon av typisk smerteatferd under systematiske bevegelser av kroppen. Det er en kjensgjerning at vi vil forsøke å unngå smertefull stimuli ved å holde skadestedet i ro (8).

Smertekartlegging

For pasienter i sykehjem med moderat til alvorlig demens er verbal egenrapportering av smerter ikke lenger mulig. Dette gjør at disse

pasientene er avhengige av at pleiepersonale og andre omsorgspersoner kan tolke verbale og ikke-verbale tegn som uttrykk for smerte (proxyrating). Derfor er atferdsbaserte smertekartleggingsinstrumenter nødvendig ved smertekartlegging hos moderat til alvorlig demente pasienter.

I forhold til smerteintensitet har det vist seg at et standardisert kartleggingsverktøy øker bevisstheten på hvilken atferd som skal observeres, samt øker sensitiviteten hos personalet overfor smerter. Som basis for en videre smertebehandling er det vesentlig at det er en kvalifisert og systematisk vurdering av hele kroppen som ligger til grunn (7).

Verktøy

Det er utviklet og testet flere atferdsbaserte kartleggingsverktøy for smerteatferd, men alle systematiske oversiktsartikler innen feltet konkluderer med at disse instrumentene har begrenset klinisk anvendbarhet ved alvorlig demens (7). I Norge er «The checklist of nonverbal pain indicators» (CNPI) og Doloplus-2-instrumenter som er oversatt og vurdert som pålitelige (validert).

For å fange opp noen svakheter i disse instrumentene ble det utviklet og testet et nytt verktøy: Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 Pain Scale (MOBID-2 smerteskala). Instrumentet er tilrettelagt for pleiepersonale på sykehjem, det er utviklet på norsk, validert, og brukt i to større studier (5, 9).

Intensjoner

Denne artikkelen har som intensjon å lette implementeringen av MOBID-2 smerteskala i sykehjem og andre enheter som har pasienter med demens. Vi mener dette vil:

- ▶ føre til bedret kompetanse på smertekartlegging hos pleiepersonalet
- ▶ implementere vitenskap i praksis
- ▶ lette implementeringen av MOBID-2 i sykehjem, hjemmesykepleie og andre institusjoner

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Demens
- ▶ Smerte
- ▶ Sykehjem
- ▶ Kartlegging



MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens navn: _____

Dato: _____

Tid: _____

Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

Smertelyd
«Aui!»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

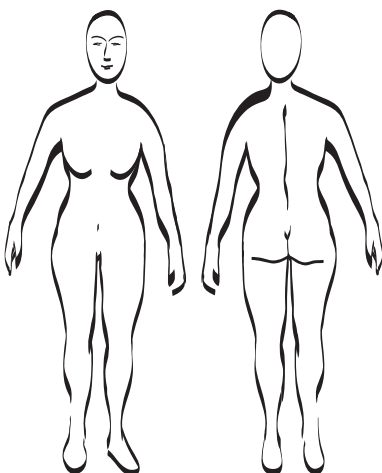
SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage – øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage – nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



MOBID-2 smerteskala

MOBID-2 smerteskala er et av instrumentene som kan brukes for å kartlegge smerte hos pasienter med demens. Instrumentet ble utviklet og testet i doktorgradsprosjektet «Assessment of Pain in Patients with Dementia» ved Universitetet i Bergen (10,11).

MOBID-2 er designet med henblikk på pasientens hverdags-situasjon i sykehjem. Den fanger opp de observasjoner pleierne gjør av smertereaksjoner hos sine pasienter under stell. MOBID-2 består av to deler.

Del 1

Del 1 fanger opp smerter fra muskulatur, ledd og skjelett og skal utføres under fem standardisert og aktiv mobilisering som er typisk for hverdagen på sykehjem. Dette gjør at pasienten får beveget hele kroppen slik at vi får vurdert smerte i bevegelse.

Vi mobiliserer beboerne etter stegene vist under. På grunn av demens vil språkvansker og problemer med å forstå instruksjoner (7) må vi lede pasienten gjennom følgende bevegelser: 1) Åpne og lukke begge hender,

2) strekke begge armene mot hodet, 3) bøye og strekke ankler, knær og hofter, 4) snu seg i sengen, 5) sette seg opp på sengekanten.

Vi avslutter mobiliseringen med en gang dersom vi mistenker

Pasienter med demens får mindre analgetika enn dem uten demens.

at dette kan være smertefullt for pasienten. Pleieren vurderer pasientens respons under hver bevegelse og krysser av dersom han eller hun viser smerterelatert atferd som: A) Lyder («Au!» stønner, ynker seg, gisper, skriker eller puster fort), B) ansiktsuttrykk (lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene), C) avvergende reaksjon (stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg).

Atferden tolkes deretter ut fra en 0–10 punkts skala, Numerical rating scale (NRS), der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. Å observere atferd under standardiserte bevegelser av hele kroppen, viser seg å være en god indikator for smerteintensitet i muskel og skjelettsystemet (12).

Del 2

MOBID-2 del 2 fanger opp smerteatferd relatert til indre organer, hode og hud. I denne delen av instrumentet oppfordres pleiepersonalet til å være oppmerksom på pasientens atferd, som kan

være relatert til smerte fra indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Observasjoner som er gjort samme dag og i løpet av den siste uken skal inkluderes i vurderingen. Observerte smerteatferd eller ytret smerteteegn blir tolket til smerteintensitet på en skala fra 0–10 (0 er ingen smerte, 10 verst tenkelig smerte) i: 6) Hode, munn og hals, 7) bryst, lunge og hjerte, 8) øvre del av mage, 9) bekken, nedre del av mage, 10) hud, infeksjon, sår. Pasientens totale smerteintensitet blir til slutt vurdert av pleier på en egen skala fra 0–10. MOBID-2 er videre beskrevet i en artikkel på norsk (13).

Praktisk bruk

En del pleiere ønsker å ha en felles konsensus på avdelingen, og spør derfor kollegaene sine om hvordan de vurderer pasientens totale smerteintensitet. Dette kan slå uheldig ut. Det er viktig at den personen som har vurdert pasienten gjennom de ti punktene som er nevnt over, også vurderer hva som blir personens endelige smerteskår. Noen kan ønske å legge sammen alle skårene og dele dem på antall punkter (10 punkter). Dette kan bli misvisende. En person som har et vondt kne med intensitet vurdert til NRS 9, får ikke mindre vondt i dette kneet av at han eller hun ikke har smerteskår på noen av de andre punktene på kartleggingskjemaet. Den totale smerteskåren skal gjenspeile smerteintensiteten den enkelte beboeren opplever. Hvis en person har artrose i fingrene etter mange år som håndverker, og pleieren har vurdert bevegelsen av fingrene til smertenivå 9 på NRS-skalaen, vil nok en totalskår ligge på rundt 9 selv om vedkommende ikke har vondt noen andre steder.

Implementering

Erfaringer fra implementeringen av MOBID-2 viser at det er lettest å innføre systematisk smertekartlegging der det alt er fokus på smerter. Det er også enklest der alle får samme grundige opplæringen ved oppstart. Utover dette vil implementeringen lettes ved tverrfaglig samarbeid, og der alle yrkesgrupper bruker instrumentet i smertebehandlingen. Implementeringen av et slikt instrument lettes dersom der er en fra pleiegruppen som har en særskilt koordinator eller smertekontaktfunksjon.

Fremtidsperspektiv

Det er et ønske å bygge videre på MOBID-2 smerteskala for å utvikle et instrument for bevisstløse og døende pasienter. Formålet med dette er å bedre kunne vurdere å lindre smerte og andre symptomer hos døende pasienter, for å gi en kompetent behandling og forebygge unødige sykehusinnleggelser. ■■■

LITTERATUR

- Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Sep; 22(9):843–9.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005 DEC 17;366 (9503): 2112–7.
- Nygaard HA, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Aug; 20(8): 730–7.
- Cunningham C. Managing pain in patients with dementia in hospital. *Nurs Stand*. 2006 Jul 26-Aug 1;20 (46): 54–8.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Borgehusebo S, Aarsland D, Ljunggren AE. Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc*. 2008 Jul; 9(6): 427–33.
- Turk DC, Okifuji A. Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *Lancet*. 1999 May 22;353 (9166): 1784–8.
- Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain*. 2007 Jan; 23 (1 Suppl): S1–43.
- The management of chronic pain in older persons. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. *American Geriatrics Society, Geriatrics*. 1998 Oct; 53 Suppl 3:S8–24.
- Husebo BS, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Reduction of behavioural disturbances by pain treatment in nursing home patients with dementia: A cluster randomized clinical trial of efficacy. *BMJ* accepted for publication. 2011.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of MOBID-2 Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci* 2010;24(2): 380–391.
- Husebo BS. Assessment of pain in patients with dementia. Ph.d.-avhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2008.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scand J Caring Sci*. 2009 Mar; 23(1): 180–9.
- Husebo BS. Pain assessment in dementia. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 Oct 8;129 (19): 1996–8.

LANGTIDSFERIE

Bli med til spennende Portugal!



Nå har sjansen til å oppleve Portugal sammen med andre lesere av Sykepleien. På turen vil du oppleve sol, varme, spennende historie og virkelig få ladet batteriene. Egen reiseleder fra Albatros vil sørge for at du får maksimalt ut av oppholdet.

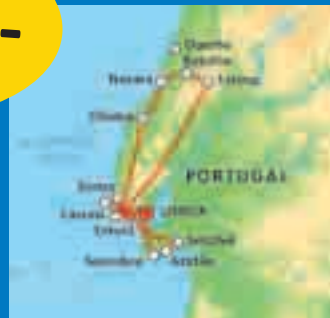
Du bor hyggelig 4-stjerners hotell i den lille Atlanterhavsbyen Cascais, ikke langt fra Lisboa. Rommene er romslige og prisen dekker halvpensjon samt utflukter. Vi skal besøke byen Sintra, utnevnt av UNESCO til verdens kulturarv på grunn av sin enestående arkitektur.

Informasjon og påmelding: tlf. 800 58 106, www.albatros-travel.no/sykepleien
e-post: info@albatros-travel.no. Opplys annonsekode ved bestilling: syk

kun
16.990,-
Avreise 3. februar
2012

Prisen inkluderer

- Skandinavisk reiseleder
- Fly Oslo - Lisboa t/r
- Utflukter i følge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom på 4-stjerners hotell (tillegg for enkeltrom)
- Halvpensjon (frokost/middag)
- Skatter og avgifter



Dagsprogram

- Dag 1** Oslo – Lisboa – Cascais, Portugal
- Dag 2** Egne opplevelser
- Dag 3** Vandretur til Estoril
- Dag 4** Egne opplevelser
- Dag 5** Dagsutflukt til Det mauriske kvarter Alfama, Belem-tårnet og Hieronymus-klosteret
- Dag 6-9** Egne opplevelser
- Dag 10** Kjøretur til vakre Cabo da Roca og det arkitektonisk enestående Sintra
- Dag 11-15** Egne opplevelser
- Dag 16** Dagsutflukt til fiskerbyen Sesimbra, Azetão og Setúbal. Vinsmaking på vingård
- Dag 17-18** Egne opplevelser
- Dag 19** Mulighet for heldagstur til Porto (ikke inkludert i prisen)
- Dag 20-22** Egne opplevelser
- Dag 23** Mulighet for heldagsutflukt til festningsbyen Óbidos, Nazaré, Batalha og pilegrimsstedet Fátima (ikke inkludert i prisen).
- Dag 24-28** Egne opplevelser
- Dag 29** Lisboa – Oslo

Albatros
travel

REISEGARANTIF
RGF REISEGARANTIF
101.no





Erlend Aa, legemiddelrådgiver, cand.pharm., Regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS) Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital.



Olav Spigset, overlege, professor dr.med. Regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS) Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital.

Metotreksat doseres ofte feil

Legemidlet metotreksat brukes hyppig ved kreft og revmatologi og overdosering kan i verste fall medføre dødsfall.

Metotreksat ble utviklet på slutten av 1940-tallet og man tok det umiddelbart i bruk i behandling av både kreftsykdom, psoriasis og revmatoid artritt. Metotreksat ble raskt en del av den etablerte medisinen innen kreftbehandling, mens det tok flere tiår før legemidlet fikk samme status innen revmatologi. Bruken av metotreksat har vært jevnt økende de senere årene og ifølge tall fra det norske reseptregisteret har antallet pasienter som bruker metotreksat økt fra om lag 13 000 i 2004 til over 21 000 i 2010 (1). Man har ikke fullt ut forstått virkningsmekanismen for metotreksat ved autoimmune sykdommer, men det synes klart at den betennelses- eller immundempende effekten skyldes andre mekanismer enn den direkte hemmende effekten på celledelingen, som er sentral i behandling av kreftsykdom (2).

