

Angst før operasjonen

Side 52

Temmelig fornøyd

Over 5000 sykepleiere har svart på hva de synes om jobben. side 11



Verdens 38. mektigste

Kristin Skogen Lund fikk oppleve helsevesenet fra innsiden. side 74



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Hvor frivillig er en lavere stillingsbrøk når mer jobb betyr enda mer ubekvem arbeidstid?

12 | 2011
20. oktober
2011
99. årgang

Bedre søvn

Selv eksperter vet ikke hva som skjer når vi sover. Men vi kan hjelpe stadig flere som ikke får sove.





Gå ikke glipp av ekstra gode lånebetingelser

Visste du at Norsk Sykepleierforbund har fremforhandlet en avtale med DnB NOR, som gir deg som sykepleier svært gode betingelser innen lån og forsikring?

Ønsker du å vite mer om dine fordeler? Se dnbnor.no/nsf eller ring oss på 04800 – hele døgnet, alle dager.



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: info@vitaflo.net



VITAFLO
Part of the Navamedic Group



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 (bilag)
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Merkeveareannonser Maud P. Kaino
tlf. 97 74 21 20
maud.kaino@sykepleien.no

Repro og trykk:
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskribenter:



Lars Bjørn Mehus synes det er mange uklarheter rundt regjeringens 20-dagersfrist for oppstart av behandling for kreftpasienter. Mye tyder på at pasientene ikke merker forskjell fra før regjeringen lanserte dette i juni. Kronikk side 70.



Berit Støre Brinchmann mener pasienter er i en såpass sårbar situasjon at et spørsmål om å delta i en tv-serie kan være for belastende. De kan også føle seg presset til å si ja. Dilemma 72.



Anders Folkestad mener det er noe galt med helsevesenet når arbeidsgiver tar som en selvfølge at folk godtar å jobbe deltid. Han sammenlikner med andre bransjer med skiftarbeid. Side 80.



Christel Brurås-Leine sa opp sykepleierjobben på Oslo universitetssykehus i protest. Les hennes bekymringsmelding på side 65, og mer om reaksjonene hun har fått på side 50.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Kommunene får svi

Hva skjer

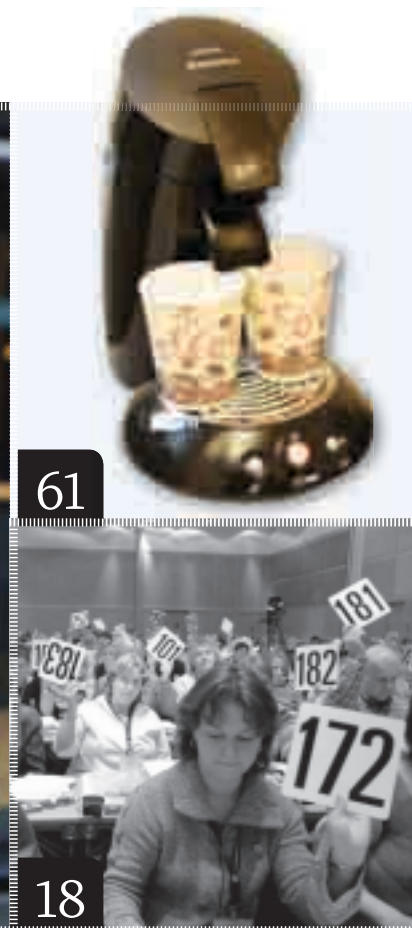
- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 11 Sykepleierne har talt gjennom stor, europeisk spørreundersøkelse
- 18 Landsmøte 2011
 - –Valg: – Vi må ut der sykepleierne er
 - Trakk seg fordi han er mann
 - Arbeidstid: Det er heltid som gjelder
 - Lønn: Likelønnspress er ikke veien
 - Arbeidskraft: Til kamp mot sosial dumping
- 24 Legen ba henne ta en tur på byen
- 27 Vi bare spør Karoline Grindaker

Der ute

- 38 Lærer om lindring
- 42 Treffer publikum
- 45 Mangelfull forskning om samer
- 46 Paragrafrytterne
- 47 Min jobb: Anne Silje Otterstad
- 48 Kunne diagnosen vært stilt tidligere?
- 50 Sier takk for seg til OUS



74



61

18

- 30** – Å spørre hvorfor vi sover er like meningsløst som å spørre hvorfor vi er våkne
- 34** Barnet som bare sov
- 36** Sover urolig etter hjerneslag
- 36** Tåler godt skiftarbeid i Nordsjøen
- 37** Pustehjelp gir bedre søvn

28



hvis de ikke klarer å hoppe like høyt som Hanssen så for seg.»

12 · 2011

20. oktober 2011 · 99. årgang

Fag og bøker

- 52** Vond ventetid
- 55** Øker tryggheten hos nybakte foreldre
- 58** Forfatterintervju: Kai Zahl
- 60** Bokanmeldelser
- 61** Jeg elsker min ... kaffemaskin
- 62** Nei til rituell omskjæring
- 62** Quiz

Mennesker og meninger

- 64** Lisbeth Normann om deltid
- 65** Siden sist og meninger
- 67** Minneord
- 70** Lars Bjørn Mehus om frist for kreftbehandling
- 72** Dilemma: Berit Støre Brinchmann
- 74** Tett på Kristin Skogen Lund
- 78** Sigrun Vågeng vs. Eli Gunhild By
- 80** Refleks: Anders Folkestad

- 81** Stillingsannonser
- 86** Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«There is something rotten in the state of Norway»

Anders Folkestad

80



«Hospitering inspirerte oss til å yte god palliativ omsorg.»

38

58





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%



GRATIS!
Vi spanderer første bok!
– send BERG til 2025.
Tjenesten er GRATIS!

I salg fra 24. oktober!

LIVET I BERGFOSS - tidenes største samtidssuksess!

Endelig i nytt opplag!

Anette Borge er noe så uvanlig som prest og ugift mor til tenåringsdatteren Vilde. De to flytter til Bergfoss og må finne nye venner på det nye hjemstedet. Dessverre er ikke alle like begeistret for den nye presten, og det bygger snart opp til storm...

Bli abonnent og få bøkene GRATIS hjem, kun kr 69,50 per bok. Gå inn på **norskeserier.no** eller ring kundeservice på telefon **815 59 202**. **Ny bok hver 4. uke!**

1 mill i opplag!
Fengslende lesning fra første side

BØKENE FÅR DU OGSÅ KJØPT HOS RIMI, ICA, COOP OG NARVESEN

Barth Tholens om ~~forsinkelser~~ reformer

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

En melding til de reisende

Det er vanskelig å være mot samhandlingsreformen. Men det betyr ikke at den er garantert suksess.

Norge eksisterer det to morsomme myter om Norge. Den ene går på at vi er best i verden. Men konfrontert med det faktum at vi er ganske dårlige på noen områder, gjentas ofte en annen myte: At det er så spesielle forhold her på berget at man liksom ikke kan vente annet.

Ta jernbanen for eksempel. Her er det vanskelig å hevde at vi ligger i teten, globalt sett. Vi blir glade når vi i det hele tatt kommer fram. Tilliten til toget er lik null. Men det forhindrer ikke at samferdselsministeren kan skryte på seg å være «best på bevilgninger» til denne havareerte sektoren. Og til tross for at togene går så det suser i både Sveits, Tyrkia og Japan, vil ledelsen i Jernbaneverket trekke oppgitt på skuldre og peke på de særdeles vanskelige geografiske forholdene i Norge. Som om det ikke fantes fjell over 1000 meter og kuldegrader i andre land.

Den samme mytebelagte følelsen fikk jeg da helseminister Bjarne Håkon Hanssen i sin tid lanserte den såkalte Samhandlingsreformen. Hans geniale hode hadde tenkt en tanke og – simsalabim – her lå veien åpen til bedre helsetjenester (verdens beste?) og

Nye rutetabeller for helsevesenet kan være fine, de. Men da må toget GÅ!

lavere vekst i helseutgiftene. Flere kunne få et helsetilbud utenfor spesialisthelsetjenesten. Nå var det bare for kommunene å jobbe litt bedre sammen og på den måten forebygge at pasienter havnet der hvor tilbudet er aller dyrest.

Hadde ikke mange andre land prøvd seg på dette før, kunne vi undre oss. Men da hadde geniet allerede trukket seg rolig tilbake til konsulentbransjen og overlatt til byråkratene å teste skaperverket. Det vil skje nå fra 1. januar. Vi krysser fingrene. Regjeringen har slengt noen kjøttbiter til kommunene, som til gjengjeld skal få svi når de ikke klarer å hoppe like høyt som Hanssen så for seg den gang.

Ideen bak Samhandlingsreformen er det vanskelig å si seg uenig i. Å opponere mot bedre forebygging og god lokal pleie er som å si nei til at Jernbaneverket skal bruke to somre til å skifte ut signalanlegget på Oslo S. Klart vi må ha det.

Men om vi rykker nærmere visjonen om et bedre helsetilbud for alle, er vi likevel en smule usikre på. Grinebiterne blant oss peker allerede på kartet, nasjonalsporten vår, i en slags framskyndet unnskyldning: Norge er jo så langstrakt, kaldt og oppstukket! Og helsevesenets pendlere, som trenger sykehuset til tross for alle gode intensjoner om bare å være syk hjemme, er superkritiske: Nye rutetabeller for helsevesenet kan være fine, de. Men det hjelper lite når man står på perrongen med en kronisk sykdom, mens helsetoget venter på grønt lys et annet sted.

I en rundspørring som NRK gjorde like før valget, svarte nesten halvparten av alle listetopper i kommune-Norge at de var usikre på om kommunen de skulle representere etter valget faktisk ville være i stand til å overta de nye helseoppgavene etter 1. januar. Særlig småkommunene vil slite. I et anfall av lokaldemokratisk sinnelag har regjeringen nemlig latt være å gjennomføre en kommunereform, slik Danmark har gjort. Det hele skal være frivillig, bortsett fra brukerne. De er nødt til å ta til takke med det tilbudet de får.

Det er ikke umulig at reformen, tross dystre spådommer om våre særegne forhold, blir en suksess om man ser på den som en slags trasé som nødvendigvis må bygges ut etappevis, bit for bit, strekning for strekning. Problemet er bare at det er et ovenifra-og-ned-perspektiv. Ser man det fra de reisendes perspektiv er det lite trøst at det stadig åpnes flunkende nye jernbanetunneler hvis neste stasjon ikke klarer å motta den nye trafikkstrømmen. Eller oversatt til helsespråk: Er du hurtigoperert på dagkirurgi og hurtigreturnert hjem etterpå, hjelper det ikke hvor vakker visjon Bjarne Haakon Hanssen har sett for seg, om du ikke finner en kompetent hjemmesykepleier ved senga di som kan følge med på alle komplikasjonene.



Illustrasjon: Sykepleien

Barth Tholens

Unni Hembre gjenvalgt som president

7. oktober ble NSF's nestleder Unni Hembre gjenvalgt som president i European Federation of Nurses Associations (EFN). Det betyr at hun er president for Europas sykepleiere i to nye år. Valget skjedde på EFN's generalforsamling i Warszawa, Polen.

Unni Hembre var ifølge NSF sterkt ønsket som president og har forbundsstyrets fulle støtte. Hun stilte ikke til gjenvalg som nestleder i NSF.



Foto: Marit Fonn

Årets kreftsykepleier

Irene Hoven Edna kan smykke seg med tittelen «Årets kreftsykepleier». Tittelen ble hun tildelt under landskonferansen i kreftsykepleie som foregikk 6.- 8. oktober i Trondheim. Irene Hoven Edna kan regnes som pioner på kreftfeltet. Hun gikk i det første kullet av kreftsykepleiere på Radiumhospitalet i 1982. Hun var også med å starte kreftpolikliniken på sykehuset, og har etter det juryen sier, gjort en formidabel innsats for kreftpasienter og deres pårørende.

Trønder-Avisa



Kunnskapssenteret

Samhandling om kronisk syke

Kunnskapssenteret skal lage en oversikt over effekten av samhandling mellom sykehus og kommuner ved utskrivning av kronisk syke. Samhandlingstiltakene kan være av administrativ art, eller knyttet til behandling eller opplæring. For å bli inkludert i prosjektet, må tiltaket dokumentere hvordan samhandling skjedde. Oversikten er bestilt av Diakonhjemmet sykehus, og skal etter planen være ferdig i desember 2012.

Helse, medisin, teknikk (HMT)



Foto: Colourbox

Arbeidstilsynet ønsker tips

Hvert år får Arbeidstilsynet over 4 000 tips om mulige brudd på arbeidsmiljøloven. De siste fem år har Arbeidstilsynets inspektører vært på mer enn 10 000 tilsyn. Formålet har vært å avdekke sosial dumping.

– Vi har funnet regelbrudd i rundt 2 av 3 tilsyn. Det finnes tilfeller vi ikke har avdekket og det dukker stadig opp nye utfordringer. Vi ønsker flere tips, sier Arbeidstilsynets direktør Ingrid Finboe Svendsen i en pressemelding.

Hva skjer

Les mer om:

- 11 Sykepleierne har talt >
- 12 Kari Tversnitt fornøyd med jobben >
- 18 Lederkandidat Eli Gunhild By >
- 20 Her er landsmøtesakene >

sykepleien.no

Følg nyhetene fra landsmøtet i NSF på våre nettsider



Sykepleier fikk millionerstatning

En familie på Sørlandet har fått nesten 9 millioner kroner i erstatning for feil begått ved Sørlandet sykehus i forbindelse med et svangerskap. Den sykepleierutdannede kvinnen var gravid med monochoriale tvillinger, som gir høy risiko for komplikasjoner. Dødeligheten er på 50–70 prosent, men synker til 20–25 prosent etter uke 29 av svangerskapet. Kvinnen skulle ta keisersnitt i uke 32, men noen dager før opplevde hun uvanlig mye liv i magen. Det viste seg at det ene fosteret døde og det andre fikk hjerneskade fordi navlesnorene hadde viklet seg sammen. Kvinnen klaget saken inn for Norsk Pasientskadeerstatning, som i første omgang avslø erstatningskrav. Men etter anke til Pasientskadenemnda fikk hun medhold i at hun trolig ikke fikk god nok oppfølging fra sykehuset og burde vært overført til et universitetssykehus. Sørlandet sykehus får av nemnda kritikk for mangelfull og rotete journalføring.

Kilde: Fædrelandsvennen



Foto: Marit Fonn

Flere unge på aldershjem

166 personer under 50 år bor på aldershjem. Det er 29 flere enn i fjor. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon reagerer kraftig på tallene.

– Det er både uforståelig og uakseptabelt. Vi forventer at helseministeren tar nye grep for å snu denne negative trenden, sier assisterende generalsekretær Jarl Ovesen i FFO, til NTB.

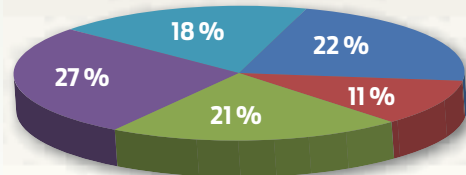
Antall personer under 50 år som bor på aldershjem

2007:	100
2008:	134
2009:	137
2010:	166

Tallene kommer fra statsbudsjettet for henh. 2009, 2010, 2011 og 2012

Flest meldinger fra kirurgisk

Andel meldinger til Helsetilsynets meldesentral fordelt på sykehusavdeling i 2010.



- Gynekologiske avdelinger, obstetriske og fødeavdelinger
- Medisinsk avdeling inkludert geriatri
- Kirurgisk avdeling inkludert ortopedi
- Psykisk helsevern og rus
- Andre avdelinger

Ny rettssak i Bahrain

20 sykepleiere og leger som er dømt til lange fengselsstraffer etter uroen i Bahrain, får nå saken prøvd på nytt i en sivil domstol. Ale ble opprinnelig dømt av en militær domstol. Alle de dømte er shiamuslimer og jobbet ved sykehuset Salmaniya Medical Complex i hovedstaden Manama. I mars ble sykehuset stormet av sikkerhetsstyrker som fulgte etter sårede demonstranter. Bahrain styres av den mektige kong Hamad ibn Isa al-Khalifa og hans familie, som er sunnimuslimer.

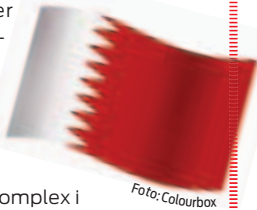


Foto: Colourbox

OUS granskes

Fylkeslegen i Oslo og Akershus åpnet tilsynssak mot Oslo universitetssykehus (OUS). Årsaken er saker hvor slagpasienter kan ha dødd eller blitt skadet på grunn av forsinkelser i behandlingen fordi de må flyttes mellom sykehusene. Fagmiljøet advarte sykehusledelsen på forhånd om farene ved å splitte den avanserte virksomheten.

Bent Høie (H) sier til TV2-nyhetene at han mener helseministeren må komme på banen og vurdere å sparke ledelsen.

TV2 og Dagens Medisin



1. november

er frist for innsending av forslag til årets Smart-pris.

Se www.sykepleien.no



ADECCO-SJEF Andreas Øvre-Johnsen, NSF-leder Lisbeth Norman og Fagforbundets Jan Davidsen ble til slutt enige om en avtale. Foto: Bjørn Arild Østby.

300 000 til tidligere Adecco-sykepleier

Sykepleier Samir Kadiric får rundt 300 000 kroner i etterbetaling. Den tidligere Adecco-sykepleieren ved Ammerudlunden i Oslo har siden november 2008 ikke fått betalt overtid for rundt 2 000 timer. Flere tidligere Adecco-sykepleiere og -hjelpepleiere får nå etterbetaling som følge av en avtale som ble undertegnet 12. oktober av konsernsjef Anders Øvre-Johnsen i bemanningsselskapet Adecco, Fagforbundets leder Jan Davidsen og forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund, etter flere måneders forhandlinger.

Ifølge NRK er det anslått at rundt 120 ansatte ved Ammerudlunden, Midtåsenhjemmet og Greverud sykehjem nå får etterbetaling, til sammen rundt 10 millioner kroner.

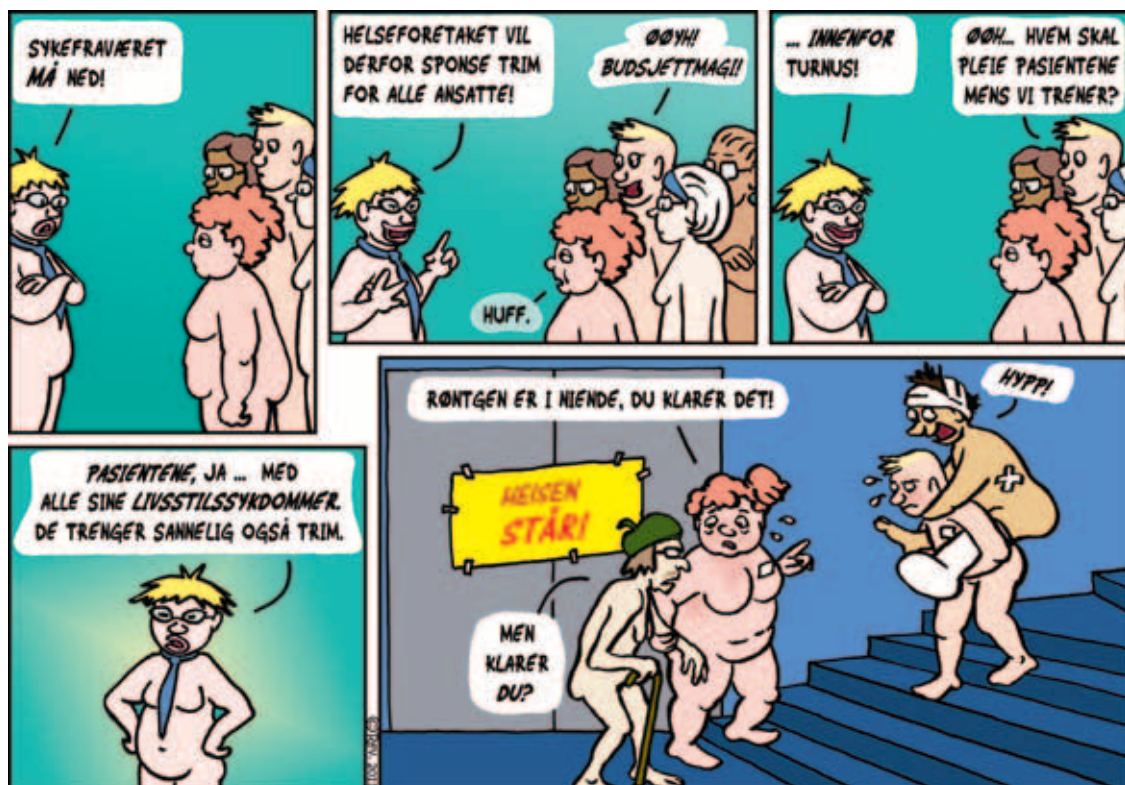
– Alle medarbeidere skal få tarifflønn, og etterbetalt overtid og feriepenger de har krav på etter avtaleverket, sier Øvre-Johnsen. Han er glad for at skandalesaken for Adecco endelig har funnet en løsning som alle parter kan akseptere.

Lisbeth Normann er også fornøyd med at partene endelig er kommet til enighet.

– Dette viser at det ikke lønner seg å bryte norsk lov og arbeidsavtaler. Jeg vil ikke spekulere i hvordan andre bemanningsselskaper driver, men håper de tar lærdom av denne saken. Og så er jeg selvsagt glad på vegne av alle de som nå endelig får tarifflønn og etterbetalt det de har krav på, sier Lisbeth Normann.

Tekst Bjørn Arild Østby

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no



Trekker seg fordi han er mann

” Det er synd at Kjell Erik Øie trekker sitt kandidatur. Jeg synes kjønn er helt uinteressant når det gjelder vervet som forbundsleder. Det er hva en person kan og står for som er viktig.

(S. Svensen)

Lover krafttak mot ufrivillig deltid

” ... Arbeidsgiver betaler knapper og glansbilder for en pur ung assistent, og ser på budsjettet at – dette ser fint ut ... At noen ønsker å arbeide deltid er selvsagt fint for dem, men for meg blir denne debatten bare et nytt trist eksempel på hykleri fra arbeidsgivers side. Penger, penger, penger, det er hva det dreier seg om.

(NN – En vil jo fortsatt ha vakter.)

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





Sykepleierne har talt

Norges største spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehus er gjennomført. 80 prosent er fornøyde, men det er store forskjeller.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Det er Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten som har analysert sykepleiernes tilfredshet, etter at 5455 sykepleiere ved 302 poster ved 35 sykehus sendte inn sine skjema i den norske delen av den såkalte RN4cast-undersøkelsen (se faktaboks).

– Ble du overrasket over at nesten 80 prosent av sykepleierne er ganske eller veldig fornøyd med sin nåværende jobb?

– Ja, jeg ble litt forundret over at de var så positive. Men det er jo gledelig, sier prosjektleder ved Kunnskapssenteret, Ingeborg Strømseng Sjetne.

Hele rapporten er vinklet med positivt fortegn.

– Vi ville unngå at rapporten ble en klagesang. Når 50 prosent sier de er fornøyde på ett spørsmål, og vi skriver det med positivt fortegn, klarer leserne å tenke seg til hva den andre halvparten mener, sier Sjetne.

Og rapporten tyder på at sykepleierne stort sett er fornøyde. I hvertfall de som jobber ved en intensiv- eller overvåkningspost, kirurgisk post eller medisinsk sengepost. Det er nemlig de som utgjør materialet.

Norges største

– Materialet vi har samlet inn er stort og mangfoldig. Vi må forske mer på dette og dykke dypere ned i materialet, sier Sjetne. Hun har utarbeidet notatet med «grov-resultatene» fra undersøkelsen.

Men selv om notatet ikke leverer ferdige sannheter, gir den et godt bilde på hvordan sykepleiere ved norske sykehusavdelinger opplever hverdagen.

– Det er enkeltpersoner som svarer på hvordan deres hverdag ser ut, sier Sjetne.

RN4CAST:

Spørreundersøkelsen er et ledd et internasjonalt EU-finansiert prosjekt kalt: «RN4CAST: Nurse forecasting in Europe» Målet er å utvikle kunnskap for bedre forvaltning av ressursene. For å finne svar studeres sykepleiere som yrkesgruppe i somatiske sykehus i Norge og elleve andre europeiske land. Norsk Sykepleierforbund (NSF) tok initiativ til at Norge ble med. NSF finansierer deltakelsen. Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten (Kunnskapssenteret) er ansvarlig for forskningsdelen av den norske undersøkelsen.

Kilde: Kunnskapssenteret

Fakta om rapporten:

Resultater fra sykepleierundersøkelsen i Norge ble offentliggjort 20. oktober. Sykepleierne er spurt om forhold ved arbeidsplassen, kvalitet og pasientsikkerhet, bemanning og egen utdanning og erfaring. Datamaterialet blir også brukt i analyser med sikte på publisering i vitenskapelige tidsskrifter.

Spørreskjema ble sendt ut til 9548 sykepleiere ved 302 poster ved 35 sykehus. Sykepleierne jobbet ved intensiv- eller overvåkningsposter, kirurgiske poster og medisinske sengeposter. Svarprosenten var 57.



NORGES STØRSTE: Ingeborg Strømseng Sjetne på Kunnskapssenteret har analysert svarene fra 5455 sykepleiere.



Kari Tverrsnitt

Hils på gjennomsnittssykepleieren.
Sykepleien har gitt henne navet Kari Tverrsnitt.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Hun er konstruert ut fra respondentene i undersøkelsen. Kari jobbet høsten 2009 ved kirurgiske, medisinske eller intensiv-/overvåkingsposter ved et norsk sykehus med mer enn 90 senger.

Kari Tverrsnitt er 37 år gammel

Hun ble sykepleier i en alder av 25,5 år

Kari Tverrsnitt har jobbet som sykepleier i 10,5 år

Hun har jobbet på samme sykehuset i 8 år, og på posten i 6 år

Vil ha mer lønn

Kari Tverrsnitt er godt fornøyd med yrkesvalget, men skulle gjerne hatt høyere lønn.

På en skala fra 1 (veldig misfornøyd) til 4 (veldig fornøyd) er hun 3,3 fornøyd med valg av sykepleie som yrke og 3,0 fornøyd med jobben hun har nå. Blant mer konkrete forhold er hun lite fornøyd med lønn (2,0), muligheter for avansement (2,4) og utdanningsmuligheter (2,5), og mer fornøyd med rettigheter ved sykdom (3,2) og selvstendighet i arbeidet (3,3).

Bra arbeidsmiljø

Kari Tverrsnitt har det nokså bra på jobben og er fornøyd med sitt arbeidsmiljø. Men hun er ikke fremmed for å skifte arbeidssted.

Arbeidsmiljøet på arbeidsplassen vurderer hun som ganske bra. Spørsmålene hun svarer på inkluderer; tilstrekkelige ressurser, forhold til medarbeider og støtte fra faglige veiledere. Kari Tverrsnitt vurderer dette til 2,8 på en skala fra 1 (lite bra) til 4 (utmerket).

Over halvparten av Kari Tverrsnitts kolleger jobber deltid.

Av ti kolleger jobber fem fulltid og fire er ansatt i deltidsstillinger på 60-99 prosent og den tiende i mindre stillingsbrøk.

Kari Tverrsnitt har vurdert å skifte jobb. Det har også flere av hennes kolleger.

Hver fjerde kollega av Kari Tverrsnitt ville, hvis det var mulig, slutte på sykehuset i løpet av det kommende året på grunn av misnøye med jobben. Hver tiende ville sluttet å jobbe som sykepleier.

Av kollegaene til Kari Tverrsnitt har hver tredje videreutdanning i sykepleie.

Kvalitetsbevisst

Kari Tverrsnitt mener at kvaliteten på sykepleien hun yter er god.

Hun gir kvaliteten på sykepleien som blir gitt til pasientene på sin post karakteren 3,1 på en skala fra 1 (lite bra) til 4 (utmerket). Hennes generelle vurdering av pasientsikkerheten i sin avdeling er 3,5 på en skala fra 1 til 5.

Hun er imidlertid ikke like sikker på hvordan det går med pasienten etter at hun og hennes post sender pasienten videre.

På en skala fra 1 (slett ikke sikker) til 4 (svært sikker) svarer hun 2,2 på om hun er sikker på at pasientene klarer seg selv etter utskrivelse.

Dersom Kari Tverrsnitt skulle oppdage at noe ikke er bra på posten, for eksempel at pasientene ikke får god nok behandling, stoler hun ikke på at ledelsen vil ta nødvendige grep.

På skalaen svarer hun 1,9 på om hun er sikker på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen som hun rapporterer.

Av fire kolleger mener én at kvaliteten på pleie og behandling i sykehuset er blitt dårligere, mens drøyt to mener den er uforandret.

Jobber mer enn avtalt

Kari Tverrsnitt opplever forholdsvis ofte å måtte jobbe mer enn planlagt. Det gjør også mange av kollegaene hennes.

Hver femte kollega jobbet utover avtalt antall timer på sin siste vakt. Hver tredje kollega jobbet forskjøvet eller overtid uten at de ønsket det selv, mer enn 3 ganger i løpet av de siste fire ukene.

Tre av fem kolleger til Kari Tverrsnitt utførte det meste av sykepleien selv til sine pasienter.

Har for liten tid

Å være Kari Tverrsnitt er travelt. Hun har mange oppgaver. Noen ganger hender det at hun ikke får tid til alt. Da må hun velge noe bort.

Mer enn en av fire kolleger til Kari Tverrsnitt svarer at aktiviteter som munnstell, støtte til/samtale med pasienter og utvikle eller oppdatere sykepleieplaner/pasientforløp som nød-

Kari Tverrsnitt

- › 37 år gammel
- › Hun ble sykepleier i en alder av 25,5 år
- › Har jobbet som sykepleier i 10,5 år
- › Har jobbet på samme sykehuset i 8 år, og på posten i 6 år

Illustrasjonsfoto: Colourbox

fornøyd med jobben

vendige, men ugjort, fordi de ikke hadde tid på siste vakt. Omtrent én av 25 kolleger anga aktiviteter som smertebehandling og behandling og prosedyrer som ugjort på siste vakt.

Slik sykepleierne ser det

Sammenlignet med de andre landene i undersøkelsen, er norske sykepleiere mer fornøyd enn de fleste. Men det er to unntak:

– De er ikke sikre på om pasientene klarer seg selv etter utskriving. Og de er heller ikke sikre på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen, sier Sjetne.

88 prosent av sykepleierne sier at kvaliteten på sykepleien på posten er «bra» eller «utmærket». Men samtidig sier over halvparten at de ikke er sikre på at pasientene klarer seg selv etter utskriving. I tillegg sier 27 prosent av sykepleierne at kvaliteten har blitt dårligere på deres sykehus det siste året.

«Svarene kan være farget av at det har skjedd noe spesielt.»

Ingeborg S. Sjetne

– Hvordan kan man forklare dette spriket?

– Det er tankevekkende. Men også her er det vanskelig å si noe helt konkret om hva dette handler om. Flertallet, 77 prosent, svarte «bra». Det innebærer at det er rom for forbedring. Usikkerheten om hvordan det går med pasientene etter utskriving, kan være knyttet til kort liggetid og behovene til pasienter som er «ferdigbehandlet» i spesialisthelsetjenesten, men som fremdeles har behov for helsehjelp, sier Sjetne.

Hun er imidlertid enig i at her bør det forskes videre for å finne svar. Hun mener også at svarene er tankevekkende i forhold til innføring av samhandlingsreformen.

– Det er ikke sikkert sykepleierne har tenkt samhandlingsreform når de har svart, men vi ser at fornøydhetsen minsker når spørsmålene

Fakta om tabellene:

Tallene i tabellene er basert på svarene fra 3752 sykepleiere ved kirurgiske og medisinske sengeposter (svarene fra overvåking/intensiv er holdt utenfor)

dreies bort fra posten de selv jobber på. Når det gjelder forflytning av pasienter mellom linjer, både internt på sykehuset, og ved utreise til kommunene, er sykepleierne mindre sikre på at kvaliteten ivaretas. Det forsterker inntrykket av at samhandlingsreformen blir en utfordring, sier hun.

Bemerkelsesverdige

To sykehus skiller seg merkbart ut i spørsmålet om de vurderer pasientsikkerheten som meget dårlig eller dårlig. I overkant av 30 prosent sier pasientsikkerheten er dårlig eller meget dårlig. De andre sykehusene ligger stort sett mellom null og 10 prosent. Rapporten fra Kunnskapscenteret gir ikke svar på hvilke sykehus som konkret skårer dårlig på pasientsikkerhet.

– Ville du latt deg behandle ved disse sykehusene?

– Det er flere måter å lese dette på, så en må være kritisk. Man kan jo tenke seg at årsaken til en streng vurdering er at nettopp disse sykehusene har en pasientsikkerhetskultur som gjør at grensen for å si seg fornøyd ligger høyt, mens gode vurderinger sitter løsere hos ansatte på sykehus som preges mer av en pytt-pytt-holdning. Det kan også være slik at svarene er farget av at det har skjedd noe spesielt ved sykehuset rett før undersøkelsen. Dette er spekulasjoner fra min side, og et godt eksempel på at konklusjonene ikke ligger på overflaten i slike materialer. Skal man finne

I løpet av det siste året, vil du si at kvaliteten på pleie og behandling i ditt sykehus ... (Individuelle resultater)

	Antall	Prosent
... er blitt dårligere	987	27,1
... er uendret	2071	56,8
... er blitt bedre	587	16,1

Prosentandel, per sykehus, som svarte at kvaliteten på pleie og behandling «...er blitt dårligere»: (Sykehusvise resultater)

Gjennomsnitt	26,3
Maksimum	88,0
Minimum	6,7

Ville du anbefalt sykehuset ditt til dine venner eller familie hvis de trengte behandling på sykehus? (Individuelle resultater)

	Antall	Prosent
Definitivt nei	45	1,2
Sannsynligvis nei	296	7,9
Sannsynligvis ja	2227	59,7
Definitivt ja	1162	31,2

Prosentandel, per sykehus, som svarte «Sannsynligvis ja» eller «Definitivt ja» på spørsmålet (Sykehusvise resultater)

Gjennomsnitt	89,6
Maksimum	100,0
Minimum	63,3

pålitelige svar, må man dypere inn i materien.

Men Sjetne er enig i at resultatene ved de to sykehusene er bemerkelsesverdige.

Hvilke oppgaver får sykepleierne ikke tid til?

Kari Tverrsnitt opplever ofte at det er oppgaver hun ikke rekker å gjøre. I tabellen nedenfor kan du se liste over oppgaver som Kari





Tverrsnitt mener hun burde ha gjort, men rett og slett ikke har fått tid til.

Lav tillit til ledelse

Det er flere svar som viser at sykepleierne har lav tillit til foretaksledelsen.

På spørsmålet om de er sikre på om foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen, svarer nesten 40 prosent at de slett ikke er sikker på om ledelsen vil gjøre noe. Bare rundt 25 prosent svarer at de er sikre, eller svært sikre, på at ledelsen ville satt inn tiltak.

– Selv om resultatene varierer noe mellom sykehusene, er trenden lik. Her er det rom for forbedringer hos de fleste sykehus, sier Sjetne, men understreker at sykepleiernes oppfatning av ledelsen ikke trenger å være riktig.

– Det kan være at foretaksledelsen gjør ting for å rette opp i bekymringsmeldinger, men at det ikke rapporteres godt nok tilbake til de på «gulvet», sier Sjetne.

Foretaksledelsen på sykehus måles i stor grad på økonomi og produktivitet.

– Noen har begynt å ta grep for å vise at kvalitet også er viktig: Pasientsikkerhetsvisiter eller -møter, er et tiltak som er tatt i bruk for å sikre en systematisk dialog mellom toppledelse og ansatte. Toppledelsen går visitt til sykehusenes avdelinger og møter representanter for alle aktuelle yrkesgrupper for å fange opp problemer og følge opp tiltak, sier hun.