Overdoser

De fleste rapporterte overdoseringstilfeller ved bruk av metotreksat gjelder at man utilsiktet har gitt daglig i stedet for ukentlig dosering. Eldre er spesielt sårbare for alvorlige overdoseringsreaksjoner og over en tredjedel av de rapporterte feildoseringstilfellene hos eldre ender fatalt. Sykepleiere i institusjon og hjemmesykepleie har ofte tett kontakt med risikoindivider innenfor den aktuelle pasientgruppen. De har derfor en unik mulighet til å forebygge utilsiktet overdosering gjennom informasjon, samt å avdekke slik overdosering ved å være oppmerksom på problemstillingen og aktuelle symptomer.

Behandlingsmetoder

Ved de høye dosene som brukes i kreftbehandlingen har metotreksat uttalt celletoksisk effekt og derfor potensial for å gi alvorlige bivirkninger. Lavdosebehandling som brukes ved psoriasis og revmatisk sykdom gir bivirkninger som tretthet, sykdomsfølelse og kvalme. Selv om man sjelden ser alvorlige bivirkninger, er faren likevel stor ved overdosering og feilbruk.

Dosering

Ved lavdosebehandling med metotreksat er reglene stikk motsatt av hva som gjelder for de fleste andre legemidler: Dosen for hele uken,

som ofte er tre til åtte tabletter, skal som oftest tas på én gang på en fast ukedag. Om denne dosen på grunn av misforståelser fordeles på flere dager, øker risikoen for alvorlige bivirkninger betraktelig, og det er sett dødsfall ved så lave doser som to tabletter daglig i seks dager. Risikoen for alvorlige bivirkninger er enda større hvis det skjer en feil slik at den dosen som skulle tas en gang per uke i stedet blir inntatt hver dag. Høy alder, underernæring, pågående infeksjon og redusert lever- eller nyrefunksjon øker denne risikoen ytterligere.

Forebygging

Det franske legemiddeltidsskriftet *Prescrire* beskriver ukentlig metotreksatdosering som en høyrisikosituasjon, som krever at helsepersonell systematisk hjelper pasientene med å beskytte seg selv mot overdosering. God pasientinformasjon og oppmerksomhet i forhold til overdosesymptomer er kritisk viktig. Ett aktuelt tiltak for å forebygge og oppdage doseringsfeil er alltid å notere dato for når en ny boks med medisin åpnes. Hvis man er usikker på hvorvidt en dose er glempt, kan man kontrolltelle antall tabletter som er igjen i boksen. Er man fortsatt i tvil, bør man ikke ta en ny dose, men heller vente til neste doseringstidspunkt. Konsekvensene av å hoppe over en dose er langt mindre enn å ta flerdoble doser (3). Bruk av legemiddeldosett kan være et godt alternativ for mange.

Oftere feil ved egendosering

Våren 2010 ble sikkerhetsinformasjonen oppdatert for metotreksatpreparater registrert i Norge. Produsenten hadde gjennomgått totalt 328 rapporter om overdosering i forbindelse med bruk av metotreksat, og funnet at 56 prosent av rapportene beskrev utilsiktet daglig i stedet for ukentlig dosering (4). Man så oftest feildosering når pasienten administrerte legemidlet selv (63 prosent), men det forekom også når legemidlet ble gitt av helsepersonell (37 prosent). 91 rapporter beskrev feilbruk ved revmatologisk sykdom hos eldre, og hele 33 av disse tilfellene endte med dødsfall (5).

Tegn på overdose

De første tegn på overdosering av metotreksat vil ofte være symptomer fra organsystemer hvor cellene skiftes ut hyppig,

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Cellegift
- ▶ Forgiftning
- ▶ Pasientsikkerhet
- ▶ Legemidler





FEIL DOSE: Feildosering oppstår oftest når pasienten administrerer legemidlet selv, men det forekommer også feil når helsepersonell gir legemidlet. Foto: Scanpix.

slik som beinmarg, hud og slimhinner. Men selv her vil det gjerne gå opptil en uke fra feildoseringen startet til pasienten får plager. Hos pasienter som behandles med metotreksat ukentlig, bør man ved reduksjon i allmenntilstanden og uforklarlige magesmerter, utslett, eller lungebivirkninger, alltid undersøke om feildosering har funnet sted. Dobbel dose eller en dose to dager etter hverandre er trolig ufarlig for voksne som ikke er i en risikogruppe, som bruker medikamentet fast i lave doser en gang i uka, og som får folsyretilskudd. Daglig inntak av metotreksat i tre dager eller mer må anses som potensielt alvorlig (6).

Motgift

Ved begrunnet mistanke om at overdosering med metotreksat kan ha funnet sted bør man i en tidlig fase, selv om pasienten ikke har symptomer, vurdere om pasienten skal få motgift i form av injeksjon med kalsiumfolinat. Dette fordi effekten av kalsiumfolinat avtar etter hvert som tiden etter inntak av

metotreksat øker. Man må være oppmerksom på at folsyretabletter som brukes for å redusere bivirkningene ved metotreksatbehandling ikke er egnet til å brukes som motgift ved overdosering. ■■■

Over en tredjedel av de rapporterte feildoseringstilfellene hos eldre ender fatalt.

LITTERATUR

1. Reseptregisteret. Nasjonalt folkehelseinstitutt, www.reseptregisteret.no. (Søk: 3. mai 2011).
2. Cronstein B. How does methotrexate suppress inflammation? Clin Exp Rheumatol. 2010 Sep-Oct; 28 (5 Suppl 61): 21-3.
3. Anon. Oral methotrexate: preventing avoidable overdose. Prescrire Int. 2007; 16 (90): 150-2.
4. Statens legemiddelverk. Metotreksat og doseringsfeil – viktig sikkerhetsinformasjon. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage___82386.aspx (Publisert: 30. mars 2010).
5. Global safety surveillance & epidemiology (GSSE) Wyeth Research. Justification for a safety labeling decision for Methotrexate multiple formulations. (17. desember 2008).
6. Helsebiblioteket. Metotreksat – behandlingsanbefaling for feildoseringer ved lavdosebehandling. Fra Giftnormasjonen, utarbeidet 2010. (Publisert: 16. desember 2010).



Haakon Bull-Hansen

Aktuell med: Strålekameratene

En fortelling om menn og kreft

Yrke: Forfatter og journalist

Bosted: Oslo



En brutal for

Da Haakon Bull-Hansen ble pasient, følte han seg som en maskin som skulle repareres.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

En vond hals viste seg å være kreft. Haakon Bull-Hansen ble raskt satt under behandling. En behandling hvor effektiviteten styrte og han til tider lurte på hvem som egentlig tok ansvar for ham.

Erfaringene har blitt til boken *Strålekameratene*, en fortelling som beskriver det forlaget kaller en halsbrekkende ferd gjennom det moderne helsevesenet. Fortalt med humor og oppriktighet.

Strålekameratene var tre menn som tilfeldigvis startet behandling mot mandelkreft samtidig. I dag er to av dem igjen.

De var plassert på samme rom for å få cellegift, først forent i skoggerlatter etter at en sykepleier informerte om at de alltid måtte bruke kondom ved samleie under kur.

«Som om vi ikke skulle ha annet å tenke på enn sex. Jeg vil faktisk heller hjem og sove», kommenterer en av kameratene i boken.

For Haakon Bull-Hansen satt det langt inne å skrive om det han har vært gjennom.

– Men jeg hadde fått en erfaring som jeg ville formidle, sier han rolig.

– Jeg har et fromt ønske om å påvirke.

Som pasient så han en veldig kontrast mellom systemet og menneskene som jobber i det. Han opplevde å være en maskin som skulle repareres etter planlagte skjemaer.

– Systemet tar fra kompetente fagfolk muligheten til å reagere, til å tilrettelegge, til å improvisere, mener han.

Han skriver at legene og teknologien representerte jernneven, sykepleierne silkehanskene. De fylte rollen som mødrene på femtitallet; var til stede, trøstet og gikk imellom når de små pasientene kranglet med dem som var større. Men også de var underlagt de samme medisinske lovene og strenge prosedyrene.

De tre kameratene følger hverandre gjennom en behandling som gir stadig tøffere bivirkninger. Fra å spasere til og fra kur, blir alle tre inneliggende og må ernæres gjennom sonde. Det er smerter, forstoppelse og utmattelse. Noe de selv er ganske uforberedt på. Mer overraskende er det at legene og sykepleierne heller ikke virker særlig forberedt på hvor dårlige de blir.

Kameratene får etter hvert behov for å stille noen spørsmål. De har hørt at de er de første som får akkurat denne behandlingen. Men det blir ikke bekreftet.

– Jeg regner med at jeg aldri vil få svar, sier han i dag.

I boken grubler han også mye over lymfeknutene på halsen. Ved diagnose ble det ikke konstatert spredning. Derfor var det ikke sikkert han trengte å operere dem bort. Men han får ikke endelig beskjed. En undersøkelse som kanskje kunne gitt svar,

telling

blir avlyst. Han får ikke vite hvorfor.

– Jeg ble ikke tatt med på råd, mener han.

Til slutt kalles han inn til operasjon for å fjerne lymfeknutene, men velger å gå mot legenes innstendige anbefalinger og takker nei. Et halvt år etter sier legen at det var helt riktig beslutning. Han føler det som han blir gratulert, men kjenner ingen glede.

– *Hva tenker du om dette nå?*

– At jeg er ferdig med det. At det er spørsmål jeg aldri får besvart, er fryktelig ubehagelig å tenke på, men for meg har det ikke vært en drivkraft

som behandlet og pleiet ham.

– De ønsket å hjelpe, men var fanget av systemet. De forsøkte å kompensere for det, uten alltid å lykkes.

Han viser til debatten om lokalsykehus.

– At sentralisering fører til bedre kvalitet på behandlingen, er et godt argument. Samtidig tror jeg man mister noe viktig som heter nærhet. Når systemene strømlinjeformes og blir for rigide, oppleves de som brutale.

I boken skriver han om hvordan alt dreide seg om kroppen overfor brystet. Legene innrømmet også på direkte

Jeg tror nok mange pasienter er veldig snille.

å finne feil. Det er nesten en arbeidsulykke at boken er blitt en kritikk av helsevesenet.

– *Du er ikke sint?*

– Nei. Men da jeg sto i dilemmaet om jeg skulle la meg operere eller ikke, var jeg sint. På meg virket det som om legene opplevde det som uhørt at jeg la bevisbyrden på dem.

– *I journalene beskrives du som en pasient som etterspør informasjon, som nærmest er litt krevende. Overrasket det deg?*

– Ja, egentlig. Men jeg tror det er lett å bli enten kverulant eller snill. Jeg tror nok mange pasienter er veldig snille. Kanskje er boken en advarsel til helsemyndighetene om at det kan bli mange flere såkalt vanskelige pasienter i framtiden.

Bull-Hansen understreker at han ikke ønsker å kritisere menneskene

spørsmål at de ikke var interessert i noe annet, bortsett fra leverprøvene som måtte være over en viss verdi før cellegift kunne gis.

– For alt de visste, kunne det jo ha feilet oss masse annet andre steder på kroppen.

Bull-Hansen ser også boken som en fortelling om å håndtere kriser. Med sykdommen kom frykten, uvisheten og døden inn i livet. I dag er han tilbake i jobb som journalist og forfatter.

Men å skrive om seg selv var på ingen måte terapi der og da.

– Det ble en metode for å få hukommelsen til å virke. Mens jeg skrev, kom jeg på flere hendelser jeg hadde glemt. En psykiater sa til meg at sykdom er en alvorlig fornedrende prosess. Å bli syk opplevdes som en fornærmelse. Å skrive ble en måte å rekonstruere meg selv på. ■■■



Jakten på romanen

EN GANG I TIDEN hadde jeg stabler av romaner på nattbordet. Leste gjerne tre-fire samtidig, visste alltid om en jeg gledet meg til å kjøpe. Men så begynte jeg å lese én og én. Og plutselig visste jeg ikke hvilken bok som sto og ventet på meg i bokhandelen.

Der jeg før strenet målbevisst inn i butikken, virrer jeg nå rundt. I stedet for å lete langs tette bokrygger, blir jeg fanget av stabler og plakater som skriker bestselger og kjøp 3 for 2. Og mens jeg for riktig lenge siden erfarte at bare de beste romanene kom i pocket, virker det nå som det ofte er de mest salgbare.

Gang på gang har jeg kommet hjem med en roman med et tiltalende plott, men som sakte rakner mellom fingrene mine. Til tross for at omslagene lokker med bruddstykker av glitrende anmeldelser og overstadige utsagn fra folkekjære forfattere. Litt for ofte omtaler jeg sist leste roman som helt grei. Men det jeg egentlig er på jakt etter, er noe som røsker. En roman som får mannen min til å riste på hodet og spørre hvorfor jeg må lese noe som gjør meg så fortvilet.

Jeg har rett og slett falt av lasset. Og derfor har jeg begynt å be om hjelp. Ikke fra hvilken som helst salgssyr bokhandler med øyne som glitrer i gjenskinnet fra bestselgerne, men fra noen som har lest de bøkene jeg har lest og kan gi råd ut fra det. Norli i Oslo er et sånt sted. Bare søk litt innover i lokalet, så er det nesten som å være i et bibliotek. Der inne senker jeg nesten stemmen, i frykt for å forstyrre. Men jeg får gode råd hver gang. Sist jeg var der, lot jeg være å spørre. Jeg tenkte jeg skulle klare meg selv. Det endte med at jeg gikk ut tomhendt.



Nina Hemæs



Variasjon og dialog Perspektiver på psykisk helsearbeid

Av Anders Johan W. Andersen og Bengt Eirik Karlsson
265 sider
Universitetsforlaget
ISBN 978-82-15-01542-2
Anmelder: Anne-Lill Haabeth, psykiatrisk sykepleier/klinisk spesialist

Beskriver det mangetydige

ANMELDELSE: Denne boken har 30 kapitler, skrevet av ulike forfattere med variert kompetanse og kunnskap om psykisk helse. Målsettingen er å gi plass til de mange ulike stemmene i fagfeltet, skape engasjement og strukturere mangetydigheten som beskriver det psykiske helsearbeidet. Utgangspunktet er erfaringene som er gjort gjennom utgivelsen av Tidsskrift for psykisk helsearbeid, som startet opp i 2004.

Boka er delt inn i fem hoveddeler: Bruker- og pårørendeperspektiver, praktiker-, forsknings-, utdannings- og politiske perspektiver.

Jeg blir mest opptatt av brukernes egne fortellinger. Victoria Ibabao Edwards beskrivelse av en innleggelse på psykiatrisk avdeling. Django Kuiters refleksjoner rundt det å være medarbeider med brukererfaring. May Brit

Linløkkejordets historie om hvordan pårørende blir møtt av det psykiske helsevernet.

I tillegg liker jeg godt Odd Voldens artikkel Farvel til «den psykiatriske pasienten» sett fra et brukerperspektiv. Han ser på virkning og konsekvenser av begrepsbruken, og mener fagmiljøet ikke ser at institusjonaliseringen som vi nå reformerer oss bort fra, dypest sett bor i språket.

Boka har svært mange perspektiver og synsvinkler, som det fører for langt å presentere her.

Et eksempel er Arnulf Kolstads bidrag rundt hva som skjer i endringen fra institusjonsbehandling til økt hjelp i lokalsamfunnet. Det er behov for ny kunnskap og en annen utforming av det psykiske helsearbeidet, og kommunene mangler nye gode modeller. Det finnes ingen fasit

eller ferdige strategier. En trenger fantasi og nytenkning, kombinert med en jordnær forankring som tar utgangspunkt i folks subjektive erfaringer.

Et annet eksempel er Thor Rogans artikkel om den sterke politiseringen av psykisk helsearbeid som fant sted under opptrappingsplanen, og den store betydningen dette har hatt. Som igjen har endret oppmerksomhet fra sykdom til mestring, fra tvang til frivillighet og åpenhet.

Jeg liker den røde tråden som følger boka, – den praksisnære kunnskapen, brukerperspektivet, og oppmerksomheten rettet mot nåværende og framtidig psykisk helsearbeid i kommunene.

Jeg mener bokas målsetting på mange måter er nådd. De mange ulike stemmer blir hørt og lest. Dette er en bok som engasjerer.

Forskjellen på journalistikk og litteratur er at journalistikken er uleselig, og litteraturen blir ikke lest.

Oscar Wilde



Veivalg i velferdspolitikken

Av Aksel Hatland (red.)
194 sider
Fagbokforlaget, 2011
ISBN 978-82-450-0831-9
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard

Går i dybden

ANMELDELSE: Er Norge verdens beste land å bo i? Forfatterne i denne boken stiller seg kritisk til å svare et klart ja på dette spørsmålet. De påviser i stedet en rekke uklarheter i de levekårsundersøkelsene som bekrefter det. I tillegg drøfter de det som skjer på det politiske handlingsnivået. De retter oppmerksomheten mot persongrupper og livsfaser, sårbare grupper, globaliserings konsekvens for norsk velferd, velgernes holdning til velferdspolitikken og rettsliggjøringen av det som handler om velferd og helse i Norge. Til slutt drøftes sentrale tendenser og utfordringer i velferdspolitikken.

Denne boken går i dybden. Den er evidensbasert og refererer til viktige teoretiske kilder og empiriske studier. Forfatterne formidler godt og balansert ulike synspunkt.

Samfunnsvitenskap handler om å forstå og analysere utviklingstrekk i samfunnet. I boken kommer det godt fram hvordan fakta kan analyseres ulikt og svarene kan få ulike politiske konsekvenser. Mange utfordringer trekkes fram, men få av dem som nevnes vil undergrave hovedtrekkene i velferdspolitikken, om jeg forstår forfatterne rett. Den norske velferdsstaten er ikke under nedbygging, det er en hovedkonklusjon i boken. Men det hevdes at det viktigste trekket er at velferdspolitikken er blitt tilpasset arbeidsmarkedets måte å fungere på.

Jeg leste størstedelen av boken under valgkampen i høst. Den ga meg derfor et godt korrektiv til mange av de påstander politikerne presenterte. Fakta og studier som vises til er oppdaterte og derfor relevante.

Hvert kapittel har et omfattende referansegrunnlag. Her er det mange artikler og bøker jeg vil prøve å få med meg. Språket er godt uten unødvendig mange faguttrykk, og der hvor de forekommer er de godt forklart.

Det er vanskelig å finne betydelige svakheter ved denne boken. Jeg savner imidlertid en større oppmerksomhet på de sosiale bevegelsenes og fagbevegelsens betydning som pådrivere og forsvarere av velferdsstaten. Land med svak fagbevegelse har en dårligere velferdspolitik og større grad av ulikhet enn det vi har hatt i Norge.

Denne boken egner seg for alle som er opptatt av nasjonal politikk og velferd. Den kan godt være et supplement til den politiske innledning i landsmøtedokumentene som NSF skal behandle på landsmøtet i november.



Xuan Thi Nguyen

Alder: 50 år

Stilling: Sykepleier i Blodbanken, OUS Ullevål sykehus

Favoritt: Vippemaskin

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favoritt på jobben.

Hvilket hjelpemiddel er din favoritt?

Skriv til interaktivt@sykepleien.no

Går noe galt, sier den fra

Pasientene lurer på hvorfor den «bipper» så mye.

Tekst og foto: **Laila S. Berg**

Bip-bip, bip. Xuan Thi Nguyen forklarer lyden mens hun viser frem et hendig apparat som vipper blodposen frem og tilbake. Hvis tappingen som går inn i posen går for tregt eller fort, sier instrumentet ifra. Men det er bare en av mange funksjoner til en vippe.

Hvorfor elsker du nettopp dette instrumentet?

– Vippen er vår kontrollmaskin og sikring på at tapping av blod skjer i riktig tempo og mengde. Den er et praktisk og viktig måleinstrument for oss. Hvis noe går galt, sier den alltid fra. Når tappingen er ferdig må vi avslutte umiddelbart, og «bippen» minner oss på det. Og maskinen klemmer blodgiverslangen når vi har tappet riktig mengde blod, slik at tappingen stopper automatisk.

Hva kan måles med en vippe?

– Den måler volum, tid og flow. Volum måles i milliliter. Tid i minutter, og flow i milliliter blod tappet per minutt. Displayet

viser måleverdiene og hvor mange minutter som har gått. Etter fem minutter «bipper» vippen.

Hvordan brukes den?

– Når vi taper blod legges blodposen på vekten og 450 ml volum velges. Jeg stikker nålen i blodgivers arm, og etter en prøve trykker jeg på start. Vippen begynner å jobbe. Den vipper frem og tilbake mens den blander blod og antikoagulant. Etter som posen fylles teller instrumentet milliliter. På valgt volum stopper tappingen, og apparatet sier fra med et «bip».

Hva er spesielt med designet?

Det er nøytralt, typisk designet for et sykehus. Jeg liker fargen, grå, hvit og blå. Den er ren og litt kul. Displayet er også fint fordi det viser flere funksjoner.

Hva er viktig å vite ved bruk av apparatet?

– Alt må fungere og apparatet må selvsagt måle riktig. En vippe er nummerert, og det

brukes ved kontroll. Vi har vektkontroll hver måned og bruker kalibrerte lodd som skal stemme med displayet. I blodbanksystemet registreres det samme vippenummeret som ble brukt ved tappingen. Hvis det oppstår et avvik, vil blodmottaket gi en umiddelbar tilbakemelding. Ved feil leveres vippen til service for ny godkjenning.

Tilbakemelding fra pasienter?

– Nye blodgivere er svært interessert, og de vil gjerne vite hvilke funksjoner vippen har. Det hender at blodet renner for sakte under tappingen, da «bipper» maskinen. Blodgiveren spør gjerne hvorfor den «bipper» så mye. De undres om de muligens har gått tom for blod. Vi forklarer så gjerne, mens vi retter litt på nålen eller stillingen på armen slik at blodet kan tappes i riktig flow.



Quiz

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er botulisme?

- A Sykdom forårsaket av toksiner fra en bakterie
- B Ekstrem overspising
- C Avhengighet av botox

2 Hvor mange tilfeller av botulisme registreres årlig i Norge?

- A 0-2
- B 100
- C 100 000

3 Hva er cirkadian faktor?

- A Beslutningsvegring
- B Forsentkomning
- C Døgnrytme

4 Hvor mange hovedstadier deles søvn inn i?

- A 1
- B 2
- C 6

5 Hva er drosophilidae?

- A Fruktflue
- B En som liker å dorme
- C Unaturlig trang til å sitte lenge på do

6 Hvor store er melbiller?

- A 4-6 mm
- B 8-10 cm
- C 1-2 meter

7 Hva er best å bruke mot melbiller?

- A Støvsuger
- B Støvklut
- C Trykkspyler

8 Hvor mange frittlevende kakerlakker fins i Norge?

- A 100
- B 10
- C 1

9 Gjør frittlevende kakerlakker skade i Norge?





- A Ja, på mennesker
- B Ja, på bygninger
- C Nei

10 Hvilken type kakerlakk er et hovedproblem i Norge?

- A Belgisk kakerlakk
- B Fransk kakerlakk
- C Tysk kakerlakk



SLÅR SEG TIL PÅ DO: Men er dette drosophilidae?

-  **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: 1A Sykdom forårsaket av toksiner fra en bakterie, 2A 0-2, 3C Døgnrytme, 4B 2, 5A Fruktflue, 6A 4-6 mm, 7A Støvsuger, 8C 1, 9C Nei, 10C Tysk kakerlakk

FAG NYHETER

Hjelper kreftpasienter å holde vekten

En ny norsk studie viser at individuell veiledning i kombinasjon med ernæringsstøtte bidrar til at kreftpasienter unngår vektuttap under behandling.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Pasienter som får behandling mot kreft har ofte problemer med å få i seg nok mat. Dette kan skyldes både sykdommen og at behandlingen ofte gir bivirkninger som kvalme, sårhet i munn og svelg, dårlig matlyst og diaré.

Ernæringsstiltak

I siste utgave av Sykepleien Forskning publiserer Ellen M. Stenling og Monica W. Nortvedt en litteraturstudie der målet var å finne tiltak som hadde god effekt på ernæringsstilstanden til kreftpasienter som får behandling.

– *Hvorfor er det viktig at kreftpasienter ikke går ned i vekt?*

– Dårlig ernæringsstatus påvirker immunforsvaret, gjør at pasientene mister muskelmasse, blir slappe og mottakelige for infeksjoner. At pasienten opprettholder sin ernæringsstilstand mens de får behandling er viktig både for behandlingsforløpet, for å opprettholde pasientens fysiske funksjoner og for livskvaliteten, sier Stenling.