Utviklingsmuligheter

Flertallet sier de er uenige i at sykepleiere er godt representert i komiteer og utvalg. De er også uenig i at yrkesgruppen har en tydelig og tilgjengelig leder med innflytelse i den interne styringen. Halvparten er misfornøyd med muligheter for avansement og utdanning.

Hvor sikker er du på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen som du rapporterer?

(Individuelle resultater)

	Frekvens	Prosent
Slett ikke sikker	1435	38,8
Ganske sikker	1304	35,3
Sikker	817	22,1
Svært sikker	142	3,8
Gjennomsnitt		1,91

Prosentandel, per sykehus, som svarte «Sikker» eller «Svært sikker»:

(Sykehusresultater)

Gjennomsnitt	25,7
Maksimum	46,2
Minimum	4,8

På din siste vakt, hvilken av de følgende aktivitetene var nødvendige, men forble ugjort fordi du ikke hadde tid? Kryss av for alle det gjelder.

	Individnivå		Sykehusnivå, prosentandeler	
	Antall	Gjennomsnitt	Maksimum	Minimum
Tilstrekkelig observasjon av pasienter	924	26,3	49,0	12,8
Hudpleie	1114	30,1	48,3	13,5
Munnstell	1143	29,9	57,1	11,3
Smertebehandling	167	4,6	17,2	0,0
Støtte til/samtale med pasienter	1425	39,1	63,3	20,0
Undervisning/opplæring til pasient og pårørende	899	25,0	36,7	15,1
Behandling og prosedyrer	245	7,0	20,7	0,0
Administrere medikamenter til rett tid	581	15,5	30,6	4,0
Forberede pasienter og pårørende til utskrivning	522	13,6	22,4	3,2
Tilstrekkelig dokumentasjon av sykepleie	806	21,6	40,9	8,6
Utvikle eller oppdatere sykepleieplaner/pasientforløp	1407	38,7	68,0	20,3
Planlegge sykepleie	572	15,8	30,6	7,6
Hypig leieforandring	840	23,0	48,3	7,5
Kontakt og samarbeid med pleie- og omsorgstjenester i kommunene	440	11,9	23,1	4,0

I kolonnen for individnivå i tabellen vises antall og prosentandel som krysset av aktiviteter som ugjort, blant svarerne én og én. I kolonnen for sykehusnivå er svarerne samlet i sykehusene de arbeidet ved. Her vises prosentandel ved de 35 sykehusene/ behandlingsstedene. Høye tall innebærer en negativ beskrivelse.

– Bortsett fra lønn, er det dette sykepleierne er minst fornøyd med. Tiltrettelegging for faglig og personlig utvikling er et lederansvar. Rom for videreutvikling er viktig med tanke på å beholde dyktige medarbeidere, sier Sjetne.

I dag finnes ingen total oversikt over bruk av ressurser til kompetanseutvikling. Verken når det gjelder nivå eller prioriterte områder.

Kunnskapscenterets formål med notatet har vært å presentere flest mulig resultater.

– Materialet dekker så mange områder. Vi har vært nødt til å gjøre noen valg, samtidig som vi har forsøkt å fortelle mest mulig på en effektiv måte, sier Sjetne.

I nesten alle svar viser resultatene at det er store forskjeller mellom norske sykehus. Både når det gjelder hvordan sykepleierne beskriver organisasjonene de arbeider, i og kvaliteten på arbeidet som blir utført.

– Når kvaliteten varierer, er det noen som har mulighet til å forbedre seg, sier hun.

Politikere og myndigheter er bekymret. Helsetjenestene i Norge koster mye og prognosene viser at behovene bare vokser.

– Vi vet at de største kostnadene er knyttet til personell og at helsesystemet er i forandring. Befolkningssammensetningen vil endres enten vi vil eller ei, mens reformer er besluttet politisk.

Da er det viktig at politikerne kan prioritere på grunnlag av gode fakta for at vi skal få høyest mulig kost-nytte-effekt.

Sjetne mener vi ligger dårlig an på dette området.

– Det er et tankekors at når det innføres legemidler, blir det stilt krav om grundig og åpen dokumentasjon av effekt og kostnad. Men når det gjelder beslutninger knyttet til personellforvaltning, tas beslutninger i stor grad ut fra tradisjon og antakelser. Kunnskapen er mangelfull, og det er behov for metodeutvikling. Jeg håper denne undersøkelsen blir et verdifullt bidrag i så måte, sier hun.

– Er det svakheter ved undersøkelsen?

– Det hadde vært en fordel med mer administrative, objektive data. Som for eksempel antall ansatte, turn-over, vikarbruk og sykefravær. Disse områdene er viktige elementer i beskrivelse av arbeidsvilkårene og har også vesentlig betydning for sykehusenes driftskostnader, sier hun.

Ettersom data fra tolv ulike land skal sammenliknes i den internasjonale undersøkelsen, har det ikke vært rom for spesialtilpassning av det norske spørreskjemaet.

– De norske dataene skal nå brukes videre i vitenskapelige analyser. Da kan man kombinere enkeltopplysninger, trekker inn data fra andre tilgjengelige kilder og gi et mer utfyllende bilde av den komplekse virkeligheten i sykehusene, sier Sjetne.

Saken vil bli lagt ut på www.sykepleien.no, med lenke til hele rapporten.



– Det er noe her som skurrer

– Sykepleiere kan ikke melde inn til fagforeningen at kvaliteten er truet og arbeidsforholdene i strid med lovverket, og samtidig svare at alt er bra i undersøkelser, sier Lisbeth Normann. Tekst Kari Anne Dolonen

Lisbeth Normann er glad for at 80 prosent av sykepleierne sier de er fornøyde med yrket og kvaliteten på sykepleien de gir. Men hun er overrasket.

– Det stemmer ikke helt med de rapportene vi får inn, sier hun.

Vanskelig å forklare

Når hun får opplyst at halvparten av sykepleierne sier de ikke er trygge på at pasientene klarer seg når de kommer hjem, og at 27 prosent mener kvaliteten har gått ned det siste året, nikker hun gjenkjennende.

– De svarene samstemmer mer med det vi får høre. Nemlig at kvaliteten trues og at sykepleierne er usikre på om pasientene får den behandlingen de har krav på. I tillegg vet vi fra andre kilder at sykefraværet er høyt, og at sykepleierne går hjem uten å få unna oppgaver som burde vært gjort, sier hun.

Normann lener seg tilbake i stolen og tenker litt.

– Det er noe her som skurrer. Svarene spriker så totalt. Det er jo veldig bra at sykepleierne er fornøyde, men på grunn av det store spriket i svarene er det er litt vanskelig å forklare hvorfor, sier hun.

Ta ansvar

Normann mener sykepleierne må bli mer bevisste. De må forstå at de som gruppe har et helsepolitisk ansvar.

– Når svarene strider så mot hverandre, er det et signal til sykepleierne om at de må bli mer bevisste på sammenhenger og på det de ikke er fornøyd med i sitt eget arbeidsmiljø. De kan ikke melde inn til fagforeningen at kvaliteten er truet og arbeidsforholdene er i strid med lovverket, og samtidig svare at alt er bra i undersøkelser. Rapporten bør brukes til å skape debatt om dette og til å utfordre sykepleierne til å løfte blikket, også ut over sin egen post, sier hun.

Ikke nytt

At tilliten til foretaksledelsen er lav, blant annet når det gjelder å rette opp bekymringsmeldinger, er heller ikke nytt for Normann.

– Sykepleiere opplever mange steder at avvikshåndteringssystemet ikke fungerer godt nok. De fleste av avviksmeldingene stopper imidlertid på mellomledernivå. Derfor kan det være urettferdig å legge skylden på foretaksledelsen, sier Normann.

Hun mener helsevesenet mangler en god kultur for å melde.

– Vi er helt på linje med hva Helsetilsynet sier. Nemlig at avviksmeldinger må tas opp på leder-

møter og brukes til læring og til å bli bedre. Det må også meldes tilbake til de som har skrevet avvik om hva som skjer i saken. Det må bli en integrert del av styringen. I dag er det ofte slik at det skrives avvik først når det blir alvorlige hendelser. Vi må være med på å ta ansvar for å skape en ny kultur. Svarene fra sykepleierne er likevel et kraftig signal til ledere at ting kan gjøres bedre, sier hun.

Lønn og fag

Opplysningen om at lønn og faglig utvikling er to av områdene sykepleierne er mest misfornøyd med, overrasker ikke. NSF er kjent med at de to tingene sykepleiere setter høyest på trivselslista, er lønn og faglig utvikling.

– NSF har krevd utdanningsstillinger og finansiert videreutdanning mot bindingstid, men arbeidsgiver rikker seg ikke, sier hun.

Konsekvenser

– Bør denne undersøkelsen få konsekvenser?

– Ja, det mener jeg absolutt. Politikere og arbeidsgivere bør gå igjennom tallene og planlegge veien videre, eller hvilke områder man bør se nærmere på. I tallmaterialet ligger det også en gullgrube for forskere og mer kunnskap som bør løftes opp, sier hun.





Ro ned tempoet

Nina Olsvold tror det vil ta tid før kommunene er klare til ta seg av pasienter som trenger avansert pleie- og etterbehandling.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Over halvparten av sykepleierne er usikre på om pasientene klarer seg selv etter utskriving. Er det bekymringsfullt?

– Ja, det er jo det. Det er mye som tyder på at pasienter anses som ferdigbehandlet og skrives ut fra sykehus raskere enn kommunehelsetjenesten klarer å ta imot dem. Med andre ord er samhandlingsreformen allerede begynt i sykehus der lavest mulig liggetid lenge har vært en målsetting. Det vil imidlertid ta tid før kommunene klarer å ruste opp, spesielt når det gjelder behovet for økt kompetanse til å møte pasienter som trenger mer avansert pleie- og etterbehandling enn tidligere, sier Nina Olsvold.

Ting tar tid

Hun mener det er viktig at samhandlingsreformen ikke gjennomføres for fort.

– Det tar tid å få plass en godt planlagt oppgaveovertakelse. Dagkirurgi og akselereringen av kirurgisk behandling generelt innebærer i tillegg at mange må klare seg selv i hjemmet gjennom det meste av det postoperative forløpet.

Her oppstår muligheter for at komplikasjoner oppdages senere enn før, og derfor kan utvikle seg til å bli mer alvorlige for pasienten, sier Olsvold.

Lav moral

Bare 25 prosent av sykepleierne i undersøkelsen sier de er sikre på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen.

– Det bør ikke minst bekymre ledelsen ved sykehusene. Oslo universitetssykehus er jo et trist eksempel på hvordan manglende tillit til ledelsen og styret fører til lav moral blant de ansatte. Det skaper en svært alvorlig situasjon for sykehuset. Basert på min egen studie kan det virke som tilliten til ledelsen over postnivå er dårligere etter sykehusreformens omorganisering av ledelsesstrukturen i sykehusene. En grunn til det tror jeg er at ledelsen oppfattes som mer distansert og formell enn tidligere, og at økonomiske målsettinger som setter budsjett disiplin i høysetet fører til at de ansatte



NINA OLSVOLD er førsteamanuensis ved Lovisenberg Diakonale Høgskole.

opplever at de selv og ledelsen ikke har samme oppfatning av hva som skal til for å gi forsvarlig pasientbehandling, sier hun.

Kortere liggetid og sykere pasienter

27 prosent av sykepleierne sier kvaliteten ved deres sykehus har blitt dårligere i løpet av det siste året.

– Hva kan være mulige årsaker?

– Det er vanskelig å si, men det har vel sammenheng med spørsmålet over, at tilliten til sykehusledelsen generelt er lav blant sykepleiere. Hvis man opplever at ledelsen ikke legger til rette for at en selv og ens kolleger skal kunne gi best mulig pasientbehandling, vil man fort tenke at kvaliteten synker. Kortere liggetider og sykere pasienter har medført en gradvis økning av tempoet i sykehus. Man behandler flere pasienter med mer avansert behandling enn før, men uten at man nødvendigvis er tilført flere ressurser. Andre årsaker kan være omorganiseringer internt i et sykehus, som for eksempel at man har mistet sengeplasser eller funksjoner, sier hun.

– Det gjøres mye bra

Robin Kåss er ikke så veldig bekymret selv om halvparten av sykepleierne er usikre på om pasientene klarer seg selv etter utskrivelse.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Det er nettopp på bakgrunn av denne typen informasjon at vi har satt i gang de tiltakene vi har gjort. Vi må legge forholdene til rette for at et pasientforløp sees i en helhet. Når samhandlingsreformen er oppe og går, vil dette bli bedre. Men både vi, kommuner og sykehus har en jobb å gjøre sier Kåss.

Åpenhet

Bare 25 prosent av sykepleierne sier de er sikre på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen.

– Er dette bekymringsfullt?

– En god åpenhetskultur er nøkkelen til å få til

en god dialog. Samtidig har vi innført nye meldeordninger, og samme krav til å måle kvalitet som økonomi og produktivitet. Avvik skal tas hånd om på en god måte. Vi har også satt i gang en gjennomgang av pasientjournaler ved alle sykehus for å kartlegge antallet pasientskader.

Kan bli bedre

27 prosent av sykepleierne sier kvaliteten ved deres sykehus har blitt dårligere i løpet av det siste året.

– Vi er nødt til å ta inn over oss at noen mener det. Av det vi klarer å måle og registrere, viser det seg at kvaliteten har gått opp, sier han.



ROBIN KÅSS er statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet.

– Helseministeren har sagt at kvaliteten på tjenestene skal opprettholdes, selv under omstillinger. Undersøkelsen viser at det ikke oppleves slik blant sykepleiere.

– Omstilling er krevende. Det stiller høye krav til kommunikasjon. Her er det nok flere som kan bli bedre på å involvere de ansatte. Men det er viktig å huske at vi omstiller for å heve kvaliteten på tjenestene, ikke opprettholde kvaliteten på samme nivå. At slike prosesser er krevende betyr ikke at vi skal slutte med det, sier Kåss. ■■■



www.bayerdiabetes.no
tlf. 24 11 18 00

LIVET MITT ER SOM NORMALT, TIL TROSS FOR DEG DIABETES



INGEN KODING

Blodsukkerapparatet CONTOUR® er ett apparat med to forskjellige nivåer. Apparatet leveres klart til bruk på nivå 1, på nivå 2 kan du legge inn dine personlige innstillinger slik at apparatet tilfredsstiller dine behov. Det enkle vinner - simple wins.



JON-ERIK 71 ÅR,
HAR LEVD MED DIABETES I 42 ÅR

simplewins™



Bestill gratis apparater til dine pasienter på fax 24 11 19 90 eller send inn svarslipp med din bestilling.

Ja takk, vi bestiller:

Bayers CONTOUR®: 8 stk eller 16 stk
Bayers BREEZE® 2: 8 stk eller 16 stk

Virksomhet:

Adresse:

Postnr.: Poststed:

Telefonnummer: e-post:

Signatur:

B-post

Adressaten betaler for sending i Norge



Distribueres av Posten Norge

Bayer AS- DC
Svarsending 2285
0091 Oslo



– Vi må ut der sykepleierne er

Valg: Eli Gunhild By er eneste kandidat når landsmøtet skal velge Lisbeth Normanns etterfølger.

Tekst og foto **Marit Fonn**

By er fra Trondheim og ble utdannet sykepleier på Gjøvik i 1988. Etter det har hun bodd i Oslo. På Radiumhospitalet har hun vært både vanlig og ledende sykepleier og hovedtillitsvalgt. Siden 2004 har hun vært fylkesleder i Oslo. Hun er gift og har to døtre på 16 og 20 år.

Hun beklager at Kjell Erik Ullmann Øie trakk seg som hennes motkandidat.

– Det hadde gitt en annen dynamikk på landsmøtet.



TAR OVER NSF: Eli Gunhild By er nå fylkesleder i Oslo.

Hvorfor skal landsmøtet velge deg?

– Jeg har lang erfaring på mange nivåer i organisasjonen og kjenner NSF's politikk godt. Jeg synes det politiske spillet er artig og er opptatt av at politikken vår blir til mens vi går. Det innebærer å få folk med på laget, og det tror jeg at jeg klarer. Folk sier jeg har gode samarbeidsevner.

Vil man se et endret NSF med deg ved roret?

– Jeg vet ikke om det vil bli så stor endring utad, men jeg håper å få til gode politiske diskusjoner der vi tar fylkesledere og lokalapparatet mer med enn de er blitt den siste fireårsperioden. Skal vi ha med oss medlemmene, må vi ut der de er, det vil si på arbeidsplassene. De må med i prosessen for å forstå NSF's politikk. Vi har et flott tillitsvalgtapparat som kan benyttes bedre.

Hva blir den viktigste saken?

– Å bli flinkere til å formidle hva sykepleie er.

Hvem til?

– Befolkningen, media, pasienter og medlemmer. Ellers er alt som handler om likestilling viktig: Lønn, skift/turnus, deltid. Egentlig handler alt det om arbeidstid. Retorikken vi må bruke for å fremme likestilling og begrunne behovet for grunnleggende sykepleie, er den samme – nemlig å formidle pasientenes behov og vår fagkompetanse.

Hvordan sørge for mer lønn?

– Ved å fortsette å argumentere faglig overfor arbeidsgivere på alle nivå og fortsette like-lønnskampen.

Hvordan styrke faget?

– Ved å fortelle om behovene til pasienten og hvordan vi kan bidra med vår kompetanse. Fortelle om forskning som viser at ved å satse på faget får pasienter større overlevelse og bedre

behandling, og sykepleierne får lavere sykefravær. Enkel retorikk, men så enkelt kan det gjøres. Jeg tror man ofte kompliserer det veldig.

Skal NSF ha lønnete nestledere i fylkene?

– Ja, hvis det er nødvendig for å ivareta medlemmene. Men først må vi kartlegge kompetansen i fylkene og analysere hva vi trenger av ressurser der.

Jobber sykepleiere for lite heltid?

– Ja, både fordi de ikke har muligheten og fordi de blir slitne av det. Jeg anmoder dem å tenke mer feministisk, ha tro på seg selv og oppvurdere yrkesstoltheten.

Synes du Rådet for sykepleieetikk ikke lenger skal uttale seg mens saker er under behandling?

– Vi har hatt et flott og aktivt råd i det siste. Det har uttalt seg både i enkeltsaker og i et større perspektiv. Jeg tror det er uklokt at Rådet ikke skal kunne uttale seg før saker er ferdig behandlet. Da vil det miste sin troverdighet og funksjon.

Lover du likelønn innen fire år?

– Ikke så smart, tror jeg. Det vil nok bli en tung byrde å love det. Etter landsmøtet må vi legge nye strategier, både for det pågående lønnsoppgjøret og lenger fram. Håpet er selvfølgelig at vi har nærmet oss likelønn i 2015.

Nye kandidater

Det er kommet forslag på to nye medlemmer til Nominasjonskomiteen:

Vibeke Braastad Kristiansen, spesialsykepleier ved Oslo universitetssykehus Rikshospitalet, Oslo. Foreslått av NSF Oslo.

Hilde Kristin Arnesen, sykepleier ved Vestre Viken Drammen sykehus, Buskerud. Foreslått av NSF Buskerud.

Landsmøte 7.-11. november

- › Landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund holdes 7. – 11. november i Oslo.
- › Det er forbundets øverste organ. Her legges politikken for de neste 4 årene.
- › Rundt 201 delegater fra hele landet deltar.



Arkivfoto: Stig Weston

Trakk seg fordi han er mann

Kjell Erik Ullmann Øie (bildet) var klar som forbundsleder kandidat. Men så ombestemte han seg. Tekst Marit Fonn Foto Sigurd Fandango



Det lå an til et mann-mot-kvinne-valg på landsmøtet. Øie begrunner sin retrett med at det er overvekt av menn i NSF's administrative ledelse.

– Selv om en politisk ledelse velges og ikke settes, ville valget av meg som leder sendt ut et tungt signal om at NSF i hovedsak ledes av menn, skrev han til nominasjonskomiteen.

Nå har NSF fire menn i administrativ ledelse. Dette gjelder stillingene som generalsekretær, og lederne for forhandlingsavdelingen, administrativ afdeling og samfunnspolitisk afdeling. Også ansvarlig redaktør i Sykepleien og leder av sentralt fagråd er menn.

Ville ikke stemt på seg selv

Øie sier han har jobbet med likestilling i hele sitt voksne liv.

– Jeg har alltid ment at menn må vike når det er nødvendig å fokusere på kjønns sammenset-

tingen. Da kan jeg ikke fravike denne tenkingen bare fordi det denne gangen rammer meg selv.

Hvis han selv satt som delegat i salen i denne situasjonen, ville han ikke stemt på en mann.

– Visste du ikke om den mannstunge NSF-ledelsen da du takket ja til å være kandidat?

– Jeg visste om generalsekretæren, men ikke kjønnsfordelingen blant resten av lederne. Det jeg tenkte over da, var om NSF kan ledes av en mann eller ikke. Jeg mener fortsatt prinsipielt at NSF kan ha en mann som forbundsleder.

Men da han så for seg ledermøtene der han ville blitt omringet av menn, fant han ut:

– Det går rett og slett ikke.

Ingen tellefeminist

Likestillingsombud Sunniva Ørstavik er ikke like bombastisk.

– Er det greit at en mann leder kvinnedominerte NSF?

– Det er flott å ha en mann som et tydelig forbilde i en kvinnedominert gruppe. Samtidig er det ofte menn som kommer i ledende posisjoner, selv om de er i mindretall. Så det er noe fint med det, og noe mindre fint med det,

Hun stiller seg også spørsmålet: Hva med et manndominert forbund; må det ledes av en mann?

– Det er jo viktig å gjøre noe med skjevheten i fordelingen av makt i samfunnet. Det er fortsatt flest menn som er ledere, sier Ørstavik.

– Har Øie et poeng når han begrunner sin retrett med at det er altfor mange menn i ledelsen?

– Jeg vil ikke analysere hans motiver. Det er bra å ha mangfold i ledelsen, symboleffekten er viktig. Men mangfold er langt mer enn kjønn.

Hun viser til at NSF's medlemmer har ulike etnisk bakgrunn, og utfordrer alle forbund å tilstrebe bredt mangfold i sin ledelse.

– Ofte er man mest opptatt kjønn. Men jeg er ingen tellefeminist som må ha 50/50.





Det er heltid som gjelder

Arbeidstid: Flere sykepleiere må velge heltid framfor deltid, mener NSF's forbundsstyre. Da er det uheldig at prinsippprogrammet trekker fram deltid som noe den enkelte sykepleier kan velge. Tekst Bjørn Arild Østby

Lhelsesektoren er det lang tradisjon for å organisere turnus rundt deltidsstillinger. Det gir arbeidsgiver fleksibel tilgang på arbeidskraft når det oppstår behov for ekstravakter, eller for å dekke bemanningsbehovet i helgene.

Forbundsstyret mener NSF også i neste landsmøteperiode må ha fokus på heltidsarbeid. I tillegg til økt press ovenfor arbeidsgivere og politiske myndigheter etterlyser forbundsstyret i saksframlegget til landsmøtet tiltak for å redusere ulempene ved turnusarbeid, slik at flere sykepleiere orker å arbeide fulltid fram til pensjonsalder.

I prinsippprogrammet heter det at «Deltid må

være et reelt valg for den enkelte». Det er uheldig å trekke fram deltid som en løsning som den enkelte kan velge, mener forbundsstyret og anbefaler landsmøtet å stryke setningen.

Styrk fortrinnsretten

Mange sykepleiere ønsker å jobbe i utvidet stilling. Og helsesektoren trenger deres arbeidskraft. Men selv om det i 2006 ble innført fortrinnsrett for deltidsansatte til utvidet stilling har lite endret seg.

Den viktigste grunnen til at sykepleiere ikke får utvidet sin stilling, er at dette medfører en «vesentlig ulempe for virksomheten». I praksis

er dette knyttet til problemer med tilstrekkelig bemanning i helgene.

Forbundsstyret mener likevel fortrinnsretten er en viktig rettighet for den enkelte arbeidstaker, og at NSF i neste landsmøteperiode må arbeide for at den styrkes.

Kun hver tredje helg

Skal du ha utvidet stilling må du jobbe oftere helger, er beskjeden fra arbeidsgiverne til sykepleierne. De får overraskende støtte fra LO-nestleder Gerd Kristiansen:

– Retten til hele stillinger hos deltidsansatte bør komme foran heltidsansattes hevd på å jobbe

Likelønnsnett er ikke veien

Lønn: NSF har ikke nådd målet om likelønn. Kamp for egen likelønnsnett er ikke nok, mener forbundsstyret. Tekst Bjørn Arild Østby

Likelønn innen 2012. Uttelling for utdanning, kompetanse og ansvar. Tariffavtale for alle medlemmer. Dette var klare vedtak på landsmøtet i 2007. Hva har skjedd?

Noen måneder etter forrige landsmøte la Likelønnskommisjonen fram sin innstilling. Den ble møtt med applaus fra NSF. Særlig forslaget om å bevilge en pott på tre milliarder til lønnsloft for utvalgte kvindominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor.

Her fikk NSF virkemidlet som skulle løfte sykepleierne lønn. Det var verdt å streike for. Tolv dager varte streiken. Utbyttet ble null, men flere

fagforbund og arbeidsgivere skrev sammen brev til regjeringen om å følge opp forslaget fra Likelønnskommisjonen.

Tariffoppjøret i fjor var neste mulighet til å prøve verdien av Likelønnskommisjonens forslag om likelønnsnett. To streiker. Ingen likelønnsnett. LO og arbeidsgiverne mente likelønnsutfordringene måtte løses innenfor de ordinære lønnsoppjørene.

Stopp etter ti år

Sykepleierne er blant de gruppene som i størst grad tar videreutdanning og videreutvikler sin kompetanse. Det kan se ut som de får lite igjen for det.

En årsak til at sykepleierne ikke får uttelling for kompetanse er minstelønnsstigen. For sykepleierne stopper sentralt avtalt minstelønn ved ti års ansiennitet. Andre grupper har mulighet til å forhandle minstelønn for sine medlemmer til 16 år.

I tariffoppjøret i fjor krevde NSF minstelønnsgaranti etter 20 år, men fikk ikke gjennomslag for dette.

NSF må arbeide for å synliggjøre sykepleierne særegne kompetanse og hvilke funksjoner sykepleierne har i dag og hvilke funksjoner de kan få i framtidens helsevesen, er anbefalingen forbundsstyret gir landsmøtet. Stikkordet er Samhandlingsreformen.

Ny strategi

NSF's høyeste organ inviterer landsmøtet til fortsatt å holde likelønnsfanen høyt i kommende landsmøteperiode. Men det trengs justering av strategi.

«Det er ikke tvil om at det er viktig å holde trykket på likelønn oppe, men dette må ikke avgrens til en strategi om en egen likelønnsnett. Vi må framheve viktigheten av sykepleierne kompetanse både i et verdsetningsperspektiv og i et økonomisk kostnads-/nytteperspektiv», heter det i forbundsstyrets saksframlegg til landsmøtet.

Forbundsstyret vil ha landsmøtet med på at «sykepleier» og «kompetanse» skal være ord som hører sammen, og at det for omverdenen blir tydelig hvor viktig sykepleierne kompetanse har for effektiv og god behandling.

Innsatsområder 2012 – 2015 «Lønns- og arbeidsvilkår»:

- ▶ Sykepleierkompetansen skal synliggjøres i kampen for økt verdsetting og likelønn, samt utnytte nye arenaer, nytt ansvar og nye funksjoner.
- ▶ Medlemmenes og tillitsvalgtes innvirkning på lønnsfastsettelse skal styrkes ved tilsetting, kompetanseutvikling og økt ansvar.

(Forbundsstyrets anbefaling til landsmøtet.)

- › Retten til full stilling skal styrkes.
- › Arbeidstidsordninger skal ivareta hensynet til helse, velferd, likestilling og faglig forsvarlighet.
- › En bemanning og kompetansesammensetning som ivaretar balanse mellom oppgaver og ressurser skal sikres.
- › Tredje-hver-helg-prinsippet skal tariffest.
- › Det skal sikres redusert arbeidstid for ansatte i nattevaktstillinger.

(Forbundsstyrets anbefaling til landsmøtet.)

hver tredje helg. Det kan være vanskelig for noen å takle, uttalte Kristiansen nylig til Kommunal Rapport.

Det såkalte tredje-hver-helg-prinsippet ble innført som en alminnelig ordning i kommunal sektor i forbindelse med tariffoppgjøret for 25 år siden. I dag er prinsippet blitt en fast og etablert praksis.

Forbundsstyret mener arbeidsgivers fokus på helgearbeid som eneste løsning i forhold til retten til heltid er urimelig. Hovedutfordringen i norsk helsevesen er altfor lav grunnbemanning.

Landsmøtet får seg forelagt forslag om å tariffeste tredje-hver-helg-prinsippet, men at det gis adgang til å inngå hyppigere helgearbeid på frivillig basis. Forutsetningen er at dette kompenseres i form av ekstra fritid eller lønn, eller en kombinasjon av disse.

Nye arbeidstidsordninger

Forutsatt at hensynet til arbeidstakernes helse og velferd og hensynet til faglig forsvarlighet i tjenesten blir tilstrekkelig ivarettatt, mener forbundsstyret at det kan være hensiktsmessig å se på løsninger som innebærer mulighet for økte

vaktlengder i helger, for å oppnå målet om reduksjon av uønsket deltid.

Det har i den seinere tid vært økende press på å etablere nye og alternative arbeidstidsordninger i helsesektoren. Ikke bare arbeidsgivere, men også mange sykepleiere ønsker større fleksibilitet i forhold til organisering av egen arbeidstid. Det gjelder medlevertturnus, nordsjøturnus og andre former for turnus som innebærer lange, sammenhengende arbeidsperioder etterfulgt av lengre friperioder.

Forbundsstyret er skeptisk til denne type arbeidstidsordninger. Grunnen er økt risiko for ulykke og de ansattes helse. De mener det er grunn til å utvise forsiktighet og å være «føre var» i forhold til å ta i bruk denne typen turnuser i pleie- og omsorgssektoren.

I debatten om arbeidstidsordninger er det blitt trukket fram at fagforbundene har for stor makt når de kan nekte å godkjenne ulike former for langturnuser/alternative turnuser.

De fleste avtaler om turnus inngås lokalt, etter drøftinger mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte på den enkelte enhet. For turnuser som innebærer større avvik fra loven, skal avtalene inngås med fagforbundet sentralt. Forbundsstyrets klare anbefaling til landsmøtet er å slå ring om dagens arbeidsmiljølov.



«I dagens prinsippprogram heter det at «Deltid må være et reelt valg for den enkelte».»

Saker anbefalt trukket fra saklisten av Forbundsstyret:

Nestleder på frikjøpt tid

NSF Sogn og Fjordane fremmer forslag om frikjøp av nestleder i fylkesstyret. Ifølge forslagsstiller er dette en nødvendig styrking av organisasjonen. NSF vil da kunne møte de samfunnspolitiske utfordringene som en aktiv samfunnsaktør.

Urvastemning

Hovedtillitsvalgt i Helse Bergen, Arvid Langeland, fremmer forslag om at før forbundsstyret godkjenner resultatet av tariffforhandlingene skal det som hovedregel sendes ut til uravstemning.

Ansattrepresentasjon

NSF Oslo fremmer forslag om at det til forbundsstyret velges en representant av og blant de ansatte, med uttale og stemmerett i saker som angår de ansatte. I andre saker har vedkommende observasjonsstatus.

Flere ledermøter

NSF Østfold fremmer forslag om at landsmøtet øker antall ledermøter fra minimum fire til minimum seks i året. Forslagsstiller ønsker å styrke kontakten mellom sentralt ledd og fylkesledd. Leder møtet er en samhandlingsarena uten formell beslutningsmyndighet.

Juridisk bistand

NSF Sogn og Fjordane fremmer forslag om at NSF's fylkesledere skal gis beslutningsmyndighet i spørsmål om bruk av juridisk kompetanse i eget fylke. Dette gjelder ekstern juridisk kompetanse, dekker av NSF. I dag er det forhandlingsavdelingen i NSF som avgjør dette.

Personvekker

- medisinsk godkjente

<p>MS5400 Stolvekt</p> <p>med BMI funksjon Max 300 kg.</p> <p>10.995,- (eks. mva.)</p> 	<p>MS2400 Babyvekt</p> <p>1.695,- (eks. mva.)</p> 
<p>MS4900 Søylevekt</p> <p>med BMI funksjon Kan påmonteres høydemåler. Max 300 kg.</p> <p>3.995,- (eks. mva.)</p> 	<p>MS80D Lengdemåler til babyvekt kr. 1.195,- eks. mva.</p> 
<p>MS4400 Bismervekt</p> <p>1.295,- (eks. mva.)</p> 	



Arcus Vita as

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



Til kamp mot sosial dumping

Arbeidskraft: En ny Fafo-rapport avdekker minst 30 tilfeller som indikerer sosial dumping av utenlandske sykepleiere. NSF tror dette gjelder flere. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Sosial dumping i helsetjenesten kommer til å bli en av de store og gjennomgående sakene under årets landsmøte.

I forbindelse med streiken ved sykehjem organisert i NHO Service i 2010, ble det avdekket at en rekke sykepleiere hadde vesentlig lavere lønn enn den kommunale minstelønnen. Den såkalte Adecco-saken avslørte ulovlige turnusplaner med arbeidstid på opp til 84 timer i uka, uten at det var utbetalt overtid, og ansatte som sov i kjelleren på sykehjemmet hvor de jobbet.

Nå har forskningsstiftelsen Fafo på oppdrag

› 30 av de spurte tillitsvalgte oppgir lønns- og arbeidsforhold for utenlandske sykepleiere som kan indikere sosial dumping.

› De utenlandske sykepleierne arbeider først og fremst mer enn det som er tillatt i lov- og avtaleverk.

› Tillitsvalgte oppgir også at de vet om utenlandske sykepleiere som tjener mindre enn det som er vanlig på stedet, og at de vet om sykepleiere som skylder penger til vikar- eller formidlingsbyrå.

«Bemanningsbransjen har vært aktive med å rekruttere utenlandske sykepleiere til Norge, og

Henvendelsene kommer fra sykepleierne selv eller fra tillitsvalgte.

– Mange forteller om lønns- og arbeidsvilkår som ligger langt under det som er standarden på stedet de arbeider. Vi har også eksempler der flere utenlandske sykepleiere fra lavkostland mer eller mindre stues sammen i små leiligheter. Arbeidsgiver, som har rekruttert sykepleierne, trekker leie fra lønna. Det er tilfeller der sykepleierne betaler arbeidsgiver tre ganger mer i leie enn det arbeidsgiver i sin tur betaler huseier for leie av boligen, sier han.

Berland har inntrykk av at omfanget av slike saker øker.

– Tillitsvalgte sier at de trenger mer kunnskap på dette området, og min erfaring er dessverre at også lokale arbeidsgivere tidvis har skremmende lite kunnskaper om hvilket ansvar de har for innleide vikarer.

– Norge vil i årene fremover være avhengige av å importere sykepleiere fra andre land, sier Berland.

Han mener Sykepleierforbundet må ligge i forkant.

– NSF skal være en sentral aktør når det gjelder å fremme etisk rekruttering og forebygge sosial dumping. Jeg mener vi ikke aktivt skal rekruttere sykepleiere fra land som har behov for kompetansen selv. Og de innleide sykepleierne, som ofte er rekruttert fra lavkostland, skal ha like lønns- og arbeidsvilkår som sine kolleger, sier han. ■■■

«Utenlandske sykepleiere fra lavkostland stues sammen i små leiligheter.»

Arild Berland, NSF Rogaland

fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjort en spørreundersøkelse om sosial dumping blant tillitsvalgte fra hele landet. 470 tillitsvalgte sykepleiere svarte på undersøkelsen.

Resultatene blir først offentliggjort under landsmøtet. Noen av funnene kommer imidlertid frem i de forberedende landsmøtedokumentene:

› Mer enn 80 prosent av de spurte mener de har (i stor eller noen grad) behov for mer opplæring i temaer som angår sosial dumping. Dette kan ifølge de forberedende dokumentene føre til en underrapportering av tilfeller.

vi har fått rapporter om flere useriøse aktører i denne bransjen», heter det i landsmøtesaken.

– Skremmende lite kunnskap

Arild Berland er rådgiver ved NSF's fylkeskontor i Rogaland. Fylkeskontoret har satt fokus på opplæring av tillitsvalgte både i spørsmål rundt sosial dumping og tillitsvalgtes rolle ved bruk av bemanningsforetak.

– Vi får ukentlig telefoner som angår sykepleiere fra såkalte lavkostland, og som jobber for bemanningsbyråer, forteller Berland.

Hva er en utenlandsk sykepleier?

At sykepleieren er «utenlandsk» betyr i denne sammenhengen at han eller hun har utdanning fra utlandet, og kommer til Norge for å jobbe.

Utenlandske sykepleiere fordeler seg mellom spesialisthelsetjeneste og kommune ut fra hvilken nasjonalitet de har. Sykepleiere fra Skandinavia jobber stort sett på sykehus, mens sykepleiere fra land med større språk- og kulturforskjeller sammenliknet med Norge, jobber i kommunehelsetjenesten.

Hva er sosial dumping?

Begrepet sosial dumping er ikke nøyaktig definert, og brukes på ulike måter.

Ifølge regjeringens vurdering er sosial dumping at utenlandske arbeidstakere utsettes for brudd på helse- miljø og sikkerhetsregler, inkludert regler om arbeidstid og krav til bostandard, og/eller når de tilbys lønn og andre ytelser som er uakseptabelt lave sammenliknet med hva norske arbeidstakere normalt tjener eller som ikke er i tråd med allmenngjøringsforskrifter.

I redegjørelsen til landsmøtet blir det understreket at det er summen av kritikkverdige forhold som angår lønn, pensjon, arbeidstid, overtid, feriepengene, sykepengene, permisjonsrettigheter, grunnleggende opplæring og boforhold som gir innhold til begrepet sosial dumping.

Hva skal diskuteres på landsmøtet?

I forberedelsene til landsmøtet foreslås det at landsmøtet ikke tar klart stilling til allmenngjøring av tariffavtaler, men at tillitsvalgte settes i stand til å håndtere utfordringer knyttet til sosial dumping.

Det foreslås også at NSF's prinsipprogram går inn for at sosial dumping skal bekjempes uten bruk av lovfestet minstelønn.

Målet for NSF skal være å forebygge og bekjempe sosial dumping.



Jeg og min familie spiser Fri Flyt Omega-3 fordi vi synes det er et viktig tilskudd til et normalt, sunt kosthold.

Sykepleier Stine S. Svanem

Gjør det enkelt!

Stine S. Svanem fra Brekstad på Ørlandet er sykepleier, gift og mor til to jenter. I brev til Vesterålens Naturprodukter skriver hun:

– Med forsendelsene i posten – som man kan regulere intervallene på selv – er det veldig enkelt og greit! Med abonnement hos Vesterålens Naturprodukter har vi alltid tilgang til et godt omega-3 tilskudd.

– Jeg har abonnert på Fri Flyt Omega-3 fra Vesterålens Naturprodukter siden oktober 2008, og har kun gode erfaringer med selskapet og produktet. Min familie spiser Fri Flyt Omega-3 fordi vi synes det er et viktig tilskudd til et normalt og sunt kosthold. For meg er det viktig å alltid ha tilgang på et omega-3 tilskudd i hjemmet. Derfor abonnerer jeg på Fri Flyt Omega-3.

I tillegg til selve produktet synes jeg Vesterålens Naturprodukter gir mye nyttig informasjon om kosttilskudd og helse i sine nyhetsbrev og brosjyrer. På nettsidene finner man informasjon og svar på eventuelle spørsmål man måtte ha.

Ønsker du å sikre familien et daglig kosttilskudd med omega-3 og D-vitamin, anbefaler jeg Fri Flyt Omega-3. Gjør det enkelt!

Vennlig hilsen Stine S. Svanem



EPA

DHA

DPA



FAKTA:

Innhold dagsdose	2 kps
Total mengde omega-3	700 mg
Herav:	
• EPA	330 mg
• DHA	220 mg
• DPA	30 mg
• Andre n-3 fettsyrer	120 mg
Vitamin E	10 mg
Vitamin D ₃	5 µg

*God helse
- helt enkelt!*

Abonnementspris:

360 kapsler/6 mnd forbruk
kun kr. 449,- portofritt!

Bestill nå!

SMS Send kodeord
SPREK 3 til 2077

Internett:
WWW.VNP.NO

Kundetelefon:
800 80 818

Åpningstider: Mandag–fredag: 08–21

Ja takk, jeg ønsker å abonnere på Fri Flyt Omega-3

Jeg mottar hver 6. måned tre bokser à 120 kapsler til kr 449,- portofritt.
Jeg kan når som helst endre intervall, leveringsdato eller avslutte mitt abonnement.

Navn:

Adresse:

Postnr/sted:

Telefon: Mobil:*

E-post:*

* Jeg samtykker i at Vesterålens Naturprodukter AS kan sende meg e-post/sms med nyttig informasjon, månedlige nyhetsbrev og tilbud på kosttilskudd og andre produkter. Tjenesten er gratis, og jeg kan når som helst melde meg av. Opplysninger blir ikke utlevert til tredjepart.

VESTERÅLENS NATURPRODUKTER AS Strandgt. 16, postboks 154, 8401 Sortland
Telefon: 800 80 818 • E-post: kundeservice@vnp.no **www.vnp.no**



Vesterålens Naturprodukter AS
Strandgata 16
Postboks 154, 8401 Sortland

Svarsending 9606
0098 OSLO

SPREK 3

«Ta deg en tur på byen»

Norske pasienter mangler en lov mot diskriminering i forhold til seksuell legning i helsetjenesten, slik de har i Sverige. Det gjør det vanskeligere å klage på overtramp.

Tekst **Eivor Hofstad** Illustrasjon **Birgitte Reff Kolbeinsen**

Sverige har diskrimineringsombudsmannen (DO) fått flere klager fra lesbiske kvinner på måten de har blitt møtt på i helsevesenet, særlig i forbindelse med assistert befruktning. Det har ikke likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) i Norge fått.

– En av grunnene til at vi ikke har fått formelle klager kan være at Norge, i motsetning til Sverige, fortsatt har et mangelfullt diskrimineringsvern for LHBT-personer. Vi mener at dette må rettes opp snarest, sier Sunniva Ørstavik fra LDO.

Vanskelige legebesøk

Selv om ikke diskrimineringsvernet er på plass, minner Ørstavik om at helsemyndigheter og helsevesen uansett er ansvarlig for at LHBT-personer skal motta likeverdige helsetjenester. Når LDO i 2011 og 2012 har økt oppmerksomhet på dette, har de fått høre om både gode og dårlige møter mellom helsevesen og LHBT-personer.

– I en uformell spørreundersøkelse vi hadde under Skeive dager, fortalte noen lesbiske om problemer i forbindelse med assistert befruktning,

for eksempel at fastleger har nektet å henvise dem til utredning for dette. En lesbisk kvinne fortalte til og med at legen hun gikk til for å utrede fertilitet i forhold til assistert befruktning, foreslo at hun i stedet kunne ta seg «en tur på byen», forteller Ørstavik.

Også hos Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH), handler de største problemene de har fått rapportert rundt assistert befruktning om vanskelige møter hos legen.

– De som tar kontakt med oss er de som har opplevd at legen ikke vil henvise til assistert befruktning fordi han eller hun er imot at lesbiske får barn, sier sosionom Hanne Børke- Fykse hos LLH.

Stockholm läns landsting dømt/frikjent

13. oktober i år ble Stocholm läns landsting dømt for å ha diskriminert en kvinne ut fra seksuell legning. Landstinget ble dømt til å betale kvinnen 15 000 svenske kroner i diskrimineringserstatning, i tillegg til 30 700 svenske kroner i saks-

skal ta imot alle slags pasienter. I Sverige har alle kvinner som lever i parforhold rett til assistert befruktning, og leger har ingen rett til å motsette seg å henvise pasienter videre for dette, uansett seksuell legning, sier Anna-Lena Sjölund hos DO.

Forvirrende stortingsvedtak

I Norge har det hittil vært annerledes. I 2009 fikk lesbiske kvinner i parforhold rett til assistert befruktning gjennom partnerskapsloven, men allerede i 2008 kom et stortingsvedtak som ga helsepersonell anledning til å reservere seg fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning. Vedtaket ber regjeringen «sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning».

Dette har feilaktig blitt tolket som at leger har reservasjonsrett, og flere leger har nektet å henvise pasienter til utredning. En av disse er fertilitetslege Øyvind Magnus. I 2008 sa han til Vårt Land: «Jeg utdannet meg som lege for å hjelpe mennesker som er syke, ikke for å bedrive sosialtjenester. Assistert befruktning av lesbiske er ikke et medisinsk spørsmål, men en sosial behandling.»

Han vil gå til rettssak, om nødvendig til menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg, dersom han mister jobben på grunn av sitt synspunkt. Hans viktigste argumenter mot assistert befruktning til lesbiske, er at barnet er fratatt retten til far. Og hvis reservasjonsretten for helsepersonell begrenses, er loven kun en kamp for de homofile og ikke for de svake, mener han.

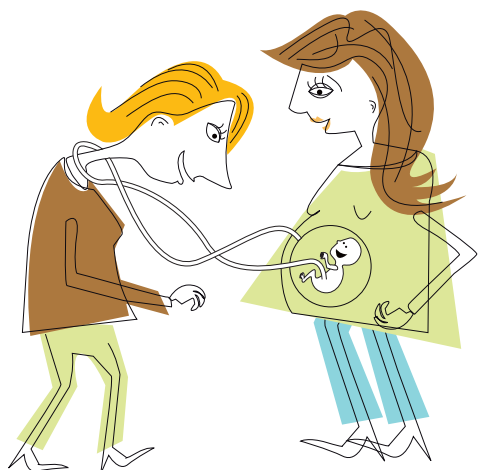
Ingen juridisk reservasjonsrett

Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Ragnhild Mathisen, understreker at det ikke er snakk om noen juridisk reservasjonsrett slik man har ved abort, og at adgangen til å fritas absolutt ikke gjelder et fritak mot å henvise.

– Fastleger har ikke adgang til å reservere seg mot å henvise lesbiske par til assistert befruktning eller andre lovpålagte oppgaver. Vi utformer

«Fastlegen kan ikke reservere seg mot å henvise lesbiske par.»

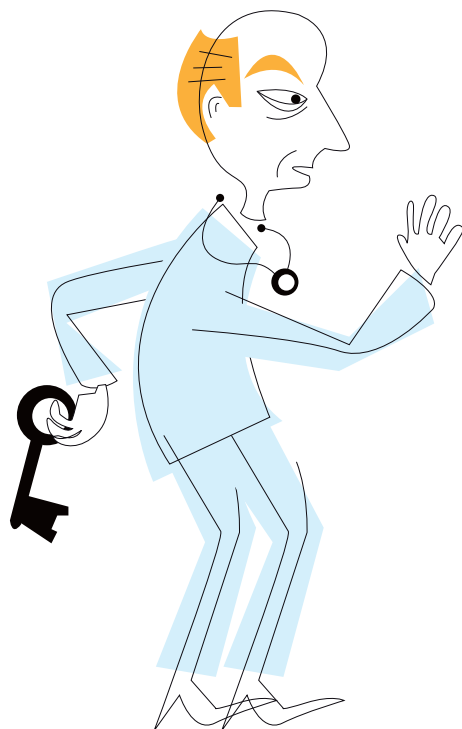
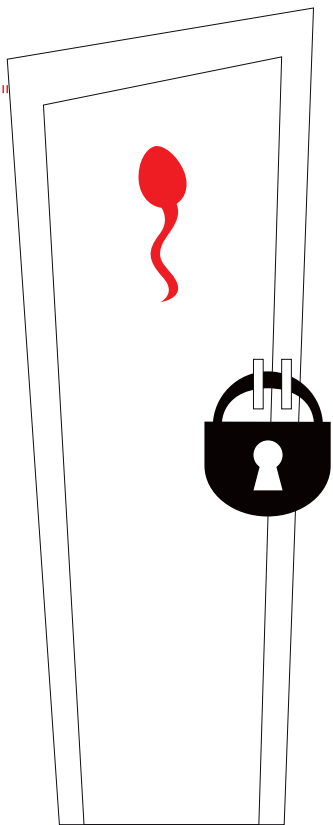
Ragnhild Mathisen, HOD



omkostninger til DO. Kvinnen og hennes hustru hadde i 2009 oppsøkt Liljeholmen vårdcentral (en slags utvidet helsestasjon) for å få henvisning til utredning for assistert befruktning. Der ble hun bedt om heller å henvende seg til det spesielle mottaket for lesbiske og bifile kvinner på Södersjukhuset i Stockholm.

Utredningen er den samme uansett seksuell legning, og kvinnen hadde ikke noe behov for spesialbehandling. Hun insisterte derfor på å få tid på helsesenteret, men følte seg avvist. Først etter nye kontakter fikk paret bestille time, men da hadde de ikke lenger lyst til å gå dit.

– Selv om det finnes et eget mottak for lesbiske og bifile kvinner, er tanken at alle helsesentre



INGEN JURIDISK RESERVASJONSRETT: Noen leger har misforstått og tror de har reservasjonsrett til å nekte å henvise lesbiske kvinner til utredning om assistert befruktning. Statssekretær Ragnhild Mathisen vil avkrefte den myten med et rundskriv.

nå et rundskriv som i løpet av høsten vil gå ut til alle kommuner hvor vi presiserer at det ikke er mulig å reservere seg mot å henvise, sier hun.

– Hvilke sanksjonsmuligheter finnes mot leger som nekter å henvise videre?

– Det er kommunenes ansvar å sørge for at de har avtaler med fastleger som følger loven.

– Men hva skal kvinner gjøre som opplever å bli avvist?

– De bør klage til Fylkesmannen for vurdering av mulig brudd på pliktbestemmelser i helsepersonelloven. Pasientombudet er også en mulighet. Når vi nå presiserer gjennom et rundskriv at fastleger ikke har anledning til å reservere seg mot å henvise, forventer vi at det ikke skjer i framtida, sier statssekretæren.

Kartlegger omfanget

Legeforeningen tolker stortingsvedtaket slik Ragnhild Mathisen i HOD gjør, og ønsker ikke en situasjon der pasienter frykter å bli avvist i sitt møte med helsetjenesten. Nå er Helsedirektoratet i gang med en undersøkelse hvor de kartlegger omfanget av helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker å fritas ulike lovpålagte tjenestetilbud.

– Den vil komme innen utgangen av året og vil gi oss en bedre oversikt over omfanget av slike reservasjoner, sier statssekretær Mathisen.

Norge har lenge hatt en juridisk reservasjonsrett når det gjelder abort, men da har ikke pasienten blitt konfrontert med den legen som har reservert seg. Reservasjonsretten for abort gjelder dessuten generelt, ikke for spesielle menneskegrupper i samfunnet.

– I en allerede sårbar situasjon er det en enorm belastning for de det gjelder å bli avvist

av fastlegen. Vi mener at det verken er juridisk eller etisk riktig, sier Jeanette Fjeldheim, juridisk rådgiver hos LLH.

Sykepleien spurte barne- og likestillings- og inkluderingsdepartementet om anledningen til å reservere seg vil falle bort i den nye diskrimineringsloven (se faktaboks). Vi fikk til svar at departementet vil diskutere dette spørsmålet i proposisjonen som vil legges fram for Stortinget i 2012/2013. Men det er per i dag ikke tatt noen endelige avgjørelser i forbindelse med dette spørsmålet.

Mest diskriminering i helsevesenet

I Sverige utpeker helsetjenesten seg med flere klager til DO enn sosialtjenesten og sosialforsikringen. Derfor har DO i snart to år hatt spesielt fokus på helsetjenesten. Av 170 klager på helsevesenet som kom inn til DO i 2010, kom åtte fra lesbiske kvinner. Det var en dobling fra året før. Av de åtte er det tre som er under utredning, de andre er avsluttet.

– De fleste klagene gjelder funksjonshemming og etnisk tilhørighet, men det meste av dette går ikke å bevise og vi går derfor ikke videre med det, forteller Anna-Lena Sjølund.

For tiden har de en klage til utredning som gjelder en lesbisk kvinne. Hun kom til sin første kontroll hos jordmoren etter at hun var blitt gravid. Jordmoren kalte henne og hennes partner for «sånne som dere» og syntes det var rart at partneren var med, men eventuelt ikke kom til å bli foreldre til barnet. Klageren fikk heller ikke svar på sin uro og bekymringer om en spontanabort.

– Vi gjør en upartisk utredning av saken, og den kan ende med at vi henlegger den eller går videre med stevning. De fleste sakene ender da

med forlik, men noen ender også i domstolene, som i saken fra 13. oktober, sier Sjølund.

Hos norske LDO forteller Sunniva Ørstavik at det i den uformelle undersøkelsen de hadde under Skeive dager i sommer kom fram at det var en relativt stor gruppe blant lesbiske og homofile – og en enda større andel av transpersonene – som mente at det å være LHBT-person påvirker både helsen og behovet for helsetjenester. ■■■

Lover fullstendig vern

► I Norge er lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT-personer) kun lovbeskyttet mot diskriminering i arbeidslivet og på boligmarkedet.

► Under Skeive dager i juni lovet barne- og likestillingsminister Audun Lysbakken at et fullstendig likestillingsvern for LHBT-personer skulle komme på plass i 2012/2013.

► Lysbakken mener at et slikt vern ikke bør inngå i en helhetlig diskrimineringslov som erstatter dagens mange ulike og fragmenterte diskrimineringslover. – En samlet diskrimineringslov vil kunne svekke diskrimineringsvernet for kvinner, som er et sentralt instrument i likestillingsarbeidet. Jeg ønsker derfor ikke å oppheve likestillingsloven, sier han i en pressemelding.

► På samme måte mener han at egne lover innenfor etnisitet og funksjonsevne vil gi de beste rammene for likestillingsarbeidet innen de ulike gruppene. Dette betyr at likestillingsloven, diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven videreføres, i tillegg til at vi får en ny lov mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Til sammen vil vi altså få fire lover på diskrimineringsområdet.

Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleier- forbundet

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.



Ta 3 ...betal for 2

Rabattkode 25796

Tilbudet gjelder modell
8219 som vist på bildet.

Ny katalog

Den nye katalogen vår er her.
Yrkesklær med stil og personlighet!

GRATIS KATALOG
www.HealthWorkers.com
Tel 33 48 60 50



MS Zone sandal
kr 1700,-

SGL
SENSORY GAIT LINE

S201110 NR11

Health+Workers
www.HealthWorkers.com

Karoline Grindaker

Alder: 36 år

Aktuell som: Filmskaper med dokumentaren Frontsøstre

BAKGRUNN:

I dokumentarfilmen Frontsøstre, nylig vist på NRK, treffer seerne Bjørg, Astrid, Janna, Gunvor, Grete og Aase. De dro alle til østfronten under den annen verdenskrig for å være sykepleiere. Flere ble dømt som landssvikere. Karoline Grindaker har laget filmen sammen med Hilde Kjøes.

Filmet frontsøstre

Hvorfor ville dere filme frontsøstrene?

– I mange år jobbet jeg som reiseleder for Aktive Fredsreiser. Der hørte jeg om skjebnen til frontsøstrene. Dette handler om hvordan vi skal formidle denne delen av historien.

Hvordan har dere gjort det?

– Vi har fortalt hvordan de har båret byrdene ved å leve videre som landssvikere etter krigen. Til tross for handlinger de har gjort av godhet.

Men noen hadde nazisympatier?

– Noen var ikke politisk bevisst i det hele tatt. Andre hadde vokst opp i NS-familier og ble slik medlem i partiet selv. Men felles var et ønske om å hjelpe.

Det er ulike historier de seks frontsøstrene forteller?

– Ja, men alle har hatt skjellsettende opplevelser i Tyskland. Valg de gjorde som veldig unge, har fått konsekvenser for dem for resten av livet.

De har levd veldig isolerte?

– Samfunnet har vært lite åpent for å snakke om dette.

Ble de dømt?

– Tre i filmen fikk dom.

Jobbet de som sykepleiere etterpå?

– Nei, ingen av de seks. Det var ikke lett å komme tilbake til Norge. Noen ble fratatt borgerrettighetene i flere år. En av dem ble værende i Tyskland.

Internasjonale Røde Kors ville stoppe rettsforfølgelsen av frontsøstrene, men Norges Røde Kors sa nei?

– Frontsøstrene følte seg sviktet av organisasjonen sin. Det var hardt for dem. De fikk en

slags offentlig unnskyldning i 1997, men da var mange av dem døde og fikk ikke oppleve det.

Hvor mange dro til fronten?

– 450 norske kvinner dro. De var unge, noen bare 18-19 år gamle. Mange ønsket ikke å jobbe for tyskerne, men eneste måte å få sykepleierutdanning på, var via Røde Kors.

Hvilke reaksjoner har dere fått på filmen?

– Veldig mye positivt. Flere sier de skammer seg over sine fordommer. Noen hadde ønsket en mer politisk film. Men det er ikke det vi gjør, vi portretterer mennesker. Vi har ønsket å så et frø.

Hvor mange lever av de seks?

– To.

Hva har gjort mest inntrykk på deg?

– Den børen de har gått med resten av livet. Og hvor lett det er å fordømme. De var utsatt for ekstreme traumer.

Hvilke traumer?

– For det første var de nær fronten og så voldsomme skader. Da de hvite bussene hentet nordmenn i leirene, fikk ikke frontsøstrene være med hjem. Mange ble frarådet å komme tilbake til Norge. Noen ble igjen og jobbet for tyskerne, andre ble i russisk sone. Noen gikk til fots fra Wien til danskegrensen. Det var ekstremt med voldtakter. De bodde i leire og levde av neslesuppe. Sult og fortvilelse gjorde at flere vurderte å ta sitt eget liv.

Har dere snakket med flere enn de seks?

– Ja, flere ønsket ikke å stå fram av hensyn til familien.

De har skjult sin fortid?

– Ja, mange har ikke klart å snakke om det.

Tekst og foto Marit Fonn



A photograph of a woman and a young girl sleeping in a bed. They are both covered in white, voluminous bedding. The woman is on the left, and the girl is on the right. The background is a plain, light-colored wall. The overall mood is peaceful and intimate.

Den mysti



ske søvnen



« Å spørre om hvorfor vi sover, er like meningsløst som å spørre hvorfor vi er våkne. Bjørn Bjorvatn

Vi bruker en tredjedel av livet på å sove. Vi trenger søvn for å holde oss friske, men én av ti har alvorlige søvnproblemer. For de fleste problemene fins det hjelp. Tekst Susanne Dietrichson



SØVNDOKTOR: Bjørn Bjorvatn kan si så mye om søvn at han har fått formidlingspris. Foto: Marit Fonn.

En vanlig definisjon er at søvn er en reversibel tilstand av nedsatt bevissthet, forteller Bjørn Bjorvatn, professor, lege og leder av Nasjonalt kompetansesenter for søvn og Bergen søvnsenter.

– I motsetning til et menneske som er i koma kan et sovende menneske når som helst vekkes opp. Men søvn er ikke bare fravær av våkenhet. Det skjer ting når vi sover som ikke skjer når vi er våkne. For eksempel at vi utskiller viktige stoffer.

Søvnstadier

Søvnen deles inn i fem stadier, 1–4 og REM (rapid eye movement)-søvn.

- › Stadium 1 er overgangsfasen mellom søvn og våkenhet. I denne fasen er hjernebølgene noe langsommere enn når vi er våkne, men vi er lette å vekke.
- › Stadium 2 kalles lett søvn, cirka 50 prosent av den totale søvnen foregår i dette stadiet.
- › Stadium 3 og 4 regnes som dyp søvn; her er hjernebølgene langsomme, og det er vanskelig å vekke oss når vi befinner oss på dette stadiet i søvnen.

Bjorvatn forteller at den dype søvnfasen regnes som den viktigste for å bli uthvilt og fungere bra neste dag.

– Under REM-søvnen derimot, er hjernebølgene nesten like aktive som når vi er våkne, men samtidig er muskulaturen på sitt mest avslappete. Det er vanlig å drømme i denne fasen.

Å kartlegge søvn kan gjøres på mange forskjellige måter.

– Man kan benytte spørreskjema og kartlegge hvordan folk selv


har opplevd søvnen sin den siste måneden. Søvnloggbøker er også et enkelt og godt redskap for å kartlegge søvn. Begge disse undersøkelsene gir et subjektivt inntrykk av hvordan folk opplever eget søvnmønster, forteller han.

– I tillegg bruker vi objektive målinger hvor vi registrerer hvordan mennesker sover om natten ved å feste elektroder til hodet deres. Dette kalles **polysomnografi** og registrerer hjernens aktivitet, muskelspenninger og øyebevegelser. Polysomnografi kan gjøres både på sykehus og hjemme. Ved slike undersøkelser kan man også filme pasienten. Dette gjør vi en sjelden gang hvis pasienten for eksempel går mye i søvne eller sover veldig urolig, sier Bjorvatn.

Behandling

– En annen måte å registrere søvn på er **aktigrafi**, hvor vi utstyrrer folk med et armbånd som de går med hele døgnet.

På søvnsenteret i Bergen og ved Senter for søvnmedisin ved Haukeland universitetssykehus gis behandling mot alvorlige søvnproblemer og søvnsykdommer som narkolepsi, urolige bein og søvnapné.

– Disse tilstandene er svært forskjellige og trenger derfor forskjellig behandling. Narkolepsi og urolige bein krever medikamentell behandling, mens søvnapné kan behandles med vektreduksjon, pustemaske eller operasjon. Personer som lider av forsinket søvnfase eller søvnløshet kan få hjelp ved å legge om søvnvaner eller ved bruk av lyskasse, mens **parasomni**, som innebærer å gå i søvne, snarere krever konkrete tiltak som låste dører og vinduer, sier Bjorvatn. 

Hun som sov i hundre år

Eventyret om Tornerose er kjent som folkeeventyr i hele Europa. Eventyret ble skrevet ned i 1812 av Brødrene Grimm, men en versjon av Charles Perrault ble trykket allerede i 1697.

Eventyret handler om den vakre prinsesse Tornerose som stikker seg på en tein og faller sovende om for så å sove i hundre år til trolldommen blir brutt av en vakker prins.

Søvn som straff

Volsungesaga forteller om valkyrien Brynhild som ble utpekt av Odin til å avgjøre en kamp mellom de to kongene Hjalmgunnar og Agnar. Selv om hun visste at Odin foretrakk Hjalmgunnar, gjorde hun Agnar til stridens vinner.

Som straff ble hun dømt til å leve livet som et vanlig menneske og til å sove omgitt av flammer i en fjern festning, inntil en mann redder henne og gifter seg med henne.

Får barna til å sove

Ole Lukkøye, eller Jon Blund, er også kjent fra folkeeventyrene. Jon Blund opptrer i godnattsanger og -historier som en liten mann som har med seg et pulver han drysser i øynene på barna slik at de sovner.

Vi finner ham hos H.C. Andersen og i Asbjørnsen og Moes folkeeventyr, men også August Strindberg har ham med i et av sine kammerspill.



« Til og med hos bananfluer har man påvist inaktive faser som kan sammenlignes med søvn.

Livsviktig

– Å jobbe med søvn er tverrfaglig. Og siden behandlingen av problemene er så forskjellige er det viktig med en grundig utredning av pasienten.

Bjørvatn synes spørsmålet «*hvorfor sover vi?*» er dumt.

– Dette er et spørsmål jeg får veldig ofte, men jeg synes det er like meningsløst som «*hvorfor er vi våkne?*». Alle vet at vi må være våkne for å spise, hvis ikke ville vi sultet i hjel, og vi må være våkne for å ha sex, hvis ikke ville vi dødd ut. Søvn er også livsviktig, sier han.

– Vi bruker en tredjedel av vår eksistens på å sove, alle levende vesener sover. Til og med hos bananfluer har man påvist inaktive faser som kan sammenlignes med søvn. Absolutt alle levende vesener veksler mellom søvn og våkenhet, eller mer aktive og mindre aktive faser. Men vi forstår ikke fullt ut hva som skjer når vi sover.

Mysterium

Bjørvatn tror ikke – og håper heller ikke – at vi noen gang kommer helt til bunns i søvnens mysterier.

– Vi forstår ikke, og kommer heller aldri til å forstå søvn som begrep. På samme måte som vi aldri kommer til å løse gåten om menneskehetens eksistens. Vi kommer til å få vite mer om hva som skjer når vi sover enn vi gjør i dag, men vi kommer ikke til å forstå alt.

Bjørvatn forteller at synet på søvn har endret seg etter hvert som forskningen har avdekket nye fenomener knyttet til søvn.

– Eksempelvis trodde man en periode at man hadde løst søvngåten. Dette var fordi man oppdaget et søvnhormon, et hormon man produserer i våken tilstand, men bryter ned når man sover. Men det viste seg ikke å være fullt så enkelt.

Mørkets hormon

– *Hva er det viktigste som skjer i hjernen vår når vi sover?*

– Hjernen skiller blant annet ut melatonin, som er det overordnede hormonet som styrer døgnrytmen. Melatonin kan derfor brukes til å behandle en vanlig søvnsykdom som forsinket søvnfasesyndrom.

Melatonin skilles ut fra epifysen, en liten hjernestruktur dypt inni hjernen, og påvirker vår biologiske klokke som styrer om vi er såkalte a- eller b-mennesker.

Melatonin kalles mørkets hormon fordi det skilles ut når det er mørkt. Hos de fleste når produksjonen et maksimum ved tre-fire tiden om natten.

– Men hormonet vil også skilles ut hvis vi ikke sover, som hos skiftarbeidere. Produksjonene av dette hormonet er også knyttet til alder; jo eldre vi er, jo mindre produserer vi, sier han.

Tanken om at vi restitueres når vi sover gjelder fremdeles, altså at vi produserer stoffer som brytes ned når vi sover. Men Bjørvatn forteller at de hormonelle prosessene og samspillet mellom disse i våken og sovende tilstand er svært komplekse.

– Vi mener at søvn er vesentlig når det gjelder sykdommer og død, men vi vet ikke nøyaktig hvorfor. Forskning har påvist sammenheng både mellom langvarig søvnmangel og psykiske problemer, og mellom søvnmangel og fysisk sykdom, sier Bjørvatn.

– Forsøk med rotter viser at de dør etter 18 døgn uten søvn. Hvis vi mennesker ikke sover blir vi i første omgang irritable, sure, grinete og trette, men det er ikke livstruende.

– Det er dokumentert at vi er i stand til å prestere godt, både fysisk og psykisk på kortvarige tester selv om vi har søvnunderskudd.

Forskjellige behov

Men varig søvnmangel øker risikoen for alvorlige tilstander som diabetes, overvekt og depresjon.

– *Er mennesker veldig forskjellige når det gjelder søvnbehov?*

– Ja, behovet for søvn varierer fra menneske til menneske. Vi er jo svært forskjellige som mennesker og da er det jo heller ikke så rart at vi har forskjellig søvnbehov. Men de fleste av oss sover mellom seks og ni timer i døgnet.

Mellom 10 og 15 prosent av befolkningen har alvorlige søvnproblemer over tid.

– *Hva med drømmer? Er det skadelig ikke å drømme?*

– Nei, jeg tror ikke drømmer er så viktige.

Bjørvatn minner om at Freuds teori om at drømmer er et uttrykk for skjulte ønsker heldigvis ikke lenger er rådende.

– Det ville vært problematisk for dem som for eksempel drømmer at de begår masse mord. I dag tror vi at drømmer kan ha en viss betydning for hukommelse og for å bearbeide inntrykk. Men det kan være vel så belastende å drømme mye, for eksempel i form av mareritt, enn ikke å drømme i det hele tatt. ➔

Døgnrytme

Søvn påvirkes blant annet av døgnrytmen. Denne rytmen er ganske stabil, men følger ikke et døgn på 24 timer. Forsøk har vist at den vanligvis er på 25 timer og at den må justeres hver dag. Lys er den viktigste faktoren som påvirker døgnrytmen.

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer

Insomni eller søvnløshet

Den vanligste søvnforstyrrelsen. I løpet av livet vil en av tre ha perioder med søvnløshet. Ti til femten prosent har mer varig søvnløshet. Kvinner er oftere søvnløse enn menn.

Pasientene har dårlig eller lite søvn fordi de har problemer med å sovne, sover urolig, våkner tidlig på morgenen eller selv opplever at de sover dårlig. Det gjør at de fungerer dårligere på dagtid.

Behandles vanligvis med medikamenter, til tross for at ny kunnskap tyder på at behandling uten medikamenter er bedre.

Pasientene har gjerne problemer med søvnløshet hele livet, men mange har god nytte av riktig behandling. Søvnløshet gir økt risiko for psykiske lidelser, særlig depresjon.

Forsinket søvnfasesyndrom

Vanligst i ungdomstiden opp til 25 år.

De som har forsinket søvnfasesyndrom sovner flere timer seinere enn normalt og sover utover neste dag. Deres indre klokke er innstilt på et døgn med 26–27 timer, noen kanskje opp mot 40 timer.

Lengden på søvnen er normal, den er bare forskjøvet. Problemer oppstår dersom de må stå opp tidlig, for å gå på skole eller jobb. Det kan gå ut over konsentrasjon og læreevne tidlig på dagen. Mot kvelden øker våkenheten.

De som har denne søvnforstyrrelse, har en egen variant av et gen som styrer døgnrytmen.

Forsinket søvnfasesyndrom avtar ofte fra 25-årsalder, men kan ikke helbredes. Den mest effektive behandlingen er lysterapi.

Søvnapné

Innebærer pustestopp under søvn i ti sekunder eller mer. Ofte forbundet med kraftig snorking.

Opptre hos både menn og kvinner i alle aldre, men vanligere hos overvektige, ved Downs syndrom og ved hjerte- og karlidelser.

Symptomer er gjerne søvnighet på dagtid og snorking om natten. Gir blant annet risiko i form av konsentrasjonssvikt, hjertesykdommer og lærevansker.

Behandling kan være å sove regelmessig, gå ned i vekt, slutte å røyke og CPAP. Kirurgi kan være nødvendig.



FOTOGRAF: REGIN HJERTHOLM

Lege og bildekunstner Regn Hjertholm står bak fotoprojektet «Søvn».

– Utgangspunktet for prosjektet er nysgjerrighet. Vi tilbringer store deler av livet med å sove, men vi vet ikke hvordan vi ser ut når vi sover, hvordan vi beveger oss i søvne og hvordan vi forholder oss til hverandre. Jeg ønsket å ta bilder av ekte søvn, forteller Hjertholm.

– Men som et kunstprosjekt har det også flere lag. De skulpturelle formene som oppstår når vi sover interesserer meg veldig. Hvordan stoffene danderer seg og skyggene faller. Det danner seg klassiske draperier, ulike mennesker lager ulike spor i senga. Dette har også en verdi i seg selv.

Hjertholm inviterte venner og bekjente til å overnatte i atelieret sitt hvor han tok bilde av dem med et automatisk kamera som fotograferte hvert åttende minutt gjennom hele natten.

– Alle sover på samme sted, i samme seng og i samme sengetøy. Det er bare menneskene som er forskjellige.

Urolige bein

Rundt femten prosent av befolkningen har urolige bein.

Antakelig er det mange som ikke har fått diagnosen.

Beskrives ofte som «maur i beina».