Veiledning over tid

– Vi ønsket derfor å finne tiltak knyttet til sykepleiers funksjon som kunne hin-

dre vektuttap hos kreftpasienter under behandling.

– *Hva er det viktigste funnet i undersøkelsen?*

Vi fant at individuell ernæringsveiledning over tid mens pasienten er i behandling, i kombinasjon med ernæringsstøtte, førte til at pasienten opprettholdt ernæringsstilstanden.

– *Er dette nytt?*

– Det nye er at vi har påvist at veiledning i kombinasjon med ernæringsstøtte hjelper pasienten til å opprettholde vekten. Det er også viktig at veiledningen pågår regelmessig over tid mens behandlingen pågår. Det holder ikke med én samtale, sier Stenling.

Kunnskapsbasert

– *Hvorfor valgte dere å gjøre en litteraturstudie?*

– Fordi det inngår i et større prosjekt som går ut på å innføre kunnskapsbasert praksis på sykehuset. Og det å bruke eksisterende forskning for å begrunne og kvalitetssikre behandlingsmetoder er jo sentralt i kunnskapsbasert praksis, sier Stenling. ■■■

Les hele studien i: 

Mer harepest

Det er registrert flere tilfeller av harepest i år enn noen gang tidligere. Fram til 31. august var det meldt om 75 tilfeller blant mennesker, de fleste i Midt-Norge.

Harepest, eller tularemie, er en bakteriesykdom som gir utbrudd hos harer og smågnagere som lemen. Mennesker kan smittes gjennom direkte eller indirekte kontakt med dyr.

Vanligvis har de fleste mennesker blitt smittet om høsten, antakelig under høstjakt. Mennesker kan blant annet smittes gjennom forurenset drikkevann, dyrebitt eller ved å puste inn støv fra dyreekskrementer.

Folkehelse har en rekke råd for å unngå smitte, blant annet ikke å drikke vann direkte fra naturen. Dette gjelder særlig i områder med mye smågnagere.

Les mer på fhi.no

Skadet på jobb? Du får alt eller ingenting i erstatning. Side 78

Bør Faglig etisk råd «dresseres»? Side 80

Ufrivillig deltid og strenge arbeidstidsregler. Hvordan løse flokene? Side 86

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 LISBETH NORMANN

«Jeg synes vi har fått til mye.»

82

REFLEKS INGVAR T. SKJERVE

«Gjerstad snakket til mormor på en måte som hun forstod, på gammeldags, folkelig trøndersk.»

88



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Lik lønn for samme jobb

Har vi hørt den setningen før? Ja, så absolutt, til det kjedsommelige, vil mange si. De siste dager har imidlertid setningen fått en ny aktualitet.

Dagsavisen har presentert en sak som nesten til det groteske viser hvor respektløst sykehusledelsen ved Oslo universitets-sykehus behandler sykepleiere som, på grunn av nedleggelsen av Aker sykehus, får nye jobber på Ullevål.

Saken er som følger: Ved årsskiftet ble flere enn hundre sykepleiere på Aker overført til Ullevål sykehus. De som begynte på infeksjons-medisin ble møtt av et todelt lønnsystem. Nesten alle sykepleierne som fra før jobber på

Ullevåls infeksjonspost får et hva ledelsen kaller rekrutteringstillegg på mellom 26 000 og 35 000 kroner i året. Dette gjelder både fast ansatte, vikarer og nyansatte. Når de tidligere Aker-sykepleierne ber om det samme, får de beskjed om at dette ikke er mulig.

Når assisterende HR-direktør i OUS Morten Meyer blir spurt om hva han syns om ordningen medgir han ifølge Dagsavisen at ordningen slår uheldig ut og at det kan gi negative effekter for arbeidsmiljøet. Meyers løsning på problemet, igjen ifølge Dagsavisen, er eventuelt å fjerne tillegget for fremtidige nyansatte. I verste fall vil han også ta det fra de ansatte som allerede har tillegget. Er han bekymret for negative effekter på arbeidsmiljøet i dag, vil han garantert stå overfor en mye verre situasjon hvis ovennevnte blir løsningen. Meyers avslutningsbegrunnelse for ikke å harmonisere lønningene er at OUS ikke har råd. Jeg mener han ikke har råd til å la være. Og, uten å påstå at Meyer lyver, vil jeg jo si at det er påfallende at han ikke har råd til å betale sykepleierne fra Aker, men har penger til å betale vikarer og nyansatte i det opprinnelige Ullevålssystemet.

Norsk Sykepleierforbund har i lang tid jobbet for å harmonisere lønningene i forbindelse med sammenslåing av helseinstitusjoner uten at dette har ført frem. Nå ligger ansvaret for å løse dette problemet på arbeidsgivers bord. Jeg mener at det nå er på tide at man tar konsekvensen av sammenslåingen. Når skal sykehusene under OUS-paraplyen betraktes av sin ledelse som én institusjon, der alle ansatte behandles likt hva lønn og andre arbeidsvilkår angår?

Det jeg her har beskrevet er jo bare en praktisk konsekvens av det å slå sammen institusjoner. Man må jo ha budsjettert med dette når man diskuterte konsekvenser av fusjon?

Fortsetter ledelsen i helseforetaket med denne lønnspolitikken, vil strategien på sikt føre til problemer med rekrutteringen.

Jeg er enig med foretakstillitsvalg for NSF i OUS, Merete Morken, når hun i Dagsavisen sier at det er en klar sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Uro og dårlig samarbeid blant de ansatte vil kunne gå ut over pasientene, sier hun. Det skulle nesten bare mangle. Når sykepleiere som allerede er under sterkt press i jobben sin opplever en slik urettferdighet, vil konsekvensene kunne bli alvorlige.

Noen av de tidligere Aker-sykepleierne har da også tatt konsekvensene av situasjonen og sagt opp jobbene sine. Det at de bruker pressen til å målbare fortvilelsen sin syns jeg rett og slett er flott. Min hilsen til dere er at det er fantastisk at dere våger å si ifra, at dere påpeker noe vi i NSF har forsøkt å rette på i lang tid! Nevnte Meyers kommentar til dette er at: «Det er uheldig for oss å miste kompetanse, men det er en mulig konsekvens av situasjonen».

Det er åpenbart at Meyer og hans kollegaer i Ullevål-ledelsen ikke har pasientenes ve og vel i tankene når de så steilt forsvarer en så åpenbar urettferdighet, nesten med nebb og klør.

Saken blir nærmest absurd i lys av at dette handler om et rekrutteringstillegg, lansert fordi Ullevål sykehus ikke klarte å ansette nok sykepleiere på infeksjonsposten. Nå har man gjennom sammenslåingen fått en stor gruppe infeksjonssykepleiere med lang og omfattende kompetanse. Og dem klarer ikke sykehuset å beholde, fordi man ikke er villig til å betale dem det samme som deres Ullevålkollegaer allerede har fått.

GÅR: Aker-sykepleiere som har blitt overført til infeksjonsavdelingen på Ullevål, slutter fordi de ikke får samme lønns-vilkår. Slik behandling lover ikke godt for den videre prosessen på OUS, mener Normann. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



Til årets «sykepleierspirer»

Sykepleien gjengir her avslutningstalen til sykepleierstudenter ved sykepleierutdanningen i Østfold:

Kjære kolleger! Endelig er dere ferdig med rammeplanens 180 studiepoeng og dere er ferdige sykepleiere. Eller, er dere nå egentlig det? Er det mulig å samle faget sykepleie ved hjelp av 180 studiepoeng! Svaret er selvfølgelig nei!

Tre års studier kvalifiserer riktignok for å kunne starte som en «sykepleierspire». Men ulempen med spirer, til tross for deres potensial for å bli en blomst, er deres sårbarhet for omgivelsen. Faget sykepleie er altfor komplekst til å favnes av tre års utdanning. Av den grunn er denne hilsen til dere en appell om å fortsette med å lete etter kunnskap. Og jeg vil gi dere fire gode grunner til det.

For det første, trenger dere kunnskap for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie og møte utfordringene i helsetjenesten. Det er bare å erkjenne at ingen høyskole i noe land makter å utdanne sykepleiere som kan gjøre alt. Det finnes fortsatt hull som må fylles. Og arbeidsplassen og dere selv har fra nå av ansvaret for å strebe etter å tette faglige hull.

I tillegg finnes det ingen fiksert standard for hva som er faglig forsvarlig. Den standarden er i stadig endring. For eksempel var lobotomi faglig forsvarlig for ikke altfor mange år siden, men er det ikke lenger fordi man vet mer nå enn da.

For det andre, trenger dere kunnskap for å forbedre

sykepleien og dermed pasientbehandlingen! Det utøves fortsatt sykepleie som bygger på gammel vane. Jeg antar at de fleste av dere husker følgende replikk fra en eller annen praksisperiode at «Sånn gjør vi det her!» eller «Sånn har vi aldri gjort det!». Dette kan være tegn på at rutiner har blitt til et mål i seg selv, men mistet hensikten med rutinen: God sykepleie til pasienten.

Problemet er at den type utsagn ikke slutter å eksistere fordi dere har blitt sykepleiere. De lever i beste velgående og vil forsøke å styre dere i jobben. Derfor må dere ta valget mellom å være konform, dvs. å gjøre «sånn som alle andre gjør», eller å være oppmerksom for at man noen ganger må endre praksis for å bedre pasientbehandlingen. Og da trenger man sterke faglige argumenter.

Den tredje grunnen er at dere trenger kunnskap for å overleve i jobben som sykepleier! Det er en kjensgjerning at sykepleiere møter et hav av forventninger og krav i sin yrkesutøvelse. Kolleger forventer at dere hjelper hverandre, sjefen krever at dere jobber kostnadseffektivt, pasienten forventer at dere stiller opp og dere selv har antakeligvis noen ambisjoner om hvordan dere vil utøve sykepleie. Kunnskap vil hjelpe dere til å sortere og prioritere kravene.

Selv om dere noen ganger kan ha fått inntrykket av lærerstaben at alt er like viktig, eller at dere ikke må glemme noe som helst, så er det en sannhet med modifikasjoner. Sannheten er at ingenting er like viktig!

Eksempelvis er det er ikke alltid pasienten som skriker som trenger hjelpen deres først. Kan hende den tause pasienten er viktigere, siden han ikke har pust nok til å lage en lyd. Kunnskap er et nyttig redskap når man skal vurdere hva man må gjøres først, hva som kan vente og hva som bør gjøres av andre.

Til slutt trenger dere kunnskap for å kunne gi faglig omsorg! Det hender at debatten reises om hva som er viktigst i sykepleien, kunnskap eller omsorg. Men hvis problemstillingen formuleres slik at den setter ting opp mot hverandre, er det lett å glemme at begge deler er viktig. I sykepleien er kunnskap og omsorg to gjensidig avhengige begreper. Samtidig er det viktig at denne debatten pågår mellom dere og kollegene fordi den bevisstgjør dere i yrkesrollen og fremtvinger bevisste valg.

I kraft av å være sykepleiere kommer dere til å være betydningsfulle for andre mennesker. Din handling vil gjøre en forskjell i et annet menneskes liv. Og kunnskapsgrunnlaget for din handling vil være avgjørende for om denne forskjellen er til skade eller til gagn for pasienten. Av den grunn omfatter min slutttilhens til dere både gratulasjoner med en fullført utdanning og en oppfordring om å ikke dere rollen som evig student. For dersom man tror at man er utlært og ferdig, er man ikke utlært men ferdig.

Jörg W. Kirchoff, førsteamanuensis ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Østfold (NB: Talen er forkortet av Sykepleien)

SIDEN SIST Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Ensidig om Sykehuset Innlandet

I Sykepleien nr. 9–2011 under tittelen «Omstridt direktør fikk viljen sin» er det skrevet om varslersaken i Sykehuset Innlandet. Vi som tillitsvalgte har mottatt henvendelser i forhold til hvordan tidskriftet Sykepleien har fremstilt saken. Flere oppfatter den som ensidig fremstilt. Vi velger derfor å komme med dette innlegget.

I starten av artikkelen står det riktignok at historien har to sider: «Administrerende direktør og styret får sin stemme hørt i sluttrapporten fra advokatfirmaet. Men varslere og ansatte har en annen historie å fortelle.» I resten av artikkelen er det lite som viser at saken har to sider. De som har kommet med uttalelser i saken er foretaksadvokat Bente La Force og noen få ansatte som uttaler seg anonymt.