Denne følelsen kommer når man er i ro, og lindres av bevegelse. «Maurene» kommer om kvelden eller natten, ikke tidlig på dagen.

Årsaken til urolige bein er enten ukjent eller skyldes en bakenforliggende sykdom, røyk eller alkohol.

Det fins ganske effektiv behandling, enten ikke-medikamentell eller med medikamenter.

Gå i søvne

Å gå i søvne kalles også somnambulisme, og er særlig vanlig hos barn og ungdom. De fleste slutter før de er femten år.

En god del opplever å gå i søvne en gang, men blant barn har tre til fire prosent perioder hvor de går i søvne regelmessig. Vanligvis i løpet av de tre-fire timene etter at de har sovnet. Går da ofte i søvne i mindre enn femten minutter.

Forstyrrelsen skjer når man går fra dype søvnstadier over til lettere.

Årsaken er ukjent, men de fleste har slektninger som også har gått i søvne.

De fleste husker ingenting morgenen etter.

Det er sjelden behov for utredning eller behandling. Men det er viktig å beskytte den som går i søvne mot å skade seg.

Nattlige skrekkanfall

Ses oftest hos barn mellom fem og sju år. De våkner om natten med et skrik, kan virke skrekkslagne og er vanskelige å trøste. Ofte husker de ingenting dagen etter.

Anfallene skjer i overgangen mellom dyp og lettere søvn, som regel tidlig om natten.

Årsaken er ukjent, men 90 prosent har slektninger som har hatt det samme.

Utredning og behandling er sjelden nødvendig. De fleste vokser det av seg.

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer

Les mer:

www.sovno.no, www.nk.no og www.soevnforeningen.no

Barnet som sov

Den lille sønnen til Susanna Mørch var aldri vanskelig å legge.

Tekst **Nina Hernæs**



SPRER KUNNSKAP: Susanna Mørch håper helsesøstre lærer mer om narkolepsi. Foto: Erik M. Sundt.

Julius sov mye fra han var bitte liten. Mamma Susanna Mørch kunne ta ham med over alt. Men etter hvert som han ble eldre, skjønte hun at noe var galt.

– Han sovnet i bilen straks jeg hadde hentet ham fra barnehagen og sov til neste morgen, forteller Susanna Mørch.

– Ingen av de andre barna gjorde det.

Så oppdaget hun at det var mye han ikke oppfattet, som farger og hvilken type bil de kjørte. Han var for trøtt.

Hun gikk til lege, som sa trøttheten skyldtes blodmangel eller for lite vitaminer. Men vitaminpiller hjalp ikke.

– Men jeg er sta, så jeg maste, og til slutt ble Julius henvist til sykehus.

Der ble han sendt til søvnutredning, og som et av de første barna i Norge, fikk han diagnosen narkolepsi. Da var Julius fem år.

Sjelden sykdom

Narkolepsi er en neurologisk sykdom som gir typiske forandringer i søvnmønsteret.

Sykdommen ble først beskrevet på 1800-tallet. Så ble den mer eller mindre glemt og tatt fram igjen på 1900-tallet som en betegnelse på alle typer trøtthet. Først på 1960-tallet kunne man ved hjelp av EEG skille mellom ulike former for trøtthet, og narkolepsi ble igjen en sjelden sykdom.

Søvnanfall

De klassiske tegnene på narkolepsi er søvnanfall på dagtid, katapleksi (plutselig kraftløshet uten tap av bevissthet), søvnparalyse (tap av muskelkraft når man sovner eller våkner) og hypnagogiske hallusinasjoner (hallusinasjoner mellom våkenhet og søvn).

De fleste symptomene skyldes forstyrrelser i REM-søvnen eller «drømmesøvnen».

Det uttalte symptomet til Julius var søvnanfall på dagtid. Mamma Susanna Mørch forteller om da de lekte gjemsel i barnehagen.

– Han gjemte seg i en busk, og sovnet. Ingen fant ham, og til slutt fryktet personalet at han hadde stukket av.

Medisiner

I dag er Julius 20 år og nesten ferdig elektriker. Susanna Mørch legger ikke skjul på at det har vært tøft.

– Jeg hadde aldri hørt om søvnsykdommer, forteller hun.

– Da jeg kom hjem fra sykehuset, strevde jeg med å huske hva sykdommen het.

De fleste med narkolepsi trenger medisiner. Mørch ble tidlig rådet til å gi Julius sentralstimulerende medikamenter mot søvnigheten om dagen. Hun vegret seg litt. Men da han begynte på skolen, fikk hun beskjed om at hun hadde valget mellom å gi han et så normalt liv som mulig med medisiner, eller et liv med problemer uten medisiner. Og da var valget ikke så vanskelig.

Kjempet mot skolen

Skolestart ble også starten på en seig kamp for tilrettelegging.

– Jeg strevde med å få skolen til å legge ting til rette for Julius selv om det var bekreftet at han hadde spesielle behov. For eksempel kan barn med narkolepsi streve med å få med seg beskjeder. De kan ha anfall av mikrosøvn, der de sovner i noen sekunder uten at noen merker det, og de bruker ofte all energi på å holde seg våken. Bare det å få skolen til å stille Julius kontrollspørsmål om han hadde fått med seg det som ble sagt, var vanskelig.

Hun erfarte også at assistenten han etter hvert ble tildelt, ble brukt til hele klassen. Han ble ikke minnet på å ta medisiner, fikk ikke ekstra tid til prøver. Det var stadige møter. Frustrasjon. Sinne.

Ettermiddagene brukte de to sammen på lekser. De leste avsnitt for avsnitt, gikk gjennom hva som sto i ett før de gikk til neste. Aldri fotball eller andre fritidsaktiviteter. Julius var for trøtt. Men han fikk gode karakterer på skolen.

Lite kunnskap

Hun fikk god hjelp og støtte da hun tok kontakt med Norsk forening for søvnsykdommer. Der fikk hun hjelp av en såkalt likemann, en som hadde vært i en liknende situasjon og som hadde mestret det. Nå er Mørch selv likemann og tillitsvalgt i foreningen. Hun er opptatt av å spre informasjon om narkolepsi.

– Altfor mange kan for lite, sier hun.

– Jeg husker første møte med skolehelsesøster, der jeg fortalte at Julius hadde narkolepsi. I papirene skrev hun epilepsi.

Hun oppfordrer helsesøstre til å være på vakt når barn har stort søvnbehov på dagtid.

– Ikke bare gå ut fra at foreldrene er slappe med leggingen, sier hun.

– Hør på mor

Sykepleier Knut Hallvard Bronder ved Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi har følgende råd:

– Hør på mor. Når hun er bekymret, er det god grunn til å gripe inn. Reager dersom barn brått endrer søvnmønster, om de får økt søvnbehov, sovner når de er i ro eller plutselig blir redd for å sovne alene.

Voldsomme mareritt kan også være et symptom, men barn klarer ofte ikke å fortelle om dem.

– Dessuten legger veldig mange kraftig på seg, sier han.

Han erfarer også at noen barn blir hyperaktive og feiltolket som om de har AD/HD.

– Men tenk hvordan barn oppfører seg når de er overtrøtte, sier han.

– Da kan de bli veldig aktive.

Krever tilrettelegging

Susanna Mørch vil formidle at det går fint å leve med narkolepsi, men det krever tilrettelegging.

Hun håper andre med narkolepsi slipper å kjempe like mye som hun har gjort for Julius.

– Jeg sa til meg selv: Gi aldri opp. Hvis du en dag kan si at du har gjort alt du kan, trenger du ikke ha dårlig samvittighet. ➔

« Søvn-
sykdom-
mer
hadde
jeg aldri
hørt om.



Narkolepsi

Narkolepsi er en sjelden nevrologisk sykdom. Ifølge anslag har færre enn én av tusen mennesker narkolepsi.

Det klassiske tilfellet av narkolepsi er søvnanfall på dagtid, katapleksi (som er plutselig kraftløshet uten tap av bevissthet), søvnparalyse (tap av muskelkraft når man sovner eller våkner) og hypnagoge hallusinasjoner (hallusinasjoner mellom våkenhet og søvn).

Sykdommen utredes ved klinisk nevrofysiologisk laboratorium. Det gjøres ulike søvntester og tas blodprøve.

Sykdommen debutterer ofte i ung alder, men mange får diagnosen opp til tju

år etter de første symptomene. Antakelig er det flere som aldri blir diagnostisert.

Narkolepsi blir man ikke kvitt, men det fins behandling som kan lindre symptomer og gjøre det mulig å leve nokså normalt. Behandlingen består av medikamenter, råd om søvn og informasjon til de rundt.

Det brukes ulike medikamenter. Noen motvirker trangen til å sove om dagen, noen reduserer katapleksi, hypnagoge hallusinasjoner og søvnparalyse og noen bedrer kvaliteten på søvnen om natten.

Fram til nå blir det oppdaget én til to tilfeller i året. Men det siste året er det registrert 18. Økningen settes i sammenheng med vaksinen som ble gitt mot svineinfluensa, Pandemrix.

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndr. og narkolepsi

Sover urolig etter hjerne

Linda Bakken vil ha flere sykepleiere til å tenke på søvn.

Tekst **Nina Hernæs**

En nylig publisert artikkel viser Linda Bakken og kolleger at pasienter i akutfasen etter hjerneslag veldig ofte våkner fra søvn.

– Normalt bør vi ikke våkne mer enn fire-fem ganger i løpet av natten, men pasientene jeg undersøkte våknet i snitt 13 ganger, sier Linda Bakken.

– En fjerdedel våknet sytten ganger eller mer.

Å sove dårlig kan gå ut over oppmerksomhet og læreevne, og dermed gjøre opptrening etter et hjerneslag vanskeligere.

Estimerer søvn

Bakkens studie er en del av forskningsprosjektet *Tretthet og utmattelse etter hjerneslag*.

I tillegg til søvn, ser forskere på depresjon, fatigue og fysisk funksjon.

Bakken har inkludert 119 pasienter i sin studie, og har fulgt

dem fra akutfasen og halvannet år fram i tid. For å estimere søvn, bruker hun aktigrafer. Det er klokkelignende bevegelses-sensorer, som festes på pasientens arm og beregner søvn ut fra bevegelsene i armen. Aktigrafen settes på den armen som er minst affisert av slaget.

– Det er en mye enklere måte å estimere søvn på enn ved polysomnografi, hvor pasientene gjerne må ligge på et søvnlaboratorium, forklarer hun.

– Men i motsetning til polysomnografi, viser ikke aktigrafen dybden på søvnen, den skiller bare mellom det å sove og å være våken.

En fordel, ifølge Bakken, er at aktigrafen kan sitte på i flere dager, og dermed gi et bilde av døgnrytmen også på dagtid.

– Pasientene med hjerneslag er gjerne eldre, og de sover gjerne mer på dagen enn yngre mennesker, forklarer hun.

Pasientene i studien hadde aktigrafen på i tre dager.



FORSKER VIDERE: Linda Bakken vil se hvordan de med hjerneslag sover etter den akutte fasen. Foto: Erik M. Sundt.

Tåler godt skiftarbeid i Nordsjøen

Siri Waage har undersøkt hvordan skiftarbeid påvirker søvn og helse til offshorearbeidere.

Tekst **Nina Hernæs**

Rundt 23 prosent hadde det vi kaller **skiftarbeidslidelse**, forteller sykepleier Siri Waage, som nettopp har disputert med avhandlingen *Shift work, sleep and health in the petroleum offshore industry* ved Universitetet i Bergen.

Hennes doktorgrad er del av et større forskningsprosjekt som ser på konsekvenser av å jobbe skift offshore.

Overrasket

Skiftarbeidslidelse innebærer søvnproblemer og/eller uttalt søvnløshet i våkenperioden relatert til skiftordningen, som har vart i minst en måned. Det gjelder bare de som jobber når de normalt ville sovet, enten natt eller veldig tidlige morgenskift.

– At så mange som en av fire hadde lidelsen, overrasket meg først, forteller Waage.

– Men sammenlignet med andre grupper ser det ikke ut til å være så høyt.

Mange av dem som kvalifiserte til lidelsen, opplevde heller ikke plagene som noe stort problem.

Selektert gruppe

Å jobbe skift forstyrrer døgnrytmen, men det er lite kunnskap om hvilke konsekvenser det kan ha for norske offshorearbeidere. Konklusjonen til Waage er at oljearbeiderne offshore ser ut til å tåle

skiftarbeid godt. Men hun peker på at dette er en selektert gruppe.

– For å jobbe her må de være friske. De er til helseundersøkelse hvert annet år, de har helsepersonell som tar hånd om eventuelle medikamenter, de tjener godt og har mye fritid hvor de kan hente seg inn igjen, presiserer hun.

Ikke tyngre med alderen

Det har vært antatt at det blir tyngre å jobbe skift med alderen. Men det var ikke et funn hos Waage. Hun tror det kan forklares

« For å jobbe her må de være friske.

med selektering. De som jobber offshore er spesielt friske.

– Hvilke konsekvenser kan forskningen få?

– Oljebransjen er veldig opptatt av hvilke skift som er best og verst i forhold til sikkerhet, sier hun.

I dag jobber norske offshorearbeidere mest hele dag- og nattskift annenhver arbeidsperiode. Et alternativ er svingskift, der de jobber en uke natt og en uke dag hver arbeidsperiode.

– Jeg så på objektive mål på søvnløshet, men fant ikke forskjeller i reaksjonstid når de jobbet hele skift eller svingskift, forteller Waage.



STUDERTE SØVN OFFSHORE: Siri Waage så på en gruppe som jobber intense og lange arbeidsperioder. Foto: Jan Kåre Wilhelmsen/Universitetet i Bergen.

slag

Ikke beskrevet

– Er det kjent at slagpasienter sover urolig?

– Sykepleiere registrerer det og tenker nok at det bør tas tak i. Men det er ikke tidligere beskrevet i en såpass stor studie som denne.

– Hvilke konsekvenser bør funnet få?

– Disse pasientene ligger på travle avdelinger, ofte på flersengsrom eller i gangen. Det er et spørsmål om det lar seg gjøre å sove

« Halvparten av pasientene sover mer eller mindre enn normalt.

godt på et overfylt sykehus. Samtidig har man klart å rette oppmerksomheten mot svelgproblemer etter hjerneslag. Kan hende det samme kan gjøres med søvn?

Bakken forteller at noen av pasientene i studien sov hjemme en eller flere netter mens de hadde på seg aktigraf.

– De som sov hjemme våknet i gjennomsnitt færre ganger enn de som sov på sykehus, sier hun.

Søvn som rehabilitering

Etter den første målingen i akuttfasen, har Bakken målt søvnen etter seks, tolv og atten måneder. Hun er nysgjerrig på om søvnen normaliserer seg.

– Det er ikke undersøkt tidligere, sier hun.

I tillegg til de mange oppvåkningene, antyder studien at mange har søvnforstyrrelser etter et hjerneslag. Halvparten av pasientene sov for mye eller for lite. Særlig menn, uavhengig av alder, var utsatt for slike forstyrrelser. Det kan sykepleiere være oppmerksom på.

– Et annet funn var at halvparten av pasientene sover mer eller mindre enn normalt. Mens en normal natts søvn regnes for å vare mellom seks og åtte timer, sov 21 prosent mindre enn seks timer og 29 prosent mer enn åtte timer, forteller hun.

Bakken ser også på søvn som en del av rehabiliteringen. Hun håper sykepleiere vil bli mer opptatt av hvor viktig søvn kan være for ulike grupper pasienter.

– Alle vet hva det å sove dårlig gjør med deg. Men tenk å sove dårlig og være syk i tillegg, sier hun.

Søvnprosjekt

Tretthet og utmattelse etter hjerneslag er et forskningsprosjekt på Høgskolen i Buskerud, Sykehuset Buskerud og Aker universitetssykehus i samarbeid med Norges forskningsråd.

Les mer:

► Linda N. Bakken, Kathryn A. Lee, Hesook Suzie Kim, Arnstein Finset og Anners Lerdal

► Sleep-Wake Patterns during the Acute Phase after First-Ever-Stroke

Pustehjelp gir bedre søvn

Pasienter med søvnapné følges opp av lungesykepleier Thomas Berge.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Thomas Berge er teamansvarlig sykepleier ved avdeling for søvnsykdommer på Haukeland universitetssykehus. Han er også tilknyttet lungeavdelingen ved sykehuset hvor han jobber med respirasjonsstøtte til pasienter med forskjellige typer lungesykdommer.

Stor forbedring

– Den største gruppen pasienter vi har ved avdeling for søvnsykdommer er dem som lider av søvnapné, forteller Berge. Ved søvnapné kan pasienter plutselig slutte å puste når de sover.

Førstevalget for behandling av disse pasientene er CPAP-behandling. CPAP står for Continuous Positive Airway Pressure og betyr behandling med kontinuerlig overtrykk.

– Vi utreder pasienten grundig ved hjelp av polygrafisk registrering, deretter gir vi opplæring i bruk av CPAP og tilpasser masken slik at pasienten kan reise hjem og ta apparatet i bruk.

Behandlingen innebærer at man sover med en maske eller nesepute som er koblet til en kompressor via en slange. På denne måten får pasienten tilført lufttrykk som holder de øvre luftveiene åpne og hindrer at pasienten slutter å puste i løpet av natten.

– Behandlingen er krevende for mange pasienter og vil for de fleste vare livet ut, forteller Berge.

– Noen får klaustrofobi av å sove med en maske på ansiktet, og det er heller ikke alltid så lett å komme hjem til partneren med et slikt apparat. Maskinen lager dessuten litt lyd hvis det lekker fra masken.

Men Berge understreker at mange av pasientene føler enorm forbedring og får et nytt liv etter behandlingen.

– Fra å sove dårlig og være konstant slitne, føler mange seg friske og opplagte etter behandlingen. Og for partneren kan det være en befrielse å slippe snorkingen, sier han.

Tidligere ble en stor del av pasienter med søvnapné operert, men det har man praktisk talt gått helt bort fra.

Mye sykepleie

Berge forteller at oppfølgingen av disse pasientene primært er en sykepleieoppgave.

– Vi bistår legene i søvnregistreringen av pasientene som foregår ved polygrafi og utfylling av søvnskjema. Hvis pasienten får CPAP-masken tilpasset denne. Deretter får de undervisning om bruk av den i grupper. Det er sykepleier som i hovedsak står for den videre oppfølgingen av pasientene. Vi hjelper dem å tilpasse apparatene hvis de har problemer og registrerer og sammenligner antall pustestopp før og etter behandling. ■■■



TRENGER SYKEPLEIE: Thomas Berge har en viktig rolle i behandlingen av søvnapné. Foto: Marit Fonn.

Les mer om:

42 Teater om kreft ›

45 Mangelfullt om samer ›

47 Er med å utvikle faget ›

50 Sa opp i protest ›



sykepleien.no

› Hva skjer i kommunene?
Nyheter hver dag på
sykepleien.no



DER UTE ÅLESUND

To kommunale lindrende enheter har gått sammen om å tilby hospiteringsplasser.

Lærer om lindring

Rokilde og Blindheim

- › Rokilde sykehjem i Kristiansund er utviklingssenter for sykehjem, mens Ålesund kommune har ansvaret for utviklingssenter til hjemmesykepleien i Møre og Romsdal. Blindheim omsorgssenter ligger i Ålesund.
- › Rokilde har hatt lindrende enhet siden 1998, mens Blindheim har hatt det siden 2006.
- › I dag har de to enhetene til sammen 13 palliative senger og driver etter hospice-prinsippet.
- › Siden i vår har de tilbudt hospiteringsplasser til helsepersonell fra alle de 36 kommunene i Møre og Romsdal. Deltakere fra andre deler av landet er også velkomne.
- › Hospiteringsprogrammene er fra to til fire dager, 40 uker i året.

I annen etasje på Blindheim omsorgssenter, ligger lindrende enhet. Siden 2006 har den fått åtte palliative senger. Hit kommer pasienter som er døende av sykdommer som kreft eller kols, pasienter som trenger avlastningsopphold eller en pause mellom cellegiftkurer. Det kan også være dem som ønsker hjelp til oppstart med smertepumper, eller nyopererte som trenger hjelp med stomi eller smerteregulering. De er her fra noen uker til noen måneder.

Både i pårønderrommet, møterommet, lekekroken og datakroken er det tomt og stille, selv om sju av åtte senger er belagte. På vaktrommet sitter Marit Bonsaksen og Gunn Fiskerstrand Sperre, to erfarne sykepleiere fra Sula kommune som har sin fjerde og siste hospiteringsdag.

– Inspirerende

– Det har vært inspirerende. Vi har blitt godt mottatt. Det er så få her, og alt bli så nært. Det har ikke vært vanskelig i det hele tatt, sier Bonsaksen, som til daglig jobber ved Sulatun korttidsrehabiliteringsavdeling.

Dagene har vært vidt forskjellige. De har fulgt en kreftsykepleier i Ørskog hjemmesykepleie, fått undervisning på Blindheim omsorgssenter, besøkt palliativt team ved sykehuset og praktisert ved Blindheim.

– Hva har dere lært?

– Det viktigste har vært fokuset på informasjon og kommunikasjon. Dessuten har vi skjont hvor nødven-

dig det er å bruke ESAS-skjemaet for symptomkartlegging av blant annet smerte, kvalme, angst og tung pust. Og hvor viktig det er med etterlatte-samtaler. Her praktiserer de det ved å ta kontakt etter tre uker, med tilbud om å komme hit til samtale. Vi har fått vite hva de faste skjemaene på dette bør inneholde, forteller hjemmesykepleier Sperre.

Hun synes også det var nyttig å få være med på møtene til palliativt team på sykehuset og høre hva de tenkte om samarbeidet med helse-tjenesten i kommunen fremover.

– Dessuten har vi fått ansikter på dem vi kan spørre ved seinere anledninger når det skulle dukke opp noe vi trenger hjelp til. Da blir det lettere å ta kontakt, sier Bonsaksen.

Ellers har det vært en del repetisjon av ting de har hørt før og trening på prosedyrer de ellers bare får gjort sporadisk, slik som for eksempel å administrere sentralt venekateter når de gi kvalmestillende midler intravenøst.

Alt de har vært gjennom må de formidle til sine kolleger når de er tilbake i Sula på jobb igjen.

Unikt i Norge

På St. Olavs hospital i Trondheim sitter en imponert mann, koordinator Lars Øyvind Ofstad ved Kompetansesenteret for lindrende behandling i Midt-Norge. Hadde det ikke vært for ildsjelene ved Rokilde og Blindheim, hadde opplæringen måttet skje gjennom undervisningsarbeid i regi av



AVANSERT PRAKSIS: Her får hospitantene Marit Bonsaksen (til venstre) og Gunn Fiskerstrand Sperre være med på å administrere sentralt venekateter når kreftsykepleier Ragnhild Hammer (til høyre) henger opp kvalmestillende middel.

kompetansesenteret eller de palliative teamene på sykehusene, sier han.

– Det er unikt i nasjonal sammenheng at to ledende enheter i kommunehelsetjenesten tar ansvar for å kunne implementere et fylkesdekkende tilbud. På den måten blir det både billigere og ikke så langt å reise for hospitantene fra Møre og Romsdal. Dessuten har sykehusene en helt annen hverdag og ressursituasjon enn kommunene. Derfor vil dette kommunale tilbudet være mer i tråd med behovet til kommunehelsetjenesten.

Ofstad understreker at opplegget er i tråd med samhandlingsreformen, og at selv om Ålesund og Kristiansund kommune må være villige til å ta en større del av kostnadene i forhold til pleiere og medisiner, vil insentiver ligge i samhandlingsreformen i form av flere tilskuddsordninger.

– Dette tilbudet kommer på rett sted til rett tid. Initiativet som har vært i Ålesund og Kristiansund viser at det er mulig å få til noe selv om pengebingen ikke ligger klar. Den kan man grave frem etter hvert ved å

søke om prosjektmidler. Disse ildsjelene reiser rundt ubetalt og forteller om prosjektet. Det er vi taknemlige for, sier Ofstad.

Fra ildsjeler til forankring

Det var kreftsykepleier og avdelings- sykepleier ved Rokilde sykehjem, Vibeche Fahsing, som først kom på ideen om å samarbeide med Blindheim da hun fikk forespørsel om å ta hospitanter fra Giske, øya rett utenfor Ålesund. Hun fikk med seg kreftsykepleier Merete Kløvning fra Blindheim omsorgs-senter, og sammen har de delt fylket mellom seg, slik at Blindheim tar Sunnmøre og Rokilde tar Nordmøre.

I 2010 og 2011 fikk de prosjektmidler fra Helsedirektoratet, og startet jobbingen med å utarbeide innholdet i hospiteringsordningen. I vår tok de imot sine første hospitanter. Da gikk 17 helsearbeidere gjennom undervisningen, de fleste var sykepleiere og firedagers-varianten var mest populær. På Rokilde står åtte på venteliste for høsten, og på Blindheim venter litt over ti stykker

på å få gjennomføre programmet før jul. De tar bare imot to om gangen, helst fra samme kommune.

Nå har ryktet gått. Også hjelpepleiere har deltatt. Lærere fra videregående helse- og sosial samt fysioterapeuter har meldt sin interesse for teoriundervisningen. Det har også

«Dette tilbudet kommer på rett sted til rett tid»

Lars Øyvind Ofstad, St. Olavs hospital

en gjeng med prester fra regionen. I november kommer de for å overvære Merete Kløvning's foredrag om palliativ omsorg.

– Det har blitt mye større og omfattende enn jeg hadde tenkt. Vi er få å fordele ansvaret på. Jeg er alene kreftsykepleier på Rokilde, sier Fahsing.

På Blindheim er de fire kreftsykepleiere og en sykepleier med videreutdanning i palliativ omsorg som kan dele på ansvaret, men også Kløvning



sier at prosjektet har vært mer ressurskrevende enn hun hadde trodd, ikke minst i forhold til markedsføring og logistisk/administrativt.

– Man må ha ildsjeler som kan være fanebygger og dra lasset, men ildsjeler kan også være litt farlig. All kompetansen kan samle seg der, og når vedkommende er borte, vil kompetansen forsvinne. Derfor er det viktig å formalisere ansvaret og rutinene, sier Fahsing.

– Ja, god forankring i både faglig og politisk ledelse er viktig, ellers koker det bort i kålen, sier Kløvning.

De skryter av samarbeidet de har med den politiske ledelsen i både Ålesund og Kristiansund.

Belastning for pasientene?

Både Rokilde og Blindheim har et opplæringsansvar, også for fylkets sykepleierstudenter. Men hva sier pasientene til stadig å måtte forholde seg til nye studenter og hospitanter?

– Pasienten kommer først. Alltid. Det er kreftsykepleier på post som til enhver tid vurderer om pasientene er friske nok til å kunne tåle at hospitantene er til stede. Vi har så mye pasienter at det hittil har gått greit, sier Kløvning.

Hun forteller at de har blitt enige om at de ikke alltid skal problematisere hospitantenes tilstedeværelse ved å spørre om det er greit at de er med.

– Det kan være like greit å gjøre det til en naturlig del av oppholdet for pasienten at hospitanten bare skli-

rolig inn i bakgrunnen ved å si, «hei, jeg er her på opplæring», sier hun.

Man setter jo pasienten først da også, ved at en sikrer god kvalitet på den fremtidige palliative omsorgen.

– Dessuten er det faktisk en del pasienter som synes det er kjekt at vi har hospitanter. Studenter har gjerne tid til å snakke litt mer enn de ansatte, sier Kløvning.

Permanent ordning?

Om hospiteringsprogrammet ved Blindheim og Rokilde vil fortsette som det har begynt, er opp til bevilgende myndigheter. Fahsing og Kløvning er halvveis lovet midler for tre år, det vil si at de forventer å ha midler ut halve 2013.

– Jeg tror det er mulig å få til hospiteringsprosjektet ved Rokilde og Blindheim som en permanent ordning. Det lar seg videreføre uten vesentlige omorganiseringer og kostnader i forhold til lønnsmidler, tror Lars Øyvind Ofstad.

Ved Blindheim minner de om at det ikke blir helt kostnadsfritt.

– Utgiftene vil kanskje gå litt ned. Hittil i år har vi brukt cirka 200 000 kroner ved Blindheim. Markedsføringen og administrasjonen er krevende og den som er hospiteringsansvarlig på post må frikjøpes, så litt ekstra lønnsmidler må nok påregnes, sier Kløvning.

De siste årene har pasientene de får blitt sykere og arbeidshverdagen til personalet blitt mer kompleks.



– Vi driver på intensivavdelingsnivå, minner Fahsing om.

Men det ser ut til at både pasientene, pårørende og hospitanter er fornøyde så langt. Brukerundersøkelsene fra Blindheim viser at måten de driver på ved palliativ enhet smitter over på de andre avdelingene ved omsorgssenteret. Pårørende ved langtidsavdelingen berømmer omsorgen deres nære får ved slutten av oppholdet.

– Og evalueringen etter de første hospitantene fra i vår var så bra at jeg ble helt rørt, sier Kløvning. ■■■

MØTES PÅ MIDTEN: Prosjektlederne og kreftsykepleierne Merete Kløvning (til venstre) og Vibeche Fahsing har delt Sør- og Nordmøre mellom seg.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Voldtekt, tvangsekteskap og omskjæring

Slik er dessverre hverdagen for mange kvinner i Etiopia. Sammen med Mekane Yesus kirken setter Det Norske Misjonsselskap fokus på kvinners rettigheter i dette landet.

Send SMS <NMS til 2090> til 2090 og du har overført 200,- fra din mobilregning til arbeidet for kvinners rettigheter. Eller gi din gave - merket 11034 - til konto: 8220 02 85030

Se www.nms.no for mer informasjon



Illustrasjonsfoto. Kvinnene på bildet har ingen sammenheng med teksten



Pleie og beskyttelse for sår hud

Cavilon™

No Sting Barrierefilm

**Har du pasienter som er plaget av sår hud?
Beskytt huden med en pustende og transparent barrierefilm.**

Cavilon™ Barrierefilm brukes forebyggende eller sprayes og pensles på sår og rød hud. I løpet av noen sekunder har du en langvarig beskyttelse mot:

- Friksjon og gnissing
- Irritasjon fra kroppsvæsker
- Bleieutslett
- Lim fra tape og bandasjer

Under den pustende barrierefilmen blir huden frisk og hel igjen.

Cavilon har over 60 kliniske bevis – mer enn noen annen barrierefilm.

Fås på blå resept til stomi, inkontinens og kateter.

Sykepleier Tove Nyenget drar snart på turné med teaterstykke om kreft.

Treffer pub

Oscar og den rosa damen

Teaterstykke bygget på boken *Oscar og den rosa damen* av Eric-Emmanuel Schmitt. Wenche Medbøe spiller i stykket. Hun har dramatisert boken for scenen sammen med regissør Liv Borg Thorsen. Skal i høst på turné i regi av Riksteatret. Premiere i Molde 1. november. Etter forestillingen inviteres publikum til samtale med Medbøe, sykepleier Tove Nyenget fra Kreftforeningen og Anne Fi Troye.

Ti år gamle Oscar skal dø. Han vet det, de rundt ham vet det. Men ingen snakker om det. Det er rammen rundt stykket *Oscar og den rosa damen*, som snart skal på turné med Riksteatret. Med i bussen er også sykepleier Tove Nyenget. Hun skal på scenen når stykket er ferdigspilt.

– Spennende å få bruke faget på en annen måte, sier hun.

En å snakke med

Oscar merker at noe er galt. I boken, som er skrevet i brevform til Gud, forteller han at sykehuset er et kjempefint sted, men at de ikke liker han der lenger. Etter beinmargstransplantasjonen har han skuffet dem som jobber der. Han beskriver hvor motløs legen

Tøff og sårbar

Skuespiller Wenche Medbøe fikk boken av en venninne.

– Wenche, dette er noe for deg, sa hun.

Medbøe klarte ikke legge teksten fra seg. *Oscar og den rosa damen* ble hennes avskjedsforestilling etter 41 år ved Det Norske Teatret. Etterpå har hun spilt stykket for små og store forsamlinger på forespørsel.

I dramatiseringen var hun veldig opptatt av Guds rolle.

– Boken er fransk, og skrevet for lesere som er katolikker, sier hun.

– I Norge har ikke Gud en så fremtredende rolle, og derfor tonet vi ham ned.

Medbøe spiller Oscar som en tøff

Oscars foreldre kjøper byggesett til ham, og det de etter hvert gjør sammen er å lese bruksanvisninger.

– Det er godt ment, poengterer hun.

– Foreldre ønsker å skåne, men barn merker når noe er galt.

Hun minner om at barn er lojale. Ofte spør de heller ikke, fordi de merker at foreldrene ikke vil snakke.

– Noen kan også bli redde for at de har gjort noe galt, at det er deres skyld at foreldrene er så rare, uten at de helt vet hva det kan være, sier Tove Nyenget.

Hun er opptatt av at barn må føle at de kan spørre om absolutt alt.

– Mange foreldre tror de må ha fasisvar. Men det trenger de ikke. Det barna trenger, er noen å snakke med. Noen å undre seg sammen med. Noen som tør å være ærlige.

Hun forbereder foreldre på at spørsmål kan komme når som helst.

– Barn snakker ikke på kommando. De kan finne på spørre i butikken, i bilen. Jeg pleier å si at foreldre må være forberedt på spørsmål i en uforberedt setting.

Finner alltid en løsning

Det var Medbøes idé å få med en sykepleier på turné. Hun vil også selv være til stede.

– Men jeg må først kle av meg Oscar. Så deltar jeg som Wenche, med mine erfaringer fra et levd liv.

Hun understreker at stykket ikke bare er for helsepersonell eller mennesker som har hatt kreft, men alle som møter mennesker.

Hun tar seg ofte i å tenke på Rose-bestemor.

– Når noe er vanskelig, tenker jeg på hvordan Rose-bestemor klarer å

«Foreldre ønsker å skåne, men barn merker når noe er galt.» *Tove Nyenget*



virker på visitten. Legen er stille og fortvilet, og Oscar føler at han er en dårlig pasient som har ødelagt hans tro på legekunsten.

Men det er én han kan snakke med. Rose-bestemor er en slags besøksvenn, og hun tør å snakke med Oscar om at han skal dø. Hun oppfordrer ham også til å skrive til Gud.

Og siden Rose-bestemor etter hvert råder ham til å leve hver dag som om den varte i ti år, blir brevene ganske innholdsrike. Rose-bestemor hjelper Oscar til å leve det livet han har igjen.

TILBUD OM Å PRATE: Tove Nyenget sitter klar for å prate etter forestillingen. Foto: Stig Weston.

og sårbar gutt, med plass til humor.

– Det er en så trist historie at jeg var nødt til å legge vekt på det humoristiske, sier hun.

– Dessuten er det sånn at når jeg får publikum til å le, kan jeg fortelle noe alvorlig etterpå. Latteren åpner dem opp.

Godt ment

Tove Nyenget har jobbet 20 år med barn og kreft på Ullevål. Hun tror mange alvorlig syke barn erfarer at foreldre ikke tør snakke med dem om sykdommen.

– Mange er kjempefinke, sier hun.

– Og mange synes det er vanskelig.

Nyenget tror barn som blir alvorlig syke kan oppleve unnfallenhet fra foreldrene sine.

likum

snu situasjoner. Hun finner alltid en løsning, og det liker jeg veldig godt.

Aktuelt for flere

Tove Nyenget mener stykket også kan overføres på barn og unge som pårørende.

– De blir ofte «glemt», erfarer hun.
– For det går jo «bra» med dem, de er ikke syke.

Hun anslår at det er rundt 150 000 barn og unge som lever tett på et familiemedlem med kreft.

– Mange av dem har mange spørsmål.

På jobb i Kreftforeningen får hun stadig spørsmål om hvordan informere dem.

– Mange gjør det helt riktig, men de trenger en bekreftelse på at det de gjør er bra.

Åpne rammer

Nyenget er spent på hvor mange som vil prate etter forestillingen. Hun vil åpne med å si noen ord, så er det opp til publikum. På hvert spillested vil det også være med en representant fra den lokale Kreftforeningen.

– Noen kan få reaksjoner, og da må vi kunne møte dem, sier hun.

– Hva håper du å få ut av dette?

– Jeg vil lære mer. Jeg har masse erfaring fra barneavdeling, men den erfaringen er ferskvare. Hver familie som opplever at et barn får kreft, er forskjellige. Kanskje får jeg innspill til ting helsepersonell bør ta tak i.

Tekst **Nina Hernæs**



TEATER: Wenche Medbøe står alene på scenen i Oscar og den rosa damen. Foto: Mariken Halle.

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 —

Helse Nord innrømmer at de tok for hardt i.

Mangelfull forskning om samer

Sykepleien nr 11 kom det fram massiv kritikk mot rapporten fra Helse Nord om spesialisthelsetjenesten til samisk befolkning. Vi konfronterte fagdirektør Jan Norum i Helse Nord med kritikken før publisering, men fikk ingen innrømmelser. Den 4. oktober tok NRK Troms og Finnmark fatt i saken fra Sykepleien. Først da innrømmet Norum at de hadde tatt for hardt i under sin forskning.

– Når vi sier at vi har grunn til å tro at vi gir et likeverdig helsetilbud, så har vi ikke hatt grunnlagsdata for det, sier han på NRKs nettsider.

For bastante

Han forteller videre at de nok ikke skulle vært så bastante i å friskmelde de samiske spesialisthelsetjenestene.

– I etterkant ser vi at vi kunne brukt en annen ordlyd. Ordformuleringene våre har nok vært sterkere enn de burde være. Men hensikten vår var å se om spesialisthelsetilbudet var noenlunde likeverdig i disse kommunene, sier han.

Forandrer ordlyden

Når forskningsrapporten blir lagt fram i utlandet, vil ikke konklusjonen

om at samiske spesialisthelsetjenester er likeverdige, være like bastant.

– Disse undersøkelsene publiseres også i andre tidsskrift og fagmiljø, og der myker vi mer opp og er mer ydmyk enn det som var ordformuleringen i rapporten her, sier Norum. ■■■

Tekst **Eivor Hofstad**

IKKE LIKT: I Sykepleien nr. 11 skrev vi om kritikken mot rapporten som konkluderte med at samer antakelig har likeverdige spesialisthelsetjenester som resten av befolkningen i utvalgte kommuner.



En triveligere måte å få orden på privatøkonomien: Ikke send e-post. Ikke send SMS. Ikke send faks. Ring oss i stedet, om du ønsker lån. 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.



Månedsbetøp beregnet ut ifra en tilbakebetalingstid p 12 r

	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 p 1475 kr og termingebyr p 65 kr er inkludert i mnedsbetøpet i tabellen.

*Renten er individuell og er mellom 8,9% – 19,9% og du kan velge tilbakebetalingstid mellom 1-12 r. Det avgjør hva mnedsbetøpet blir.

www.nordax.no

FOR  SØKE: Alder 23-69 r, minst 150 000 kr i rsinntekt, norsk statborger eller bodd i Norge i 3 r og ikke ha eller ha hatt betalingsanmerkninger. DEN EFFEKTIVE RENTEN: 19,23% p 65 000 kr, 5 r, nom. rente 15,9% og etableringsgebyr i 1475 kr og termingebyr 65 kr. Totalt beløp  betale er 100 715 kr (aug 2011).

Nordax

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.

Rett til mer lønn?

Forskjøvet arbeidstid og mer kompetanse kan gi mer lønn, men ikke alltid.

Jurist **Lars Petter Eriksen** i NSF's forhandlingsavdeling forklarer reglene.

Forskjøvet arbeidstid, privat sektor

Jeg jobber 20 prosent som sykepleier i privat sektor, med dagvakter på hverdager. Jeg har arbeidskontrakt på faste dager. Av og til trenger de meg ikke på mine dager og forskyver så mine dager til dager med større behov for meg. Jeg blir spurt i god tid på forhånd. Har jeg krav på kompensasjon for forskjøvet arbeidstid? I så fall hvor mye?

Det er ingen lovregulering vedrørende forskjøvet arbeidstid, ut over at arbeidsmiljøloven krever at lengde og plassering av arbeidstid skal fastsettes i arbeidsavtalen. Sånn sett er det ikke fritt frem for arbeidsgiver å endre arbeidstiden.

Bestemmelser om godtgjøring for de ulempene forskjøvet arbeidstid medfører, finnes i eventuelle tariffavtaler. Hvis den private virksomheten du arbeider ved er omfattet av NHO Service sin «pleie- og omsorgsoverenskomst», vil det betales et tillegg på 50 prosent for den tid som faller utenom vedkommendes ordinære arbeidstid. Men det er bare hvis endringen/forskjvningen er pålagt og varslet senere enn tre dager før den finner sted. Her gjelder det enten man arbeider etter en fastlagt arbeidsplan eller til faste tider.

Videreutdanning og lønn

Jeg ser Høgskolen i Oslo skal gjøre videreutdanning i anestesi om til masterutdanning fra høsten 2012, dersom de får godkjenning fra NOKUT. Er

masterutdanningen lønnet/kompensert med støtte, slik som ved videreutdanning? Bli det endringer på lønn, hvis en har master i forhold til videreutdanning?

Ved mange helseforetak gis stipend til videreutdanning og samtidig permisjon. Man er dermed ikke å regne som ansatt. Om man får stipend kommer an på arbeidsgivers ønske og aksept, og er ingen rettighet man kan kreve. Likevel er det mange som til enhver tid er under videreutdanning på slike vilkår. Etter det vi kjenner til er det ikke noe i veien for å gi de samme vilkår til de som tar mastergrad, som til annen videreutdanning.

Ikke alle tariffavtaler inneholder bestemmelser som endrer lønn etter gjennomført utdanning. I Spekterområdet skilles det på lønnen i sykepleierstilling og stilling der det kreves relevant videreutdanning. Men det finnes lokale avtaler i mange foretak som gir uttelling ved oppnådd ny kompetanse, og da kanskje spesielt mastergrad. I Hovedtariffavtalen mellom KS og NSF skilles det på stillinger med hhv-krav om høyskoleutdanning, med krav om ytterligere spesialutdanning, og stillinger med krav om mastergrad. Lønnsøkning forutsetter at det er et krav til stillingen.

Gjør gjerne avtale med din arbeidsgiver om endret avlønning etter fullført utdanning dersom du er i jobb når du starter et utdanningsløp. Enkelte tariffavtaler har



Foto: Marit Fonn

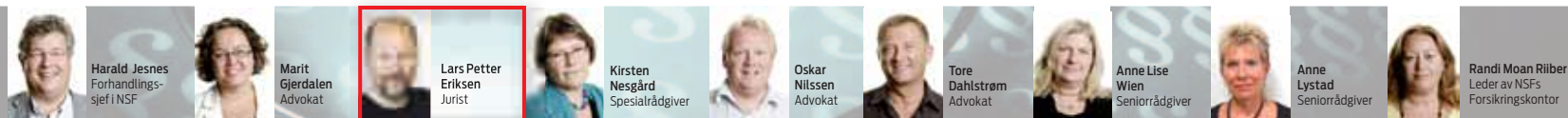
også bestemmelser om rett til forhandlinger om lønn om du får endrete arbeidsoppgaver som følge av økt kompetanse. Sjekk med din lokale tillitsvalgte om dette.

Diverse lønnstillegg

Hva er kveldstillegg, nattillegg og helgetillegg for sykepleier? Og fra når på døgnet gjelder tillegget?

Alle disse tilleggene er nedfelt i den tariffavtale/overenskomst du er omfattet av. Tilleggene er noe ulike i de ulike tariffavtalene og du bør gå inn på NSF's hjemmesider under fanen «lønn- og arbeidsvilkår» for å sjekke ut hva som gjelder i din virksomhet. Som eksempel på tillegg kan nevnes at lørdags-/søndags tillegget i både KS og Spekter utbetales med kr. 35,- per time i tidsrommet 00.00–24.00. De øvrige tilleggene er ulike også i disse to tariffområdene, med unntak av tillegg på 1 1/3 timelønn for helge-/høytidstillegg.

Passer på paragrafene:



Anne Silje Otterstad

Alder: 37 år

Yrke: Forlagsredaktør for fagområdet sykepleie og medisin

Jobber: Fagbokforlaget, Oslo

Er med på å forme faget

Jeg er imponert over fagbokforfatterne.

Det er viktig med gode sykepleiere. I denne jobben føler jeg at jeg kan bidra til det ved å gi ut gode fagbøker. Det er fint å kunne ha en finger med i spillet på et så viktig område. Jeg liker å jobbe med tekster, samtidig som jeg får overblikk over strømninger og endringer i faget.

Jeg har tidligere jobbet som sykepleier i sykehjem og som høyskolelektor, og opplever at mange av de samme egenskapene jeg hadde bruk for i de jobbene er relevante for jobben som forlagsredaktør. Jeg møter mange mennesker, må tåle stort arbeidspress og holde oversikt over mange parallelle prosesser. Jeg jobber fremdeles med fagutvikling, men fra en annen vinkel. Jeg synes jeg er heldig som kan bruke faget mitt på denne måten. Her slipper jeg å forholde meg til smerte og lidelse. Det er fint å få jobbe med det overskuddsprosjektet det å skrive en bok tross alt er.

Arbeidsoppgavene veksler med hvor bøkene er i prosessen. I perioder blir det mye lesing og redigering av tekster på kontoret og forfattermøter. Andre ganger reiser jeg mye, deltar på konferanser og snakker med fagfolk. Jobben består også av en del organisering. Jeg leder produksjonsprosessen fra manus til ferdig bok, noe som også innebærer å planlegge markedsføringen i samarbeid med markedsavdelingen og bestemme den visuelle utformingen av boka sammen med forfatterne.

Jeg liker veldig godt å møte og snakke med de virkelige fagfolkene. Det er et stort ansvar og veldig spennende å få jobbe med tekstene deres. Jeg er imponert over at folk velger å skrive bøker. Det er svært arbeidskrevende og tar vanvittig mye tid. Å være fagbokforfatter gir lite ære og berømmelse. Og man blir ikke rik. Man må virkelig ville det.

Det er ekstra spennende å få jobbe med et manus helt fra starten, få være med å utarbeide ideen. Noen ganger møter jeg en forfatter og vi forstår begge to at dette må det bli en bok av. Det er utrolig gøy. Mange sender også inn manus på eget initiativ.

En negativ side ved jobben er å si nei. Noen bokideer må jeg avslå, men ikke alltid fordi de er dårlige. Temaet kan være for smalt. Av og til er det selvfølgelig fristende å kunne gi ut en bok bare fordi jeg selv synes den er ekstremt spennende. Men vi kan ikke gi ut bøker for noen få. Vi må tenke på hva som når ut til flest og hva som kan brukes av høyskolene.

Jeg liker at hver dag er forskjellig. Det dukker stort sett alltid opp noe uventet, et nytt manus eller et spennende møte. Jeg tåler mye jobb, men trives ikke med for mange rutiner. Også er det så gøy når en bok er ferdig! Det er ikke alle som er så heldige å ha et så konkret og håndfast produkt når et arbeid er avsluttet som en bok. ■■■

Fortalt til Susanne Dietrichson foto Stig Weston

«Louise burde fått behandling før,» skriver Veronica Iren Lima om sin datter i siste utgave av Tidsskrift for helsesøstre.

Kunne diagnosen vært stilt tidligere?



TIDSSKRIFT FOR HELSESØSTRE sendes med Sykepleien til medlemmer av Landsgruppen av helsesøstre NSF. Er du ikke medlem, kan du abonnere. Se sykepleien.no under faggruppebladene.

Hurler syndrom:

Hurler er en arvelig, medfødt stoffskiftesykdom. Typiske trekk for de fleste pasientene er utvikling av grove ansiktstrekk, skjelettforandringer, stivhet i ledd og corneafordunkling. Gjentatte infeksjoner i øvre luftveier og ører. Hjerteproblemer. Ved Type 1 (Hurler) er også stort hode, stor tunge, hepatosplenomegali, navle- og lyskebrokk typiske trekk.

Behandling:

Tidlig benmargstransplantasjon og enzymstatning.

Kilde: Helsesøstre nr. 1 – 2011

Veronica Iren Lima har opplevd det alle mødre frykter – å ikke få hjelp til sitt syke barn.

«Jeg forsto at noe var galt med min eldste datter, men det tok 22 måneder før hun fikk diagnosen Hurler syndrom, og 26 måneder før hun fikk behandling. Nå forteller jeg min historie i håp om at noe slikt ikke skal skje igjen,» skriver Lima i Tidsskrift for helsesøstre.

Veronica Iren Lima forteller om en kamp mot et helsevesen som ikke forsto hva som feilte datteren. Om å bli sett på som hysterisk mor, samtidig som hver celle i kroppen fortalte henne at noe var galt med datteren. En datter som på sett og vis utviklet seg normalt, men som blant annet hadde stivhet i kroppen og vondt for å svelge.

hysterisk. Samtlige friskmeldte henne. Ingen ba om videre utredninger.»

Oppdaget av fysioterapeut

Da Louise var femten måneder gammel tok moren henne med til manuellterapeut. Han fant ut at nakken er kortere enn normalt, og henviste Louise videre til fysioterapeut. Hun gjenkjente noen av ansiktstrekkene som er typiske for barn med Hurler syndrom, og henviste Louise til Stavanger universitetssykehus. To uker senere ble hun undersøkt. På sykehuset forsto de at det hastet, og to dager senere satt familien på flyet til Oslo.

Moren skriver:

«24. september 2008 kommer vi til Rikshospitalet for første gang av mange. Det viser seg at Louise er an-

«Behandlingen beskytter ikke hjernen, og dersom Louise ikke får benmargstransplantasjon og tilførsel av friske celler, vil hun bli hjerneskadet.»

Problemet er at Louise er 22 måneder gammel og grensen for transplantasjon er 18 måneder. Legene ved Rikshospitalet velger likevel å gi behandling, ifølge Lima. Hun skriver:

«26 måneder gammel får Louise sin første dose med cellegift som skal knekke alt immunforsvar i kroppen hennes. Etter ni dager med cellegift får hun tilført ny benmarg. I tre nervepirrende uker venter vi på at nye celler skal begynne å vokse i kroppen hennes.»

Det er gått snart to år siden benmargstransplantasjonen. Behandlingen var vellykket, skriver Lima. Datteren er nå fire år gammel. Men det er fortsatt uvisshet knyttet til Louise sin tilstand.

«Hvor mye skade Louise har i hjernen på grunn av det sene diagnose-tidspunktet vet vi foreløpig ikke. Hun er aktiv som fireåringer flest, og foreløpig aldersadekvat innen det meste,» skriver Veronica Iren Lima i Tidsskrift for helsesøstre.

Veronica Iren Lima skriver sin historie fordi hun vil at helsepersonell skal bli observante på Hurler.

«Jeg har vært veldig frustrert over at Louise fikk diagnosen så sent og at symptomene ikke ble behandlet i sin helhet, men enkeltvis,» skriver hun. ■■■

Tekst **Johan Alvik**

«Hvor mye skade Louise har i hjernen på grunn av det sene diagnose-tidspunktet vet vi foreløpig ikke.»

Symptomene ble behandlet hver for seg - ikke som én sykdom som var i ferd med å skade datterens hjerne.

Lima skriver:

«Stivheten i Louise sin kropp løsnet ikke som forventet. Hun klarte ikke å løfte hodet når hun lå i mageleie. Jeg var sliten og fryktelig redd. Jeg gikk inn og ut hos helsesøster, fastlege, kiropraktor, ortoped og fysioterapeut. Etter hvert følte jeg at alle syns jeg var

grepet av den aggressive typen MPS 1 - Hurler syndrom. MR av hodet viser forandringer i hjernen. Sykdommen har allerede begynt sin vandring og er i ferd med å gjøre mental skade hos det lille barnet mitt.»

Får benmarg

Rikshospitalet starter behandling og Louise får legemiddelet Aldurazyme ukentlig. Moren skriver:



VERV OG VINN

Hjelp oss å nå 100.000



Norsk Sykepleierforbund er 100 år i 2012 og har mål om å nå 100.000 medlemmer. Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du benytte deg av fordeler som medlemskap i faggrupper, tillitsvalgte, juridisk bistand, gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DnB Nor, mobilavtale med Telenor og mye mer! Alle medlemmer får også det prisvinnende fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

Gå til www.sykepleierforbundet.no og se alle medlemsfordelene og full premieoversikt. Greier du å spare 10 vervinger får du en iPad2!



VERV EKUPONG

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: _____ **Ververs medlemssnr:** _____

Navn på nytt medlem: _____

Har du vært medlem tidligere? _____ Tidsrom: _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Poststed: _____

E-post: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Eksamensdato: _____

Sykepleierhøgskole/sted: _____

Arbeidsgiver: _____

Arbeidssted: _____

Ansatt dato: _____

Avdeling: _____

Stillingsbenevnelse: _____

Kryss av:

- Brødpose Sort
- Brødpose Pistasje
- Exentri Kortholder
- Camelback Drikkeflaske

Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Christel Brurås-Leine orker ikke lenger jobbe på Oslo universitetssykehus (OUS).

Sier takk for seg til OUS

Sykepleier Christel Brurås-Leine skrev kronikken «Takk for meg» i Aftenposten. Innlegget om hvordan arbeidsmengden på jobben har blitt så stor at hun har sagt opp jobben på OUS, har gitt stor respons.

– Jeg har fått veldig mange tilbakemeldinger fra både kolleger, tidligere kolleger og ukjente sykepleiere. De sier de kjenner seg igjen. De er veldig glad for at noen sier fra. Noen sier at jeg er tøff og modig, men jeg føler meg ikke så veldig tøff. Jeg føler mer at jeg har både rett og plikt til å si fra.

Innlegget, som hun også har sendt til Sykepleien, skrev hun fordi hun ikke hadde lyst til å gå i stillhet fra det hun kaller et synkende skip.

Underbemannet

Brurås-Leine har jobbet full tid på en kirurgisk akuttpost på Ullevål i tre år.

– Når vi er så lavt bemannet, særlig med sykepleiere, er det ikke noen buffer når noe akutt skjer. Hvis for eksempel en pasient har store smerter, forsvinner mye av sykepleierressursene der.

Grunnbemanningen er ikke godkjent av Sykepleierforbundet.

– *Hvor lenge har du tenkt på å si fra?*

– Siden avdelingene på Aker og Ullevål ble slått sammen i slutten av august. Vi måtte bygge opp et nytt arbeidsmiljø, lære opp nye kolleger, samtidig som en allerede presset grunnbemanningen ble ytterligere redusert. Trykket på posten økte enda mer, og jeg fikk nok.

Brurås-Leine sa opp for et par måneder siden og fortsetter på avdelingen til 1. november. Tobarnsmoren har nå sluttet å jobbe overtid når arbeidsmengden skyldes underbemanning.

– Som sykepleier er jeg jo juridisk forpliktet til å dokumentere, men hvis det ikke er rom for å gjøre det innenfor arbeidstiden, velger jeg heller å skrive avvik enn å jobbe overtid. Da får jeg synliggjort at vi ikke er nok sykepleiere på jobb.

Hun viser til at sykepleiere ofte er rammet av flink-pike-syndromet – deriblant henne selv:

– Vi jobber ofte hardt for at pasienter ikke skal bli berørt. Men så lenge

vi jobber så hardt, får vi høre: «Det går jo bra.» Jeg pleier å svare: «Det går, men det går ikke bra.» Så lenge man bare fortsetter uten å si fra, blir ikke arbeidspresset synliggjort.

Får støtte

Hun har fått full støtte av kollegene sine og av ledere på andre avdelinger. Og hun har fått positive tilbakemeldinger fra tidligere pasienter.

I november begynner hun i ny jobb på et sykehjem.

– *Tror du det blir mindre å gjøre der?*

– Det blir sikkert ikke noen dans på roser, men det blir noe annet. Pasientgruppen er litt mer stabil og det blir mer forutsigbart. Dessuten brenner jeg for den pasientgruppen.

Brurås-Leine understreker at det ikke er avdelingsledelsen hun kritiserer.

– Den jobber like hardt som oss ute på post for å få det til å gå rundt.

– *Hvem retter du kritikken mot?*

– Jeg er ikke ute etter å peke ut noen spesielle. Jeg er mer ute etter å vise konsekvensen av det som blir gjort. Jeg



IKKE SANT: Christel Brurås-Leine orker ikke lenger å høre på at omorganiseringen ikke går ut over pasientene. Det stemmer nemlig ikke.

reagerer når jeg hører noen si at sammenlåingen ikke går ut over pasientene, for jeg vet jo at det ikke stemmer.

Brurås-Leine håper at hennes utspill kan føre til at flere sykepleiere bli trygge nok til å si fra hvis de føler at arbeidspresset er overveldende.

– Særlig de ferske.

Les Christel Brurås-Leines innlegg, som også har stått på trykk i Aftenposten, på side 65. ■■■

Tekst og Foto Marit Fonn

Hjelp oss å nå 100.000 VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

VERV EKUPONG

FAGARTIKKEL:
Stressende å vente på
brystkreftoperasjon. Side 52

FAGNYHET:
NSF-nei til omskjæ-
ring av gutter. Side 62

FORFATTERINTERVJU:
Småbarnsfar i
50 år. Side 58

Syke-
pleierkrim
**Se bokan-
meldelser**
side 60

Sykepleien

Fag & bøker

FØLGES OPP: Veiledning av nybakte foreldre øker foreldrenes trygghet og styrker samspillet mellom foreldre og barn. Arkivfoto: Marit Fonn.

Side
55



3
nye bøker

BEATHE REIERT NILSEN:

En brå vending

MS – en ubuden gjest

En bok om å få MS i voksen alder, og planer som ble snudd opp ned. Beathe Reiert Nilsen forteller om hvordan det var å bli syk og livet nå, som fortoner seg som feltarbeid i sykerollen og i helsetjenesten.



RANDI GRØNSETH
OG TROND MARKESTAD:

Pediatri og pediatriisk sykepleie

3. utgave

Skrevet for sykepleierstudenter, men kan være aktuell for alle sykepleiere som jobber med barn. Handler både om medisinsk sykdomslære og sykepleie til barn.



BENTE OHNSTAD:

Velferd, rettssikkerhet og personvern

Handler om nye lover for helse- og sosialsektoren og hvordan de bygger på og viderefører verdier som er grunnleggende for tjenestene sektorene tilbyr.





Sigrunn Drageset, anestesisykepleier, førstelektor og PhD-kandidat, institutt for sykepleiefag, avd. for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen

Vond ventetid

Kvinner med brystkreft opplever angst og usikkerhet i tiden før operasjon. Sykepleier kan gjøre ventetiden lettere ved å være til stede, lytte og informere.

Ivår kultur er bryster et symbol på kvinnelighet, seksualitet og ofte svært viktig for kvinners selvbilde. Imidlertid er brystkreft en av de største truslene mot kvinners helse. Hvert år rammes rundt 2800 norske kvinner av brystkreft. En av ti kvinner utvikler brystkreft i løpet av livet, de fleste etter fylte 50. Økningen i antallet tilfeller har vært markant de siste 30 årene samtidig som antall pasienter som er symptomfrie fem år etter kreftbehandling er stigende (1). Selv om nye behandlingsmetoder gjør at stadig flere overlever brystkreft, er det å få en brystkreftdiagnose en traumatisk opplevelse. Diagnosen kan utløse ulike følelsesmessige og kroppslige stressreaksjoner, reaksjoner som ligner de man får etter å ha opplevd ulykker og katastrofer (2). Usikkerhet er en av de største stressfaktorene kvinner med brystkreft opplever. Selv de som blir erklært friske etter behandling lever med usikkerhet fordi de er redde for tilbakefall (3). Det å vente på operasjon er

Usikkerheten handlet mye om tap av kontroll.

rapportert som en av de mest stressende opplevelsene for kvinner med brystkreft, og det er også vist at stresset er høyest dagen før operasjon (4). Hvordan kvinner opplever sin sykdom preoperativt har stor betydning for senere sykdomsforløp og psykososial tilpasning, og man antar at det til og med påvirker behandlingsresultatene (5).

Opplever usikkerhet

Hensikten med denne artikkelen er å belyse opplevelsen av usikkerhet hos kvinner med nylig diagnostisert brystkreft som venter på operasjon. Mer innsikt og kunnskap om usikkerheten disse kvinnene opplever, kan gi helsepersonell bedre mulighet til å forstå og utvikle tiltak for å lette kvinnes situasjon. Artikkelen er basert på funn fra mitt doktorgradsprosjekt (6) hvor 21 kvinner med nylig diagnostisert brystkreft ble individuelt intervjuet dagen før operasjon.

«Frykten for hvordan dette kommer til å gå er ganske unik. Alt vil være så håpløst hvis jeg begynner å tenke på det. Jeg kan ikke få noe svar. Det er slike følelser som er veldig utmattende.»

«Det er uvirkelig. Alt er jo intakt ennå. I morgen er det ikke sånn lenger. Da er jo gjerne alt snudd på hodet.»

«Plutselig har jeg kun ett bryst igjen, og kommer de til å operere i armhulen? Kan jeg bevege armen? Vil jeg være hjelpeløs? Hvordan vil det se ut å være skjev?»

Sitatene ovenfor illustrerer frykten og usikkerheten de fleste av

kvinnene opplevde i forkant av brystkreftoperasjon. Usikkerhet kan defineres på flere måter; som følelse av tapt kontroll, som en perseptuell tilstand, som tvil eller ikke å vite, og kompleks tankemessig og følelsesmessig stress (7, 8). I Mishels sykepleieteori «Uncertainty in illness» (9) blir usikkerhet definert som manglende evne til å finne mening i sin sykdomssituasjon eller til ikke å være i stand til å forutsi utfall fordi situasjonen er tvetydig og sammensatt.

Usikkerheten kvinnene opplevde var hovedsakelig knyttet til tre situasjoner: Fremtiden, det kirurgiske inngrepet og det å muligens miste brystet. For alle kvinnene var usikkerhet på fremtiden og kreftsykdommens alvorlighetsgrad det mest fremtredende.

Utrygg fremtid

Usikkerhet kan oppstå i situasjoner hvor det er mangel på tydelige sykdomssymptomer eller uforutsigbarhet angående sykdomsutvikling og prognose (9). Eller som Penrod (8) beskriver: «... når man ikke er i stand til å oppfatte fremtiden som en realitet». Tilsvarende opplevelser kom frem i denne studien. Det dagligdagse var ikke lenger en selvfølge og fremtiden ble utrygg. Brystkreftdiagnosen rammet mange av kvinnene som et «jordskjelv». Ved plutselig å få en kreftdiagnose mens de for øvrig ikke hadde noen symptomer, følte mange av kvinnene at de var blitt rammet av en ukontrollerbar og uforutsigbar sykdom. Usikkerheten angående kreftsykdommen og fremtiden førte til følelse av tap av kontroll over livet, frykt og engstelse både for dem selv og deres nærmeste. Deres oppfatning av egen helsetilstand hadde endret seg over natten. Boehmke og Dickerson (5) bruker bildet: Å tre inn i «de sykes land.» Overgangen fra å være frisk den ene dagen og syk den neste var skremmende. Tanken på spredning og trusselen om død var mest skremmende. Kvinnene tenkte på familien, spesielt på barn og barnebarn, som de, i verste fall, måtte forlate altfor tidlig. Usikkerhet på hvordan de skulle skjerme familien var også fremtredende. Noen var redde for at kreften hadde spredd seg over hele kroppen. Andre bekymret seg mest for å miste et bryst, på hva slags behandling – strålebehandling, cytostatikabehandling eller hormonbehandling – de ville få etter operasjonen og hvordan behandlingen ville påvirke deres liv.

Kropp og selvbilde

«Kommer jeg til å få cellegift og til å miste håret?» var et spørsmål mange stilte seg. For mange ville det å miste håret bli en stor endring og en synlig påminnelse om at de hadde fått kreft. Hårtap er en bivirkning som stort sett alle som får cellegift erfarer. Følelsen av å miste håret er av noen beskrevet som den verste delen av sykdommen (10). Håret sier mye om personligheten og

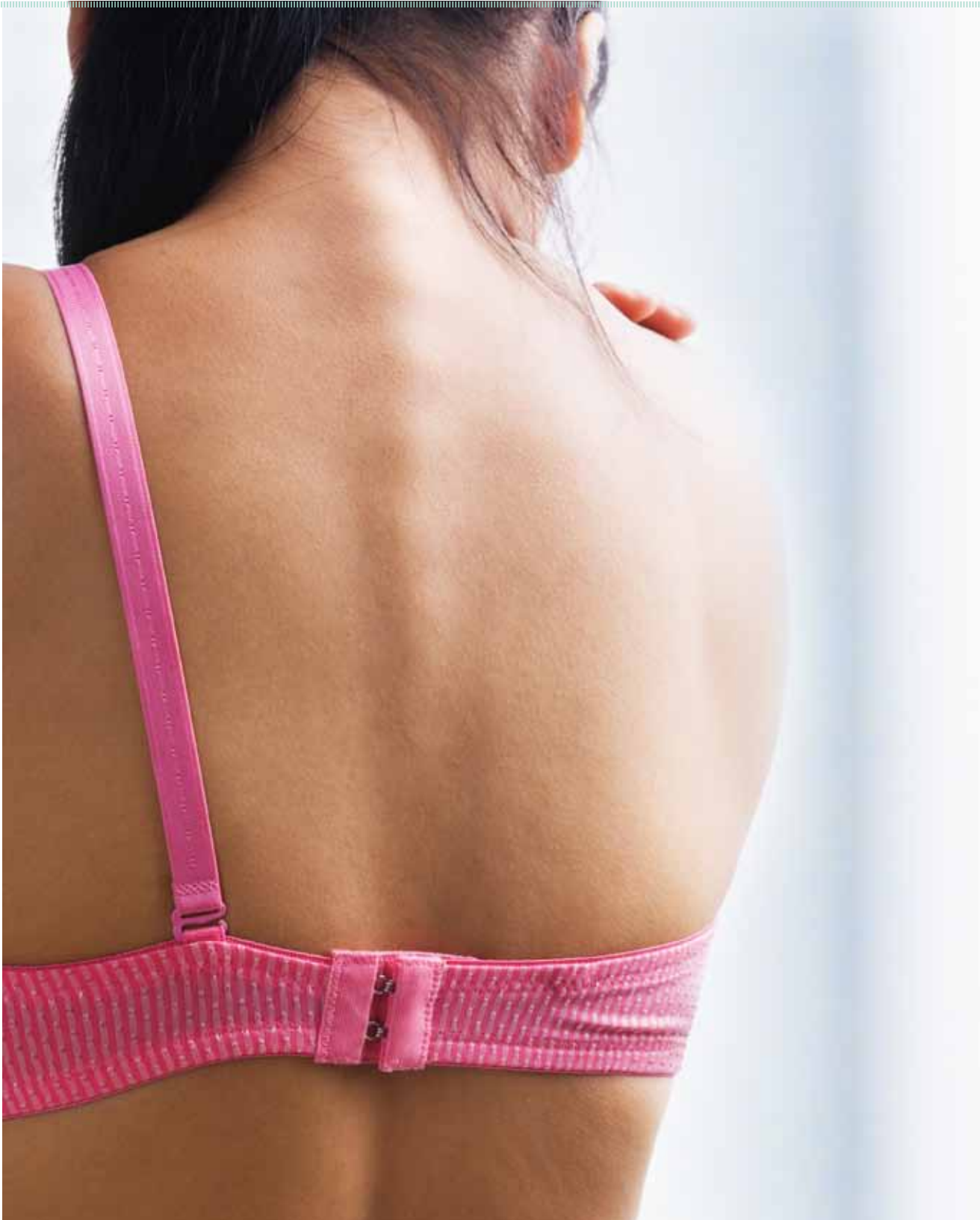
www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- » Kreft
- » Kvinne
- » Intervju





ER USIKRE: Kvinner med brystkreft opplever usikkerhet som en sentral stressfaktor. Foto: Scanpix.

hvordan man ønsker å fremstå for omgivelsene, og er nært knyttet til hvordan man oppfatter kroppen sin og til selvbildet (11). Kvinnene var også redde for at behandlingen ville påvirke deres totale fysiske tilstand, funksjonsevne, utseende, og relasjoner til andre. Også deres fremtidige arbeidssituasjon og potensielle økonomiske problemer skapte usikkerhet hos noen av dem. Mange tanker, kaotiske følelser og opplevelsen av fremtiden som usikker var gjennomgående.

Tilpasset informasjon

Kvinnene synes det var vanskelig og skremmende å forholde seg til fremtiden. Det var vanskelig å forestille seg en fremtid uten å

kunne leve «fullt og helt.» Noen av kvinnene orket ikke å tenke på fremtiden, men forsøkte å fokusere på nåtiden. Andre prøvde å tenke fremover som om de ikke hadde fått noen kreftdiagnose. Det er blitt hevdet at personer som opplever lidelse og usikkerhet fokuserer på nåtiden (12). Ved å fokusere på dagens aktiviteter klarte likevel de fleste av kvinnene å «holde det gående», og dermed dempet sin frykt, angst, og usikkerhet.

Uvissheten og frykten for hvordan dette kom til å gå var utmattende for mange. Manglende kunnskap og informasjon er ofte identifisert som en underliggende årsak til usikkerhet (8, 13). Helsepersonell er uvurderlige og kan lette pasientens usikkerhet ved å gi den medisinske informasjonen hun har



behov for. Imidlertid viste funnene i denne studien at noen generelle opplysninger om brystkreft og behandlingsregimer var velkomne, men for detaljert informasjon ble truende. Det de fleste kvinnene ønsket var individuelt tilpasset informasjon om den faktiske status i den enkelte sykdomsprosess. Dessverre var dette informasjon som det på dette tidspunktet i sykdomsforløpet var umulig å gi.

Frykt for behandling

Det er kjent at kompleksitet vedrørende behandling og manglende kjennskap til denne skaper usikkerhet hos de fleste pasienter (9). Usikkerhet og bekymring hos kvinnene var knyttet til preoperative rutiner, selve operasjonen, og til det postoperative forløpet. Usikkerheten handlet mye om tap av kontroll. Manglende kjennskap til sykehus, undersøkelser, prosedyrer, og rutiner skaper også vanligvis usikkerhet. Preoperative rutiner og prosedyrer virket overveldende for noen av kvinnene. Standard preoperative diagnostiske tester, som for eksempel røntgen av brystkassen, skapte også usikkerhet: «Er det mulig at jeg også har lungekreft?» Noen var redde for smerte og postoperativ kvalme. Tanker om både narkosen og kirurgien i seg selv forårsaket også frykt, angst, og følelse av å tape kontroll. Hos noen var disse følelsene spesifikt knyttet til narkosen, dette hadde til dels sammenheng med tidligere negative erfaringer. Redsel for å overlate kontrollen til andre og til ikke å våkne igjen etter narkosen var det mest fremtredende.

For de fleste var det verst ikke å vite nøyaktig omfanget av operasjonen og hvordan den videre behandlingen kom til å bli.

Brystkreftdiagnosen rammet mange av kvinnene som et «jordskjelv».