Konklusjonene i rapporten fra advokatfirmaet Haavind er ikke nevnt i artikkelen. Vi som tillitsvalgte i Sykehuset Innlandet er ikke blitt kontaktet av Sykepleien. Vi stiller derfor spørsmål om tidsskriftet Sykepleien har oppfylt formålsparagrafen i forhold til å utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk?

Ut fra de henvendelser vi mottar, virker det som at denne vanskelige saken ikke er det store samtaleemne blant flesteparten av de ansatte etter at den er ferdigbehandlet i de styrende organer i Sykehuset Innlandet. Vi opplever at administrerende direktør jobber for at Sykehuset Innlandet skal være en organisasjon preget av åpenhet og utvikling, men ser at dette er krevende i en organisasjon med 8500 ansatte.

Målet med innlegget er ikke å velge side eller skape mer debatt i saken da den er ferdigbehandlet i styrende organer i Syke-

huset Innlandet. Hensikten vår er å minne Sykepleien om at en sak har minst to sider og at det kan være lurt også å snakke med tillitsvalgte.

Med vennlig hilsen Liv Haugli, foretakstillitsvalgt NSF Sykehuset Innlandet, og Anne Bi Hoffsten, divisjonstillitsvalgt NSF Psykisk Helsevern

NSF ryggsekk

Under vignetten «Jeg elsker ...» i Sykepleien nr. 10–2011 trekker sykepleier Ingall Johnsgaard fram sin sykepleiersekk som favoritt. Flere NSF-medlemmer har etter å ha lest intervjuet henvendt seg til Sykepleien for å be om en sykepleiersekk. Den 13 liters lille «løpesekken» er ikke et gratis medlemstilbud, slik det stod. Derimot kan sekken kjøpes for 94 kroner gjennom NSF's nye fordelsbutikk på <http://medlemsbutikk.sykepleierforbundet.no/>.



Flaskebruk fremmer ikke amming

I Sykepleien 4/2011 presenterer Tøsdal og medarbeidere en litteraturgjennomgang: Hvilke mateteknikker letter amming av premature? (1). Noen av konklusjonene i gjennomgangen er ikke i samsvar med tilgjengelig forskning.

WHO/UNICEF Baby-friendly hospital Initiative har utviklet ti trinn for vellykket amming, i Norge kjent som Mor-barn-vennlig initiativ. Ifølge trinn ni skal flaske- og narresmøkk til brystnærte barn unngås, iallfall til ammingen er etablert. Trinnene er i utgangspunktet rettet mot føde-barselavdelinger, men er i Norge utvidet til også å omfatte neonatalavdelinger.

Følgende konklusjoner fra artikkelen vil bli drøftet:

1. Premature barn kan begynne å spise med kopp/amme fra 32. uke.

2. Det er ikke entydige resultater for om bruk av flaske eller kopp som tilleggsmating har innvirkning på ammelengden. Koppmating bidrar til økt liggetid, men barnet er fysiologisk mer stabilt.

3. Det er en myte at barn blir sugeforvirret ved bruk av flaske eller smøkk.

Ad 1) Det eneste kriterium for start av amming av premature barn bør være barnets stabilitet. Det er ikke faglig grunnlag for å sette grense ved en bestemt gestasjonsalder. Den laveste PMA (Post Menstruelle Alder) man har sett at barnet kan søke, fatte tak om brystet og suge er uke 27. Ved 29 uker PMA er det registrert inntak av melkemengder større enn 5 ml. Det er rapportert om barn som ble eksklusivt ammet ved 32 uker PMA, median verdi var på 35 uker PMA (2,3). Koppmating er vist å være trygt fra rundt 29 uker PMA (4).

Ad 2) Det vises til et Cochrane review der forfatterne ikke anbefaler å gi tillegg med kopp til brystnærte barn til tross for at det ved utreise var en større andel koppmatete som ble fullammet sammenlignet med flaskematete. Dette begrunnes med at koppmating var forbundet med lengre hospitaliseringstid, dessuten så man ingen signifikant effekt på amming etter hjemreise. Den forlengete hospitaliseringstiden skyldtes at sykehusets rutine var at de som fikk tillegg med kopp ikke fikk reise hjem med kopp som matemetode, men det fikk barna som fikk med flaske (5, s. 7). Det finnes ikke faglig grunnlag for ikke å la barn reise hjem med koppmating. Ikke bare var ammeforekomsten ved utreise størst hos de koppmatete, også etter hjemreise var det en større andel som ble fullammet, men her var forskjellen ikke statistisk signifikant. De fleste deltakere i Cochrane reviewen (303 av totalt 543 deltakere) kommer fra én australsk

studie (6), det er vesentlige svakheter ved denne studien. Det var en meget høy «non-compliance»; 46 prosent av barna som skulle koppmates fikk flaske én eller flere ganger. Det var lite kunnskap om koppmating på de fleste sykehusene som deltok, og det ble beskrevet negative holdninger til koppmating blant deler av personalet, faktisk var det 12 prosent av personalet som frarådet bruk av kopp til den gruppen som ble randomisert til koppmating.

Ad 3) En rekke studier har funnet at bruk av smøkk/flaskesmøkk er forbundet med en kortere ammeperiode. Man vet ikke om dette skyldes sugeforvirring, mindre hyppig amming eller en ønsket nedtrapping. Sugeforvirring kan innebære at barnet foretrekker flaske foran brystet eller at barnet suger fra brystet slik som på en flaskesmøkk. Uansett om det ikke er funnet klare sammenhenger mellom sugeforvirring og redusert ammeforekomst, er det en sammenheng mellom bruk av flaske og redusert ammeforekomst hos premature (5-6).

Anbefalinger fra Nasjonalt kompetansesenter for amming:

1) Tidlig kontakt ved brystet skal etterstrebes. Stabilitet hos barnet, ikke en gitt gestasjonsalder eller vektgrense, bør være eneste kriterium for at barnet blir lagt til brystet. Koppmating er trygt fra ca. uke 29 PMA.

2) Koppmating er et bedre valg enn flaskemating for tilleggsmating. Ammeforekomst, spesielt fullamming, er høyere hos barn som har fått kopp versus flaske som metode for å gi tillegg. Flere og godt gjennomførte studier er nødvendige.

3) Det er ikke påvist en årsakssammenheng mellom «sugeforvirring» og redusert ammeforekomst, selv om vi i klinisk arbeid opplever dette. En helhetlig vurdering av kunnskapen viser likevel at å unngå flaske til ammingen er etablert, gir bedre fysiologisk stabilitet og høyere ammeforekomst ved utreise.

Takk til Elin Hjort Johansen, undervisnings-sykepleier nyfødt intensiv, Oslo Universitetssykehus for viktige og inspirerende bidrag til denne artikkelen.

Anna-Pia Håggkvist, Mette Ness Hansen, Nasjonalt kompetansesenter for amming, Oslo universitetssykehus

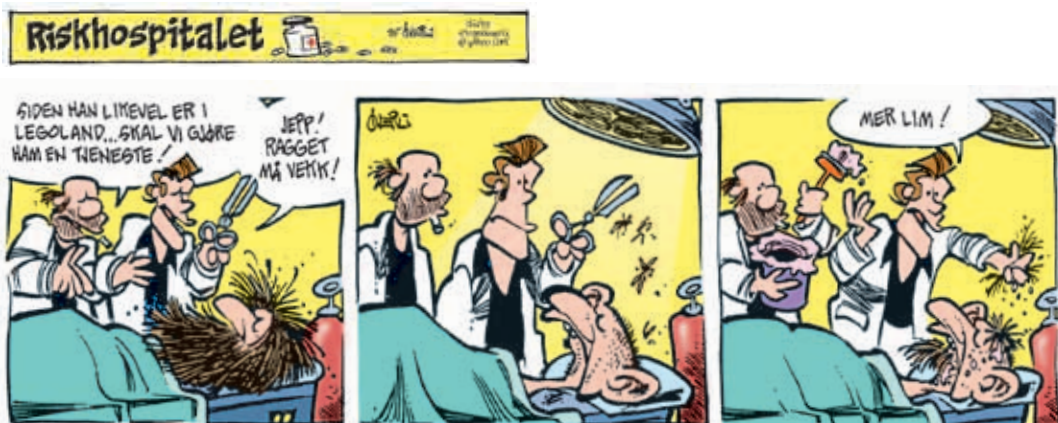
REFERANSER

- (1) Tøsdal KG, Reigstad R, Hanssen AT, Graue M. Hvilke mateteknikker letter amming av premature? Sykepleien 2011;(4): 46–9.
- (2) Nyqvist KH, Sjöden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. Early Hum Dev 1999 Jul; 55(3): 247–64.
- (3) Nyqvist KH. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. Acta Paediatr 2008 Jun; 97(6): 776–81.
- (4) Gupta A, Khanna K, Chatterjee S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. J Trop Pediatr 1999 Apr; 45(2): 108–10.
- (5) Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. Cochrane Database Syst Rev 2007;(2): CD005092.
- (6) Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. BMJ 2004 Jul 24; 329 (7459): 193–8.

Flere referanser kan fås ved henvendelse til: anna-pia.haggkvist@oslo-universitetssykehus.no

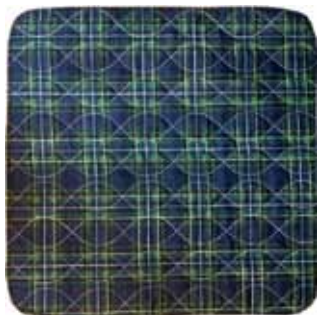
www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Tvättbara textila hjälpmedel inom inkontinens och fölyttning

74 NOK



Protecta Sittskydd med absorbtion. En diskret lösning för soffan, stolen eller bilfärd!

Fr. 74 NOK



Sköljbara och avtorkbara haklappar med spillficka!

679 NOK



Protecta Inkoglid - Unika ergonomiska handtag. Skyddar, absorberar och positionerar enkelt med glidytan på undersidan!

Patent-/mönsterskyddsansökt.

Fr. 279 NOK



EasyRoll Glidlakan - för enkel förflyttning/positionering i sängen. Sveriges mest sålda!

135 NOK



Protecta Tvättbara Lakanskydd, med absorbtion. Används i Sverige, Tyskland och Nordamerika!

Protecta Medical AB är upphandlade i de flesta landsting och kommuner i Sverige. Bl.a. Västra Götaland, Örebro och Sörmland. Vi har Skandinaviens högsta kvalitet till rätt pris och erbjuder leverans till Er från vårt lager i Norge.

Besök vår hemsida för instruktionsfilmer, produktblad m.m

www.protecta.nu





Advokat Arne Johansen

Ikke nok med tunge løft

Økonomisk tap som følge av skade på jobben – hvilke rettigheter har man?

Selv om sykepleierne utgjør en av de mest utsatte yrkesgruppene hva gjelder yrkesrelaterte skader og sykdommer, er rettighetene under yrkesskadeforsikringsloven reelt sett dårligere for denne yrkesgruppen enn hva den er for de fleste andre yrkesgrupper i samfunnet i dag. Dette skyldes først og fremst at de typiske skader sykepleiere utsettes for, som er slitasjeskader og andre ikke ulykkesrelaterte belastninger, ikke dekkes av dagens lovgivning.

Lovgivningen

Alle arbeidstakere er gjennom sin arbeidsgivers forsikringsselskap dekket av den lovpålagte yrkesskadeforsikringen. Når uhellet er ute skal forsikringen dekke inntektstap og utgifter som følge av skaden eller sykdommen. I tillegg har den skadelidte krav på menestønad dersom skaden/sykdommen gir en varig medisinsk invaliditet på minst 15 prosent. Dersom arbeidstakeren dør som følge av skaden/sykdommen kan de etterlatte også ha krav på erstatning. I tillegg til den lovpålagte yrkesskadeforsikringen vil mange sykepleiere ha tilleggsrettigheter under tariffavtalen. Denne gir normalt utvidete rettigheter dersom en skade/sykdom skulle inntre.

For at man skal ha krav på erstatning som følge av en skade eller sykdom som har oppstått i forbindelse med arbeidet, må imidlertid en rekke vilkår foreligge.

Erstatningsvilkår

Et grunnleggende vilkår for å få erstatning som følge av en yrkeskade er at det foreligger et såkalt ansvarsgrunnlag. Med det menes at skaden må ha inntruffet på arbeidet, i arbeidstid og under utførelse av arbeid. Når tapet har oppstått som følge av en skade er det videre et krav om at skaden har oppstått som følge

kelavrivning, som igjen fører til kroniske smerter og et økonomisk tap. Forsikringsselskapet vil i et slikt tilfelle normalt avslå saken ettersom det ikke inntraff noen plutselig uventet begivenhet.

Sykepleier B sliter med en tung seng, får ubalanse og sklir på gulvet, og pådrar seg en muskelavrivning i armen, som igjen fører til kroniske smerter og et økonomisk tap.

Det at sykepleier B får ubalanse og sklir vil antakelig medføre at det såkalte ulykkesmomentet under yrkesskadeforsikringsloven foreligger, slik at han dermed vil kunne ha krav på erstatning.

Tunge løft

I begge tilfeller pådrar sykepleieren seg varige skader og et økonomisk tap, men bare sykepleier B vil ha krav på erstatning. Eksempelet viser hvor marginale forskjeller som styrer ens rettigheter under loven. Dersom skaden inntre i forbindelse med utførelse av ordinære arbeidsoppgaver og det ikke skjer noe ekstraordinært, vil skadefølgen normalt ikke gi rettigheter under yrkesskadeforsikringsloven.

Sykepleieryrket er fortsatt et fysisk yrke hvor tunge løft av pasienter og utstyr inngår som en del av de typiske arbeidsoppgaver. Derfor rammer også kravene til ulykkesmoment ofte denne yrkesgruppen hardere enn hva tilfeller er for andre yrkesgrupper.

Det har imidlertid vært en oppmykning i nemnds- og rettspraksis de siste årene. Ulykkesmomentet har fått et videre innhold, med den konsekvensen at flere hendelser blir godkjent hos forsikringsselskapene enn hva tilfellet var for noen få år siden. Dersom ulykken inntre ved løft av en pasient, skal det for eksempel mindre til før forsikringsselskapet godkjenner hendelsen som en arbeidsulykke enn dersom ulykken skjer ved løft av en stol eller en seng. Kravet til ulykkesmoment er imidlertid noe de færreste er klar over når ulykken inntre. Det er derfor svært viktig at de som utsettes for en skade på jobben gjør grundig rede for hendelsesforløpet når skaden meldes til Nav og forsikringsselskapet. Den første meldingen til forsikringsselskapet blir ofte tillagt betydelig vekt. Man bør derfor forsøke å beskrive de faktiske begivenheter så presist som mulig. Måten skaden blir utløst på vil altså kunne være avgjørende for dine rettigheter!

Belastningslidelser

Det er en kjent sak at helsepersonell er særskilt utsatt for belastningslidelser, samt sykdommer i muskel- og skjelett. Til tross for at disse lidelsene i mange tilfeller vil være utløst av tunge løft og milevis av gange på harde betonggulv, vil sykdom og økonomisk tap som følge av disse plagene som hovedregel ikke utløse rettigheter under yrkesskadeforsikringsloven.

Krav til ulykkesmoment rammer helsepersonell hardere enn andre.

av en «ulykkeshendelse». Hva som skal til for at en hendelse kan anses som en ulykke som dekkes under loven kan være noe uklart, og det finnes en rekke dommer om grensdragningen ulykke/ ikke ulykke. I korthet kan det oppsummeres slik at man må ha vært utsatt for en plutselig ytre hendelse, eller ha vært utsatt for en ekstraordinær belastning i forhold til det arbeid man normalt utfører. Som følge av sistnevnte er det altså ikke tilstrekkelig at skaden oppstår i forbindelse med utførelse av arbeid.

La meg illustrere med to eksempler:

Sykepleier A sliter med en tung seng og pådrar seg en mus-



SLITASJE: Belastning over lang tid, som til slutt gir for eksempel vond rygg, gir ikke rett til erstatning i henhold til dagens regler. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

I mange andre yrker, spesielt innenfor industrien, er man dekket for de yrkessykdommene man eventuelt måtte pådra seg gjennom eksponeringen på arbeidet. Den økonomiske effekten for den som ikke kan jobbe er imidlertid den samme, uavhengig av hvilken arbeidsrelatert eksponering som har forårsaket dette. Like fullt er det en betydelig reell forskjell mellom de forskjellige yrkesgruppene. Dette har også et kjønnsrelatert og politiske aspekt ved seg. Jeg skal ikke dvele ved sistnevnte utover å påpeke at det i forslaget til den nye «Arbeidsskadeloven» er foreslått en utvidelse som også vil omfatte enkelte utvalgte belastningslidel-

ser tilhørende skulder, albue, hoft og kne. Fortsatt vil rygg- og nakkelidelser holdes utenfor, da den medisinske ekspertisen er av den oppfatning at man ikke har tilstrekkelig medisinsk kunnskap til å kunne håndtere årsaksvurderingene mellom det som er yrkesrelatert, og de plagene som fremkommer i befolkningen generelt uten å ha en yrkesrelatert forklaring.

Flere fagforeninger har stilt som et klart krav at en ny lov også må omfatte belastningslidelser, men ser foreløpig ut til bare å ha fått delvis gjennomslag for dette. Loven er imidlertid ikke vedtatt og den ligger fortsatt hos departementet for videre oppfølging. ■■■



DILEMMA

Marie Aakre om Rådet for sykepleieetikk

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetikk

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

Et frittstående etisk råd eller «dressert» klageorgan?

Hvis ikke NSF fortsatt ønsker et frittstående organ i etiske spørsmål, er de i utakt med utviklingen når de vil endre Rådets saksbehandlingsrutiner.

Redaktør Barth Tholens spør på lederplass i Sykepleien nr. 10/2011 om Rådet for sykepleieetikk har bjeffet utidig og for tidlig i den såkalte «Benjamin-saken». Spørsmålet bør gjerne debatteres. Rådet mottok høsten 2010 en henvendelse fra hardt rammete pårørende i en av de alvorligste sakene vi har vært involvert i. De etterspurte hva som ligger i sykepleieansvaret på natt, og et samlet råd var ikke i tvil om våre etiske begrunnelser for å besvare henvendelsen.

Når Rådet for sykepleieetikk behandler henvendelser eller fanger opp saker, er formuleringene i sykepleiens grunnlag og de

Helsetilsynet eller domstolene inntil endelig vedtak/dom i saken foreligger.

• Saken skal være så godt opplyst som mulig og berørte parter skal ha anledning til å uttale seg før vedtak/uttalelse avgis.

Forbundsstyret vil altså at Rådets stemme skal være taus i alle tilsynssaker, og i tillegg at det skal innføres krav til kontradiksjon i alle saker. Nå aner vi virkelig uråd, og vil gjerne «bjeffe høyt» både på landsmøtet og i forkant. Bestillingen fra Landsmøtet både i 2004 og i 2007 var å være «vaktbikkje» med økt volum. Etter vår egen evaluering har vi stadig forsøkt dette, men ikke nok, ikke ofte nok, ikke modig og tydelig nok. Mange saker er alvorlige, etikk er vanskelig, etikk er farlig og etikk haster (2). Pasientsikkerhet og verdighet er stadig på prøve, sykepleiere ivaretar ofte ansvarsfulle oppgaver i stort tempo, de gjør vanskelige valg mer og mindre bevisst, og viser stadig at sykepleie er både livsviktig og livsfarlig. Det er mange arrete hverdager med sterke inntrykk og stort ansvar.

Rådets mandat er å:

- 1: Overvåke og fremme etisk standard i sykepleiepraksis og utdanning
- 2: Behandle saker og avgi uttalelser om etiske spørsmål som bringes inn for Rådet, eller som Rådet selv tar initiativ til
- 3: Være høringsinstans og påvirke saker av etisk karakter internt i NSF
- 4: Fremme etisk refleksjon og diskusjon internt i NSF
- 5: Bidra til å styrke helsetjenestens generelle verdibevissthet
- 6: Påvirke den offentlige debatt i saker av etisk karakter

Innenfor rammen av vårt mandat har vi hele tiden vært et selvstendig og uavhengig organ i NSF, noe vi mener stort sett har fungert godt. Rådet oppfatter begge de to forslagene til endret saksbehandling uforen-

lig både med Rådets mandat og Rådets plass i organisasjonen.

Sykepleiere som blir innklaget for Helsetilsynet skal altså ikke lenger kunne kontakte Rådet for å belyse de etiske sider av sin sak før etter at saken er ferdigbehandlet av Helsetilsynet, noe vi vet kan ta både ett, to eller flere år. I flere tilsynssaker mener vi faktisk at vår stemme har hatt stor betydning både for sykepleieren selv og i noen tilfeller for selve utfallet av saken.

Skal Rådet for sykepleieetikk i fremtiden ha noen rolle i varslingssaker som det stadig kommer flere av? Skal ikke Rådets stemme være med i medieprosessene og debattene om sykepleieekvalitet, men faktisk ha «munnskurv» til juristene er ferdige? Hva er begrunnelsene for at de juridiske og etiske prosesser ikke kan foregå parallelt? For oss er dette radikalt og uforståelig.

Lav terskel og stor tilgjengelighet

Vi er enige i at alle saker skal være så godt opplyst som mulig, noe vi kontinuerlig arbeider med. Men kravet om at berørte parter skal ha anledning til å uttale seg i alle saker vil ha store konsekvenser. Vi ønsker lav terskel og stor tilgjengelighet til Rådet om hverdagsetiske spørsmål og dilemma. Mange søker uhildete personer og ønsker fortrolighet. Basert på erfaringer fra de fleste sakene vi har mottatt de siste sju år, vil derfor kravet om å involvere berørte parter som fast norm før vi uttaler oss få svært uønskede konsekvenser.

Hverdagsdilemma kan innebære pasient, pårørende, kollega, leder, ofte alle ansatte på enhet. Når vi finner det formålstjenlig å kontakte involverte parter er det basert på samtykke fra innsender. Vi deltar gjerne i etisk refleksjon der hendelser har skjedd. Vi inviterer innsendere til felles refleksjon når det er mulig. Den diskursetiske tenkning vi

Rådet for sykepleieetikk er ikke NSF's stemme, og skal heller ikke være det.

yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vårt viktigste etiske verktøy (1). Respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet er alltid hovedsaken. Når en pasient dør brått og under særdeles alvorlige omstendigheter er det omtanken for de nære pårørende som settes fremst. Saken er fortsatt ikke avsluttet, men den har gitt mange lærerike ringvirkninger, og naturlig nok også mye smerte.

Vil endre behandlingsrutiner

En ringvirkning er at forbundsstyret i NSF nå vil endre Rådets saksbehandlingsrutiner. Endringene er basert på, slik vi forstår det, en jurists vurdering av vårt svarbrev.

Forbundsstyret foreslår følgende to endringer for landsmøtet:

• Rådet for sykepleieetikk skal ikke avgi uttalelse i saker som er under behandling av

Faste bidragsyttere



Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland **Berit Støre Brinchmann**



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo **Per Nortvedt**

baserer vårt arbeid på, styrer refleksjonen og våre svarbrev. Det understrekes hvilket faktagrunnlag vi har basert våre refleksjoner på, og de forbehold vi baserer vår uttalelse på. Rådets tilbakemeldinger kan hjelpe innsender til nye tanker, forståelser og frimodighet til selv å velge åpenheten.

Sjelden klagesaker på sykepleiere

Noen få ganger blir vi involvert i saker der det ser ut til at sykepleiere ikke forvalter sitt faglige og etiske ansvar. Utredning av slike saker er ikke Rådets mandat, men etiske betraktninger bør kunne fremmes for å belyse etiske sider av det som har skjedd. I et profesjonsetisk perspektiv er det umulig å gi støtte til alt som skjer.

Rådet for sykepleieetikk er ikke, og bør ikke være en domstol eller et klageorgan. Ansvar for klagesaker er plassert hos andre instanser, og dette er antakelig den største forskjellen på Rådet for sykepleieetikk og Rådet for legeetikk. Vi får sjelden klagesaker på sykepleiere, noe som dominerer arbeidet i legenes etiske råd. I klagesakene må den som er innklaget få komme med sin fortelling. Det er i denne sammenheng interessant å merke seg at selv Helsetilsynet frem til nå ikke har trukket pasienter og pårørende inn som parter i tilsynssakene, noe som nå omsider skal endres.

Faglig forsvarlig og etisk forkastelig

Jus og etikk er to forskjellige fag med ulike føringer for god saksbehandling. En sak kan kalles faglig forsvarlig, juridisk holdbar, men etisk forkastelig. Rådets rolle som etisk vaktbikkje treffer ulikt. Faren nå er at kravet om åpenhet til alle involverte parter fratar sykepleiere og andre en adresse for fortrolig refleksjon om sine dilemma. Det er også svært bekymringsfullt hvis profesjonsetikken ikke kontinuerlig skal høres og debatteres der pasientsikkerhet trues.