Noen kvinner var forberedt på at hele brystet måtte fjernes (mastectomi) og at man ble tilbudt rekonstruksjon senere. Andre var forberedt på en brystbevarende operasjon, men med sjanse for at hele brystet måtte fjernes (mastectomi) senere. «Er det nok med en operasjon, må jeg ta en til? Må de fjerne hele brystet mitt?» Å få beholde brystet var en lettelse, men det skapte også økt usikkerhet: «Vil all kreften bli fjernet?» Alle var forberedt på at flere lymfeknuter i armhulen ble fjernet hvis det var spredning av kreftceller. Kvinnenes største frykt var hva de ville få vite etter operasjonen, alle fryktet muligheten for metastaser. «Hva har de funnet? Er det spredning? Hvis jeg skal ta følelsene innover meg så blir jeg jo skrekklagen. Jeg er livredd.» Funn fra tidligere studier av kvinner med brystkreft har også vist at det er mer stressende å tenke på utfallet av operasjonen enn å tenke på selve operasjonen. Etter tre uker etter operasjon får de informasjon om hvilken type brystkreft de har, hvilket stadium sykdommen er i, og endelig

behandling. Noen av kvinnene følte at denne informasjonen var «dommen»: «Det er som å gå opp til eksamen, du er usikker på om du står eller får stryk».

Tap av brystet

Som også tidligere undersøkelser har vist, syntes alle kvinnene at det å miste brystet var mindre viktig dersom det reduserte risikoen for å dø av brystkreft. Den største bekymringen var for mange av kvinnene imidlertid forventede endringer i utseendet. Andre undersøkelser har også vist at endringer i utseende har blitt rapportert som den største bekymringen, primært for unge kvinner (14), men i denne undersøkelsen var dette også et stort problem for noen av de eldste kvinnene.

Usikkerhet med hensyn til hvordan partnerne ville reagere var også fremtredende. Noen av kvinnene koblet brystet til sin identitet og kvinnelighet. De var redde for å føle seg mindre verdt enn kvinner med to bryster og å føle seg mindre verdt som seksualpartner. Kvinnebryst har til alle tider vært et symbol på feminitet og nært knyttet opp til identitet. For mange vil det å miste et bryst kunne påvirke seksualitet og relasjoner, noe som igjen virker tilbake på kvinnens evne til å akseptere den forandrede kroppen (15). Partnerens evne til å berolige, gi omtanke og til å godta forandringer var viktig for at kvinnene fortsatte å føle seg verdsatt og elsket som kvinne. Men det å bli kvitt kreften var det overordnede målet for alle. I dette perspektivet betydde tapet av et bryst og det å miste håret mindre, tross alt.

Konklusjon

I møtet med en sykdom som brystkreft kommer man raskt inn i en ukjent verden. Pasientene kan være nokså ukjente med livet på et sykehus. Helsepersonell, behandling, prosedyrer, og utstyr kan oppleves som fremmede, underlige, og skremmende. Sammen med muligheten for dødelig utgang, kan brystkreft bli en stor psykologisk belastning og gi betydelig angst og usikkerhet. Funnene i denne studien viser at det å få fastsatt en dato for operasjon tidligst mulig er viktig. Det er viktig at sykepleiere ringer til pasientene, men også oppmuntrer pasientene til å ringe selv, for å gjøre ventetiden best mulig for den enkelte. Imidlertid er opplevelse av usikkerhet, krise, og angst for fremtiden naturlige reaksjoner. Å lytte til pasientenes bekymringer, være til stede og støtte pasienten i møte med ulike følelser, svare på spørsmål og gi entydig og konkret informasjon slik at pasientene forstår det som sies, er noe av det viktigste sykepleieren kan gjøre for pasienten i denne perioden.

Jeg takker alle pasientene som deltok i studien og Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi, Kirurgisk klinikk, Haukeland universitetssykehus for støtte og samarbeid. Takk til professor Torill Christine Lindstrøm, førsteamanuensis Tove Giske og førstelektor Sissel Ellingsen for nyttige kommentarer til utkast. ■■■

LITTERATUR

- Norwegian Breast Cancer Group. Brystkreft. Diagnostikk og behandling. En veiledning. Oslo, 2011 (hentet 2011-25-05) Tilgjengelig fra: <http://www.nbcbg.no/nbcbg.blaaboka.html#Anchor-49575>.
- Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology* 2007;16(3):181-8.
- Bertero C, Chamberlain Wilmoth M. Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self: a meta-synthesis. *Cancer Nurs* 2007;30(3):194-202.
- Ryburn NE. Daily assessment of psychological distress in breast surgery patients. [Dissertation]. New York—United States: Yeshiva University; 2003.
- Boehmke MM, Dickerson SS. The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(6):1121-7.
- Drageset S, Lindstrom TC, Giske T, Underlid K. Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67: no. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x
- Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer, 1999.
- Penrod J. Refinement of the concept of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing* 2001;34(2):238-45.
- Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image J Nurs Sch* 1988; 20(4): 225-32.
- Doumit MA, El Saghir N, Abu-Saad Huijer H, Kelley JH, Nassar N. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *Eur J Oncol Nurs* 2010;14(1): 42-8.
- Gjertesen, T. Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: Reitan AM, Schjølberg TK, redaktører. *Kreftsykepleie pasient-utfordring-handling* Oslo: Akribe AS, 2010: 440-447.
- Morse JM. Responding to the cues of suffering. *Health Care Women Int* 2000; 21(1): 1-9.
- Landmark BT, Bohler A, Loberg K, Wahl AK. Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *J Clin Nurs* 2008;17:192-200.
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology* 2004;13(5): 295-308.
- Takahashi M, Kai I. Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors. *Social science & medicine* 2005;61(6):1278-90.



Nina B. Cheetham,
spesialsykepleier med
master i helsefag



Inger Pauline Landsem,
spesialsykepleier med
master i helsefag



Jorunn Tunby,
spesialsykepleier
og forskningsykepleier

Øker trygghet hos nybakte foreldre

Strukturert veiledning gjør ferske foreldre tryggere og mer sensitive overfor barnas signaler.

Kunnskap om nyfødtes kroppsspråk er grunnleggende for å forstå hva et nyfødt barn formidler av styrke og sårbarhet i samspillet med sine omsorgsgivere. Det nyfødte barnets kroppsspråk er sterkt preget av barnets neurologiske modenhet og internasjonalt er Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS (1) en anerkjent metode for vurdering av slik modenhet. Metoden er utviklet ved Brazelton Institute, Harvard Medical School, Boston, USA (2).

Prematurprosjektet

Ved UNN ble vi introdusert til denne metoden allerede i 1998 da fire spesialsykepleiere ved Nyfødtintensiv, Barneavdelingen, UNN ble sertifiserte observatører i forbindelse med forskningsprosjektet «Tidlig intervensjon 2000»(3). Denne studien, heretter kalt Prematurprosjektet, ble starten på en spennende reise for oss og fagmiljøet i Tromsø.

I perioden 1998–2002 ble NBAS og en videreført metode tilrettelagt for foreldreveiledning, «Mother Infant Transaction Program» (MITP), og brukt av til sammen åtte barnesykepleiere i Prematurprosjektet. MITP er i Norge best kjent som Vermont-metoden. Ideen bak Prematurprosjektet var å utforske hvorvidt en strukturert veiledning av foreldre før og etter utskrivelse kunne påvirke foreldrenes trygghet, kompetanse og barnets utviklingsmessige resultater. Resultatene fra denne studien er publisert andre steder og er meget overbevisende (4,5,6,7,8,9,10,11).

Foreldrekompetanse

Målet var altså sensitivisering og styrking av foreldrekompetanse. Denne innsikten har ført til dyptgripende endringer i våre rutiner for foreldreveiledning både i vår og andre norske nyfødtavdelinger. Fra 2003 har vi utforsket og utviklet denne kompetansen videre og i denne artikkelen presenterer vi hvordan forfatterne i dag kan tilby foreldre veiledning med metoden Newborn Behavioral Observation System, NBO (12). Metoden er utviklet i det samme fagmiljøet som NBAS (1), men vektlegger felles oppmerksomhet på barnet og etablering av relasjonelle bånd mellom foreldre eller omsorgsgiver og barnet. Mens NBAS-metoden er meget omfattende og strukturert med stor vekt på spesifikk skåring av barnets responser, er NBO i større grad en fokusert sensitivisering av foreldre enn en vurdering av neurologisk modenhet.

Det å oppnå kontakt med foreldrene, dele deres forståelse og

gjennom felles observasjon av barnet utvikle denne forståelsen, er det primære. Metoden rammer inn samværet mellom barn og foreldre gjennom at man sammen observerer barnet i forhold til 18 ulike elementer. Disse elementene sier på ulike vis noe om:

- › Barnets evne til å tilpasse seg, stenge ute uønskete stimuli
- › Hvordan barnets uttrykk preges av en muskelspenning og grad av aktivitet
- › Barnets evne til å regulere sine adferdstilstander og veksle mellom søvn og våken tilstand
- › Hvordan tap av likevekt kan komme til uttrykk gjennom barnets hudfarge, adferd og kroppsholdning
- › Barnets kapasitet til fokusert oppmerksomhet og evne til å respondere på lydstimuli

NBO-veiledning foregår alltid med barn og foreldre sammen. Andre nære omsorgspersoner, som foreldrene vil ha til stede, må gjerne være der. Metoden kan brukes fra A til Å, eller man tar de elementene som er hensiktsmessig ut fra den situasjon barnet og familien er i. Man tester ikke tilpasning på et våkent barn, man leker ikke med et sovende eller sutrende barn og

En annen positiv effekt som flere beskriver, er for eksempel at de har lært å forstå og mestre uro og gråt hos barnet.

man provoserer ikke fram gråt for å sjekke trøstende manøvrersom barnet ikke gråter spontant i løpet av seansen.

Å bygge en relasjon med foreldrene er grunnleggende i metoden. Man skal ikke bare fortelle til, men samtale med foreldrene om det man ser. Man skal derfor se og utforske barnets adferd sammen. De ulike elementene ved metoden sammenfattes av begrepet AMOR som står for autonom regulering, motorisk regulering, organisatorisk status og responsivitet.

Teoretisk forankring

Boken Understanding Newborn Behavior & Early Relationships (12) gir en helhetlig fremstilling av metodens



www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Nyfødt
- › Veiledning
- › Undervisning





BLIKKONTAKT: Det primære i veiledningen er å oppnå kontakt med de nybakte foreldrene, dele deres forståelse og videreutvikle denne forståelsen gjennom felles observasjon av barnet. Arkivfoto: Marit Fonn.

teoretiske forankring. Det teoretiske grunnlaget er knyttet til følgende temaer:

- › Man fokuserer på barnet som kompetent ut fra alder og utviklingsmessig status
- › Reguleringen av adferdstilstander er basis for å forstå nyfødte barns adferd
- › Utvikling av selvregulering i nyfødtp perioden
- › Det nyfødte barnet er livskraftig, men fortsatt midt i en neurologisk utvikling
- › Nyfødtp perioden er en overgangsperiode for foreldrene, man blir formet i nye roller
- › Utvikling av relasjoner mellom barn og foreldre
- › Hvert barn bringer noe nytt inn i en familie

Kliniske prinsipper i NBO

1. Metoden som et relasjonsbyggende redskap. Tanken er å styrke båndene mellom barn og foreldre gjennom at også hjelper og foreldre etablerer en gjensidig respektfull relasjon i en felles utforskning av hvem dette barnet er.
2. Barnet er i sentrum. Det er hva barnet kan fortelle med hele sin kropp, adferd og uttrykk som styrer samtalen mellom og oppmerksomheten til hjelper og foreldre.
3. NBO er sentrert om barnets individuelle utvikling. Barnet og familien betraktes som et sosialt system i utvikling som kan styrkes gjennom denne varsomme tilnærmingen.
4. NBO er et familiesentrert system. Hva som er familie varierer for det enkelte barn. Det er viktig å se på hva eller hvem som kan være ressurser og suksessfaktorer slik at den enkelte familie kan lykkes med å vokse sammen på en god måte.
5. NBO har et fokus på det friske og på ressursene hos barnet og familien, en positiv tilpasningsmodell.
6. NBO vektlegger utviklingen av et positivt samspill og relasjon mellom hjelper og familien.
7. NBO fokuserer på å bygge broer og skape felles forståelse mellom barnets sosiale nettverk i familien og samfunnets mål for god utviklingsmessig omsorg for spedbarn.

Nettverksbygging

Ved hjelp av fagutviklingsstipend fra NSF reiste artikkelforfatterne i mai 2009 til Children's Hospital i Boston og deltok på NBO-kurs der. I dagene før kurset ble vi for tredje gang resertifisert i NBAS-metoden. Instituttet fattet stor interesse for vårt arbeid, både på grunn av vår erfaring i bruk av NBAS over tid og fordi vi hadde deltatt i Prematurprosjektet.

NBO-kurset er todelt. Første del består av tre kursdager med teori og praktiske øvelser. Teorien bygger på boka *Understanding Newborn Behavior & Early Relationships* (12) skrevet av kurslederne selv. På kurset fikk vi demonstrert bruken av NBO av kurslederne, og øvd oss ved hjelp av rollespill.

Andre del foregår etter at deltakerne har kommet hjem. En forutsetning for å utdanne seg i NBO er at man har bred erfaring fra arbeid med nyfødte barn. Man praktiserer det man har lært ved å gjennomføre fem NBO-veiledninger på friske, fullbårne barn og på fem risikobarn. Risikobarn kan for eksempel være barn som har vært syke i nyfødtp perioden eller er født for tidlig. For hver av de gjennomførte NBO-sesjonene sender deltakerne inn et skjema med spørsmål besvart av foreldrene, samt et evalueringsskjema som beskriver veiledningen som er gjennomført. Man mottar selv veiledning per e-post eller telefon av kursinstruktørene, og etter ti gjennomførte og godkjente NBO-veiledninger blir man vurdert og sertifisert.

I løpet av høsten 2009 tok vi, i forbindelse med vår utdanning i NBO-veiledning, metoden i bruk på UNN. I tillegg til de ti sesjonene hver av oss gjennomførte for bli godkjente, brukte vi metoden når anledningen bød seg. Vi tilbød den til foreldre og familier som vi så kunne ha utbytte av denne typen veiledning.

Tilbakemeldinger

Spørreskjemaet som foreldrene besvarte hadde ulike spørsmål. Et av disse handlet om hvor mye foreldrene hadde lært i forhold til:

- › Barnets kompetanse – hva babyen klarer
- › Kommunikasjon
- › Hvordan oppnå øyekontakt og samspill
- › Hvordan handle i forhold til barnets signaler

Tendensen var at foreldrene til fullbårne barn uten sykehusinnleggelse utover oppholdet på barselavdelingen, rapporterte at de

hadde lært mer om disse forholdene enn foreldrene hvis barn hadde vært innlagt. Men også foreldre som hadde hatt et opphold på nyfødtintensiv (NI) og dermed hadde fått mye veiledning og informasjon i løpet av oppholdet, rapporterte utbytte av NBO.

Spørsmål som gikk på foreldrenes kunnskap om barnets adferd før og etter observasjon viser samme trend. Foreldre med friske barn uten sykehusinnleggelse rapporterer i stor grad å ha fått økt kunnskapen sin om barnets adferd. Foreldre med et opphold på NI rapporterer også økt kunnskap, men ikke i like stor grad som den første gruppen.

Vår implementering av NBO og foreldrenes utfylling av spørreskjema slik vi gjennomførte den under opplæringsperioden, gir ikke grunnlag for å trekke forskningsmessige konklusjoner. Vi mener likevel at tilbakemeldingene vi har mottatt fra foreldrene gjennom respons på spørreskjemaene er verdifulle. Disse viser en klar tendens til at foreldrene opplever veiledningen som positiv. Majoriteten rapporterer å ha blitt bedre kjent med barnet sitt. Dette gjelder også mødre som har vært innlagt på nyfødtintensiv og som har mottatt generell veiledning i løpet av oppholdet der. En annen positiv effekt som flere beskriver, er for eksempel at de har lært å forstå og mestre uro og gråt hos barnet. De har også lært hvordan de kan fremme positivt samspill mellom seg og barnet.

Veien videre

Vi håper å kunne tilby veiledningsmetoden til langt flere foreldre i løpet av neste år, da flere fra fagmiljøet på UNN deltok på kurset i høst.

Resultater fra Prematurprosjektet viser hvor viktig sensitivisering av foreldre til premature er. Vi ser også viktigheten av at foreldre til fullbårne barn får et tilbud i barselperioden. Ved å spre kunnskap om NBO-veiledning i Norge samt utvikle et fagmiljø i Tromsø basert på kunnskapen fra Brazelton Institute, regner vi med at både NBAS og NBO skal få større utbredelse her i landet.

Vi takker Norsk Sykepleierforbund for verdifull støtte til realisering av dette arbeidet. ■■■

LITTERATUR

1. Brazelton TB, Nugent JK. Neonatal Behavioral Assessment System. Cambridge: University Press, 1995.
2. www.brazelton-institute.com
3. http://uit.no/prematur
4. Kaaresen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006; 118: 9–19.
5. Kaaresen PI, Rønning JA, Tunby J, Nordhov M, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: Outcome at 2 years. *Early Hum Dev* 2008; 84:201–209.
6. Nordhov MS, Dahl LB, Rønning JA, Ulvund SE, Kaaresen PI. A randomized study of the impact of a sensitizing intervention on childrearing attitudes in the parents of low birth weight premature infants. *Scand J Psychol* (2010) Pubmed ahead of print.
7. Olafsen KS, Kaaresen PI, Handegård BH, Ulvund SE, Dahl LB, Rønning JA. Maternal ratings of infant regulatory competence from 6 to 12 months: Influence of perceived stress, birth-weight, and intervention. *Infant Behav Dev* 2008; 31:408–421.
8. Olafsen KS, Rønning JA, Kaaresen PI, Ulvund SE, Handegård BH, Dahl LB. Joint attention in term and preterm infants at 12 months corrected age: The significance of gender and intervention based on a randomized controlled trial. *Infant Behav Dev* 2006; 29: 554–563.
9. Olafsen KS, Rønning JA, Kaaresen PI, Ulvund SE, Handegård BH, Dahl LB. Maternal confidence in the neonatal period: Associations with parenting stress and responsiveness in preterm and term infants. *Scand J Psychol* 2007; 48: 499–509.
10. Olafsen KS, Rønning JA, Handegård BH, Ulvund SE, Dahl LB, Kaaresen PI. Predictors of joint attention in term and preterm infants at 12 months corrected age. Results from a randomized controlled trial. Submitted manuscript 2009.
11. http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/peds.2010-0778v1.pdf
12. Nugent JK, Keefer CH, Minear S, Johnson LC, Blanchard Y. Understanding Newborn Behavior & Early Relationships. Paul. H. Brookes Publishing 2007



MATGLEDE

Næringsberiket og delikat mat som gjør det enklere å tygge og svelge.

Sooft Meals er smakfull og delikat mat, laget spesielt for mennesker som har vanskeligheter med å tygge og svelge. Vår tilberedningsmetode gjør at næringsstoffene ivaretas selv når maten er most. Våre produktene er tilsatt fløte, kremost, ekstra proteiner og energi.

En engangsporsjon **Sooft Meals** er mindre enn en vanlig most middagsporsjon, men har likevel samme næringsinnhold. **Sooft Meals** er enkelt å integrere i kjøkkenets rutiner, og lett for ansatte å håndtere. Tin opp, varm, anrett og server!

Vi sender gjerne en eske med syv ulike middagsretter for test til kr. 300,- inkludert frakt.

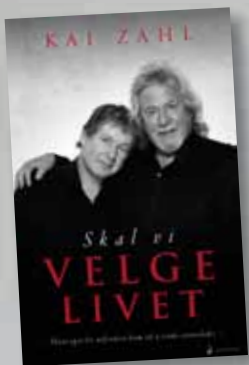
For mer informasjon www.sooftmeals.no



SOOFT MEAL

SOOFT MEALS Norge
Kontakt:
Heidi Brunner
Willi J. Brunner
Nadderudåsen 30
1357 Bekkestua

SOOFT MEALS Norge
T 21 68 64 55
M 924 02 487
M 922 61 860
firmapost@qimiq.no
www.sooftmeals.no



Kai Zahl

Aktuell med: Skal vi velge livet
Yrke: Seniorrådgiver i Dissimilis kultur- og kompetansesenter og Dissimilis-gründer. Tidligere frisør-mester og vokalist i dansebandet Caro Combo
Bosted: Sande i Vestfold

Børges sto

En blodprøve viste at Kai Zahl har en defekt på kromosom 22. Var det derfor sønnen Børge ble som han ble? Tekst Marit Fonn Foto Stig Weston

I selvbiofilien forteller Kai Zahl om sitt liv med sønnen Børge, som ble født i 1962. Han skriver om det fine og det triste med å ha et utviklingshemmet barn. Om sorgen over hvordan det kunne ha vært. De andre som ler av sønnens troskyldighet. Og den gjensidige avhengigheten.

– Boken er en kjærlighetserklæring til min sønn og hans likesinnede venner. Men man kommer ikke utenom temaet gen- og bioteknologi som hjelpemiddel for foreldres valg.

Da boken ble lansert i september, vekket det oppsikt at nettopp han forsvarer foreldre som velger abort hvis fosteret har et handikap. Et uventet utspill fra mannen som har brukt det meste av sin tid til å kjempe for at nettopp disse skal få et meningsfylt liv.

– Hvilke reaksjoner har du fått?

– Veldig mye positivt både på Facebook og sms. Så det er ikke så gærnt.

– Ingen som har sagt fy?

– Å bli sammenliknet med Hitler er jo ikke noe særlig. Men jeg har fått be-lyst hvordan foreldre til barn med utviklingshemming har det. Tenk deg selv hvis du har et barn på 50 år med funksjonsnivå som en tre-fireåring.

Bare det å være ute og gå er en stor utfordring. I byen må vi være forsiktig med trafikken, jeg må leie Børge over gata. Det ser unormalt ut, men for meg er det normalt. Det er jo herlig, jeg er fortsatt småbarnspappa. Så jeg er også annerledes, sier Zahl, som snart er 80 år.

Han er for alltid Børges store helt. Da mamma Bjørg døde i 1996, flyttet Børge i et bokollektiv. Nå er far og sønn sammen i helgene og hver torsdag. Børges ønske om å bli rockeartist var spiren til Dissimilis, som debuterte med musikal i 1987. Det førte til utsolgte hus, priser og berømmelse, men også slit og tungsinn for gründeren Zahl. Alltid har det evige spørsmålet knuget ham: «Hva skjer med Børge når jeg ikke lenger er der?»

– Børge er jo en stjernegutt. Likevel har jeg måttet tenke gjennom mye.

– Ser du genteknologi som et gode?

– Ja, jeg gjør det. Hvis du skal ta en beslutning, vil du like å vite mest mulig om det du skal beslutte noe om. Uansett hva en mor sier, så ville jeg ha støtta henne. Ingen andre kan bestemme dette enn de som er biologisk knytta til fosteret.

Zahl er fortsatt mot det såkalte sorteringssamfunnet. Selv slapp han å måtte velge. I boken skriver han: «Ville du min gode, snille gutt vært uønsket om jeg hadde visst? Bare å stille spørsmålet åpner et helt hav av tårer for meg.» Men Zahl spør videre:

re helt

«Har Børge et godt liv?» Og: «Har jeg et godt liv med Børge?»

– Noen spør hva jeg ville ha valgt hvis jeg visste. Men det er jo et helt hypotetisk spørsmål: Han har et personnummer, en historie, et levd liv. Det er ikke det jeg snakker om.

– Er du overrasket over standpunktet ditt selv?

– For så vidt. Det begynte med at overlege Carl Birger van der Hagen ba meg om å ta en blodprøve. Det tok tid, men så fikk jeg beskjed om at jeg hadde en defekt på kromosom 22. Og at det var arvelig.

Han følte det var hans egen feil at Børge ble som han ble.

– Da begynte jeg å tenke. Skulle

hemmete tilsvarende sårhet?

– Det tror jeg absolutt. Jeg sover urolig. Drømmer ubehagelig om at Børge blir borte for meg.

– Han er blitt en stor, stor del av livet ditt?

– Ja, og i et langt liv har jeg forsomt min datter. Men hvis du møter to fugler og den ene kan fly og den andre har brukket vingen, så tar du deg av den som er skadet.

Han tilføyer:

– Da vi hadde Hege alene, var det strålende. Så kom Børge som en premissleverandør. Vi måtte ta hensyn til det. Alle foreldre kjenner til det.

– Hva sier hun nå?

– At hun gråt seg i søvn mange

Det er jo herlig, jeg er fortsatt småbarnspappa.

jeg fortelle det til datteren min? Hun hadde da to gutter som var begynt å fly etter jentene. Det kunne være farlig å fortelle om en slik arv. Men siden jeg selv reagerte med slike tanker, fant jeg ut at andre må få vite.

– Dette er sju år siden. Datteren Hege ville først ikke teste seg. Hun gjorde det til slutt. Hun er ikke bærer av kromosomfeilen.

– I boken skriver jeg: «Børge, det er du og jeg. Vi behøvde ikke velge noe. Vi fant hverandre.» Det er mitt ståsted.

– Du skriver mye om sårheten du alltid har følt, også oppi all gleden. Har du også blitt såret av helsevesenet?

– Jeg har vært mye deprimert og plaget av nerver. Jeg går på antidepressiva daglig. Jeg er veldig følsom.

– Har andre foreldre til utviklings-

ganger fordi hun trodde vi ikke var glad i henne.

– Men i dag er dere nære?

– Jada. Men jeg har ønsket å fortelle om alle sidene.

– Har du noe spesielt å si sykepleierne?

– Jo, hvis det kommer en som meg, som er en stor hypokonder, så må de ta ham på alvor og hjelpe ham ut av vrangforestillingene. Men det er de nok vant til, tror jeg.

Zahl aner ikke hvordan livet ville vært uten Børge. Bare at det ville vært svært annerledes.

– Du kan forresten si til sykepleierne at hvis de trenger underholdning, så er Dissimilis veldig klar for det.

– Du er stolt over det du har fått til?

– Jeg er jo det. Nå skal jeg på Dissimilis-festival på Cuba. Vi har grupper i 12–14 land: Russland, Spania, Mexico ... Det er fantastisk. ■■■

Dette vårt rare yrke

VIER STOLTE AV DET. Vakter til alle døgnets tider. Ut i permafrost eller sommersonn. Skrape av bilen eller vente på en buss som kanskje kommer. Hvorfor holder vi ut? Fordi det gir mening! Det er det meningsløse som ikke er til å holde ut, og det finnes sant nok i helsesektoren også. Men det er noe vi trosser.

Jeg så aldri på sykepleien som en maktfaktor. Men det er den faktisk. Med år og alder forstår vi hvor mye vi kan. Vi vet at samfunnet hadde stoppet uten oss. Vi får igjen mer enn vi gir. Det har ikke alltid vært slik. For ikke altfor lenge siden skulle man være ugift og kvinne. Det skulle være et kall.

Selv er jeg gammel nok til å huske mennesker som ble kastet ut av studiet på grunn av graviditet. De prøvde seg på meg også. Min eldste sønn er født i 1985. Han var tre måneder da jeg skulle forsvare hovedoppgaven min. Årets første snø hadde falt. Det var kø på E-18, og dagammaen, som var en ivrig turgåer, hadde forlatt sin post. Så ungen ble med. To strenge sensorer så skeptisk på meg og lurte på hva jeg gjorde der på kontoret med en skrikende baby i armene. – Hva jeg svarte husker jeg ikke. Jeg husker desto bedre hva jeg tenkte og følte. Dette skulle jeg gjennomføre med glans med barnet på armen. Og det gjorde jeg.

Slik sett er vi alle del av en liten revolusjon. Uten trass, vilje, varme og kunnskap hadde vi aldri kommet dit vi har kommet i dag. Men er det langt nok? Jeg tenkte ikke så mye på pensjonspoeng da jeg var i tjuetårene. Dere som er der i dag, har heldigvis mer enn tre måneders svangerskapspermisjon, pappapermisjon, men en så rotete pensjonspoengberegning at ikke politikerne skjønner selv. Vær det bevisst hele veien, er min oppfordring.

Og vi skal være stolte. Vi utøver et yrke med stor mening. Og kunnskapen er det eneste ingen kan ta fra oss. Alt annet kan vi miste i dette sårbare livet.

Og skriver vi fagbøker, har vi en lei tendens til å skrive i flokk. Jeg segner snart av alle disse bøkene skrevet av to, som om den ene gjemte seg bak den andre. Ja, så er det sagt, selv om det antakelig ikke blir tatt nådig opp.



Ingvild Enger



Jeg kan se i mørket

Av Karin Fossum
224 sider
Cappelen Damm, 2011
ISBN 978-82-525-7775-4
Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier og
frilansjournalist

Ondskapens sykepleier

ANMELDELSE: Sykepleieryrket blir ikke satt i vanry av hovedpersonen i denne boka, for sykepleieren Riktor er en fantasifigur det mest sannsynlig ikke finnes tilsvarende av i virkeligheten. Til det er ondskapen han besitter og de handlingene han utfører for groteske og skremmende, og ville ha blitt avslørt mye raskere enn hva som er tilfellet i Karin Fossums nye bok *Jeg kan se i mørket*.

Riktor er sykepleieren som i elleve år har jobbet på aldershjemmet Løkka i en ikke navngitt by i Norge. Han er fascinert av døden, bruker mye tid på å tenke på den, og er langt fra noen barmhjertig samaritan som har valgt yrket for å kunne utøve omsorg og hjelpe mennesker som lider. Tvert imot er han en sadist som lugger og klyper pasientene. Han kaster både maten og medisinene deres i do, og han velger kun ut de pasientene som

er for svake og forsvarsløse til å kunne si fra. Som blinde Nelly.

Karin Fossum skisserer et menneske på randen av samfunnet, et menneske uten moral og skrupler, men som skjuler seg bak en fasade av velvillighet og omtenkksomhet. Det er skremmende godt skildret og tar leseren med på et dypdykk inn i et veldig forstyrret sinn, inn i et sinn som forklarer og forsvarer sine handlinger. Riktor både fascineres og frastøtes av seg selv, han nyter å være ond, samtidig som han blir skremt av seg selv. Han har lullet seg inn i sin egen, ensomme verden. Han savner en kvinne, men mangler evnene til å nærme seg andre mennesker. Den eneste han klarer å få et slags vennskap til, er alkoholikeren Arnfinn, som han gir alkohol til for å få selskap. Helt til det også går galt.

Boka er underholdende med et lett

og godt språk som flyter fint. Fossum klarer på mesterlig vis å holde på leserens interesse ved å la oss ta del i sykepleierens tanker. Hans funderinger og selvskryt er beskrevet med svart humor og absurde, vanvittige hendelser. På en finurlig måte får leseren forståelse for det forkvaklede menneskesynet til Riktor. Man blir også nysgjerrig. Hvorfor handler han som han gjør? Fossum gir noen svar. Fraværende foreldre, mangel på kjærlighet og omsorg i barndommen, kombinert med flere former for personlighetsforstyrrelse, skaper til slutt en ondskapsfull sykepleier som Riktor.

Hvor troverdig det er, kan diskuteres. Bokas svakhet er at Riktor ikke konfronteres med sine handlinger tidligere. Han blir som et fremmed vesen som vandrer med omsorgsfulle vesener rundt seg, på utsiden av alt.

En forfatter er en mann som ikke kan holde sine vrangforestillinger for seg selv.

Aksel Sandemose



Veien til bedre helseledelse

IKOS-individbasert kompetansestyring
Av Marit Strandquist og Lise Adal
130 sider
Kommuneforlaget, 2011
ISBN 978-82-446-2063-5
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

God hjelp til samhandling

ANMELDELSE: Å sikre nødvendig kompetanse i dagens og framtidens helsevesen innenfor et system med stadig strengere økonomistyring, er en enorm utfordring. Et styringssystem som tar brukernes behov og ansattes kompetanse som utgangspunkt har lenge vært ønsket. Begrensete økonomiske ressurser og økende forventninger hos befolkning og politikere til hva helsevesenet lokalt skal utrette, har også krevd nytenkning innen helse og omsorgssektoren. I denne sammenheng har prosjektene som er kjent som Stokkeprosjektet og KOMPASS fått mye positiv oppmerksomhet. De presenteres i denne boken.

KOMPASS fikk stor oppmerksomhet både fordi det ga mulighet for bedre å utnytte helsepersonells ulike kompetanse og å heve kvaliteten innenfor eksisterende økonomiske ressurser.

Det framstod som et nyttig redskap for kommuner som slet med finansierings- evne i forhold til nye helseutfordringer, der en rekke nye grupper forventes å få nødvendig helse- og omsorgshjelp.

Det som her kalles IKOS – individbasert kompetansestyring – følger opp disse to prosjektene. I boken settes de inn i en større sammenheng, både historisk og i forhold til nyere helselover og samhandlingsreform.

Det er gitt god plass til å beskrive selve systemet med en rekke eksempler og resultater fra kommuner der systemet er prøvd ut. Godt beskrives også ordninger med tjenesteansvarlige og primærkontakter. De skal sikre kvaliteten på tjenestene til den enkelte bruker gjennom en grunnbemannings med rett kompetanse. Bruken av IKOS som styrings- og beslutnings-

støtte for ledere gis også bred plass.

Mange kommuner har vist stor interesse for systemet. Den siste delen av boken gir råd om hvordan systemet kan innføres og videreføres i en kommune.

Det er først og fremst en veiledningsbok om hvordan man lokalt kan få til et system som både ivaretar ulike helseprofesjoners faginteresser, kvalitet og god økonomistyring i kommunene. Sånn sett kan den anbefales både til ledere, kommunale byråkrater, politikere og tillitsvalgte. Det er ikke noen kokebok som garanterer suksess, men et godt hjelpemiddel som kan hjelpe kommunens ledere når de 1.1.2012 skal samhandle med sykehusene uten garanti for at nødvendige kroner følger med. Fire siders henvisning til relevant litteratur kommer også godt med for den som vil skolere seg mer i emnet.



Roar Aaserud

Alder: 43 år

Stilling: Seksjonssykepleier på nevroklinikken ved slagenheten på Akershus universitetssykehus.

Favoritt: Kaffemaskin

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favoritt på jobben.

Hvilket hjelpemiddel er din favoritt?

Skriv til interaktivt@sykepleien.no

Rett i koppen, en dobbel, en enkel eller to

For Roar Aaserud har kaffe alltid vært en viktig del av hverdagen.

Tekst og foto **Laila S. Berg**

Kaffemaskinen er helt ny. Den har Roar Aaserud fått i gave fra sin kone, og han har lenge ønsket seg nettopp en slik. Trakteren passer inn i landskapet, nærmest vinduskarmen på Akershus universitetssykehus i Lørenskog.

Hva er det beste med kaffemaskinen?

– Jeg slipper å løpe rundt for å kjøpe kaffe. Årsaken til at det er kjekt å ha den her på kontoret, er at det er hyggelig å spandere kaffe på dem som kommer innom.

Hvordan fikk du den?

– Det er kona mi som har handlet. Jeg fikk den for bare en uke siden, og jeg hadde lenge snakket om at det ville vært fint med en slik maskin.

Hvordan liker du designet?

– Det er tilfeldig at det ble nettopp denne, men trakteren har stilig design. Den er fin å se på, og den ser ut som den lager god kaffe. Beholderen er skrå. Sort er en spesielt fin farge, det passer inn her.

Hva er viktig å vite når du bruker maskinen?

– Dette er et system med kaffe-, cappuccinoputer eller sjokoladedrikk og liknende. Jeg må selvsagt huske å sette på vannbeholderen, den sitter på baksiden.

Hvordan brukes den?

– Enkel i bruk. Fyll vannbeholderen og legg en pute i puteholderen. En kaffepute til en enkel kopp, og en dobbel til en dobbel kopp (eller til to kopper). Nå gjelder det bare, i dette tilfelle, å sette to kopper i trakteren, å velge riktig bryter, og vips. Vær så god.

Er kaffe sunt?

– Alt med måte. Det er ikke bra å drikke for mye. Jeg tør ikke anbefale noen dose, men jeg har også hørt at det kan være sunt.

Hvor mye kaffe drikker du?

– Muligens fire, fem kopper hver dag. Det er godt med kaffe etter lunsj, jeg drikker kanskje mer nå enn jeg gjorde før.

Har kaffemaskinen noen ulempe?