Rådet for sykepleieetikk er ikke NSF's stemme, og skal heller ikke være det. Våre uttalelser i etiske spørsmål bør i hovedsak ta utgangspunkt i de henvendelser vi mottar uavhengig av NSF's politiske arbeid. Dette spenningsfeltet mellom politisk fagorganisasjon og profesjonsetisk rådgivning bør vi alle kunne leve med. Hvis ikke NSF fortsatt ønsker et frittstående organ i etiske spørsmål er de i utakt med utviklingen i stadig flere fagorganisasjoner både i norsk og nordisk sammenheng. ■■■



MUNNKURV? Marie Aakre vil at Rådet for sykepleieetikk skal være vel så tydelig som i dag, og ikke omvendt.



Til refleksjon

- » Hva tenker du om Rådets rolle i saker der sykepleiere er innklaget til helsetilsynet?
- » I hvilke saker mener du Rådet for sykepleieetikk bør involvere berørte parter i sin saksbehandling?

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.

REFERANSER

1. Norsk Sykepleierforbund, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
2. Arne Johan Vetlesen. Hva er etikk? Universitetsforlaget 2008.

TETT PÅ Lisbeth Normann

Hvorfor: Fordi hun har overrasket med å si nei til gjenvalg etter bare en periode som leder i Norsk Sykepleierforbund.

Yrke: Forbundsleder

Utdanning: Operasjonssykepleier med embets-eksamen i sykepleievitenskap

Alder: 51 år



– Jeg går til rett tid

Når hun endelig er blitt varm i ledertrøen,
gir Lisbeth Normann seg. Tekst og foto Marit Fonn

«Jeg er utålmodig, så det har

November 2007: Med hamrende hjerte venter Lisbeth Normann på valgresultatet. Pulsen daler raskt når tallene er klare: Tre motkandidater er utkonkurrert. Hun hadde satsset på ett kort – toppleder eller ingenting – og vant.

Landsmøtet ga henne tillit som leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF). I november hadde hun blitt valgt igjen. Hvis hun ville.

Men hun vil ikke.

DET ER GÅTT noen uker siden hun overraskende sa nei til gjenvalg. Klokkeren er to, men det er allerede stille fredagsstemning på hjørnekontoret i sjuende etasje. Normann pusler fredelig ved pc-en. Et mildt lys fra store vinduer gir håp om en fin helg.

En infomedarbeider stikker hodet inn og vil ha en prat. Normann ber henne vente.

– Dette intervjuet tar ikke lang tid, fastslår hun.

Hun mener hun har sagt det som er å si om sin avgang.

Det føles helt riktig å ta valget nå, sa hun i pressemeldingen 22. august. «Elleve år i NSF», sa hun. «Det har vært morsomt.» Og ikke minst: «Jeg er 51 år.»

På møtebordet ligger en bærepose med mange fargerike ruller gavepapir innkjøpt på Norway Designs.

– Fint å ha et lager hjemme, kommenterer hun.

Tidspunktet føles altså rett. Likevel spør mange seg: Hva er den egentlige grunnen? Har hun fått et jobbtilbud hun ikke kan si nei til?

Og hvorfor sa hun ikke fra før? At hun nå er 51, kan ikke ha kommet som en bombe.

24. august sier også nestleder Unni Hembre nei til gjenvalg. Andre nestleder Jan-Erik Nilsen ga samme beskjed før sommeren.

Det snakkes. Summes. Fylkeslederne er skuffet. De synes det er uheldig.

NORMANN TAR MED SEG kjøpekaffen og setter seg til rette i sofaen.

– Hvor var du da du bestemte deg?

– Jeg kan ikke stadfeste akkurat når det skjedde. Jeg har tenkt på det en stund. Jeg sa ifra i god tid.

Det vil si et par uker før fristen gikk ut for å foreslå kandidater. Nyheten medførte hektisk aktivitet blant fylkes- og faggruppelederne. Mange ble spurt. Gamle travere ble kostet støv av. Arbeidslivet ble saumfart for sykepleiere i alskens lederroller. Noen meldte seg selv. Mange sa nei. To sa ja.

«Medlemmer sier at det var leit.»

– Noe var vel avgjørende da du sa nei?

– Man må vurdere totalbildet. Reflektere over det.

– Hvor lenge reflekterte du?

– Jeg kan ikke svare konkret. Det er ikke viktig heller, sier hun og gjentar omtrent ordrett det hun har sagt før:

– Det viktige er at hvis jeg skal bruke kompetansen på en annen

måte, er dette tidspunktet riktig. Jeg har vært heltidssysselstatt i elleve år i NSF: Som hovedtillitsvalgt, fagsjef og forbundsleder.

Normann synes fire år er «ganske lenge». Med lave skuldre gir hun seg selv gode skussmål:

– Jeg synes vi har fått til mye.

– Har du fått noen reaksjoner?

– Jada.

Hun tar en slurk kaffe.

– Jeg har fått mail fra medlemmer som sier at det var leit. De synes jeg har gjort en god jobb og at NSF har posisjonert seg. Det er kjempeallright for den nye ledelsen.

– Det er kinkig at alle tre går?

– Det har skjedd før.

– Kjenner du likevel svaret på kroppen?

– At det skjer med alle oss tre samtidig, skyldes tre individuelle beslutninger. Det er stor kompetanse i hovedkontoret og blant fylkeslederne, og det er gode kandidater.

Normann synes ikke det er oppsiktsvekkende at fire år er nok.

– Jeg tror det er en automatisk forventning om at man sier ja til mer enn en periode. Jeg synes ikke man skal henge seg opp i perioder.

MED EN GANG Normann ble NSF-leder, lovet hun: Likelønn, skift/turnus-saken og retten til heltid skal være i boks til neste landsmøte.

Jo da, hun husker det hun sa i Sykepleien den gangen.

– Ikke verst da! konkluderer hun nå.

– Å?

– Vi har klart å endre arbeidsmiljøloven og implementert likestilling av skift og turnus i arbeidsavtalene.

Men mange ble skuffet over hvor lite uttelling i penger likestillingen faktisk ga.

– NSF må likevel være strålende fornøyd. Men det er klart man kunne jobbet videre. Nattevaktene ble jo ikke omfattet.

Hun går over til ufrivillig deltid:

– At statsråden instruerer arbeidsgiver om å prioritere heltid, er en kjempeseier.

Hun lovet likelønn. Slik ble det ikke.

– Er det grunnen til at du går?

– Nei. I en lederposisjon må man kunne ta både seire og tap, og jobbe videre.

– Trodde du virkelig i 2007 at du skulle få det til?

– Klart det. Det var tydelige politiske signaler om ekstra pott.

Normann har til det kjedsommelige krevd likelønn. På trykk, på tv, i bartekampanjer, i lønnsoppgjør. Som et mantra gjentar hun nå reglen om at det er politikernes ansvar å tette lønnsgapet.

KAN DET HA VÆRT VANSKELIGERE å være NSF-leder enn hun trodde?

– Både ja og nei. Det er veldig krevende at politiske beslutninger tar så lang tid. Men det er ikke rart, det dreier seg ofte om lovverk og forskrifter. Jeg er utålmodig, så det har vært krevende. Men ikke for krevende.

Hun eksemplifiserer med likelønnen:

– Å jobbe med sånt krever tålmodighet og veldig langsiktig og strategisk arbeid.

– Og det ligger ikke for deg?

vært krevende.»



– Joo – for underveis er man avhengig av å sette delmål. Her er NSF heldig som har avdelinger og tillitsvalgte med lang erfaring. De har lært å leve med at ting tar tid.

– Noe du synes du ikke har fått til?

– Det er veldig viktig nå å fokusere på det vi har klart.

Hun trekker fram Adecco-saken, at NSF blir spurt om råd og et stadig bedre samarbeid med faggruppene.

Forgjenger Bente Slaatten var leder i ni år. Laila Dåvøy før der igjen i seks.

– Er det ikke nå du virkelig kunne hatt slagkraft?

– Man kan alltid vurdere om fire år er kort eller lang tid. Hvis jeg var leder i Legeföreningen, ville jeg nå ha sittet i to perioder. Jeg er nesten 56 år om fire år.

Forbundslederen har hatt 19 fylkesledere å bakse med. Det er en evig dragkamp. Hvor mye skal deres mening telle når toppledelsen sentralt får en god idé de vil sette ut i livet? Fylkeslederne maser om mer ressurser. Siste krav er lønnete nestledere. Ledelsen er uenig. Flere tror at denne maktkampen har gjort at Normann har gått lei.

– Er et svært fylkesapparat en hemske?

– Absolutt ikke. Det er viktig å ha kontakt med medlemmene.

– Har du hatt nok handlingsrom?

– Ja. Men det vil alltid være uenighet om hvordan ressursene skal fordeles for å få til en dynamisk organisasjon.

– Men du blir vel skikkelig irritert på bakstrevske fylkesledere til tider?

– Nei. Nei. Jeg er aldri langt unna dialog med dem.

Normann vil heller snakke om de tillitsvalgte i store kommuner og helseforetak. De møter høye forventninger

– Det er ikke en jobb for pyser. De er stadig utsatt for omorganiseringer og svære reformer – uten støtte fra arbeidsgiver.

HVA NÅ?

– Ha- ha, jeg vet ikke. Jeg må tenke litt. Jeg har jobbet i helsevesenet siden 1985 i ganske krevende posisjoner.

– Du vil ut av helsevesenet?

– Det er ikke en fremmed tanke.

– Lage smykker, kanskje?

– Det skal jeg ikke! Ikke på full tid. Det er fortsatt bare en hobby. Fordelen er at det går fort å få resultater.

– Sykehusdirektør?

– Niks. Ingen planer. Det er en utrolig krevende posisjon. Det står respekt av dem som påtar seg det.

10. september 2009 gikk legemannen Erik Normann av på dagen som direktør på Ahus etter interne konflikter. Samme dag var fru Normann på plass i Oslo tingrett. Da startet en opprivende rettsak om usaklig oppsigelse, der NSF var saksøkt. Ellen Beccer Brandvold gikk til sak, da hun fikk sparken som generalsekretær. Ansettelsen var en feilvurdering, sa Normann da hun vitnet.

NSF vant, Brandvold anket, og saken endte i forlik.

– Slitsomt?

– Ja, for energien går ikke til det man egentlig skal holde på med. Saken med mannens avgang var derimot ikke vanskelig.

– Nei, privat var ikke det belastende. Det var Eriks fortjeneste. Han var så åpen om prosessen.

Fra talerstolen kan Normann si sånt som:

– Dere kommer til å være livredde. Slapp av, det er helt naturlig. Og det går over. Dere kommer til å føle dere maktesløse. Men dere er ikke det.

Slik oppildnet hun jubilerende Oslo-studenter for et år siden. Når hun taler til sine egne, er Normann best.

Her er rådene de vordende sykepleierne fikk:

– Still krav. Til utdanningen, lærerne og til praksisfeltet. Heng på de gode rollemodellene. Vær med dem på nattevakt om nødvendig.

Og til slutt:

– Sykepleierne er den største profesjonen i helsevesenet. Samfunnsmandatet deres er å synes. Ikke bli redd for at arbeidsgiverne skal bli sure. Det går over det og.

DET VERSTE har vært å sitte i forhandlinger på vegne av 92 000 sykepleiere.

– Der føler jeg alvoret tyngde.

– Du kan mest om fag?

– Metodikken er ganske lik om man forhandler om lønn eller fag. NSF møter kompetente motparter. Man må vite hva man vil og ta beslutninger veldig fort.

Fire streiker har det blitt. Konflikten med NHO som ikke ville ha tariffavtaler, endte i arbeidsretten.

– En viktig seier, selv om den omfattet få medlemmer.

– Hva har gjort deg mest glad?

– De dedikerte flinke folka jeg møter, som brenner for det samme som meg. Det gode samarbeidet med Unni og Jan-Erik. Og det har vært mange artige medlemsmøter.

Hun føyer til:

– Vi har mange flinke studentpolitikere, talenter som NSF må holde varme.

Normann er ikke lei av helsevesenet. Men kunne blitt det. Det er presset på økonomien hun engster seg for:

– Det ødelegger entusiasmen og kreativiteten. Når Helse Sør-Øst er 1, 4 milliarder i minus, er det bare sparing de kan holde på med. En svær reform er også på trappene. Jeg er lei av at politikere ikke motiverer folk når de innfører radikale endringer. Det skjer gang på gang. Det smitter over på fagorganisasjonene som skal levere gode løsninger.

Neste år feirer NSF hundreårsjubileum med et tosfret antall millioner. Normann er begeistret.