– Kanskje det er litt for lett, jeg slipper å gå for å hente kaffe andre steder.

Har du en god kaffehistorie på lager?

– Da min kone skulle innlemmes i slekta måtte hun drikke kaffe. Hun måtte ta kaffetesten for å bli en ekte Aaserud. Mine brødre og søster er nemlig kaffeelskere. Hun var nødt til å smake, men viste med all tydelighet at hun ikke likte det. Men hun drakk likevel, og etterpå fikk hun diplom, med en høytidelig overrekkelse. Diplomet henger fortsatt på veggen hjemme.



Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva skyldes Chagas sykdom?

- A En bakterie
- B Et virus
- C En parasitt

2 Hvordan overføres Chagas sykdom?

- A Gjennom luft
- B Gjennom vann
- C Gjennom blod sugende insekter

3 Hvor er Chagas sykdom et problem?

- A I Afrika
- B I Asia
- C I Amerika

4 Hvor mange mennesker i verden er smittet av Chagas?

- A 100 millioner
- B 100 000
- C 8 millioner

5 Hvordan smitter sykdommen kala azar?

- A Gjennom bitt fra sandfluer
- B Gjennom slangebitt
- C Gjennom loppebitt

6 Hva framkaller kala azar?

- A En protozo
- B En sopp
- C Et virus

7 Hvor er det mest sovesyke?

- A I Amerika
- B I Afrika
- C I Asia

8 Hva slags stoff inneholdt den gamle medisinen mot sovesyke?

- A Gull
- B Arsenikk
- C Gluten

9 Hvilken flue overfører sovesyke til mennesker?





- A Spyflue
- B Tsetseflue
- C Brun kaffeflue

10 Hvilken organisasjon forsøker å minne om de «glemte» sykdommene som chagas, kala azar og sovesyke?

- A Norsk Sykepleierforbund
- B Leger uten grenser
- C LO



AFRIKA, ASIA ELLER AMERIKA: På hvilket kontinent fins Chagas sykdom? Illustrasjon: Colourbox.

-  **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
-  **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
-  **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
-  **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1C En parasitt 2C Gjennom blod sugende insekter 3C I Amerika 4C 8 millioner 5A Gjennom bitt fra sandfluer 6A En protozo 7B I Afrika 8B Arsenikk 9B Tsetseflue 10B Leger uten grenser

FAG NYHETER

Nei til rituell omskjæring

– Små guttebarn skal ikke utsettes for det traumet og potensielle risiko rituell omskjæring representerer.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Illustrasjonsfoto **Colourbox**

Det skriver Norsk Sykepleierforbund (NSF) i sitt høringssvar til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Departementet foreslo i vår å lovregulere omskjæring av gutter. Rituell omskjæring vil si at forhuden rundt penis fjernes helt eller delvis, og hvor formålet er religiøst eller kulturelt begrundet.

I enkelte trossamfunn gis det ikke smertelindring til guttene i form av smertestillende salve eller lokalbedøvelse forut for inngrepet, og i dag foretas rituell omskjæring både i og utenfor helsetjenesten.

Departementet foreslår to modeller for omskjæring: I den ene modellen kan omskjæring kun utføres av leger. I den andre åpnes det for at også andre kan utføre inngrepet. I begge modellene skal guttens innstilling til inngrepet, så langt det er mulig, klargjøres. I forslaget er det ikke satt noen aldersgrense for inngrepet, men det heter: «Tatt i betraktning guttens modenhet og alder, kan ikke rituell omskjæring utføres mot guttens vilje.»

Vil ha aldersgrense

– Gutter skal ikke omskjæres før de selv kan samtykke til denne type irreversible inngrep, skriver NSF i sitt høringssvar. De henviser til flere artikler i Barnekonvensjonen, og forslår en nedre aldersgrense på 15 eller 16 år.

Selv om NSF's prinsipielle syn er at gutter ikke skal omskjæres før de har nådd en viss alder, gir de likevel motvillig støtte til å lovregulering, for å sikre at omskjæring skjer på en forsvarlig måte.

– Etter NSF's syn er det riktig å tenke at andre enn leger kan utføre inngrepet, men det kan diskuteres om tilsyn, tillatelse og oppfølging av forsvarlighet blir



for arbeidskrevende i forhold til inngrepet's viktighet.

Barneombudet vil ha debatt

Også Barneombudet mener omskjæring ikke skal skje før gutten selv er gammel nok til å samtykke.

Islamsk Råd Norge (IRN) mener at annet helsepersonell enn leger, og også andre med kompetanse på omskjæringsteknikk, skal kunne utføre inngrepet.

– Det er foretrukket at den som utfører omskjæring på muslimer selv er muslim, men det er ikke et krav, skriver Islamsk råd i sitt høringssvar. IRN foreslår også at helsepersonell i forbindelse med fødsel opplyser om retten til å få utført omskjæring.

Departementet foreslår ikke å lovfeste en reservasjonsrett hos helsepersonell som ut fra en faglig eller etisk overbevisning ikke vil bistå ved omskjæring. I lovforslaget presiseres det imidlertid at det skal tas hensyn til helsepersonells samvittighetsgrunner ved slike inngrep, så lenge det ikke er til hinder for et forsvarlig tilbud. ■■■

Hvor frivillig er deltid? Side 64

– Det er noe merkelig ved helsevesenet. Side 80

20-dagersfristen er ikke en garanti. Hvordan skal vi håndtere den? Side 70

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 KRISTIN SKOGEN LUND

«Jeg skulle ønske flere sykepleiere ble entreprenører.»

74

DILEMMA BERIT STØRE BRINCHMANN

«Pasienter kan oppleve det som et visst press å bli spurt om å delta i tv-serie.»

72



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Hva er egentlig ufrivillig deltid?

Hvis arbeidspresset gjør at du må gå ned i prosent, blir dette definert som frivillig deltid. Det er mildest sagt misvisende.

Finansavisen hadde 5. oktober et stort oppslag fra Ullevål. Ledelsen og Spekter har gjennomført en undersøkelse blant sykehusets deltidsansatte. Overskriften «Jobber deltid frivillig» må antas å gjenspeile hovedfunnene. Min konklusjon er at det da må være noe galt både med spørsmål og undersøkelsens gjennomføring.

Arbeidsgiverne i sykehusene og Spekter har en helt annen oppfatning av ufrivillig deltid enn NSF. Ifølge dem er omfanget av ufrivillig deltid blant sykepleiere marginalt. Problemet er frivillig deltid, altså er det noe galt med sykepleiernes holdning til arbeid. Men ifølge en ny undersøkelse oppgir 68 prosent av våre medlemmer at de ønsker å jobbe i hel stilling.

La meg bruke sykepleier Thea Indahl Mæhlum på Ahus som eksempel. Hun har lenge, sammen med sine kollegaer, meldt avvik om uverdige forhold uten å bli hørt. Til slutt tok hun den enorme belastning det er å kommentere situasjonen i TV2-nyhetene. Hun fortalt om den vonde magefølelsen hun konstant går rundt med, fordi hun ikke har tid til å gjøre jobben i tråd med sine faglige og etiske krav. Det verste for henne er at hun ikke får mulighet til å ivareta døende pasienter med den verdighet de fortjener. Situasjonen for Thea er ikke ny. Den har pågått i over et år. Nå orker hun ikke mer. Selv om hun er nytdannet

68 prosent av våre medlemmer ønsker å jobbe i hel stilling.

og ung, går hun ned i 80 prosent stilling. Dette er et skoleeksempel på ufrivillig deltid!

Thea er ikke alene. På mine reiser møter jeg mange sykepleiere i samme situasjon. De bruker formelle kanaler for å varsle om svikt i den daglige omsorgen, som går på pasientsikkerheten løs. Situasjonen bryter langsomt ned den stolthet og faglige engasjement som er karakteristisk for våre sykepleiere. Min jobb som forbundsleder



STRESS: For stort arbeidspresst gjør at noen må gå ned i stillingsprosent av helsemessige grunner. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

er å ta vare på våre medlemmer. De skal ha en arbeidsdag der de kan utøve sykepleie i tråd med faglig forsvarlighet og etiske rammer.

Hva er konsekvensen av ufrivillig deltid for våre medlemmer? De kan ikke leve av lønna si. De kan ikke som mange andre bygge opp en økonomisk buffer som gir trygghet i hverdagen. De får en uforutsigbar arbeidssituasjon med «jaging av vakter», og et svekket og usikkert pensjonsgrunnlag. De kommer ikke inn på boligmarkedet.

Den andre siden av ufrivillig deltid er der hvor sykepleiere ønsker hele stillinger, men blir avspist med små stillingsbrøker. Vi er enig med arbeidsgiverne og politikere i at alle skal ha mulighet til 100 prosent stillinger. Det gir økt pasientsikkerhet. NSF bruker alle formelle kanaler for å jobbe for at dette blir prioritert. Fra arbeidsgiversiden kan man få inntrykk av at temaet bare er til stede i festtaler. Tema fulltid blir i vertfall ikke prioritert i praksis.

Skal vi anslå omfanget av ufrivillig deltid, må vi også se på hvor frivillig såkalt «frivillig deltid» faktisk er. SSBs strenge definisjon av undersystemansatte, som personer som jobber ufrivillig deltid også kalles, er «deltidssystemansatte personer som har forsøkt å få lengre avtalt/ gjennomsnittlig arbeidstid ved å kontakte den offentlige arbeidsformidling, annonsere selv, ta kontakt med

nåværende arbeidsgiver eller lignende. De må kunne starte med økt arbeidstid innen en måned.» Det sier seg selv at en slik definisjon vil undervurdere omfanget av ufrivillig deltid. Beregning av ufrivillig deltid må også ta høyde for at mange i deltid jobber til dels mye mer enn avtalt tid. Hva svarer du da, om du blir spurt om du vil jobbe mer? Hvor frivillig er deltid dersom du vet at arbeidsgiver ikke kan tilby høyere stillingsbrøk? Arbeid i helsesektoren er i utgangspunktet organisert rundt deltidstillinger, noe som gir strukturelle begrensninger så lenge man fortsetter å organisere på denne måten. Hvor frivillig er redusert arbeidstid når helse ikke lenger strekker til? Når oppgaver og ressurser ikke står i forhold til hverandre og sykefraværet er høyt? Hvor frivillig er lavere stillingsbrøk når motkravet til mer arbeid er at du skal arbeide enda mer ubekvent?

NSFs utgangspunkt er at arbeid må organiseres rundt hele stillinger. Så gir arbeidsmiljøloven rett til redusert arbeidstid – på arbeidstakers premisser!

En bekymringsmelding

Dette er en bekymringsmelding som følger av den store sykehussammenslåingen. Som sykepleier på OUS har vi nå blitt nedbemannet til noe jeg vil kalle et uforsvarlig antall på jobb, både i forhold til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Min sykepleierkarriere startet for tre år siden. Jeg var heldig og kom rett i arbeid der hvor jeg hadde jobbet som student. Det var virkelig en stor dag den gangen jeg troppet opp som sykepleier og ikke bare en student. Jeg var så stolt og så glad for å endelig kunne starte på drømmen min!

Og en drøm var det! Lenge! Jeg jobber på en høytempo-post med stor utskiftning av pasienter i alle aldre. Jeg lærte så mye hver dag og fikk også gleden av å lære bort videre til studenter. Vi jobbet hardt alle sammen for å ha en post med høy kvalitet, både når det gjaldt fagkunnskap og ren, menneskelig pleie til pasientene. Hardt arbeid bar frukter! Pasientene var fornøyde, noe de selv bekreftet direkte til oss pleiere og gjennom brukerundersøkelser.

Hver dag kom jeg, til alle døgnets tider, med hodet høyt hevet og en stolthetsfølelse av å være del av et stort kollektiv som bidro til å hjelpe mennesker i ulike faser av livet.

Tre år senere har drømmen bristet. Den har blitt slått hardt ned og virkeligheten er stygg. Den begynte gradvis å bryte før sammenslåingen til OUS, men etter sammenslåingen begynner det å likne mer og mer på et mareritt.

Det sies at det er færre pasienter etter sammenslåingen og at man derfor må kutte bemanning deretter. Mindre pasienter har jeg merket lite til på min avdeling, derimot har jeg merket nedbemanningen svært godt. Fra en bemanningsplan hvor jeg allerede løp, er vi nå enda færre. Nå rekker jeg ikke alt om jeg så løper et maraton på jobb.

Pasienter opplever å måtte ringe opptil flere ganger for å få smertestilende, da vi er for få sykepleiere på jobb. De opplever å måtte sitte på toalettet i evigheter uten at det kommer noen å hjelper de. Jeg har selv pratet med pasienter som kjenner til posten fra tidligere og de lurer på hva som har skjedd. De følte seg ikke like ivaretatt som de har gjort tidligere. Det er en ganske lei beskjed å få fra pasienter. At dette ikke går ut over pasienten er ren og skjær løgn!

Jeg, med flere, skriver flere avvik daglig for å synliggjøre problemene, men respons og tiltak uteblir.

Jeg kan tåle et stort arbeidspress på jobb, og kan til og med trives med det om vi er nok sykepleiere til å ta oss av oppgavene, samtidig som vi yter en god pleie. Men når arbeidsmengden er for stor på grunn av manglende bemanning, og det går ut over pasientene i form av dårlig eller manglende pleie, da må jeg si stopp. Jeg har allerede kommet borti situasjoner som kunne potensielt fått fatale følger på grunn av manglende oppfølging som man rett og slett ikke har hatt kapasitet til.

Det er spesielt et punkt som jeg alltid har vært stolt av i forhold til arbeidsplassen min. Det er bruken av fastvakt til pasienter, som av ulike årsaker, trenger kontinuerlig tilsyn. Det kan være en som er hardt rammet av demens som ikke har noe innsikt i sin egen situasjon som potensielt kan føre til fatale hendelser hvis vedkommende ikke er under tilsyn. Pasienten kan falle ut av sengen og brette noe i et forsøk på å komme seg av gårde, hun kan rive av seg en bandasje og få avføring i såret, hun kan rive ut et urinkateter og påføre seg selv

skader, og lignende. Det blir også brukt i forbindelse med terminale pasienter, slik at de og eventuelle pårørende, får en minst mulig traumatisk opplevelse og en verdig avslutning på livet.

Frem til nå har det vært sykepleierens oppgave å vurdere behovet for bruken av en slik vakt. Den som hadde ansvaret for pasienten gikk til postleder, forklarte situasjonen og det kom som oftest en fastvakt. Nå skal dette avgjøres av en leder som sitter enda høyere opp. Dette gjelder også ved sykdom hos en ansatt og ved innleie av ekstra personalet. Det er altså nå en som ikke kjenner til pasientene en gang som skal vurdere om behovet virkelig er der. For meg føles det som at man ikke lenger har noe tillit til at sykepleieren selv kan ta denne avgjørelsen ut ifra en faglig vurdering, noe jeg har gått på skole i tre år for å lære.

Dette nye systemet har ført til at vi nå, oftere enn før, må selv holde pasienten under oppsyn, samtidig som vi skal ta oss av alle de andre pasientene og alt papir/dataarbeidet som sykepleiere drukner i mer og mer.

For meg virker dette som uforsvarlig galenskap. Er det virkelig der man skal kutte? Er det virkelig der det store sluket sitter? Jeg skjønner at alle monner drar, men ærlig talt!

Jeg kan ikke begripe hvordan dette skal fungere i praksis. Hvis man bare skal fokusere på økonomi, tenk hvilke kostnader det

vil påføre sykehuset om pasientene skader seg mens hun er inneliggende fordi ingen har hatt tid til å se til henne? Pasienten som smører avføring i nyoperert sår, blir til en infeksjonspasient som ofte doubler liggetiden, pasienten som skal hjem og brette lårhalsen på vei ut av senga kan ikke sendes til sykehjemmet likevel, osv. ... En annen side av saken, som jeg anser som den viktigste, er hvilken unødvendig belastning dette vil være for både pasienten og eventuelle pårørende. Det vil kunne skape et mistillitsforhold mellom partene som ingen er tjent med. Jeg mener at når slike avgjørelser blir tatt av andre, undergraver det sykepleierens faglig vurdering av pasienten og situasjonen. Jeg mener det skal ligge en menneskelig og sykepleiefaglig vurdering bak behovet og ikke en pengesekk.

Etter tre fantastiske år er jeg nødt til å til å forlate skuta. Jeg mister meg selv mer og mer i denne prosessen. Jeg føler ikke lenger noe stolthet i det jeg gjør. Jeg orker ikke mer av den gnagende samvittighet hver gang jeg forlater jobb, jeg orker ikke å gå med klump i halsen og tærer i øynene hver dag på grunn av arbeidspresset, jeg holder ikke ut lenger å ikke kunne få lov til å gjøre jobben min ordentlig.

Jeg føler jeg forlater et synkende skip. Takk for meg.

Christel Bruås-Leine

**Behandling / forebygging av
ligge- og trykksår**

Wima-labben
Avlaster områder som er utsatt for
ligge- og trykksår
Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil
og varmeisolerende



Wima® produkter

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

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

Hvor vitenskapelige er egentlig «vitenskapelige artikler»?

Folk flest tror at når en artikkel eller et innlegg begynner med «forskning viser», innebærer det etterrettelighet, grundighet, seriøsitet og nøytralitet. Man tenker at her dreier det seg om en forsker som har sittet i årevis og studert et fenomen, for deretter å bli vurdert av et nøytralt og uavhengig fagpanel. Resultatene skal kunne ut i en vitenskapelig artikkel som helst skal bli sitert et visst antall ganger av blant andre forskere for å bli tatt seriøst.

Min erfaring med vitenskapelige tidsskrifter er at det er høyst tilfeldig hva som betegnes som kvalitet. Dette er en verden som folk utenfor akademia vet lite om. Jeg har selv opplevd å sende inn manuskripter til ulike vitenskapelige tidsskrifter, der det ene tidsskriftet kan rose teksten opp i skyene, mens det andre slakter det fullstendig. Det betyr at det sitter mennesker i disse fagpanelene med sine egne briller og sine egne agendaer. Dette er selvsagt ikke noe nytt, og det er viktig å beholde ordningen med fagfellevurdering, men disse brillene og agendaene bør bli debattert og satt lys på. Kanskje fagpanelene må vurderes seg selv med de samme kritiske brillene?

Lærdommen for en forsker er at man først må

finne ut hvilket tidsskrift man vil skrive for. Det første man må lære er selve skriveformen. Sosialantropologiske tidsskrifter, for eksempel, liker en diskuterende form der man helst skal stille spørsmål ved etablerte samfunnsnormer og kulturer. Begreper som «funn» og «resultater» blir sett på som konvensjonelt og gammeldags, og denne formen i seg selv kan fort bli bedømt som kjedelig og lite nytenkende. Det beste er å skrive i en journalistisk, essayistisk form for å få fram selve budskapet. Det handler om «Små steder og store spørsmål», jfr. tittelen på en av lærebøkene til sosialantropologen Thomas Hylland Eriksen.

I sykepleieforskningstidsskrifter derimot, er denne formen bannlyst. Her skal man skille strengt mellom «funn» «resultater» og «diskusjon», for å bli vurdert, og ingen tekst skal overskride 5000 ord. Mitt inntrykk er at sykepleietidsskriftene ønsker å komme inn i det gode medisinske selskap ved å etterlikne normene til legetidsskriftene for å bli tatt seriøst. Men det kan jo være at sykepleievitenskapen har en egenart som kan gi rom for et rikere språk og en friere skriveform, også når det gjelder forskningsartikler? Med den strenge rammen for

skriveform og antall ord tror jeg vi mister viktig erfaringskunnskap som er i grenselandet mellom forskning og allmennkunnskap. Det er ikke sikkert at grensene er så sylskarpe.

Den franske vitenskapsteoretikeren Bruno Latour (1947-) stilte disse spørsmålene etter å ha gjort observasjonsstudier av vitenskapsfolk i laboratorier (jfr. *Laboratory Life*, 1979 og *Science in action*, 1987). Han fant at det var en kamp om å få fram sin «egen» sannhet, og at det ofte var tilfeldigheter hvilken «sannhet» som vant fram. Det handlet om posisjoner og makt, hvem som fikk og ble invitert til vitenskapelige kongresser, hvem som ble utelatt, og hvem som fikk spalteplass i tidsskrifter.

Man tror at akademia er yringsfrihetens fyrtårn, men det kan jo være, litt spissformulert, at vitenskapelige tidsskrifter og deres fagpanel egentlig er selvhøytidelighetens og yringsbegrensningens fyrtårn? Konklusjonen på dette innlegget er at man må lese forskningsrapporter med en klype salt. Man må i alle fall studere i hvilket tidsskrift og i hvilken kontekst de blir publisert.

Toril Borch Terkelsen, Universitetet i Agder

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigerende og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Spekter beklager feil lønnsoversikt

I september presenterte Spekter tallene fra årsrapporten fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS). Nå innrømmer Spekter at statistikken over lønnsveksten i 2010 for personellgruppene i helseforetakene er feil. Lønnsveksten for sykepleierne er høyere enn det som tidligere ble presentert.

Ifølge tallene fra Spekter, som er gjengitt i Sykepleien nr. 11–2011 side 11, hadde sykepleierne minst vekst i månedslønn av alle personellgruppene ansatt i helseforetakene. Lønnsveksten fra 2009 til 2010 var på kun 2,7 prosent for sykepleierne etter Spekters beregninger. Det riktige er en lønnsvekst på 4,3 prosent.

Heller ikke for spesialsykepleierne stemmer Spekters tall på 3,5 prosent lønnsvekst. For denne personellgruppen var lønnsveksten 4,1 prosent.

– I forbindelse med overføring av

personell fra Oslo universitetssykehus til Akershus universitetssykehus i den pågående Hovedstadsprosessen ble antall sykepleiere telt dobbelt. Det samme var ikke tilfellet for den enkelte sykepleiers lønnsutbetaling. Den enkelte sykepleier ble registrert med kun en lønn. Kort sagt ble de samlede lønnsutgifter delt på altfor mange sykepleiere. Resultatet ble for lav gjennomsnittlig lønnsutvikling for denne personellgruppen, beklager sjeføkonom Stein Gjerding i Spekter.

Under årets lønnsforhandlinger var Spekter og Norsk Sykepleierforbund innforstått med at tallene i årsrapporten ikke stemte. Feilen fikk dermed ingen innflytelse på lønnsforhandlingene, presiserer Gjerding.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) er et rådgivende utvalg for Helse- og omsorgsdepartementet og skal gjøre vurderinger av utviklingen i aktivitet, ressursbruk og produktivitet i spesialisthelsetjenesten.

Uriktig om ME

Normalt sett leser jeg Sykepleien med interesse, men i dag hoppet jeg i stolen.

Leser med forferdelse i «verdighetsnummeret» nr. 8/2011 på side 48 overskriften «Spikeren i kista for ME-virus» med referanse til forskning.no. Dette synes jeg blir for enkelt av et såpass seriøst tidsskrift som Sykepleien utgir seg for å være. Dette er ca. to år gamle artikler på forskning.no som har vært mye kritisert siden de ble presentert. Forskning.no har valgt å kun referere til en oppfølgingsstudie som var gjort av noen forskere i Storbritannia. Ved gjennomgang av deres studie i etterkant viser det seg at de slettes ikke har replikert den originale studien til Whitmore-Peterson institute i USA. De har brukt andre metoder, og dermed fått andre resultat (som vel må være forventet). De forskerne som utførte studien i Storbritannia er i utgangspunktet motstandere av ME som di-





Vi må bli mer synlige!

Først vil jeg si at Sykepleien er et flott magasin. Her kan vi sykepleiere følge med på aktuelle temaer og ny forskning. Kjempebra!

Jeg har vært medlem i forbundet siden jeg var nyutdannet. Jeg mener at forbundet bør være mer synlig. Med dette mener jeg å minne oss om at det finnes, hva dere står for og kan bidra med i vår praksis. Jeg hører flere si at de mener det er dyrt å være medlem, og lite nyttig for hver enkelt. Vi er i en omorganisering på vårt sykehus, med mye endringer og nye utfordringer. Ledelsen tar avgjørelser langt over hodet på oss, og vi føler oss overkjørt. Er heller ikke sikker på at dette foregår på en riktig måte i henhold til retningslinjer for omorganiseringer, hvor arbeidstaker skal tas med i prosessen. På min arbeidsplass er det faktisk flere som har meldt seg ut av forbundet på grunn av dette. Personlig mener jeg at vi ikke er tøffe nok til å involvere forbundet når det trengs.

Det som kunne gjort oss mer synlige er effekter som viser at vi er medlemmer. Jeg for min del har kun fått tilgang til en filofax med sykepleieemblemet på. Den må vi anskaffe selv. Min personlige mening er at vi bør få større tilgang til effekter. Jeg henviser til en sekk som er gitt ut på sykepleiedagen på Rikshospitalet. Den blir omtalt som praktisk, smart og markant. Er det slik at vi som jobber i utkantene som ikke er med på slike dager, ikke får tilgang til «goder»? Jeg bare undrer. Det er viktig å synliggjøre profesjonen vår! Vi ønsker også å rekruttere medlemmer for å bli sterkere, mer synlige og øke interessen for fag/yrke.

Mvh. Irene Oskasin

(PS: Sykepleiersekken kan kjøpes via NSF's fordelsbutikk på <http://medlemsbutikk.sykepleierforbundet.no> og koster 94 kroner. Den gis vanligvis ikke gratis til medlemmene. Red.)

agnose og opererer etter det som oftest kalles oxfordkriteriene som egentlig er så vide at de inkluderer «fatigue» tilstander av mange ulike grunner, også psykiske. Kildekritikk er viktig, prøver vi å lære studentene våre, og da må vi vel kunne forvente at et fagtidsskrift klarer det samme?

For å få oppdaterte kriterier for ME-diagnostisering er det enklest å gå på ME-foreningen.no og finne diagnosekriteriene som ble oppdatert etter siste biomedisinske funn så sent som sist vinter av et internasjonalt ekspertpanel. Jeg anbefaler at før man som fagtidsskrift går ut med slike påstander setter seg inn i bakgrunnen for disse. Hvorfor journalisten i forskning.no som skriver om ME alltid har den vinklingen hun har, blir bare spekulasjoner fra min side, så det vil jeg ikke gå inn på. Jeg foreslår at dere gjerne skriver mer om ME, men ta da kontakt med dr. Barbara Baumgarten på Ullevål

universitetssykehus ME-klinikk, dr. Mette Johnsgård på Lillestrøm helseklinikk eller Ruth Astrid i ME-foreningen i Oslo som alle har svært god kjennskap til det som rører seg på den biomedisinske siden. Det skal for øvrig være konferanser om ME både i Oslo og Bergen i høst som holder et høyt faglig nivå. Mulig en journalist fra dere bør delta her og så skrive en artikkel om ME i etterkant slik at det dårlige inntrykket av magasinet kan rettes opp?

Sintef gjorde på oppdrag fra Helsedirektoratet en kartlegging av ME-sykes tilbud i fjor høst. Den tegner et sjokkerende bilde av situasjonen for mange svært alvorlig syke mennesker.

Med vennlig hilsen Gunn J. Bringsli, sykepleier med mastergrad om ME-sykes opplevelser av helsevesen og NAV, høyskolelektor og styremedlem i Norges ME-forening

MINNEORD

Vivi Høy Anvik

I dag 17. september 2011 ville Vivi ha fylt 71 år. I den anledning møttes noen av hennes nærmeste venner og kollegaer på vårt faste møtested på kaia til et godt måltid i Vivis ånd. For ett år siden feiret vi Vivis 70 årsdag, og den gangen var det ingenting som tydet på at vi skulle miste henne innen et år.

Vi har vært så heldige å være kollegaer med Vivi på sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bodø i over 20 år. Hun var en faglig pioner innen sykepleiefaget, med spesiell interesse for kommunikasjon og veiledning. Nye kollegaer ble vennlig tatt imot og inkludert i arbeidsmiljøet. Hun var en svært sjenerøs kollega som veiledet oss begge, og hadde en sjelden og særlig evne til også å glede seg over andres fremgang. Som kollegaer dro vi nytte av hennes politiske teft og diplomatiske evner. Vivi var fagpolitisk engasjert og gjorde en viktig jobb i ulike råd og utvalg. Hun var en svært engasjert person, med høy grad av integritet, og var ikke redd for å si ifra både muntlig og skriftlig når det var nødvendig.

Vivi var en av få «sykepleielærere» som klarte å opprettholde kontakten med praksisfeltet ved siden av jobben ved høyskolen. I mange år hadde hun fast helgestilling ved Bodø legevakt. De siste årene jobbet hun ekstravakter ved ulike sykehjem, sist ved Volden. Vivi trivdes med å jobbe med mennesker. Hun var en flink sykepleier og en aktiv fagperson som evnet å lære seg nye ting i hele sin lange yrkeskarriere.

Vi beundret vår venn Vivis estetiske sans. Vi forbinde henne med blomster, lys, farger og vakkert dekkede bord. Hun elsket kunst og kultur, film og musikk, og hun var en kunstner med mat. Som hennes kollegaer og venner følte vi oss svært privilegerte som fikk være gjester i hennes vakre hjem. Vi opplevde en atmosfære av generøsitet i ekte «Babettes gjestebuds» ånd.

Vivi var også flink med ord. Hun skrev fortellinger og dikt, og gjorde bruk av sine estetiske evner også i undervisning. Hun var også en svært god lytter og samtalepartner, og hadde kloke råd å gi i forhold til andre menneskers problemer. Selv uttrykte hun ikke like lett sin egen smerte med ord, det var derfor ikke alltid like enkelt å være til hjelp for henne.

Hun var ei stolt mor og mormor som ofte snakket varmt om sine flotte døtre og barnebarn. Vi følte nesten at vi kjente dem godt, fordi hun fortalte så levende og humoristisk om dem. Samtidig viste hun alltid oppriktig interesse for våre familier og barn i særdeleshet. Vi opplevde henne som en barnevenn, som særlig forsvarte barn, men også sårbare mennesker.

For oss som stod henne så nær er det nesten uvirkelig at hun ikke lenger er her. Vi savnet deg veldig på Bryggerikaia i dag – tusen takk for ditt nærvær, din lune humor og alle kloke innspill!

I takknemlighet!

Torild Snelvedt og Berit Støre Brinchmann

En ny og moderne arbeidstvistlov

Regjeringen har foretatt en grundig gjennomgang av arbeidstvistloven og legger frem forslag om en ny og moderne lov. Et viktig siktemål er å gjøre det lettere å finne fram i loven for uerfarne brukere. Dersom forslaget blir behandlet av Stortinget i høst, vil den nye loven tre i kraft fra årsskiftet.

Regjeringen fremmet i statsråd 24. juni 2011 en lovproposisjon med forslag til en ny og modernisert arbeidstvistlov. Loven vil erstatte arbeidstvistloven av 1927. I tillegg til en teknisk og språklig modernisering av loven har prosessreglene for Arbeidsretten gjennomgått en grundig modernisering og oppdatering, både på grunnlag av den nye tvisteloven og på grunnlag av rettspraksis fra Arbeidsretten.

Arbeidstvistloven er en viktig lov for norsk arbeidsliv. Den gir regler om tariffavtalers form, innhold og rettsvirkninger, og den inneholder regler for løsning av både interessedvister og rettstvister, herunder bestemmelser om Arbeidsretten og meklingsinstitusjonen. Gjeldende arbeidstvistlov, som er fra 1927 og i hovedsak bygger på vår første arbeidstvistlov fra 1915, har vært en slitesterk lov. Loven har fungert bra, og det har ikke vært mange omfattende endringer i årenes løp. Der loven har vært taus, har partene løst dette ved å utfylle sine tariffavtaler. Det tidligere Arbeidsrettsrådet la i 1996 frem en innstilling om prinsipper for en ny arbeidstvistlov hvor omfattende materielle lovendringer ble drøftet. Etter lange og til dels opphetete diskusjoner ble det imidlertid besluttet ikke å videreføre forslagene. Det var også få materielle endringer det bredt partssammensatte Stabelutvalget foreslo da det gjennomgikk loven i sin innstilling i 2001.

Likevel, den gamle loven bærer preg av at den snart

er hundre år. Språket er gammelmodig, og titler og begreper er ikke kjønnsnøytrale. Gjennom de siste 40–50 år har dessuten arbeidslivet endret seg, ved at det er kommet til mange flere organisasjoner. Særlig nye og mer uerfarne brukere synes at det er vanskelig å finne fram i den gjeldende arbeidstvistloven, og at det er mange spørsmål loven ikke gir svar på.

Det er på denne bakgrunn foretatt en teknisk og språklig modernisering av loven. Et sentralt hensyn har vært å gjøre loven mer pedagogisk og oversiktlig, og dermed lettere tilgjengelig. Dette er blant annet gjort gjennom en ny lovstruktur som bedre avspeiler prosessen med inngåelse og revisjon av tariffavtaler. Med et språk som er mer i tråd med dagens språkbruk vil loven bli lettere å forstå, og titler og begreper i loven er gjort kjønnsnøytrale. Vi får nå en riksmekler, samt et korps av kretsmeklere og særskilt oppnevnte meklere. Den nye arbeidstvistloven blir også teknologinøytral, slik at elektroniske kommunikasjonsformer kan tas i bruk etter hvert som de tekniske forholdene ligger til rette for det. Loven er også forenklet, ved at bestemmelser i 1927-loven som ikke har noen praktisk betydning, er tatt ut. Dette gjelder for eksempel bestemmelsen om riksmeklerens adgang til å koble avstemninger over meklingsforslag.

Det er også gjort enkelte endringer som følge av avtale- og rettspraksis. I kapitlet om mekling er det blant annet tatt inn mer utdypende bestemmelser om plassoppgivelse, dvs. den oppsigelse av arbeidsforholdet som skjer ved arbeidskonflikt. Samtidig er det lagt stor vekt på å opprettholde partenes avtalefrihet.

Prosessreglene for Arbeidsretten i gjeldende arbeidstvistlov kopierte i noen grad bestemmelser i den gamle

tvistemålsloven, som nå er erstattet av en ny tvistelov. Vi har gått igjennom den nye tvisteloven og sett på hvilke bestemmelser der som det er nødvendig eller ønskelig å ta inn i den nye arbeidstvistloven. Et viktig siktemål har vært å bidra til å effektivisere saksavviklingen for Arbeidsretten, og på dette grunnlag er det foretatt en tilpasning til enkelte av tvistelovens frist- og saksbehandlingsregler, og det er tatt inn nye regler om stansing og rettsforlik.

Videre er enkelte prosessbestemmelser endret slik at de er i samsvar med gjeldende rett slik den har utviklet seg gjennom Arbeidsrettens praksis. Dette gjelder blant annet bestemmelsene om partshjelp og sakskostnader.

Arbeidslivets parter er sentrale på dette rettsområdet, og hovedorganisasjonene har sammen med Arbeidsrettens leder og Riksmeklingsmannen deltatt i arbeidet gjennom en referansegruppe, og vi har hatt et godt samarbeid gjennom hele prosessen. Referansegruppen fikk seg forelagt lovutkast som deretter ble diskutert i møter, justert og deretter drøftet på ny i flere omganger. Et høringsforslag ble så sendt ut på bred høring, og det kom inn mange gode og konstruktive innspill til departementet. Også andre gode krefter, både dommere og professorer, har bidratt med innspill og korrekter.

Dersom lovproposisjonen blir behandlet i Stortinget i høst, kan den nye loven tre i kraft fra 1. januar 2012. For meg har det vært viktig at den nye arbeidstvistloven er mer oversiktlig, lettfattelig og enklere å finne fram i. Dermed blir den lettere å bruke også for nye og kanskje uerfarne brukere. Jeg synes vi har fått til dette uten å trå i partenes bed, og uten at partenes avtalefrihet er svekket, og jeg håper at den nye loven blir like slitesterk som den gamle.

Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Strøpene som gjør dagen lettere for deg kjøper du hos WWW.XWEAR.NO



Varer og faktura sendes med posten.

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



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

RGF REISEGARANTIFOND
REISEGARANTIFOND



Lars Bjørn Mehus,
spesialkonsulent Helse-
og sosialombudet/Pasient-
og brukerombudet i Oslo.

Uklar 20-dagersfrist

Hva gjelder for pasienten når det er mistanke om kreftsykdom?
Blir jeg omfattet av regjeringens nye behandlingsgaranti?

I juni i år ble et nytt tidsbegrep introdusert i forhold til kreftbehandling. Statsminister Jens Stoltenberg lanserte maksimumsfrist for behandlingsoppstart for pasienter med kreft. Der hvor vi i pasientrettighetsloven omtaler «frist for start helsehjelp», introduseres nå i Nasjonale faglige retningslinjer for ulike kreftformer «forløpstid i forhold til behandlingsoppstart».

Pasientombudet har mottatt tilbakemelding fra flere pasienter som har forstått dette som en ny pasientrettighet, en fristgaranti. Dette inntrykket er forsøkt korrigert ved orienteringsskriv fra Helsedirektoratet og i flere oppslag i media i tiden etter statsministerens tale.

Nå vet vi at 20 dagers forløpstid er regjeringen (eier) sin bestilling

til helseforetakene om å starte behandling til et utvalg pasienter med kreft innen en gitt tid.

Politisk viljeserklæring

Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften utgjør det lov-messige grunnlaget når spesialisthelsetjenesten foretar den faglige vurderinger og setter den individuelle fristen for å starte helsehjelp til pasienten. For ulike diagnosegrupper foreligger tilhørende prioriteringsveiledere, deriblant for onkologi. Disse tjener som beslutningsstøtte og fungerer rådgivende når spesialisthelsetjenesten skal gi pasienten rettighetsstatus og maksimumsfrist for igangsetting av nødvendig helsehjelp.

Det kan i spesielle tilfeller tilsi behandlingsoppstart i løpet av få dager, mens det i andre tilfeller kan være forsvarlig med en frist på flere uker.

Ved siden av dette har vi «Nasjonale faglige retningslinjer» som også inngår som støtte til spesialisthelsetjenestens vurderinger. Et nytt kapittel handler om forløpstider, og det er her regjeringens bestilling til helseforetakene er kommet inn. Det må oppfattes som en politisk viljeserklæring.

Lik frist for alle

Det er fra regjeringens side ønskelig med behandlingsoppstart for flertallet av pasientene med kreft innen 20 dager. Deler av opposisjonen har uttrykt at de gjerne ser en enda raskere behandlingsoppstart. Dette «politiske» kapitlet kan oppfattes som et lite paradoks midt inne i et dokument som ellers representerer det siste av anerkjent kunnskap for god og forsvarlig kreftbehandling. På den ene side skal det gjøres faglige vurderinger og på bakgrunn av det gis en individuell vurdering og behandlingsfrist. På den annen side sier politikerne at de mener de fleste pasientene med kreftsykdom skal ha lik frist uansett.

Regjeringen som eier har instruert sine styrer i helseforetakene til å følge opp denne bestillingen. Det følger av foretaksmodellen at styrene ikke kan si annet enn ja til regjeringen. Enkelte styreprerentanter har gjennom sine uttalelser blitt oppfattet slik at de mener virksomheten i sykehusene kan omorganiseres slik at denne «bestillingen» skal kunne oppfylles innenfor eksisterende rammer. Dette reiser spørsmål ved tidligere prioriteringer.

UKLAR: Fastlegen kan være uklar på om henvisningen dreier seg om mistanke om kreft. Da blir det heller ikke satt en raskere frist for behandlingsoppstart. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Utfordringer ved fristgaranti

Regjeringens «forløpsgaranti» må etter ombudets syn være et selvstendig prosjekt.

Helsepersonell har et spesielt ansvar for å melde fra dersom følgene av oppfyllelse av forløpstid for pasienter med kreft medfører forlengelse i oppfyllelse av andre pasienter sine behandlingsforløp. Melderutiner for slike tilfeller må finnes i helseforetakenes internkontrollsystemer. Så må helseforetakene varsle eier dersom de likevel må ha ekstraressurser for å oppfylle regjeringens fristgaranti.

Signalet fra regjeringen i juni var at fristgarantien skulle iverksettes umiddelbart. Det er ukjent for ombudet om det føres statistikk på om kreftpasientene etter introduksjon av fristgarantien får et raskere behandlingsforløp enn før. Ombudet var på tidspunktet for lanseringen involvert i saker hvor pasienter, også rettighetspasientene, ikke fikk utredning og/eller behandlingsoppstart innenfor de fristene som man kunne forvente.

Ombudet i Oslo ser ikke noen markert endring i henvendelser knyttet til fristbrudd for pasienter med kreft. Det som er nytt er at vi hører pasienter spørre om ikke regjeringens fristgaranti skal gjelde for dem. Behandlingsansvarlige leger bekrefter i samtale med ombudet at også de møter pasienter med samme spørsmål. Vårt inntrykk er at heller ikke disse legene er helt sikker på hvordan de skal forstå regjeringens signal. Fra ombudets side ser vi det som en alvorlig utfordring at sykehusene i noen tilfeller ikke opplever henvisningen fra fastlegene som tydelig nok på at det kan være mistanke om kreft. Dermed blir det heller ikke satt en raskere frist for behandlingsoppstart. Men vi ser også eksempler på at henvisninger sykehusene imellom kan bli liggende lengre enn ønskelig. I flere av sakene ser vi at det er svakheter knyttet til samordning av tjenes-

Fristgarantien kan pasienten benytte som en appell overfor sykehuset.

tetilbudet mellom de ulike sykehusene, selv når de befinner seg innenfor samme helseforetak. Dette har ombudet i Oslo tatt opp i møter med ledelsen for alle oslosykehusene, både når de har rolle som lokalsykehus for oslopatientene, når de har regionsfunksjon, og når de ivaretar funksjon som nasjonalt sykehus.

Uendret behandlingsfrist

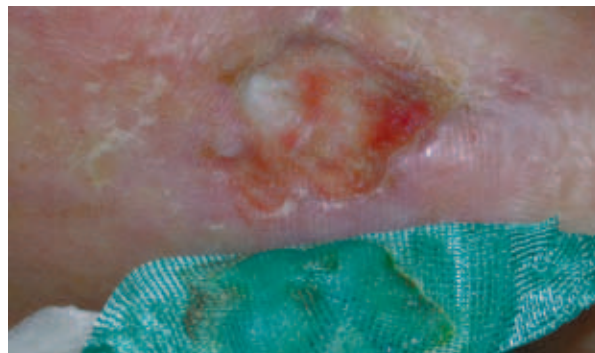
Erfaringene til nå kan derfor tyde på at flere pasientene opplever uendret behandlingsfrist i forhold til før juni i år. For de pasientene hvor dette kan være for lang frist, og for ombudet, blir ikke problemene med fristoverskridelser borte ved at det for de aller fleste pasientene med kreft går både raskt og ukomplisert med utredning og behandling.

Hva gjør vi med fristgarantien?

Den politiske fristgarantien kan pasienten benytte som en appell overfor sykehuset om de ønsker raskere behandlingsoppstart. Hvordan helseforetakene vil forholde seg til en klage på brudd på fristgarantien gjenstår å se. ■■■

Sorbact®

**Binder bakterier og sopp
uten resistensutvikling**



Renser opp væskende, koloniserte og infiserte sår.



Effektiv eliminering av soppinfeksjoner i hudfolder.



Beskyttende kirurgisk plaster i kombinasjon med Sorbacts bakteriebindende egenskap.

**Sorbact finnes i et bredt sortiment av
skumbandasje, gelbandasje, kompresser,
tamponader og kirurgisk plaster.**

**Kontakt oss gjerne for mer informasjon på
pharma@abigo.no**



ABIGO Medical AS, www.abigo.no, www.sorbact.com
Tel. +47 93 43 26 21, pharma@abigo.no



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om filming av pasienter

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

Realityserier i sykehus

Filming i sykehus bør underlegges minst like strenge retningslinjer og etiske normer som forskningsprosjekter der pasienter inngår.

Sykehusserier på TV er populær underholdning. I de fleste slike serier benyttes skuespillere. Det har imidlertid blitt mer og mer vanlig å filme helsepersonell og ordinære pasienter. En klinisk etikk komité fikk forespørsel om å vurdere de etiske aspektene ved en avtale mellom NRK og et helseforetak. Avtalen gjaldt en planlagt oppfølger til TV-serien «Jordmødrene». Forespørselen gjaldt filming av jordmødre og pasienter i behandlingssituasjoner på fødestuen. Jordmødrene stilte seg positive til dette.

Jeg har også tidligere møtt lignende problemstillinger som KEK-medlem (klinisk etikk-komité). For noen år siden skrev et samlet høstseminar (årlig samling av alle

bli forespurt om deltakelse i realityfilm. Pasienter i en sårbar situasjon bør skjermes fra slik forespørsel.

Helsetilsynet sier

I april 2010 uttalte Helsetilsynet seg vedrørende filming av pasienter:

«Det er flere hensyn som taler for at pasienter ikke bør filmes i en behandlingssituasjon og bli bedt om et samtykke til dette. Pasienten er i utgangspunktet i en svekket stilling som følge av at han/hun er avhengig av helsepersonellens tjenester for å bli undersøkt og behandlet. Bare det å måtte ta stilling til spørsmålet om å medvirke kan i en slik situasjon oppleves som belastende. Det å si nei vil kunne kreve mot og styrke som

kravene til vern om det private, et helt sentralt hensyn ivare tatt av taushetsplikten. Rådet har advart mot denne uthulingen av taushetsplikten selv om det hentes inn samtykke hos den enkelte pasienten. Grunnen til dette er dels at det kan reise tvil om frivilligheten til pasientene som bes om samtykke i en situasjon mens de er avhengige og trenger helsehjelp, men først og fremst at det er uoversiktlig både for pasient og behandler hvilke konsekvenser en eksponering i fjernsynsmediet har for den enkelte både på kort og lang sikt.»

Pasienten er viktigere enn forskningen

Forskere som ønsker å studere pasienter i sykehus er underlagt strenge forskningsetiske normer og regler. Alle forskningsprosjekter der pasienter og sårbare grupper er involvert krever godkjenning i REK, og det er meldeplikt til NSD og Personvernombudet for forskning. I tillegg kreves samtykke fra sykehusledelse og fra pasient og/eller pårørende dersom pasienten er mindreårig eller ikke samtykkekompetent.

Hensikten med disse bestemmelsene er å beskytte pasienter og pårørende mot forskning som kan være til skade. Hensynet til den enkelte pasient veier alltid tyngre enn forskningens samfunnsnytte.

I mitt forrige Dilemma i Sykepleien skrev jeg at merkevarebygging i sykehus i noen situasjoner kan være uheldig, dersom pasienter gjennom dette føler seg stigmatisert. Jeg har forståelse for at ledere i sykehus og helseforetak og noen ansatte kan mene at filming i sykehus kan skape blest og oppfattes som god reklame. Hensynet til enkelt-pasienter og pårørende som blir eksponert må imidlertid alltid komme foran hensynet til helsepersonell og PR for sykehus og helseforetak.

Filmteam som lager underholdning har etter min mening ingen ting i sykehus å gjøre! ■■■

Pasienter i en sårbar situasjon bør skjermes fra slik forespørsel.

kliniske etikk-komiteer) en felles uttalelse mot filming av pasienter og pårørende i sykehus. Saken stod på trykk i Dagens Medisin. Den gang dreide det seg om filming av kreftsyke barn ved et større sykehus i Oslo. Sykehusledelse, helsepersonell og pårørende hadde gitt tillatelse til filmingen, men det var konsensus på KEK-seminaret om at slik filming ikke burde tillates.

Asymmetriske maktforhold

Det er viktig å erkjenne det asymmetriske maktforholdet mellom pasient og helsepersonell og hvordan dette påvirker en forespørsel om samtykke til filmopptak. Pasienter anses ikke å være i et tvangsfritt forhold til helseforetaket og behandlende helsepersonell. De kontakter helsevesenet ut fra et behov for hjelp, og de dekkes av pasientrettighetsloven med behov for beskyttelse. Det er stor fare for at pasienter kan oppleve det som et visst press å

en pasient i slike situasjoner kanskje ikke har. Når det er pårørende som skal samtykke på vegne av pasienten vil de komme i tilsvarende klemme, da de av hensyn til pasientens behov for helsehjelp ikke ønsker å bli oppfattet som «vanskelige». Det vil også kreve stort mot av pasient/pårørende å nekte visning av en produksjon som andre har nedlagt et betydelig arbeid i».

Et annet sentralt aspekt er hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten å bli filmet og eksponert i massemedia og på internett i en behandlingssituasjon. Jeg kan vanskelig se at den enkelte pasient har fordeler av dette, og risikoen for negative konsekvenser er klart til stede.

Ivaretagelse av taushetsplikten

Rådet for legeetikk (2004) har også uttalt seg kritisk mot at pasienter brukes i fjernsynsprogrammer: «Den viktigste grunnen til dette er at fjernsynet bryter radikalt med

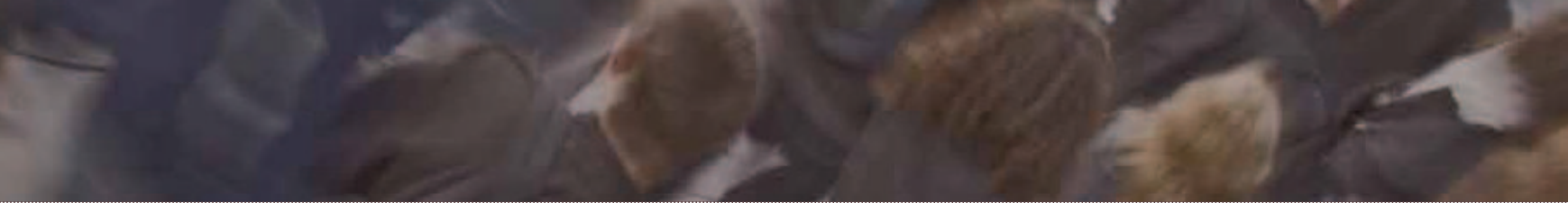
Faste bidragstere



Leder Rådet for sykepleieetikk
Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



SÅRBAR: Er det greit å la syke og sårbare barn være med i en tv-serie fra sykehus? Nei, mener dilemmasribentem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Til refleksjon

- › Hvilke tanker har du om filming av pasienter i sykehus?
- › Hvilke argumenter taler for?
- › Hvilke argumenter taler mot?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ

Kristin Skogen Lund

Hvorfor: Fordi hun er en motpart for sykepleierne og en kvinnelig leder med makt
Yrke: President i Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) og konsernsjef i Telenor
Utdanning: Fransk master i forretningsadministrasjon
Alder: 45 år



Fra et privat synspunkt

– Bli sjef! Da kan du selv bli den sjefen du drømte om å ha, sier Kristin Skogen Lund.

Tekst og foto **Marit Fonn**



Kristin Skogen Lund snakker som en foss i iPhonen sin. Hun sitter i en taxi. Bak henne er Telenor, foran er Gardermoen. Norges mektigste kvinne – ifølge bladet Kapital – er på vei til Stockholm.

Nå prøver hun å huske hva det var hun sa til sykepleierne som gjorde dem så vennlig stemt for et år siden på Unios årskonferanse. Hun tenker høyt:

– Jeg tror at i 90 prosent av tilfellene har arbeidstakerne og -giverne felles interesser, som trygge arbeidsplasser. Hundre prosent er det ikke, det er jo lønnsforhandlingene. Men man overspiller motsetningene. Vi burde spille mer på lag. Jeg sa kanskje noe å la det?

Lund, som også er kåret til verdens 38. mektigste forretningskvinne, fortsetter:

– Der det er sunne forhold, har ledere og tillitsvalgte gode relasjoner. Jeg er en stor tilhenger av samspill. Det gir bedre resultater enn konfliktlinje.

Det er halvannet år siden hun plutselig ble konstituert president i Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) da forgjengeren trakk seg på grunn av «forhold ved hans forretningsdrift». Ordentlig valgt ble hun to måneder senere, som første kvinne. Til daglig jobber hun i Telenor som konserndirektør, på nivå rett under toppsjef Baksaas, med ansvar for Norden og digitale tjenester.

Nå sitter hun altså i baksetet og blir telefonintervjuet av Sykepleien.

– Sunne forhold – hva er det?

– Det forutsetter tillit, respekt og enkle spilleregler, som åpenhet.

«Sykepleierne forsto at jeg ikke kunne ta ansvar.»

Hvis man får vite noe i fortrolighet, må man ikke bruke det til å dolke motparten i ryggen siden.

– Er man enig om spillereglene, blir det alltid bedre løsninger, prediker Lund i fart.

– Jeg tenker plutselig på Oslo universitetssykehus?

– Der tror jeg det absolutt ikke er sånn. Dessverre.

Lund ser straks for seg konflikter om håndkirurgi som har skapt vondt blod på en hel avdeling. Det har hun lest i Aftenposten, der hun før var administrerende direktør.

– Utslagene ble ille. Det er fryktelig synd.

Mild, men bestemt. Ingen spisse albuer og hundre prosent troverdige, er blant skussmålene hun fikk fra Kapital.

– Noen åpenbare feil som er gjort på OUS?

Lund viser til den skjøre toledersmodellen, som kan finnes på sykehus, universitetet og i en avis.

– En leder kan stå mot en blokk av fagkompetanse – henholdsvis medisin, akademia, redaksjon. Det kan fungere fint hvis man spiller sammen. Men motkreftene kan også bli sterke og destruktive. Ekstra utfordrende kan det være å lede om man ikke selv har fagbakgrunn.

Mens det går unna på motorveien gir hun et mildt spark til fagmiljøene som ikke ser kompleksiteten:

– Faglige særinteresser kan skygge for nyansene. Ofte fins det ikke enkle løsninger.

SOM EN SØSTERLIG lederkollega har hun fulgt med hva Siri Hatlen har drevet med på toppen av landets største helseforetak. Siviløkonomen holdt det gående inntil hun ikke lenger kunne stå for flere kutt. Da hun trakk seg fra uriasposten, fikk hun både respekt og beklagelse fra de ansatte.

Lund ser systemsvikt og mangel på overordnet planlegging hos sykehusgiganten. Hun fornemmer slitasje blant de ansatte og undres over at it-systemene ikke snakker sammen.

– Det er lett å si fra utsiden, men det ser ut som det ikke er lagt infrastruktur. Som om det er planlagt en by uten å tenke på at det skal være veier der.

– Klør du i fingrene etter å ta over?

– På en måte, fordi jobben er så viktig. På den annen side har jeg veldig respekt for Hatlen. Dette er en av landets vanskeligste lederjobber.

FOR TOLV ÅR SIDEN holdt Lund på å stryke med, og fikk oppleve helsevesenet fra innsiden. Hun skulle føde tvillinger og det var midt i utdrivningsfasen. Tvilling nummer én stoppet opp. Det var for sent å ta keisersnitt. Det gikk bra, barna kom ut til slutt.

– Jeg er utrolig fornøyd.

Hun følte seg aldri som bare et nummer i rekken.

– Jeg ble behandlet verdig. Alt skjedde på tid. Jeg fikk beskjed når ting skulle skje, og så ble det sånn. Jeg fikk forklart alt.

Hun ble sengeliggende i en uke. Musklene skrumpet inn og babyene var premature.

– Jeg var ute av stand til å forholde meg til dem.

Men hun rullet i rullestol inn til intensiven. Sykepleieren ved babyene sa: «Er det greit at jeg mater dem nå?»

– Jeg følte hun bygget autonomi. Hun sa: «Du kan bli her på sykehuset så lenge du vil. Du trenger ikke besøke dem.» Jeg sa ikke noe, jeg, men sykepleierne forsto at jeg ikke kunne ta ansvar. De presset meg ikke i det hele tatt. Da skjønte jeg hvor flinke de er.

Det gikk heller ikke lang tid før hun fikk krefter til å ta seg av de små. Takket være god oppfølging slapp hun angst for å føde på nytt. Siden er det blitt en tvillingfødsel til og en ryggoperasjon.

– Det har gått som smurt hver gang.

Tvillingparene er nå ni og tolv år. Lund er beundret fordi hun klarer å kombinere topplederjobb med familieliv.

– Alle har en hverdag, sier hun.

I intervjuer har hun fortalt om supermannen hun har hjemme, om greie besteforeldre, au pairen og kule venner.

FLEKSIBEL ER ET KJÆRT adjektiv når arbeidsgiverne snakker om arbeidstid. Lund er ikke noe unntak:

– Jeg er tilhenger av frivillig fleksibilitet. Folk lever ulike liv. Har man ansvar for barn annenhver uke, kan man jobbe mye en uke og ha mer fri den neste. Noen vil jobbe mest mulig i helgene.

– Adecco lot folk jobbe så mye de ville. Det gikk ikke så bra?

– Ingen beklager det med Adecco mer enn meg. Men også ofentlig sektor har brutt loven. Jeg forstår at med veldig fleksible løsninger kan noen arbeidstakere føle seg presset til ordninger som ikke er bra for helsen.

Lund skulle ønske at det var Arbeidstilsynet som skulle godkjenne når det er greit å avvike fra arbeidstidsreglene. Da kunne det skje objektivt og uten egeninteresser, tror hun. I dag er det fagforeningene sentralt som sier ja eller nei til slike unntak.

– Er det dumt at sykepleien er så kvinne-dominert?

«Jeg er en stor tilhenger av samspill.»

– Dumt og dumt. Stort sett er det en fordel med større kjønnsbalanse. Mangfold fører til ideer.

Mer privat drift i helsevesenet, ville ført til bedre lønn for sykepleierne, mener hun.

– Fravær av konkurranse hemmer lønnsutviklingen. Ulik lønn oppleves kanskje som en trussel for kollektivet. Men hvis jeg var leder av Sykepleierforbundet, ville jeg brukt den muligheten.

Innovasjon betyr å lage noe nytt. Lund mener sykepleierne er de nærmeste til å se hva som kan forbedres i helsevesenet.

– Jeg skulle ønske flere av dem ble entreprenører og etablerte egne virksomheter.

Da hun besøkte Bodø, fikk hun høre om dips, et eksempel på nyttenkning av dem som er tette på.

– Det var ikke sykepleiere som oppfant det, men systemet er etablert på sykehuset i Nordland fordi noen hadde sett hvor tungrodd det var før. Mer innovasjon springer forresten ut fra svenske sykepleiere enn norske.

– Oj. Hvor har du det fra?

– Jeg har lest det.

Beviset kommer noen dager senere i en e-post: Et søylediagram om «företagsomma kvinnor» sakset fra en svensk rapport.

I avis-kronikken «Mormor på monitor» argumenterer hun for hvordan velferdsteknologi kan frigi varme hender.

– Hva kan komme ut av innovasjon?

– Et produkt, en prosess, nye måter å gjøre ting på. Man må klare å implementere noe som lønner seg. Det hjelper lite å ha gode ideer og ikke gjøre noe med det.

– Et tips til sykepleierne?

– Ser de noe som kan forbedres, så ikke bare snakk om det.

Sørg for handling.

Nå har hun flyplassen i sikte.

– Du har det travelt?

– Akkurat det blir jeg veldig lei av. Man blir lei av seg selv, på et vis. Lei av å styre rundt.

Det er under et døgn siden hun var på Gardermoen sist. I går kveld landet hun etter en dagstur til Trondheim.

– Sånn holder jeg på.

Drosjen er framme. Hælene klakker mot asfalten.

– Hvor høye er de?

– Ikke så høye. 4 centimeter, kanskje. Ingen stiletthæler, nei.

Jeg er jo ryggoperert, jeg må passe på.

– Bærer du tungt?

– Jo mer jeg reiser, jo lettere blir bagasjen.

EN DRØY UKE senere har Lund en time ledig. I Telenor-bygget på Fornebu blinker solen i glass og blanke flater. Der kommer sekretæren for å ta imot. I farten tar hun med klær pakket i plast fra resepsjonen.

– Rensetøy til Kristin, sier hun om den svarte festkjolen med hvit jakke.

Her kan de fleste behov dekkes. Vi har allerede passert frisørsalongen.

– Der borte er det treningssenter og det er mat på huset, forsikrer sekretæren på vei opp i de luftige etasjene.

Direktør Lund sitter innerst i hjørnet med ryggen til sjøutsikten konsentrert over sin bærbare pc. På pulten er et halvspist måltid sushi og en halvtom soloflaske. Vis-à-vis er sekretærens pult. Ved siden av sitter kommunikasjonssjefen med sin bærbare. I det svære



rommet har over tjue personer arbeidsplassen sin.

– Veldig greit, sier Lund om det åpne landskapet.

– Jeg er så mye på møter. Fint å ha nærkontakt når jeg først er her.

På et ledig rom forteller hun at NHO vurderer å gå inn for minstelønn.

– Du vet, det er så lett å ty til begrepet sosial dumping.

Hun slår fast at det ikke er forbudt å betale under tariffloenn.

– Det skal betales anstendig, heter det, når det ikke er tariffavtaler. Men hvordan definerer du det? Arbeidsløse i EØS velger fritt hvor de vil jobbe.

– Minstelønn kan fort bli til makslønn?

– Det tror jeg ikke vil skje. Hvis fagforeningene virkelig vil gjøre noe med det de mener er et stort problem, må de ikke rope korsfest så ofte som de gjør.

– Syns du NHO håndterte Adecco-saken bra?

– Vi tok avstand fra det. Men med en gang det skjer avvik i privat sektor, ropes det høyt. De titusener av lovbruddene i offentlig sektor snakker man ikke like mye om. Det slås politisk mynt på Adecco-saken, mens det egentlig er et bransjeproblem.

PRIORITERER NHO de riktige sakene? Det er presidentens oppgave å passe på. Medlemmene er 20 000 bedrifter, med alle sine motstridende interesser. Lund bygger bro.

– Er sykepleiere for redde for å lede?

– Jeg vet ikke. Men jeg kan godt slå et slag for lederskap. Da kan man være den sjefen man ønsker seg. Det er ikke bare byrder og ansvar. Det er også frihet. Å få andre til å lykkes – det er det som er gøy.

– Er du blitt den sjefen du ønsket deg?

– Jeg prøver. Men er kanskje litt for travelt.

Lund henter telefonen og rensketøyet og kaster et rosa skjerf over den rosa blusen. Hun taster melding til Telenor-sjefen mens hun krysser plassen mellom glasshusene på vei til neste møte. Folk haster forbi i det skarpe lyset. Det er som en liksomverden, utenfor det egentlige livet.

– Her er så annerledes?

– Syns du? Det er bare en arbeidsplass. ■■■



En bemanningsnorm vil ikke løse noen problemer, bare skape nye.

Sigrun Vågeng, administrerende direktør i KS

Bemanningsnorm

Både barnehagebarn og førskolebarn har fått det. Snart får alle skolebarn det også. En minstenorm for bemanning.

– Er det behov for en nasjonal minstestandard for bemanning innen kommunal pleie og omsorg?

Sigrun Vågeng: Nei. Fordi det ikke vil løse utfordringene i sektoren. Om dagens utvikling fortsetter, vil vi om få år mangle 40 000 helsearbeidere. En norm vil ikke gi en eneste ny sykepleier eller helsefagarbeider, derimot vil det garantert føre til flere byråkrater som skal skrive og innvilge søknader om dispensasjon fra normen. KS mener at det er situasjonen på den enkelte institusjon og for den enkelte bruker som skal avgjøre hvor store personellressurser som settes inn. Behovene vil være ulike fra bruker til bruker og fra institusjon til institusjon. En nasjonal minstestandard vil dermed lett føre til at det prioriteres feil.

Eli Gunhild By: NSF har ikke vært for en nasjonal minstestandard fordi dette kan føre til at det blir vanskelig å få til stillinger over minstenormen. Når man bemanner innen pleie og omsorg, må man hele tiden ta hen-

syn til hvilke pasienter man skal behandle. En demensavdeling har behov for flere stillinger og en annen kompetanse enn en ordinær sykehjemsavdeling. Det er utviklet kompetansestyringsverktøy der man går inn og definerer bemanningen ut fra pasientens behov. Dette ville være en bedre måte å løse bemanningsproblemet på. I Oslo kommune har det de siste to årene vært innført et kompetansestyringsverktøy (BOB). Dette har ført til bedre tilfredshet blant pasienter, pårørende og ansatte. Ved å sette opp en minstestandard i sykehjemmene i Oslo har vi sett eksempler på at bemanningen har blitt bedre og at man har fått en mer bevisst holdning til bemanning. På den måten har vi fått en faglig forsvarlig bemanning og drift som ivaretar pasientsikkerheten.

– Vil kommunene være i stand til å oppfylle dette?

Sigrun Vågeng: Nei, mangel på personell kan bare rettes opp ved å utdanne flere og ved at flere arbeider heltid. En bemanningsnorm vil ikke føre til noen av delene. Tvert imot er det sannsynlig at en bemanningsnorm på ett område vil kunne ramme andre viktige sektorer.

Det vil være uheldig
å sette opp en minstenorm
på nasjonalt nivå.

Eli Gunhild By, fylkesleder Norsk Sykepleierforbund, Oslo

i pleie og omsorg?

Vi tror at løsningene må finnes gjennom en kombinasjon av flere virkemidler. Mer fleksible arbeidstidsordninger og mer satsing på velferdsteknologi for å frigjøre ressurser til å gi mer omsorg er to av dem.

Eli Gunhild By: Jeg tror det vil være uheldig å sette opp en minstenorm på nasjonalt nivå. Det blir viktig å ta hensyn til og ivareta hvilke pasienter man har på det enkelte sykehjem. Vi vet at det er ulike grupper innlagt på sykehjem og at sykehjemmene i by og land har ulike funksjoner, for eksempel sett ut ifra hvor nær de ligger sykehus.

– Vil en bemanningsnorm ha betydning for den forestående samhandlingsreformen?

Sigrun Vågeng: Det ville være trist om man skulle starte en reform som skal få frem gode lokale løsninger med nasjonale bemanningsnormer. Det trengs mange ulike typer personell inn i omsorgstjenestene for å skape bedre kvalitet, og ikke bare de typiske omsorgsyrkene. Vi mener reformen er riktig og nødvendig, men ser også mange usikkerhetsmomenter ved gjennomføringen som vi vil følge nøye.

Eli Gunhild By: Samhandlingsreformen vil stille nye krav til kompetansesammensetningen innen kommunal pleie- og omsorg. Den største utfordringen er å vurdere og å sikre faglig forsvarlig bemanning overfor nye pasientgrupper, som tidligere ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Dette er spesielt viktig når profesjonsnøytraliteten trer i kraft fra nyttår. Tiden er derfor ikke inne til å innføre en generell bemanningsnorm nå.

– Kan en minstenorm på bemanning bli oppfattet som en maksimumsnorm?

Sigrun Vågeng: Det vil alltid være en fare med minimumsnormer. Det viktigste er likevel at en bemanningsnorm ikke vil løse noen problemer, bare skape nye.

Eli Gunhild By: Ja, det er faren med en slik type tenkning. Det positive er at man får en bevisstgjøring av bemanningen og får synliggjort hvilken standard man må ha for å ha en faglig forsvarlig drift å ha pasientsikkerheten i fokus. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby**
Foto **Johnny Syversen/KS og Marit Fonn**





REFLEKS

Gjesteskribent Anders Folkestad

Navn: Anders Folkestad

Yrke: Leder i Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no

– Something rotten ...

Det er noko ekstra med helsevesenet - berre her ser sjefen rart på deg dersom du tar heiltid som sjølvsgagt.

Eg har gjort det eg kan for å få heil stilling. Vil så gjerne ha den sikre inntekta full jobb kan gi. Men det går ikkje. For arbeidsgjevar er det enklare om eg berre jobbar 70 prosent fast, og så kan leiinga fylle på – etter sitt behov.

Om lag slik sa ho det. Sjukepleiaren eg møtte på eit av dei store oslosjukehusa. Ho hadde jobba eit års tid etter avslutta utdanning. – Så godt som alle nyutdanna har det slik, i alle fall på mi avdeling, la ho til.

Ei anna «søster» hadde også streva lenge for å få heil, fast stilling. Men nei, det stoppa ved om lag 70 prosent. Så var det å fylle på med vikariat og tilfeldige vakter. Ho tenkte med uro både på pensjonsopptening og sikring ved langvarig sjukdom. Ho var ikkje nyutdanna. Ho hadde lang sjukehuserfaring.

Desse døma er ikkje eineståande – tvert imot. Det må vere noko

Dette er misbruk av kompetanse.

riv ruskande gale når folk som ivrar etter heile stillingar ikkje får det. Særleg når det vitterleg er behov for arbeidskrafta. Dette er misbruk av kompetanse.

Det verkar som om det i helsesektoren har utvikla seg ein kultur der deltid nærast er ei norm – ei forventning som «rammar» både arbeidstakarar og arbeidsgjevarar. Det kan godt hende denne kulturen har utvikla seg i eit samspel mellom vedvarande underbe- «manning» og at kvinner i større grad enn menn ønsker deltid. Same kva forklaringa er: Uønska deltid skulle ha vore avvikla for lengst.

Helseministeren tok for ei tid sidan til orde for at deltidsomfanget måtte ned i sjukehusa. Det går seint, om i det heile tatt framover. Frå arbeidsgjevarsida blir det hevda at problemet er minimalt. Og i den grad det er eit problem, er det kravet om vakt maksimalt kvar tredje helg som står i vegen. Det er, sett frå den kanten, eit lite problem som møter ei «stor» hindring.

Ein gong i tida arbeidde eg på smelteverk. Sommarjobb i studietida. Men også vi jypingane hadde vår plass i skiftplanen, yrkedagar

som helg. Både «veslespringen» og «storspringen» høyrde med. Eg høyrde aldri at det var nødvendig at dei tilsette måtte ha deltidsstillingar for å få skiftplanane til å gå i hop.

Det er mange andre verksemder enn helsesektoren som har døgn-drift og turnusordningar. Mange av desse er mannsdominerte. Enten det er i industrien, i politiet eller i brannetaten. Her er ikkje kulturen deltidsinnretta. Arbeidsgjevar legg ikkje opp til deltid for å få arbeidsplanane til å gå rundt. Tvert imot. Normalen er heiltid. Sjølvsgagt.

Det blir tydelegare og tydelegare at det er for dårleg grunnbemanning som skaper problema i helsesektoren. Dessutan er det for mange som vel å arbeide deltid.

I valkampen høyrde vi stadige utspel om kor viktig det var å rekruttere folk med god kompetanse til helse- og omsorgssektoren. Det var ikkje måte på kor ivrige sentrale politikarar var til å love satsing. Men kva kan og vil dei eigentleg gjere? Gode intensjonar strekkjer ikkje til. Dei har gitt frå seg viktige verkemiddel. Arbeidsgjevaransvaret er det andre som forvaltar. Verktøy som øyremerkning av pengar eller lovgjeving er ikkje «comme il faut» på dette området.

Regjeringa har ikkje ønska å lovfeste retten til heiltidsstilling. Det er enklare å levere intensjonserklæringar og oppmode til forsøk og prosjekt. Vel og bra, men lite forpliktande.

Når framgangen lar vente på seg, må styresmaktene bli hardare i den klypa dei har. Det er trass alt staten som eig dei fleste sjukehusa. Viss i tillegg både arbeidsgjevarar og arbeidstakarar innrettar seg på at heiltidsstillinga skal vere normalen, må det vel vere råd å bli kvitt misbruket av deltidsstillingar?

Eller er det framleis slik at damene eg møtte skal bere byrdene for gjerrige fleksibilitetsbehov? I så fall kan vi vri litt på Shakespeare: There is something rotten in the state of Norway.

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samsfunns-
avdelingen i Dagbladet



Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter



Kristin Heggen
Professor i helsefag,
Universitetet i Oslo