– Litt sårt å droppe det prosjektet?

– Jeg skulle likt å høre jubelbruset i operaen. Men jeg blir vel invitert. Da tar jeg på bunaden og kommer.

Millionbruken forsvaret hun med nytteverdi i lang tid etterpå.

– Vi ser at når vi gratulerer sykepleierne med dagen 12. mai med annonser i avisene, så blir de glade og stolte. Slikt er viktig.

Huset skjelver mens trikken dunderer forbi. Hun setter seg ved pc-en igjen. På bordet ligger Ukeavisen Ledelse. Den handler mest om menn. I november skal en annen sitte i stolen hennes. Valget står mellom en kvinne og en mann.

– Det bør vel bli en kvinne?

– NSF har jo 93 prosent kvinner, sier hun.

– Da skriver jeg det.

– Nei, nei. Landsmøtet bestemmer. Kvalifikasjonene er viktigst. ■■■



Å tro at dagens arbeidstidsproblemer kan løses med økt grunnbemanning er naivt.

Anne-Kari Bratten, viseadministrerende direktør i Spekter

Jobber sykepleie

Meldingen «Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv», som Arbeidsdepartementet la fram forrige måned, inviterer til drøfting om grunnleggende forhold og utfordringer i norsk arbeidsliv. Arbeidstidsbestemmelsene og ufrivillig deltid er to av utfordringene.

– *Er det riktig å videreføre dagens arbeidstidsregler i arbeidsmiljøloven?*

Anne-Kari Bratten: Nei, det er påfallende at selv om folks hverdag forandrer seg, så endres ikke arbeidstidsbestemmelsene. 45 prosent sier i en undersøkelse Norstat har gjennomført for Spekter at de kunne tenke seg å jobbe mer hvis de fikk arbeidstiden tilrettelagt sin livssituasjon. Dette dreier seg verken om «liberalisering» eller «fleksibilisering» eller andre negativt ladete begrep, men om en konstruktiv debatt om hvordan forholdene kan bli lagt til rette for at særlig kvinner kan jobbe mer hvis de vil det, og arbeidsgiver kan få gjennomført driften på en hensiktsmessig måte uten at det går ut over vernehensyn. Spekter har erfaring med at det kan ta over tre år fra sykepleiere og ledelsen i en avdeling blir enige om alternative arbeidstidsordninger til beslutningen fra Arbeidstilsynet endelig foreligger. Dette til tross for at det er ordninger de ansatte selv ønsker.

Å tro at dagens arbeidstidsproblemer kan løses med økt grunnbemanning er naivt. Til det finnes det verken folk eller penger. Løsningen ligger i en betydelig og omfattende systemforenkling. Det er for omfattende prosesser i dag for å etablere enkelte arbeidstidsordnin-

ger. Dette hindrer utløsning av arbeidskraft. Det er nok å minne om at Norge ifølge SSB vil mangle 40 000 helsefagarbeidere og 13 000 sykepleiere i 2030.

Anders Folkestad: Ja. Unio mener det er rett å videreføre dagens arbeidstidsregime. Det vil ikke si at lovverket er perfekt i ett og alt. Også arbeidsmiljølova er et resultat av ulike hensyn og kompromiss. Men hovedsaken er at arbeidstidsreglene skal verne om helse og velferd. Det vernet trengs fremdeles, ikke minst i helsesektoren. Arbeidsgivernes appetitt på arbeidstida er påfallende stor.

Innenfor visse rammer gir lova rom både for individuelle og kollektive avtaler. Og det kan gjøres avvik både lokalt og sentralt. Og det skjer i stor grad. Arbeidstakerorganisasjonene har, naturlig nok, det siste ordet. Det liker ikke arbeidsgiverne. De vil ha mer styringsrett. Men kaller det fleksibilitet.

I iveren etter å få mer ut av trange budsjett, er strategien å svekke vernereglene i lova. Tidvis blir det hostet opp eksempel på «veltilpasset» regelutslag.

Det er et langt større problem om arbeidshelsa skal vike for budsjettbalansen. Og det er *det* kampen står om. Paradokset er at de råeste angrepene kommer fra arbeidsgivere i helsesektoren. Ikke nok med at de vil ha mer styring over arbeidstida. Det må visst også være en haug med deltidsstillinger for å få hjulene til å gå rundt.

– *Regjeringen ønsker å redusere ufrivillig deltid. Blant forskingene er en evaluering av dagens for-*

Arbeidsgivernes
appetitt på arbeidstida
er påfallende stor.

Anders Folkestad, leder i Unio

Arbeidstida er nok?

trinnsrett til heltid og et forslag om drøftingsplikt med tillitsvalgte om bruk av deltid. Er det tilstrekkelig?

Anne-Kari Bratten: Disse to forslagene er helt OK, men i den offentlige debatt fremstilles deltidsarbeid som at arbeidsgiver driver særlig kvinner til evig undersyssetting. Det er underkommunisert at kun 10 prosent av deltiden i Norge er ufrivillig. Slik Spekter ser det, er det et vel så stort problem at ca. 90 prosent av de som jobber deltid, jobber frivillig deltid. Vi i Spekter har sett nøye på hvorfor så mange velger å jobbe deltid, og en av de viktigste utfordringene er problemer med å få tilpasset arbeidsdagen til familiebehovet.

Vårt forslag er at det utvikles nye arbeidstidsordninger og arbeidslivsreguleringer som kan bidra til at flere kan jobbe mer. Dette vil i tillegg være god likestillingspolitikk.

Anders Folkestad: Forslagene er bra. Men ikke offensive nok. I helsesektoren lever misbruket av uønsket deltid i «beste velgående». Det er nødvendig med tøffere grep for å få bukt med dette.

Det er ikke bare i helsesektoren det er døgn-drift, turnusordninger og helgearbeid. Når hørte vi at guttene i industrien må påtvinges deltid for at skiftordningen skal rekke til døgn-drift? Men i kvinne-dominerte områder er det visst annerledes.

Det blir stadig lansert kampanjer, prosjekt og forsøk rettet mot deltid. Men det er ikke nok til å bryte en deltidskultur – av både ønsket og uønsket deltid – som i stor grad preger helse- og omsorgssektoren. Kulturen må brytes – de ansatte

må også ta ansvar – og lovverket må forbedres.

– Ni av ti arbeidstakere er ifølge meldingen fornøyd med jobben sin. Er norsk arbeidsliv bedre enn det ofte blir beskrevet?

Anne-Kari Bratten: Ja. Norge er et av de beste landene i Europa når det gjelder forholdene i arbeidslivet. Vi har høyest sysselsetting, høyest andel kvinner i arbeid, flest med fast arbeidskontrakt, få midlertidig ansatte, få som er redde for å miste jobben, kortest arbeidstid og minst andel utsatt for fysiske risikofaktorer. Det er derfor svært viktig at vi er edruelige i beskrivelsen av norsk arbeidsliv og ikke svartmaler et bilde som i all hovedsak er svært lyst.

Anders Folkestad: Det norske arbeidslivet er absolutt bra. I internasjonal målestokk er vi i toppsjiktet. Men det er også mørke skyer over arbeidslivet, med innslag av sosial dumping og utstøting. I visse bransjer røyner det på og sykefraværet er høyt.

Det er en illevarslende trend at en del yrkesgrupper opplever en kombinasjon av hardt press og svak autonomi i jobben. Kontrollen over jobben og jobbinnholdet er for svakt. Dette går ut over både arbeidsmiljøet og arbeidshelsen. Her bør både arbeidsgiver og arbeidstaker ha felles interesse i «oppgradering». ■■■

(Se også «Lover krafttak mot ufrivillig deltid» side 26)

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**





REFLEKS

Gjesteskribent Ingvar T. Skjerve

Navn: Ingvar T. Skjerve
Yrke: Sykepleier og forfatter
E-post: sherwe@hotmail.com

Noen ganger trenger vi å bli lurt

Gjerstad ga mormor noe hun ikke fikk fra skolemedisinerne.

Ivår mobiliserte Human-Etisk Forbund (Hef) til skepsis gjennom kampanjen «Ingen liker å bli lurt». Hef skal ha ros for å forsøke å få oss til å tenke mer kritisk om alternativ medisin og desslike. Jeg har imidlertid en følelse av at noe viktig har gått (oss) skeptikerne hus forbi.

Bare så det er helt klart: Jeg har til gode å se noe av det som kalles «alternativ medisin» kurere noen som helst faktisk sykdom. Den historien jeg nå skal fortelle, må ikke tas til inntekt for at noen har overnaturlige evner.

Min mormor levde det siste halvannet året av sitt liv med store smerter. Hun var av det uheldige slaget kreftpasienter. Kreften ble diagnostisert sent, og hadde allerede rukket å spre seg til steder hvor den er svært vanskelig å håndtere. Hun tålte opiater dårlig. Hun ble delirisk og fikk ubehag, selv av små doser. Som alle som leser dette antakelig skjønner; det gjorde smertelindring svært vanskelig. Hun ble operert, men operasjonen var ikke spesielt vellykket. Såret ble

på gammeldags, folkelig trønderisk. Kanskje bad de sammen. (Begge var/er dypt troende mennesker.) Gjerstad har antakelig gjennom en lang karriere lært mye om hvordan man møter og beroliger syke og redde mennesker. Myten om hans person, hans fremtoning, fakter og stemme, gir ham dessuten en utstråling som det er vanskelig å ikke legge merke til. Han er rett og slett en dyktig utøver av det som kalles «sykepleie som kunsthåndverk».

Kontrasten til mange av de legene og sykepleierne som svingte innom mormors seng på sykehuset var stor. De kom innom, ordnet med noe, rørte kanskje hastig ved henne, og sa at hun nå skulle få ett eller annet hun ikke kunne vite hva var. (Utover at hun med rimelighet kunne anta at det kom til å gjøre henne kvalm eller vondt.) For å si det litt urettferdig, men ikke helt usant: «Skolemedisinerne» hadde lite annet å gi henne enn blod, svette og tårer. Gjerstad tilbød trøst, tilstedeværelse, og muligens litt lindring.

I debatten om alternativ behandling og dens tiltrekningskraft er det noe som ofte glemmes. Rommet for «det alternative» åpnes opp blant annet fordi «skolemedisinen» er dårlig til å forklare folk hva den kan håndtere og ikke. Dette gir mange mennesker mange skuffelser. Vitenskapens hybris gjør at våre forventninger til hva leger skal kunne utrette for oss blir altfor høye. Kommers-styrte journalister rapporterer dessuten stadig om at «kreftgåten er løst» og «nå kommer supermedisinen» og slikt. Det er sant at medisinen er rivende utvikling, men det er langt igjen før vi kan helbrede alt eller eliminere all smerte. Det er et faktum, som jeg gjerne skulle hørt en Jørgen Skavlan eller noen av de andre som bærer skepsisfanen høyt og stolt, legge litt mer vekt på: I møte med mye sykdom og lidelse, er vi stadig maktesløse.

Det er ikke noe mystisk ved trøstende ord eller den lindring som berøring og nærvær kan gi, men på et vis har det et element av lureri. Det helbreder ikke sykdommen. For en stund kan det ta vekk angsten. Gi litt avslapning. Trigge litt endorfiner. Man «lurer» kropp og syke til, for en kort stund, å ikke mobilisere mot sykdommen og knyte seg i smerte.

Noen ganger trenger vi å bli lurt på dette viset.

Det er langt igjen før vi kan eliminere all smerte.

infisert av en aggressiv sykehusbakterie – resistent svineri som det visstnok ikke fantes annen behandling for enn omslag med organisk syre, som måtte legges rett i såret. «Støggondt», ifølge henne selv.

En del ganger i løpet av denne vonde tiden oppsøkte hun «snå-sakailln». Hun mente at Joralf Gjerstad hadde hjulpet henne før. Hun hadde en lang periode med store ryggsmertener da hun var i femtiåra, og ble (etter eget utsagn) ikke frisk før hun hadde vært hos «åm Gjerstad». Gjerstad og de påstått varme hendene hans ble en redning på et vis, tidlig i kreftforløpet. Etter å ha vært hos ham, mente hun i alle fall selv at hun hadde det litt mindre vondt. Hun klarte å være litt mer til stede sammen med dem hun alltid hadde levd for; barn og barnebarn.

Gjerstads hender er ikke mer legende enn dine eller mine. Han gjorde imidlertid noe bra for mormor, og jeg har en ganske god aning om hva det var: Han hørte på henne. Tok på henne med trenete, vennlige hender. Snakket til henne på en måte som hun forstod,

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Kristin Heggen
Professor i sykepleie ved seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet