

Pusser våpnene

Det bygger opp til storm om likelønn i vårens tariffoppgjør

Side 16



Sverige kvitter seg med sykehjem

Side 50

Sykdom styrte karrieren

Side 74



Sykepleien

NSF Politikk: Faglig satsing kan få ned sykefraværet, viser erfaringer fra Horten kommune.

1 2010
14. januar
2010
98. årgang

Ta kontroll over stresset

For lite tid, for mye å gjøre.
Slik er sykepleiernes hverdag.





RoACTEMRA – nytt behandlingsprinsipp ved revmatoid artritt

- som første biologiske behandling etter svikt på DMARD eller
- etter svikt på TNF-hemmere
i kombinasjon med metotreksat eller som monoterapi (ved intolerans for metotreksat)

RoACTEMRA[®]

- 28-34% oppraddede remisjon på tvers av ulike pasientgrupper i samtlige fase III studier¹
- Det eneste biologiske legemiddel som har vist bedre klinisk effekt i monoterapi enn metotreksat²
- Rask og vedvarende effekt, som forbedrer ytterligere over tid¹
- Grundig og dokumentert sikkerhetsprofil i det mest omfattende klinisk fase III studieprogram noen gang for et biologisk legemiddel ved RA³

Referanser: 1. RoACTEMRA SPC, 2. Jones et al. Comparison of Tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis. The Arthritis Study. Ann Rheum Dis. 2010 [pubmed] 3. <http://www.ama-assn.org/speical/roactemra>

C RoActemra «Roche»

Immunsuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A C07

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE 20 mg/ml: 1 ml inneholder:

Tocilizumab 20 mg, sukrose, polysorbat 80, dinatriumfosfatdodekahydrat, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling, i kombinasjon med metotreksat, av moderate til alvorlig, aktiv revmatoid artritt (RA) hos voksne pasienter som enten ikke har respondert tilfredsstillende på eller som har vist intoleranse for tidligere terapi med ett eller flere sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARD) eller tumornekrosefaktor (TNF)-hemmere. Hos disse pasientene kan tocilizumab gis som monoterapi ved intoleranse for metotreksat, eller hvor fortsatt behandling med metotreksat ikke anses som egnet.

Dosering: Behandling skal initieres av lege med erfaring i diagnostikk og behandling av RA. Anbefalt dosering er 8 mg/kg kroppsvekt, men ikke >480 mg, gitt 1 gang hver 4. uke. Gitt i.v. over 1 time. Doser >1,2 g er ikke undersøkt. **Unormale leverenzymverdier (ASAT/ALAT):** Ved ASAT/ALAT >1-3 × øvre normalverdi (ULN) justeres metotreksatdosen hvis nødvendig. Ved vedvarende forhøyede verdier, reduseres tocilizumabdosene til 4 mg/kg eller tocilizumab seponeres inntil ASAT/ALAT er normalisert. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg eller 8 mg/kg iht. klinikk. ASAT/ALAT >3-5 × ULN: Tocilizumab seponeres inntil ASAT/ALAT < 3 × ULN. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg eller 8 mg/kg. Ved vedvarende forhøyede verdier >3 × ULN, seponeres tocilizumab. ASAT/ALAT >5 × ULN: Tocilizumab seponeres. **Lavt absolutt nøytrofiltall (ANC (celler × 10⁹/liter)):** ANC >1: Ingen dosejustering nødvendig. ANC 0,5-1: Tocilizumab seponeres inntil ANC >1 × 10⁹/liter. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg og økes til 8 mg/kg iht. klinikk. ANC <0,5: Tocilizumab seponeres. **Lavt platelettall (celler × 10³/μl):** Platelettall 50-100: Tocilizumab seponeres inntil platelettall >100 × 10³/μl. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg og økes til 8 mg/kg i ht. klinikk. Platelettall <50: Tocilizumab seponeres. **Eldre:** Dosejustering ikke nødvendig. **Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved lett redusert nyrefunksjon, for øvrig ingen erfaring. **Barn og ungdom:** Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende data.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Infeksjoner: Behandling skal ikke initieres ved aktiv infeksjon. Dersom pasienten utvikler alvorlig infeksjon, bør tocilizumab seponeres inntil infeksjonen er under kontroll. Det bør utvises forsiktighet ved vurdering av bruk av tocilizumab hos pasienter med residiverende eller kroniske infeksjoner i a nnesnen, eller underliggende tilstander (f. eks. divertikulitt, diabetes) som kan predisponere for infeksjoner. Overvåking for snarlig diagnostisering av alvorlige infeksjoner anbefales for pasienter som får biologisk behandling for moderate til alvorlig RA, da symptomer og funn ved akutt infammasjon kan reduseres i forbindelse med suppressjon av akutfasereaksjonen. Effekten av tocilizumab på C-reaktivt protein (CRP), nøytrofiler og infeksjonssymptomer skal vurderes når en pasient evalueres for mulig infeksjon. Pasienten skal rådes til å kontakte lege umiddelbart ved symptomer på infeksjon, for å sikre rask undersøkelse og adekvat behandling. **Tuberkulose:** Pasienten bør screenes for latent tuberkulose (Tb) før behandling startes. Pasienter med latent Tb bør behandles med standard antimykobakteriell terapi før tocilizumab initieres. **Komplikasjoner til divertikulitt:** Tocilizumab bør brukes med forsiktighet av pasienter med intestinal ulcerasjon eller divertikulitt i anamnesen. Pasienter med symptomer på divertikulitt komplikasjoner, f.eks. abdominalsmerter, blødning og/eller uforklarlig endring i avføringsmønster med feber, skal undersøkes snarest med tanke på gastrointestinal perforasjon. **Hypersensitivitetsreaksjoner:** Alvorlige hypersensitivitetsreaksjoner er rapportert ved infusjon av tocilizumab. Egnet anafylaksibehandling bør derfor være tilgjengelig. **Aktiv leversykdom og nedsatt leverfunksjon:** Behandling med tocilizumab, spesielt ved samtidig bruk med metotreksat, kan være forbundet med forhøyede hepatiske transaminaser. Det bør derfor utvises forsiktighet når behandling av pasienter med aktiv leversykdom eller nedsatt leverfunksjon vurderes, da sikkerhet ved bruk av tocilizumab hos disse pasientene ikke er tilstrekkelig undersøkt. **Økt hepatisk transaminase:** Forbigående eller intermitterende mild til moderat økning av hepatiske transaminaser uten progresjon til leverskade er rapportert. Økt frekvens av forhøyede verdier ble observert når po-tensielt hepatotoksiske legemidler (f.eks. metotreksat) ble gitt i kombinasjon med tocilizumab. Det bør utvises forsiktighet ved initiering av tocilizumabbehandling hos pasienter med ASAT/ALAT >1,5 × ULN. Ved ASAT/ALAT >5 × ULN anbefales ikke behandling. ASAT og ALAT bør måles hver 4. til 8. uke i de første 6 behandlingsmånedene, deretter hver 12. uke. Ved ASAT/ALAT >3-5 × ULN som bekreftes med gjentatte prøver, bør tocilizumab seponeres inntil transaminaser <3 × ULN. Tocilizumabbehandling kan deretter gjenopptas med 4 eller 8 mg/kg. **Hematologiske forandringer:** Reduserte verdier for nøytrofile granulocytter og trombocytter er sett ved behandling med tocilizumab 8 mg/kg i kombinasjon med metotreksat. Det kan være økt risiko for nøytropeni hos pasienter som tidligere er behandlet med en TNF-hemmer. Det bør utvises forsiktighet ved initiering av tocilizumab hos pasienter med lave verdier for nøytrofile granulocytter eller trombocytter (ANC < 2 × 10⁹/liter eller trombocytettall <100 × 10³/μl). Behandling frarådes ved ANC <0,5 × 10⁹/liter eller trombocytettall <50 × 10³/μl. Nøytrofile granulocytter og trombocytter bør monitoreres 4-8 uker etter behandlingsstart og deretter iht. standard klinisk

praksis. **Lipidverdier:** Økning i lipidverdier inkl. totalt kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol og triglyserider er observert. Hos flertallet av pasientene var det ikke tegn på økt forekomst av aterosklerose, og pasienter med økt totalt kolesterol responderte på behandling med lipid senkende legemidler. Måling av lipidverdier bør gjøres 4-8 uker etter initiert tocilizumabbehandling. Pasienter bør behandles for hyperlipidemi iht. lokale kliniske retningslinjer. **Nevrologiske sykdommer:** Behandlende lege bør være oppmerksom på symptomer på nyoppstått demyeliniserende sykdom i sentralnervesystemet. Risiko for demyeliniserende sykdom ved bruk av tocilizumab er ukjent. **Maligne lidelser:** Pasienter med RA har økt risiko for maligne lidelser. Immunmodulerende legemidler kan øke risikoen for malignitet. **Vaksinasjon:** Levende og svekkede levende vaksiner bør ikke gis samtidig med tocilizumab, da klinisk sikkerhet ikke er fastslått. **Kardiovaskulær risiko:** Pasienter med RA har økt risiko for kardiovaskulære sykdommer og risikofaktorer (f.eks. hypertensjon, hyperlipidemi) bør behandles iht. klinisk praksis. **Kombinasjon med TNF-hemmere:** Det er ingen erfaring med bruk av tocilizumab kombinert med TNF-hemmere eller annen biologisk behandling ved RA. Tocilizumab sammen med andre biologiske legemidler anbefales ikke. **Natrium:** Preparatet inneholder 1,17 mmol (26,55 mg) natrium pr. maks. dose på 1 200 mg. Pasienter på saltfattig diett må ta hensyn til dette. Doser <1025 mg av dette legemidlet inneholder <1 mmol (23 mg) natrium, dvs. nærmest natriumfritt. Pasienter med svimmelhet i forbindelse med behandlingen, skal rådes til ikke å kjøre bil eller bruke maskiner for svimmelheten har forsvunnet.

Interaksjoner: Ekspresjon av hepatiske cytokrom P-450-enzym hemmes av cytokiner, f.eks. IL-6, som stimulerer kronisk infammasjon. Enzymekspresjonen kan derfor normaliseres under behandling med potent cytokinhemmende terapi, som tocilizumab. IL-6 reduserer ekspresjon av CYP 1A2, CYP 2C9, CYP 2C19 og CYP 3A4 in vitro. Tocilizumab normaliserer ekspresjonen av disse enzymene. Ved oppstart eller seponering av tocilizumabbehandling, bør pasienter som tar legemidler som jern, f.eks. atorvastatin, kalsiumkanalblokkere, teofyllin, warfarin, fenytoin, ciklosporin eller benzodiazepiner, monitoreres da doseøkning kan bli nødvendig for å beholde terapeutisk effekt. Effekten av tocilizumab på cytokrom P-450-enzymaktiviteten kan vedvare i flere uker etter seponering, pga. lang halveringstid.

Graviditet/Amning: Kvinner i fertilitetsalder må bruke adekvat prevensjon under og i opptil 6 måneder etter avsluttet behandling. **Overgang i placenta:** Preparatet bør ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Ved eventuell behandling må nytten av amming for barnet vurderes mot nytten av behandling for kvinnen.

Bivirkninger: Hyppigst rapportert ved monoterapi eller i kombinasjon med DMARDs er øvre luftveisinfeksjoner, nasofaryngitt, hodepine, hypertensjon og forhøyet ALAT. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymfeforandringer: Leukopeni, nøytropeni. Gastrointestinale: Munnulcerasjon, gastritt, hjertebrenn, hypertensjon. Hud: Utslett, pruritus. Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon, cellulitt, pneumoni, oral herpes simplex, herpes zoster. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Forhøyede hepatiske transaminaser, hyperkolesterolemi. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Stomatitt. Hud: Urticaria. Infeksiøse: Divertikulitt. Øvrige: Hypersensitivitetsreaksjoner, forhøyet total bilirubin, hypertriglyseridemi.

Egenskaper: Klassifisering: Human IgG₁ monoklonalt antistoff mot human interleukin-6 (IL-6)-reseptor. Produsert i kinesiske hamsterovarie (CHO)-celler med rekombinant DNA-teknologi. **Virkningsmekanisme:** Bindees spesifikt til løselige og membranbundne IL-6-reseptorer (sIL-6R og mIL-6R) og inhiberer sIL-6R- og mIL-6R-medierte signalisering. IL-6R er et pleiotropisk proinflammatorisk cytokin som bl.a. er medvirkende i patogenesen av infammasjonssykdommer, osteoporose og neoplasier. Blokkering av IL-6-reseptorer reduserer symptomene ved RA. **Absorpsjon:** «Steady state» for C_{max} oppnås etter 1. administrering og etter hhv. 8 og 20 uker for AUC og C_{min}. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ved «steady state» 6,4 liter, hvorav 3,5 liter sentralt og 2,9 liter perifert. **Halveringstid:** Elimineringen er bifasisk. Halveringstiden er konsentrasjonsavhengig og avtar med avtagende konsentrasjon innenfor et doseringsintervall.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

Andre opplysninger: Tilberedning: Steril, pyrogenfri natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml (0,9%) trekkes opp aseptisk fra en 100 ml infusjonspose, tilsvarende det volumet av tocilizumabkonsentrat som pasienten skal ha. Forskrevne mengde tocilizumabkonsentrat (0,4 ml/kg) trekkes opp fra hetteglasset og overføres til infusjonsposen, som da får et sluttvolum på 100 ml. Oppløsningen blandes ved sakte å vende posen for å unngå skumdannelse. Tilberedes aseptisk. Ferdig tilberedt infusjonsoppløsning bør brukes umiddelbart. Ferdig oppløsning er stabil i opptil 24 timer i kjøleskap (2-8°C).

Utlevering: Alle pasienter som behandles med tocilizumab skal få utdelt et eget pasientkort med viktig sikkerhetsinformasjon i forbindelse med behandlingen.

Pakninger og priser: Hettegl.: 4 ml kr. 2021,10. 10 ml kr. 5000,40. 20 ml kr. 9965,70.

Sist endret: 17.04.2009

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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf, 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:



Espen Helge Aspnes

I spalten Verkstedet tar skribenten opp hvordan det økende antall demenssyke vil skape flere tilfeller der teknologiske løsninger bør tas i bruk. Sporingsteknologi vil gi demenspasienter større bevegelsesfrihet. Norge henger etter i arbeidet med å utvikle dette, mener Aspnes. Side 40



Arne Teige

«Datamaskinen ble overkjørt». Når eksamensdagen plutselig er der, får universitetene mange slags unnskyldninger for hvorfor oppgaven ikke ble levert. Med statistikk kan man undersøke om datamaskiner faktisk blir ødelagt oftere i eksamenssesongen. Side 60



Ole Hope

En nesegrus tro på at konkurranseorientering alene utvikler mer kosteffektive modeller i helsesektoren er naivt, skriver Hope i kronikken på side 70.



Per Nortvedt

En kvinne spontanaborterte på legevakten og ble sendt i drosje til gynekologisk avdeling med fosteret i en plastpose. Der måtte hun vente en time i korridoren før hun ble tatt hånd om. Forsvarlig behandling, spør Nortvedt i dilemma side 72.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Det er ikke de ansa

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Løftet steinbord – fikk 1,3 millioner
- 12 Egen sikkerhet står øverst
- 13 Kontaktssykepleiere fortsetter
- 14 Måler fostervekst
- 16 Nekter å styres av privat sektor
- 18 Vil vingeklippe englene
- 20 – Knekk kulturelle koder
- 22 Nytt navn på akuttgruppe
- 22 Sykepleiere vant strid om arbeidstid
- 23 Vi bare spør Mimi Bjerkestrand

Der ute

- 34 Høyt sykefravær, men mye inkludering
- 38 Overtar legejobb i bushen
 - Avansert sykepleie i Sverige
- 40 Verkstedet
- 41 Min jobb
- 42 Øyeblikket
- 44 Jeg klarte ikke å være trist
 - Trenger hjelp til å gå nær de vonde minnene



34



42

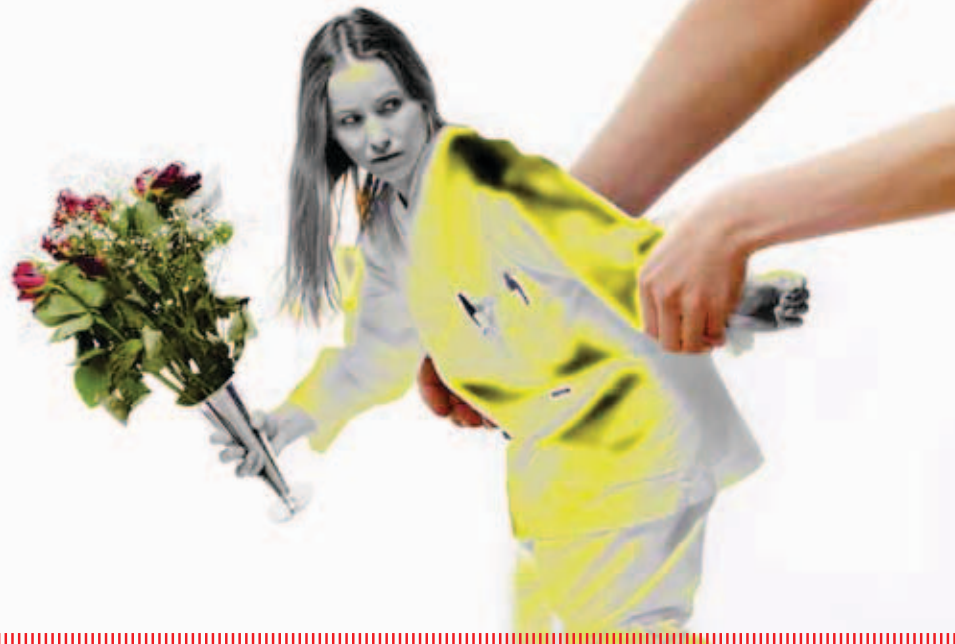


38

Tema: Stressmestring

- 24 Stress – din egen skyld?
- 30 Det sitter i topplokket
- 31 Tusen tanker i hodet
- 32 Stress deg frisk

24



tes behov for faste rammer i tilværelsen som bør stå høyst på dagsorden.»

1 • 2010

14. januar 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 50 Kvitter seg med sykehjem
- 52 Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass?
- 55 Sykepleier som prosjektleder
- 58 Forfatterintervju: Heidi Smidt
- 60 Det metodiske hjørnet
- 61 Bokanmeldelser
- 62 Quiz
- 62 – Steller seg syke

Mennesker og meninger

- 64 Lisbeth Normann om å unngå feil
- 65 Siden sist og meninger
- 68 Minneord
- 70 Ole Hope om bedriftsøkonomisk medisin
- 72 Dilemma
- 74 Tett på Anne-Grete Strøm Erichsen
- 78 Jørund Hassel vs. Kirstin Bruland
- 80 Refleks: Jon Hustad

- 81 Stillingsannonser
- 91 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN:

«Eg er enkelt og greitt alfor uvørden.»

Jon Hustad

80



«Jeg blander sammen traumene og sorgen i livet mitt»

44

74



Bli bedre venn med hjertet ditt på 30 dager!

GRATIS motivasjonsprogram på hjertergolivsstil.no

Anbefales av

Nasjonalforeningen

for folkehelsen



© 2017 Foto: Magnus Mørse

Hjertego' livsstil er et nettbasert motivasjonsprogram.

Gjennom positiv psykologi motiveres folk til å gjøre en endring. Hensikten er at programmet skal hjelpe brukeren å gjøre en del av det man egentlig vet man burde gjøre, og som man kanskje har litt dårlig samvittighet for. Hjertego' livsstil skal i seg selv oppleves som så selvbelønnende, morsomt og underholdende at brukeren kommer tilbake hver dag de fire ukene programmet varer.

Dette programkonseptet har tidligere blitt benyttet i forbindelse med Alkokutt og Røykeslutt og er en velutviklet metode for å skape en livsstilsendring.

Hjertego' livsstil passer for alle, det er helt gratis og inneholder ikke produktreklame.



Godt for hjertet, godt for deg

Barth Tholens om flytting

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Inn for landing

Er du trygghetsnarkoman, finnes det i dag få arbeidsplasser som er mer bankers enn dem som befinner seg i den offentlige helsetjenesten. Derfor har jeg vanskelig for å forstå at noen ønsker å klamre seg fast til en bestemt bygning.



Da filosofen Alain de Botton av eierne på Heathrow sommeren 2009 ble tilbudt om å bo en uke på flyplassens aller nyeste bygning, Terminal 5, lot han seg ikke be to ganger. De Botton var fascinert av den supermoderne passasjerfabrikken i glass og stål. Fra sitt skrivebord, for anledningen plassert i avgangshallen, snakket han med passasjerer, ansatte og sikkerhetspersonale, og han betraktet bygningens makeløse logistikk. Resultatet ble en nydelig liten bok, «A week at the airport». Der beskriver han hvordan terminalens arkitektur gir oss som reiser, en startbane for våre lengsler, samtidig som den ivaretar de ypperste krav til effektivitet og sikkerhet.

Jeg kom til å tenke på boka i forbindelse med striden i Oslo om Aker sykehus sin skjebne. De fleste mennesker er temmelig likegyldige til detaljene i arkitekturen som omgir dem på jobben. På samme måte som en flyplass, er de fleste sykehus ikke annet en kompliserte betongstrukturer som tillater best mulig personflyt. De som jobber der ser stort sett ikke annet enn den avdelingen de jobber på. De færreste elsker selve bygningens beskaffenhet, dens korridorer, vaktrom eller inngangsparti – inntil øvrigheten bestemmer at de skal jobbe et annet sted. Da elsker de plutselig alt – helt opp til skorsteinen.

Visst er vi noen konservative dyr. Vi liker rett og slett ikke å bli flyttet på.

Vi er visst noen konservative dyr. Vi liker rett og slett ikke å bli flyttet på. Selv den mest mistrøstige bygning får plutselig en aura av solskinn og velvære den dagen vi skal gjøre vår dont et annet sted. Da aktiveres våre mest krakilske reflekser i mistenksomhet mot overmaktens hensikter. Da klammer vi oss til det vi kjenner og agerer mot det ukjente. Da skyver vi gjerne brukerne av bygningen foran oss i et forsøk på å snu det uunngåelige.

Jeg kan forstå det. Jeg har selv deltatt i kampen mot nedleggelse av en fødeavdeling. Det virket som om både våre kvinners liv og hele vår identitet sto på spill på grunn av tre miles ekstra kjøring til sentralsy-

kehuset. Men det som er langt for noen er kort for andre. «Avstand» må være Norges minst presise målenhet. Vi som har noe å miste, vil helst bare ha det som det er.

I Oslo er Oslo universitetssykehus (OUS) et faktum. Tre sykehus i Norges tettest befolkede område er blitt slått sammen til ett. Dette skal føre til et bedre pasienttilbud for hovedstadsområdet. Tilbud som nå gis tre forskjellige steder, skal slås sammen. Det blir færre ledere og større fagmiljøer. Nå gjenstår det å finne ut hvor de enkelte avdelingene skal bli plassert. I dette puslespillet ser det ut til at Aker ikke passer inn. En annen hypermoderne pasientmaskin, nye Ahus (inntil nylig Nordens mest moderne sykehus) skal overta en del av pasientgrunnet. Andre pasienter, som før soknet til Sinsen, må nå trolig reise noen kilometer vestover til Ullevål.

Forutsatt at pasientene faktisk får det bedre etter sammenslåingen, og at det er en ryddig prosess internt, er det ikke de ansattes behov for faste rammer i tilværelsen som bør stå høyest på dagsorden. En ny undersøkelse viser at helseprofesjonene er blant de yrkene i Norge som ikke trenger å frykte fremtiden. Før måtte du jobbe i banken for å være sikret. I dag sørger eldrebølgen for at sykepleiere og hjelpepleiere vil være etterspurt vare så lenge prognosene rekker.

Dette betyr imidlertid ikke at helsepersonell i Oslo kan belage seg på å jobbe samme sted hele livet. Utfordringene som helsetjenesten står overfor, krever svære omstillinger og fleksibilitet. De ansatte kan bli lei av slikt, men sånn er faktisk arbeidslivet i det 21. århundret. Bare to ting er gitt: Det vil både bli nok jobber til alle og ingenting blir som før.

Hvis lyset slukkes på Aker (avgjørelsen tas i midten av februar), må vi kanskje huske på at det ikke bare er bygningene som endrer seg, men også våre erindringer. Etter noen innkjøringsproblemer har Terminal 5 på Heathrow allerede gitt de reisende et helt nytt referansepunkt, akkurat som nye Gardermoen har gjort i Norge. For slik er det når vi flytter til noe nytt. Eller er det noen som fortsatt føler vemod ved synet av det enslige kontrolltårnet som står igjen på gamle Fornebu?



NY OG SMART: Førsteamanuensis Liv Furuberg med helsebrikken som gir prøvesvar på minutter der laboratoriet bruker dager. Foto: UIO

Automatisk diagnose

Å stille diagnose kan om noen år gå superraskt, takket være en ny oppfinnelse utviklet ved Universitetet i Oslo. En helautomatisk helsebrikke med innebygget laboratorium gir svar på blodprøven på få minutter, melder forskningsmagasinet Apollon.

Helsebrikken kan undersøke pasienten for sykdommer som skyldes bakterier, virus og enkelte krefttyper.

Helsebrikken er på størrelse med et kredittkort, kastes etter bruk, og vil koste fem kroner pers stk. Legen setter brikken inn i en kortholder på en liten maskin og tilsetter noen dråper blod fra pasienten via et rør.

Bårdseng gransker sykefravær

Et nytt utvalg, nedsatt av helseministeren, skal granske det høye sykefraværet i helse- og omsorgssektoren. Utvalget skal se på omfang og årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Spesialrådgiver i NSF, Erik Bårdseng, representerer Unio i utvalget, som skal levere rapport i slutten av 2010.



ERIK BÅRDSENG i NSF

EU-direktiv utsatt

1. desember skulle ministerrådet i EU vedta det såkalte pasientrettighetsdirektivet, og åpne for «fri flyt» av helsetjenester innenfor EU- og EØS-området. Men ministrene ble ikke enige.

Uenigheten sto særlig om hvor vidt direktivet også skal omfatte private helsetilbud uten refusjonsordning fra det offentlige. Det var også uenighet om hvor pasienter med tilhørighet i flere land skal få refusert utgiftene.

Nå har Spania overtatt formannskapet i EU fra Sverige, men landet var av dem som stemte mot direktivet i desember. Det forventes dermed ikke særlig stor entusiasme for å drive arbeidet med direktivet fremover i det halvåret som kommer.



Foto: Ellen Morland

Hva skjer

Les mer om:

- 10** Fikk 1,3 mill. i erstatning >
- 12** – Egen sikkerhet står øverst >
- 13** Kontaktsykepleierne blir >
- 14** Måler fostervekst >
- 16** Nekter å styres av privat sektor >
- 18** – Vingeklipp englene! >
- 20** – Knekk kulturelle koder >
- 22** Nytt akutgruppenavn >
- 22** Sykepleiere vant i Høyesterett >

sykepleien.no

Tariffoppgjøret nærmer seg. Hold deg oppdatert på sykepleien.no



Sosial ulikhet



Foto: Marit Fonn

HELSEMINISTEREN (til v.) tror skolen har stor betydning for god helse.

– Ulikhetene er større enn vi liker å erkjenne, sa helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen da hun mottok rapporten om sosiale helseforskjeller.

Hesledirektør Bjørn-Inge Larsen leverte folkehelse rapporten før jul. Fra nå av og fram til 2017 skal det komme årlige rapporter fra Helse direktoratet om hvordan få en likere helse blant nordmenn.

Larsen viste til at de med høyest utdanning i størst grad sikrer seg helsetjenester.

– Helsetjenesten må selv være bevisst at det ikke er de med høy utdanning som har størst behov for helsetjenester, sa han.

Andre levekårsfaktorer som økonomi, arbeid og oppvekst vilkår er vel så viktige for folkehelsen som tradisjonelt helsearbeid.

Helseministeren vektla skolens betydning for god helse. Hun vil styrke skolehelsetjenesten, og ønsker flere sykkelveier og mer frukt i skolen.

45

PROSENT av medarbeiderne i helseforetakene i Helse Nord har vært i situasjoner der etiske retningslinjer er blitt brutt. To av tre vet ikke hvordan brudd på retningslinjene skal håndteres.

I spørreundersøkelsen går det også fram at 43 prosent av medarbeiderne har opplevd dilemma mellom varsling av kritikkverdige forhold og lojalitet til arbeidsgiver.



Foto: Erik M. Sundt

MÅ KUTTE: Janne Sonerud står foran et stramt økonomisk år som leder av sykepleiedivisjonen på Ahus.

Ahus kutter 40 årsverk

Ahus må spare rundt 360 millioner i 2010. Sykepleiedivisjonen mister dermed 40 årsverk. Kuttene går ut over vikarer og innleide, men vil ikke gi oppsigelser av fast ansatte.

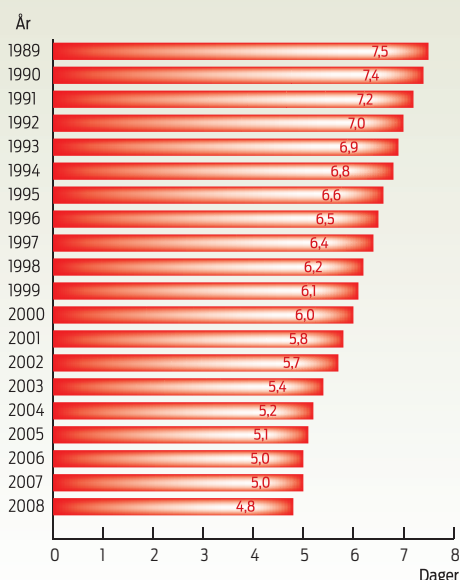
Foretakstillitsvalgt fra Norsk Sykepleierforbund, Kai Øivind Brenden, frykter konsekvensene både for de ansatte og pasientene. Han ber ledelsen komme med klare signaler om hvilke oppgaver sykepleierne skal bortprioritere.



FOR HØYT SYKEFRAVÆR? RIMI-HAGEN VET RÅD...

Liggetid

Stadig kortere liggetid ved norske sykehus.



Kilde: Statistisk sentralbyrå Pasientstatistikk 2008



NSF brøt med NHO

Det er brudd i tarifforhandlingene mellom Norsk Sykepleierforbund (NSF) og NHO Service. Dermed blir riksmeklingsmannen trukket inn i saken.

Tilbudet fra NHO Service, som omfatter sykepleiere i private sykehjem, bedriftshelsetjeneste og attføringsbedrifter organisert i NHO, var en minstelønn på 290 000 kroner, noe som er 20 000 kroner lavere enn kravet fra NSF, og dårligere enn i andre private bedrifter.

– Vi står langt fra hverandre, men jeg tror det er mulig å komme i mål gjennom mekling, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Meninger fra www.sykepleien.no

Torsdagen ramlet ut

” Likte ikke den nye almanakken i det hele tatt. Altfor liten. Går det ikke ann å få tak i innmat til den gamle?? Vil jo gjerne bruke NSF's almanakk som jeg har gjort i snart 30 år! Jeg kommer ikke til å bruke den nye.

Gro B. Benjaminsen

Ny Ali-sak?

” Det er skuffende å se at assistert kortet nok en gang blir spilt ut av pårørende og deres advokat. Hvordan skal man fjerne dette kortet fra kortstokken for godt?

Kruttlappen

» Les flere kommentarer på: www.sykepleien.no

Løftet steinbord –

- ✓ Psykiatrisk sykepleier Grethe Wigdis Moen (65) skadet seg da hun måtte bære et steinbord på jobb.
- ✓ Etter sju år med avslag og anker, har hun nå fått utbetalt 1,3 millioner kroner i erstatning for fremtidig inntektstap.
- ✓ I tillegg har hun fått utbetalt i underkant av 150 000 kroner på grunn av medisinsk men.

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Grethe Wigdis Moen balanserer kaffekanna oppå rullatoren sin på vei innover i stua i leiligheten i Ottestad i Stange kommune. Med mye møyne klarer hun å dekke på bordet og få satt seg ned i sofaen. Ryggen gjør vondt disse kalde vinterdagene.

– Det har vært en lang kamp, sier hun.
Ganske nøyaktig sju år er det gått siden den

Lite vet hun om hvordan dette skal bli starten på år med sterke smerter og en utmattende runddans mot byråkrati, rettsvesen og forsikringselskap.

Gjennom jobben som psykiatrisk sykepleier i en kommune har hun i lengre tid hatt kontakt med en bruker som har forsøkt å komme seg ut av et vanskelig forhold til en mann.

å få med steinbordet ut, og ettersom de skal videre til en ny avtale, er det ikke tid til å være i leiligheten til flyttefolkene kommer tilbake. Dersom de drar uten å flytte bordet ut av leiligheten, er de redde for at han vil låse døren og ikke slippe flyttefolkene inn igjen.

Akutt smerte

Moen og kvinnen tar derfor tak i hver sin ende av bordet og løfter det gjennom stua. For å få det gjennom døra, må de snu det på høykant. Moen tar i ekstra, siden hun ikke stoler på at kvinnen, som skjelver og er i bakrus, klarer å løfte like mye.

Idet bordet kommer opp, kjenner Moen en sterk og akutt smerte i ryggen. Denne smerten har hun fremdeles, sju år etter.

Hos Fylkestyngdekantoret og i Trygderetten ble det hevdet at flytting av steinbord ikke kan sies å være en uvanlig del av en psykiatrisk sykepleiers arbeidsoppgaver, og derfor ikke kunne gi rett til yrkesskadeerstatning.

100 prosent ufør

– Jeg hadde planer om å jobbe til jeg var 67 år, sier Grethe Wigdis Moen.

Nå er hun 64, og 100 prosent ufør. Hun må bruke rullator for å bevege seg inne, og kommer knapt til postkassa uten støtte.

– Jeg savner jobben min, og tenker tilbake på yrkeslivet med glede. Det har vært utfordringer, men likevel meningsfylt.

– Fyll ut riktig!

Bunken med søknader, avslag og anker er høy. Grethe Wigdis Moen kjørte selv saken frem til 2005, før hun ba om hjelp fra NSF. Eva Zimmermann, seniorrådgiver ved NSF Østfold, som har ansvaret for yrkesskadesaker

«Jeg hadde planer om å jobbe til jeg var 67 år.»

Grethe Wigdis Moen

fatale hendelsen som skulle snu opp ned på yrkeslivet hennes.

Flyttesjau

I november 2002 står Grethe Wigdis Moen midt i en flyttesjau sammen med en pasient.

Etter mye frem og tilbake har Moen omsider klart å få til en avtale mellom det tidligere samboerparet og flyttefolk fra kommunen, slik at kvinnen kan hente tingene sine, som står i hans leilighet. Moen er til stede som hjelp og støtte for kvinnen under nedpakkingen av tingene i en konfliktfylt situasjon. Den tidligere samboeren er også i leiligheten. Kvinnen er nervøs og i bakrus.

Nødvendig steinbord

Idet flyttefolkene kjører av sted med flyttelasset, kommer kvinnen på at hun har glemt å ta med seg et steinbord som står på stuen. Hos Fylkestyngdekantoret, og senere i Arbeidsretten, blir detaljene i det Grethe Wigdis Moen nå gjør et viktig tema. Kvinnen er fortvilet over å ha glemt bordet, for hun vil ikke måtte komme tilbake senere for å hente det, og hun vil ikke at eksamboeren skal få flere påskudd for å kontakte henne.

Den erfarne psykiatriske sykepleieren vurderer situasjonen slik at det er helt nødvendig

Bakgrunn

› Norsk Sykepleierforbunds (NSF) arbeid med yrkesskade/yrkessykdomssaker er regionalisert. Skadesaker kanaliseres til fem fylkeskontorer som har spesialiserte saksbehandlere. I tillegg arbeider tre jurister, hvorav to advokater, med dette hos NSF sentralt. Skadelidte skal ta kontakt med sitt fylkeskontor som henviser videre.

› NSF har til enhver tid rundt 160-180 saker til behandling

› De vanligste sakene skyldes løft, men NSF har også mange fall, samt fysiske og psykiske skader (PTSD) som følge av vold fra pasienter. I forhold til yrkessykdommer er det ofte knyttet til allergier, smitte (MRSA, Hepatitt) og kreft.

Se også NSF's brosjyre «Skadet på jobb? Syk av jobben?»

fikk 1,3 millioner



i Hedmark, tok saken. Også forhandlingsavdelingen ved NSF har vært engasjert, og en jurist ble innleid for å føre saken for retten. (Se saksgangen i egen ramme)

– Jeg hadde aldri klart dette selv, og er så takknemlig for hjelpen jeg har fått. Jeg vil oppfordre andre til å ta kontakt med NSF dersom de mener de har fått en yrkesskade, og ikke gi opp, selv om de får avslag i første omgang. Det er også viktig å fylle ut skademeldingsskjemaet så detaljert som mulig. Det gjorde ikke jeg, og det ble brukt mot meg i retten, sier hun.

Nå som hun omsider har fått utbetalt erstatningssummen, har hun en bekymring mindre. Ryggen er ikke bedre, men de har i alle fall penger så hun klarer seg. For det har vært tøffe år, også økonomisk.

– Jeg er glad det er over, selv om jeg heller ville vært frisk enn å ta imot pengene, sier hun. ■■■

Hva er en yrkesskade?

- › Skjer det et uhell som skader deg mens du er på jobben, kan dette være en yrkesskade som du kan søke erstatning for. Noen sykdommer som er en følge av jobben, kan også likestilles med yrkesskader – såkalte listesykdommer.
- › Disse lovene regulerer hvilke skader og sykdommer som kan regnes som en yrkesskade:
- › Folketrygdloven P 13-3. Yrkesskade
- › Folketrygdloven P 13-4. Yrkes sykdommer som likestilles med yrkesskade.
- › Yrkesskadeforsikringsloven P 11. Skader og sykdommer som skal dekkes av forsikringen.

Ved uhell

Hvis du er utsatt for et uhell på jobb, må du først og fremst melde skaden. Det er viktig å beskrive så nøyaktig som mulig hva som skjedde i skademeldingsskjemaet, og ta kopi. Det er arbeidsgiver som har ansvaret for å melde fra om skaden.

VIL JOBBE: Jeg ville heller vært frisk enn å ta imot penger, sier Grethe Wigdis Moen, og ser tilbake på trivelige år som psykiatrisk sykepleier.

Slik har saksgangen vært for Grethe Wigdis Moen:

SKADEN OPPSTO da hun løftet et tungt steinbord for en pasient (se hovedsak). Både Nav og Trygderetten mente at Moen ikke hadde rett på yrkesskadeerstatning, fordi det ikke forelå et såkalt ulykkesmoment, det vil si at skaden oppsto uventet og plutselig. Trygderetten konkluderte med at løftet av steinbordet ligger innenfor det

man kan forvente av arbeidsprestasjon som psykiatrisk sykepleier.

Verken Grethe Wigdis Moen eller NSF var enige i konklusjonen. Med hjelp av seniorrådgiver Eva Zimmermann ved NSF's yrkesskadegruppe i regionen og innleid advokat-hjelp via NSF's forhandlingsavdeling, gikk Moen til sak mot staten i 2007. Bare timer

før rettsaken inngikk staten, ved Arbeids- og velferdsdirektoratet, forlik, hvor partene ble enige om at det var en arbeidsulykke.

I 2004 brakk hun ankelen ved inngangen til arbeidsstedet. Også dette ble en lang prosess, som til slutt endte med medhold i Trygderetten.

Nav gjorde imidlertid et vedtak i juli

2008, om at bare halvparten av uførheten til Moen kan tilskrives yrkesskade. NSF og Moen anket dette, for å få hele uførheten med. Etter nok halvannet år, vant Grethe Wigdis Moen fram, Nav beregnet 100 prosent uførhet med yrkesskadefordel, og hun får tilkjent 1,3 millioner kroner i erstatning fra Gjensidige.

– Egen sikkerhet står øverst

– Hendelsen på Tøyen i Oslo har vist hvor vanskelig jobben på AMK kan være, sier Ole-Petter Vinjevoll (bildet), leder i landsgruppen for akuttstykkepleiere.

Tekst **Kari Anne Dolonen** og **Marit Fonn** Foto **NLAS**

En kvinne med innvandrerbakgrunn døde, mens ambulansen ventet på at politiet skulle sikre leiligheten hun lå i. Ole-Petter Vinjevoll synes det er vanskelig å kommentere saken. Men han poengterer at hvis AMK-personell eller prehospital tjeneste føler seg truet, så står egen sikkerhet øverst på prioriteringslisten.

– Det er ekstra vanskelig å kommunisere på telefon med pårørende i en akutt situasjon. Hvis pårørende blir redde, kan en reaksjon være at de blir aggressive og sinte, og de på AMK-sentralen kan føle seg truet. Men ikke alle trusler føles like alvorlig. Det kommer an på sammenhengen.

På utsatt post

Om kommunikasjonsproblemer er et økende problem, har ikke Vinjevoll statistikk over.

– Det er riktignok flere utlendinger i Norge. Men kommunikasjonsproblemer kan like gjerne oppstå med herr Hvermannsen fra Norge, påpeker han.

– Frykter du for at slike saker kan gi AMK-personalet et dårlig rykte?

– Trusler kommer til tider, og språkvansker oppstår. Det kan være utfordrende å håndtere. Derfor er det så viktig med kursing av personalet. Det er jo ikke bra hvis folk vegrer seg for å

ta sånne jobber. De sitter utsatt til med tanke på pressen. Men om det fører til at de er redde, er vanskelig å si.

Mange AMK-sentraler

Vinjevoll antar at temaet nå blir diskutert på mange vaktrom rundt om og blant medlemmene i NLAS. Det er 20 AMK-sentraler i Norge, inkludert den på Svalbard. Fire av dem er store med regionalt ansvar, blant annet den i Oslo og Akershus. Også Tromsø, Trondheim og Stavanger har regionale AMK-sentraler.

– I tillegg er det mange legevaktssentraler der sykepleiere jobber. De kommuniserer jo også på telefon om akutt sykdom.

Ruller

Vinjevoll antar at rundt et par hundre sykepleiere har AMK-sentraler som sin arbeidsplass. De er ulikt organisert, og det fins ulike rulleringssystemer. Noen jobber også i akuttmot-tak eller andre relevante avdelinger.

– Vil språkvansker og trusler i framtiden bli et enda viktigere tema for akuttgruppens medlemmer?

– Det kan se sånn ut. Det bør bli tema på våre årlige akutt dager i oktober.

Unngå unødig prat

– 25 prosent av Oslos befolkning kommer fra et annet land. Det må helsevesenet ta inn over seg, sier leder av organisasjonen mot offentlig diskriminering, Akenaton Oddvar De Leon.

Han mener noen ting er blitt bedre etter Ali-saken, men det er langt fra bra nok. Han sier blant annet at AMK nå har en gylden anledning til å oppfordre og skolere folk som ringer nødnummeret til å være konsise i sine meldinger.

– Det vi kan lese ut av loggene i Tøyensaken viser at det er mye nødvendige diskusjoner.

Flerkulturell by

– Dersom AMK og helsevesenet vil bort fra beskyldninger om rasisme, må institusjonen ta inn over seg at Oslo er en flerkulturell by. Det må gjenspeiles i staben. Dersom man får



ansatte i offentlige institusjoner som er mer representative for befolkningen i Oslo, blir det lettere å bli kvitt rasistiske beskyldninger. I dag er det bare én ambulansesjåfør som har innvandrerbakgrunn. Han ble ansatt etter Ali-saken, sier han.

– Mener du helsevesenet skal tilrettelegges andre språk enn norsk? Er det i tilfelle realistisk?

– Det er et politisk spørsmål som handler om holdninger og økonomi. Kan vi i Norge forvente at 5 000 polakker skal lære seg norsk fordi de skal jobbe her noen måneder? Frp og Carl I. Hagen har sørget for at nordmenn i Spania får helsehjelp på norsk. Jeg sier ikke at de som sitter på AMK skal kunne 25 forskjellige språk, men å ha ansatte i staben som snakker urdu, polsk eller spansk, burde la seg gjøre, sier han.

Politiet ett skritt forann

De Leon mener at helsevesenet kan lære litt av Oslopolitiet. Selv om han vet AMK etter Ali-saken har satt i gang flere prosjekter for å unngå lignende situasjoner.

– Etter en uheldig episode blir rasisme og integrering satt på dagsorden, så blir det nedprioritert på grunn av økonomi. Helt til det skjer en ny episode. Kanskje helsevesenet kan lære litt av Oslopolitiet. De har gått mer systematisk til verks. De siste par årene har Oslopolitiet jobbet mye med integrering. Ett eksempel: Under Gaza-demonstrasjonen snakket Killengren om «våre» ungdommer – ikke «innvandrer-ungdommer». På politihøgskolen har de også bevisst rekruttert fra forskjellige etniske miljøer for å speile samfunnet. De har til og med ansatt en egen minoritetsrådgiver, sier han. ■■■

Dette er saken:

En 63 år gammel kvinne fikk hjertestans på Tøyen i Oslo. Pårørende ringte 113. AMK-sentralen

vurderte situasjonen med de pårørende som truende og ringte politiet. Pårørende ble lagt i bakken i håndjern utenfor leiligheten. Kvinnen med hjertestans døde. Om det kunne vært forhindret, eller om AMK og politiet handlet riktig, skal utredes videre. De pårørende har anmeldt saken. Sykehuset vil bistå politiet i den videre etterforskningen.



Fortsetter på St. Olav

Kontaktsykepleierne for syke barn på St. Olav er så nyttige at de unnslipper sparekniven. Tekst Nina Hernæs

St. Olavs Hospital må spare. Barne- og ungdomsklinikken må kutte fem årsverk, og de fem kontaktsykepleierne til syke barn kom i faresonen. Brukerne protesterte. Nå har klinikkssjef Anne-Bjørg Nyseter konkludert med at sykepleierne får fortsette. Innsparingen må skje andre steder.

Styrket

– Vi var nødt til å snu alle steiner, forteller hun.

– Tidligere har vi prøvd å skjerme tilbudet til kronisk syke barn. Men denne gangen var vi nødt til å vurdere også det.

Nyseter påpeker at det aldri var snakk om å fjerne tilbudet, men om å organisere det på en annen måte.

– Vi vurderte oppgavene deres og konkluderte med at tilbudet er effektivt, både for pasientene, sykehuset og samfunnet.

Blant annet krever ordningen med kontaktsykepleiere forholdsvis lite ressurser, men er til stor nytte for mange pasienter, pårørende og kommunale instanser.

– Er de tryggere nå?

– Jeg vil påstå at deres eksistensgrunnlag er styrket.

Kontinuitet

Det er Grete Torsethaugen veldig glad for. Hun er kontaktsykepleier for hjertesyke barn.

– Nå er det godt dokumentert at dette er en god måte å drive helhetlig omsorg på, sier hun.

I tillegg til hjertesyke har barn med diabetes, epilepsi, revmatisme og de som er født prematurt en egen kontaktsykepleier. Alle diagnoser som påvirker barnet selv, deres familie, barnehage, skolegang og sosialt liv.

– Ved å ha en kontaktsykepleier

har de én person de kan knytte seg til og som sørger for kontinuitet, påpeker Torsethaugen.

– Vi fryktet at funksjonen vi har skulle bli pulverisert, og at det ville bli vanskelig for familiene å finne frem i systemet.

Tilgjengelig

Kontaktsykepleierne er opptatt av at de skal være et lavterskeltilbud. De jobber mye med samhandling og det å mestre sykdom.

Torsethaugen forteller at de også legger til rette ved overganger, som fra barnehage til skole, og som kan være kritiske faser for disse barna.

– Vi har spesialkompetanse, som man ikke kan forvente av sykepleiere på post eller i kommunen, sier hun.

Kontaktsykepleierne følger barn og ungdom fra 0 til 18 år. Noen av de hjertesyke blir fulgt opp helt fra fosterstadiet. Hvis det blir oppdaget hjertefeil på ultralyd, kan familien opprette kontakt med Torsethaugen allerede da. Kontaktsykepleierne på St. Olav følger opp for barn fra helseregion Midt-Norge, og også noen barn fra andre deler av landet.

På Facebook

Fra før er stillingene til nytilsatte kontaktsykepleiere redusert fra 100 til 80 prosent. Sånn vil det fortsette. Torsethaugen forteller at hun får tilbakemeldinger fra brukerne om at hun er mindre tilgjengelig. Brukerne har også engasjert seg nå i høst. På Facebook har gruppen «Ikke ta fra oss kontaktsykepleieren for syke barn» 1 229 medlemmer og det har vært satt i gang underskriftskampanje.

– Men dere kan puste lettet ut?

– Ja, sier Grete Torsethaugen.

Det er dokumentert at dette er en god måte å jobbe på. ■



NY
UTGAVE

MEDISINSK ORDBOK 7. UTGAVE

Forfatter: Magne Nylenna

Medisinsk ordbok er en fullstendig omarbeidet og oppdatert utgave.

Medisinsk ordbok gir korte og presise forklaringer på medisinske faguttrykk fra alle helsefaglige omr. der.

KR 498,-

ISBN 978-82-573-2099-7

ENGELSK MEDISINSK ORDBOK

Engelsk medisinsk ordbok er en helt ny engelsk-norsk/norsk-engelsk fagordbok. Den inneholder til sammen 39 000 stikkord, med 20 000 stikkord i den engelsk-norske delen og 19 000 stikkord i den norsk-engelske delen. Den engelsk-norske delen har korte, enkle og presise norske forklaringer på de medisinske faguttrykkene. Den dekker alle helsefaglige omr. der. B de sykdommer, organer, kroppsfunksjoner, laboratorieunders. kelser, legemidler, vanlig brukte forkortelser, helsestell og pasientbehandling er inkludert.

KR 498,-

ISBN 978-82-573-1405-7

MEDISINSK LOMMEORDBOK

Norsk-engelsk / engelsk-norsk

Medisinsk lommeordbok er en ny, tosp. rklig medisinsk lommeordbok! Boken inneholder:

- Ca 18 000 oppslagsord
- Norsk-engelsk del med definisjoner, og engelsk-norsk ordliste
- ca 500 sider

Boken er laget for alle, men er meget nyttig for elever og studenter innen helsefag, samt helsepersonell på forskjellige nivåer.

KR 169,-

ISBN 978-82-573-2081-2



NYHET!

Måler fostervekst

Hvert år dør fire millioner nyfødte. – 60 prosent av dem er lavvektige. Hadde det vært avdekket tidligere, kunne dødsfall vært unngått, sier jordmor Guro Kyte Børsheim. Tekst **Nina Hernæs** foto **Bjørn Erik Larsen**

Undersøkelser med ultralyd er en metode for å avdekke vekstproblemer hos fosteret.

– Men det fins ingen standardiserte vekstkurver å forholde seg til, påpeker jordmor Guro Kyte Børsheim ved Seksjon for fostermedisin, ultralydlaboratoriet på Haukeland universitetssjukehus.

Godt verktøy

98 prosent av nyfødte som dør, bor i u-land.

– Ultralyd brukes mer og mer, også i u-land, sier Børsheim.

Hun viser til at det fins vekstkurver, men at de fleste er laget i i-land.

– Jordmødre og leger kan reagere på at et foster virker lite. Ved hjelp av ultralyd og

med to- og tredimensjonal ultralyd. I tillegg registreres blant annet vekt og høyde på mor. Tre ganger i løpet av svangerskapet gjøres også en ernæringsstudie med kostintervju. Barnet måles og veies etter fødsel.

En utfordring er å rekruttere kvinnene tidlig nok i graviditeten. Første kontroll må nemlig gjøres mellom uke åtte og tolv.

Så langt har de rekruttert 35.

«Vi er særlig på vakt ovenfor plutselige endringer i fosterts vekst.»

Derfor ønsker Verdens helseorganisasjon å lage nye vekstkurver. Som eneste i Norge er Helse Bergen med i et forskningsprosjekt som skal ende opp i standardiserte vekstkurver som skal gjelde for hele verden.

gjentatte målinger kan vi se om fosteret vokser tilfredsstillende. Selv om et foster er lite, trenger det ikke vokse lite i forhold til seg selv, sier hun.

– Det vi særlig er på vakt overfor, er plutselige endringer i fosterets vekst. Spesielt at det slutter å vokse.

De nye standardkurvene baseres på data fra 15 land. Alle verdensdelene er representert for å fange opp betydningen av geografisk og etnisk variasjon. Til sammen inngår 1 875 gravide i studien, 125 av dem fra Bergens-området.

Måler mor og barn

Sammen med kollega Ine Hilders-havn Moen skal Børsheim følge opp de norske kvinnene. Alle tilbys ultralyd åtte ganger. De undersøkes både

Identifisering

Børsheim og Moen er glade for å være med på prosjektet og å utvikle ultralyden som fag.

– Særlig gøy er det å gjøre noe nevenyttig, sier Børsheim.

– Ultralyd er et viktig hjelpemiddel for å plukke ut og følge opp gravide som trenger ekstra oppfølging, men også for å avkrefte eventuelle mistanker, påpeker hun. ■■■



NYHET

Nå kan du bestille Möller's Tran til din helsestasjon på www.mollers.no/helsepersonell



Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

5a-09

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

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

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

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

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

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

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

TRYGT KVALITETSPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av 100 % norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjons-trinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

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



VIL DU VITE MER?
www.mollers.no
grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



Nekter å styres av privat sektor

LO, NHO og finansministeren ber arbeidstakere innstille seg på moderate lønns-tillegg de neste årene. Unio-leder Anders Folkestad nekter å godta et lønnsdiktat fra industrien ved årets hovedtariffoppgjør.

Tekst Bjørn Arild Østby

Posisjonering til vårens hovedtariffoppgjør har holdt på et par måneder allerede. Ikke så mye konkret er kommet fra partene, men regjeringen har ett klart budskap: I år krever den økonomiske situasjonen moderasjon.

– Unio ser de mørke skyene på velferdshimmelen. Vi ser at den økonomiske situasjonen i konkurranseutsatt industri er vanskelig, og at det vil bli mindre lønnsvekst enn tilfellet har vært de siste oppgjørene. Men regjeringen er nok litt tidlig ute med sin innstrammingsmedisin. Vi kommer ikke utenom at det først skal forhandles, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Frontfagsmodellen

Unio-lederen sikter blant annet til Soria Moria II, hvor regjeringen understreker behovet for å sikre en konkurransedyktig privat sektor.

«For å møte konkurransen kan ikke norske bedrifter over tid ha en sterkere kostnadsvekst enn hos våre handelspartnere». Videre heter det i regjeringserklæringen: «En koordinert lønnsdannelse, der tariffområdene i konkurranseutsatt sektor forhandler først, skal bidra til at lønnsutviklingen holdes innenfor rammer som sikrer en tilstrekkelig størrelse på konkurranseutsatt virksomhet over tid.»

Andre er mer konkrete.

– LO er innstilt på å bidra med lavere lønnsvekst de neste årene, sier LO-leder Roar Flåthen. – Det er den beste medisinen for å sikre utsatte arbeidsplasser i konkurranseutsatt industri.

Folkestad mener den økonomiske situasjonen gjør at utgangspunktet fort blir frontfagsorientert.

– Unio er ikke prinsipielt mot frontfagsmodel-

kunne gjøres for å få ned arbeidsledigheten. Stram finanspolitikk og moderate lønnsoppgjør var utvalgets svar på utfordringene.

Nå ønsker finansminister Sigbjørn Johnsen en reprise:

– Når industrien igjen er i krise, velferdssamfunnet står overfor store utfordringer og minst 500 000 arbeidstakere står utenfor arbeidslivet, er medisinen den samme.

– Unio stiller mer enn gjerne opp. Men det er ikke snakk om noen blåkopi av 90-tallets modell for inntektspolitisk samarbeid. Det er viktig å ha en konkurransesterk industri, men det er også andre sektorer som trenger å styrkes. Ikke minst gjelder det å sikre rekrutteringen til offentlig sektor, sier Folkestad.

Likelønn

Menn tjener i gjennomsnitt 15 prosent mer enn kvinner. Det provoserer mange. Og det vil garantert bli et sentralt tema også i årets hovedoppgjør.

– Ingen forventer, heller ikke Unio, at likelønnsproblematikken lar seg løse i ett enkelt tariffoppgjør. Men vi forventer at man i 2010-oppgjøret ser tydelige tegn på at man tar likelønn på alvor og er villig til å gjøre noe med det, sier Folkestad.

I Soria Moria II understreker regjeringen at den ser på likelønn og utjevning av lønnsforskjeller som et viktig mål, men overlater til partene i arbeidslivet å gjøre noe med det: «For å oppnå resultater på dette området må partene i arbeidslivet komme til enighet om hvilke yrkesgrupper som skal prioriteres, og det må være enighet om at nye relative lønnsforhold ikke skal utløse kompensasjonskrav fra andre grupper.» Hvis partene blir enige «er regjeringen innstilt på å gå inn i en nærmere dialog om likelønsspørsmålet allerede i forbindelse med tariffoppgjøret 2010».

– Regjeringserklæringen er vag på dette

«Regjeringen er nok litt tidlig ute med sin innstrammingsmedisin.»

Unio-leder Anders Folkestad



len som system, men sier nei når enkelte mener at resultatet av forhandlingene i privat sektor også bør bli resultatet i offentlig sektor, selv om det utvilsomt vil gi et signal.

Inntektspolitisk samarbeid

I et forsøk på å få til lønnsmoderasjon ved årets oppgjør har regjeringen invitert til et bredt inntektspolitisk samarbeid med partene i arbeidslivet. Målet er et nytt solidaritetsalternativ.

Solidaritetsalternativet ble første gang lansert i 1992 etter at et utvalg hadde utredet hva som

LIKELØNN: – 2010-oppgjøret må vise at man tar likelønn på alvor, mener Unio-leder Anders Folkestad. Foto: UNIO

«Unio ser de mørke skyene på velferdshimmelen.»

Unio-leder Anders Folkestad

punktet, men den viser at det finnes penger hvis man vil. Om pengene kommer i selve oppgjøret eller i etterkant er ikke avgjørende. Men likelønsspørsmålet løses ikke gjennom intern omfordeling i den enkelte sektor. Her er det snakk om privat kontra offentlig sektor, kvinnedominert kontra mannsdominerte sektorer og arbeidstakere som har investert i utdanning, påpeker Folkestad.

Forhandlingsansvarlig i Fagforbundet, Jan Helge Gulbrandsen, er helt uenig:

– Likelønn handler ikke om de såkalte utdanningsgruppene i offentlig sektor. Det er mange lavlønnsgrupper som har behov for likelønn, Lik lønn mellom kvinner og menn lar seg ikke løse ved å satse på én yrkesgruppe.

Likelønnsnett

Det er ikke bare ulike syn på likelønn, men i høyeste grad også på hvilke tiltak som bør settes i verk.

Forbundsleder Arne Bakke i Fellesforbundet avviser en likelønnsnett, slik Likelønnskommissjonen foreslo, som tull.



VÅR 2008: Forrige hovedtariffoppgjør endte i streik. Det kan også skje i år. Arkivfoto: Therese Borge.

– Det vil bli spist opp i løpet av 14 dager, uttaler han til Dagbladet.

– Dette sier mye om tankegangen i privat sektor. I gode tider er det ok at privat sektor lønsmessig springer fra offentlig. I dårlige tider derimot forventer privat sektor at offentlig sektor viser moderasjon og solidaritet. Unio godtar ikke dette dobbeltspillet. Hvor er politikken? Hvor lenge skal man straffe dem som investerer i utdanning? spør Anders Folkestad.

Unio-lederen kan imidlertid ikke regne med drahjelp fra Fagforbundet:

– Skal vi få gjort noe med lønnsforskjellene her i landet, må vi begynne med å løfte dem som er nederst på stigen, var Jan Davidsen sitt budskap på Fagforbundets landsmøte tidligere i vinter. ■■■

TULL: – Likelønnsnett, slik Likelønnskommissjonen foreslo, er tull, mener Fellesforbundets leder Arne Bakke. Foto: Fellesforbundet

Tariffoppgjør

› Tariffoppgjøret 2010 er et såkalt hovedoppgjør. Det vil si at det forhandles om både lønnstillegg og endringer i de øvrige bestemmelsene i tariffavtalen.

› Forhandlingene starter i privat sektor mellom LO og NHO, og på sitt representantskapsmøte 23. februar vil LO vedta forbundets tariffpolitikk. Kronekrav kommer ikke på bordet før helt i slutten av forhandlingene, som skal være sluttført innen 1. april.

› Deretter følger de andre store organisasjonene i privat og offentlig sektor. Disse forhandlingene skal sluttføres innen fristen 30. april.

› Dersom forhandlingene ikke fører fram, sender hver av partene melding om bruddet til Riksmekler, som innkaller til mekling.

– Vingeklipp englene

Kvinnene vender ryggen til omsorgsyrkene. De oppofrende englene som godtar lavere lønn enn menn er snart fløyet, og godt er det, mener forsker og forfatter Runar Bakken.

Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

Helsesektoren har gjort seg avhengig av kvinner som aksepterer å tjene 85 prosent av lønnen til menn med tilsvarende utdanning. Men nå spøker det for fremtiden i sektoren som hittil har hatt englevakt, hevder forsker og sykepleier Runar Bakken. Han sikter til helse- og omsorgssektoren i kommunene som sliter med lav grunnbemanning, 50 prosent er deltidsansatte og 30 prosent er ufaglærte. Dette bidrar ikke til å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere i

tidligere bøker, sier Bakken i sitt foredrag på et seminar i Kongsvinger for 50 tillitsvalgte fra Oslo.

– Rekrutterer engler

Et av temaene han tok opp var deltid.

– Hvis du spør kvinner som velger å bli lege, journalist eller advokat om de ønsker å jobbe deltid, vil de se rart på deg. Kvinner tar utdanning for å få en karriere på lik linje med menn. Deltid er en problematikk som er forbeholdt

Vi kan velge å bryte ned den nedarvede tanken om at arbeid innen omsorgsyrkene er naturbestemt for kvinner. Det er denne veien jeg mener de fire tiltakene vil bidra til, sier Bakken og tilføyer:

– Dette er tiltak som ikke den enkelte kommune eller virksomhet kan make alene. Det trengs en nasjonal politisk styrt moderniseringsprosess hvor disse tiltakene settes ut i livet samtidig.

Den andre muligheten kaller Bakken «tredje-verden-strategien».

– Vi kan la det skure og gå som i dag og importere arbeidskraft. Det mener jeg er en dårlig løsning ettersom vi taper fattige land for kompetanse de selv trenger, sier han.

Lederansvar

Gode ledere vil være avgjørende viktig i en slik moderniseringsprosess.

– Mange ansatte føler i dag at ledelsen er mer lojal oppover i systemet og ivaretar ikke de ansatte og den faglige kvaliteten på «gulvet». Lederne er nødt til å sette en faglig standard og kjempe for den og sine ansatte. Vi vet alle at dersom sykepleiere får tid og mulighet til å drive god faglig sykepleie og har en sterk leder i ryggen, så får vi en tjeneste med høy standard og folk ønsker å jobbe der.

I debatten etter Bakkens foredrag ble det foreslått at NSF burde «rose» hvordan det er å jobbe i sektoren. Det mente Bakken er lite hensiktsmessig.

– Å rekruttere folk til en sektor ved å selge inn en virkelighet som ikke er riktig, vil ikke gi gevinst. De man eventuelt får på kroken vil i sin første praksisperiode skjønnere at de er blitt lurt. Jeg mener vi må jobbe systematisk for å endre arbeidsvilkårene ute i virkeligheten. Klarer vi det, kommer rekrutteringen som en følge av det.

Avslutningsvis sa Bakken at NSF må pakke bort englene.

– Vi må greie oss uten engler i fremtiden. Klippingene av dem, sier han.

«Mange ansatte føler i dag at ledelsen er mer lojal oppover i systemet.»

fremtiden. Nå vender også kvinnene omsorgsyrkene ryggen.

Dette er spørsmål Bakken tar opp i sin fjerde bok som nå er ute, og nettopp heter «Englevakt».

– Den er en slags oppsummering og en videreutvikling av perspektiver fra mine

omsorgssektoren. Det kan også være en av grunnene til at omsorgsyrkene ikke har høyere lønn, eller mer status. Man rekrutterer kvinner som setter familien og mannens karriere foran sin egen. Man rekrutterer engler, sier han.

Bakken mener man ikke bare må få bukt med den ufrivillige deltiden, men også den frivillige hvis man vil gjøre noe med rekrutteringen, statusen til yrket og ikke minst kvaliteten på tjenestetilbudet.

– Da må man kanskje også finne seg i at noen melder seg ut, eller slutter på arbeidsplasser som krever at de ansatte skal jobbe full stilling, sier han.

Bakken mener det er det fire tiltak som må igangsettes samtidig, for å sikre fremtidens rekruttering og kvalitet i sektoren:

- › øke grunnlønnen
- › ha fast heltidsstilling som norm
- › øke grunnbemanningen
- › få en kompetanseheving på alle nivå

Får man alt dette på plass, mener Bakken flere menn vil søke seg til yrket.

– Jeg opplever at vi nå står ved et veiskille.



VEISKILLE: Runar Bakken lanserte fire tiltak for å gjøre noe med rekrutteringen til omsorgsyrkene. Mest av alt mener han sektorens engler må bort.



Henger sammen

Fylkesleder i Oslo, Eli Gunhild By, mener Runar Bakkens fire forslag til løsning er en veldig riktig tanke, og et bilde på at ting henger sammen. Hun ser likevel at det vil by på utfordringer.

– En av de store utfordringene blir antallet personer som må rekrutteres inn i de helsefaglige yrkene. Vi som sykepleiere og vi i NSF må helt sikkert fortsatt ha en diskusjon de nærmeste årene på hvilke oppgaver vi skal gjøre som sykepleiere. Vi blir utfordret fra alle kanter der vi blant annet blir beskyldt for profesjonskamp. Vi må fortsatt være tydelige på faget vårt og tørre å stå i diskusjoner der vi blir utfordret på behovet for kompetanse. Vi må hele tiden ta utgangspunkt i politikken

vår og tenke utdanning, arbeidstid, arbeidsforhold, og se hvordan dette lar seg kombinere slik at pasientene får den beste behandlingen, sier hun.

Fremdeles omsorgspersoner

– *Ingen av de tillitsvalgte sa noe om det å bli kvitt den frivillige deltiden. Hvordan tolker du dette?*

– De siste årene har vi hatt mye fokus på deltid, men mest på den ufrivillige deltiden. Jeg trodde likevel at vi hadde kommet oss ett lite skritt lenger, i alle fall i tillitsvalgtgruppen, sier By.

Hun mener den frivillige deltiden først og fremst handler om at det er kvinner som tradisjonelt har tatt seg av hus og hjem.

– Vi kvinner tar på oss rollen som omsorgsperson. Vi ser at det er ulike kulturer på dette fra arbeidsplass til arbeidsplass. Vi har sett en dreining her i Oslo de siste årene. For eksempel er det ved forskjellige sykehus, der det tidligere var få deltidsstillinger, utviklet seg en kultur med flere deltidsstillinger.

Et annet forhold hun trekker frem er at mange kvinner ikke orker å jobbe full stilling.

– Arbeidstilsynets «God vakt»- og «Rett hjem»-kampanje har dokumentert et misforhold mellom oppgaver og ressurser i helsesektoren. Mange kvinner synes at arbeidspresset og belastningen på jobb blir for stor til å jobbe full stilling. Dette henger også sammen med nok bemanning, mener hun. ■■■

INTENSIVKURS I HELSELEDELSE - Lederkompetanse på ett semester

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

Kurset foreleses over til sammen seks dager med følgende temaer:

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

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

**Kurset foreleses følgende dager våren 2010:
15. og 16. februar, 15. og 16. mars, 26. og 27. april**

For mer informasjon se www.bi.no/helseledelse

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

TYNGDEN DU TRENGER

BI

– Knekk kulturelle koder

Heidi Nordahl har vunnet pris for sin kulturkunnskap. Hun oppfordrer sykepleiere til å lære mer om andre kulturer.

Tekst og foto **Nina Hernæs**



RISING STAR: – Hyggelig med anerkjennelse, sier Heidi Nordahl.

I høst mottok sykepleier Heidi Nordahl «Leininger Breakthrough Award for Transcultural Nursing Excellence».

– En stor ære, sier hun.

Globalisert sykepleie

Nordahl fikk prisen fordi hun har bidratt til å gjøre Madeleine Leiningers teorier mer kjent i Norge. Blant annet har hun skrevet en artikkel i Sykepleien.

Madeleine Leininger er amerikansk sykepleier og antropolog og grunnlegger av feltet transkulturell sykepleie. Allerede på 1950-tallet predikerte hun en globalisert verden der sykepleiere ville måtte forholde seg til mennesker fra andre kulturer. Leininger har utvi-

– Mange har skrevet om hvor viktig det er med kunnskap om kultur og religion. Det spesielle med Leininger er at hun har utviklet en teori om hvorfor sykepleiere skal kunne noe om kultur, forklarer Nordahl.

– Sykepleie er definert innenfor en kulturell kontekst. Å kjenne til andre kulturer og ha gode holdninger øker tillit og trygghet mellom pleier og pasient, sier hun.

Hun tror også det kan bedre kommunikasjonen.

I jobben på medisinsk overvåkning på Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo møter hun mennesker fra ulike kulturer.

– Noen ting, som kulturelle hensyn til mat, er godt innarbeidet i praksis. Men noe man

– Vet du for eksempel ingenting om faste, kommer du ikke engang på å spørre om det er noe å ta hensyn til.

Men Magelssen innrømmer at hun er skeptisk til Madeleine Leininger.

– Jeg får inntrykk av at hun pålegger sykepleiere å kunne veldig mye om veldig mange kulturer. Det blir en slags etnisk tilrettelagt sykepleie. Av og til kan det komme i konflikt med selve vår medisinskfaglige forståelse. Så lenge vi jobber i et norsk helsevesen med definerte rammer og retningslinjer, må vi også forholde oss til det.

Magelssen er opptatt av gjensidig læring.

– Vi trenger å lære om menneskene vi skal gi sykepleie til. Samtidig har de behov for å lære om hvordan vi tenker. Det viktigste er å skape et tillitsfullt forhold, mener hun.

– Og så synes jeg at vi ikke må tillegge kulturen en altfor stor rolle. Det kan være helt andre enn kulturelle årsaker til at vi handler som vi gjør. Vi har liksom litt lett for å henge alt på kulturknaggen, påpeker Ragnhild Magelssen.

Vil lære mer

Heidi Nordahl påpeker at hun tror på en kombinasjon mellom kunnskap og ydmykhet i møte med mennesker fra andre kulturer.

– Jeg tror pasientene merker når sykepleiere har kunnskap om deres kultur og viser forståelse for den, sier hun. ■■■

«Kulturkunnskap øker kvaliteten på sykepleien»

klet egne forskningsmetoder og skrevet flere bøker. I 1974 stiftet hun «Transcultural Nursing Society».

Prisen hennes er blitt delt ut siden 1983. 84 år gammel er Leininger stadig med og overrekker prisen personlig.

Ydmyk

Nordahl kom borti Leininger ved en tilfældighet.

– Jeg var et semester ved Augustana College i Sør-Dakota da jeg tok sykepleierutdanning. For å fylle opp timeplanen tok jeg faget «transcultural care amongst health professions». Det var råspennende, sier hun.

Leininger er opptatt av at det er flere faktorer som påvirker omsorg. Som teknologi, religion og økonomi.

kan være oppmerksom på, er at det for kvinnelige muslimer kan være veldig viktig med kvinnelige pleiere i situasjoner der kroppen blottlegges. Et annet eksempel er at jeg er obs på bruken av berøring, som i noen kulturer oppleves som upassende.

Nordahl mener kulturkunnskap øker kvaliteten på sykepleien.

– Derfor mener jeg det bør være en del av utdanningen.

Ikke bare kultur

Det er Ragnhild Magelssen enig i. Hun er sykepleier og sosialantropolog og arbeider ved Migrasjonshelse i Oslo kommune.

– Jo mer du kan, jo bedre blir du i stand til å stille spørsmål som er relevante for pasienten, sier hun.

www.sykepleien.no

Heidi Nordahl har skrevet fagartikkelen «Kulturkunnskap inn i sykepleien» i Sykepleien nr. 11/2008. Den er også på sykepleien.no





Nyhet! Hyundai i30.

Nå med besparende teknologi.



Leveres nå med
3 års fri service
inkludert i prisen.**

«Stopp og start» teknologi.

Med «stopp og start» teknologi (ISG)* stanser motoren automatisk ved stopp og stillestående kø. Når bilen igjen settes i gir starter motoren automatisk. Dette er med på å redusere både drivstofforbruk og utslipp av CO₂ med opptil 7-10 %. *ISG: Idle Stop & Go

blue drive



i30 5-dørs kombi
Blue Drive fra kun
kr 199.950,-*

Kvalitet fra verdens 5. største bilprodusent.

 **HYUNDAI** www.hyundai.no

*Alle priser er veiledende. Lokale frakt- og leveringskostnader tilkommer. Drivstofforbruk blandet kjøring: fra 0,42 l pr mil. CO₂ utslipp: fra 115 g/km. Blue Drive leveres ikke på biler med automatgir. **Vi dekker 30 - 60.000 km intervallservice. Gjelder alle Hyundai i30. Det tas forbehold om eventuelle trykkfeil og endringer.

Nytt navn på akuttgruppe

Et ønske om å favne flere førte til navnebytte for faggruppen med det omstendelige navnet: Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste.

Tekst **Nina Hernæs**

Vi hadde jo det lengste navnet av alle faggruppene, sier nyvalgt leder Ole-Petter Vinjevoll.

Nå heter faggruppen NSF's landsgruppe av akutt sykepleiere.

For Vinjevoll er det viktig å favne alle sykepleiere som jobber innenfor akuttfeltet. For eksempel på legevakt. Det var også et poeng å få «akutt» med i navnet.

– En viktig sak for oss er å gi flere mulighet til å videreutdanne seg til akutt sykepleiere, sier han.

Men faggruppen stiller ikke krav om videreutdanning for å bli medlem.

Felles standard

Ole-Petter Vinjevoll er selv traumekoordinator på St. Olavs Hospital. Jobben og vervet har han overtatt etter Ulrika Eriksson, som for tiden er fagansvarlig på videreutdanningen i akutt sykepleie i Trondheim.

Vinjevoll har jobbet i akuttmottaket og AMK-sentralen på St. Olav siden 2000.

Som leder vil han jobbe for nasjonal standard for videreutdanningen i akutt sykepleie.

– I dag har vi flere utdanninger, som er forskjellige. Vi ønsker samme type utdanning uavhengig av hvor den tas, sier han.

Han vil også ha et ekstra blikk på sykepleiere i prehospitale tjenester.

– Det er en gruppe som kanskje ikke er så synlige. Men også de skal høres, sier han. ■■

Sykepleiere vant strid om arbeidstid

Arbeidsgiver kan ikke pålegge ansatte å ta vakter på andre tidspunkt enn det som er avtalt i individuelle arbeidsavtaler, fastslår Høyesterett.

Dommen i Høyesterett setter nye grenser for arbeidsgivers styringsrett over ansatte når det gjelder endring av arbeidstid.

– Dommen har stor betydning for alle som er i samme situasjon. Høyesterett har valgt å begrunne avgjørelsen prinsipielt. Det medfører at avgjørelsen har stor betydning for alle ansatte og alle arbeidsgivere, sier sykepleiernes advokat Christian Schadenberg Mathiassen i advokatfirmaet Harris DA til Dine Penger.

Forhandlinger

De to sykepleierne, som er ansatt i Bergen kommune, hadde etter eget ønske fått arbeidsavtaler som beskrev at de skulle jobbe kveldsvakter. Knappe fire år senere ville Bergen kommune pålegge dem dagvakter, noe sykepleierne ikke var villige til.

Det sentrale spørsmål var om kommunen i kraft av arbeidsgivers styringsrett kunne pålegge dem dette. Forhandlinger mellom Norsk Sykepleierforbund og kommunen førte ikke til enighet.

Enstemmig dom

Spørsmålet var hvor langt arbeidsgiver kan gå i å endre plasseringen av daglig arbeidstid i forhold til det som er avtalt i individuelle arbeidsavtaler.

Høyesterett kom dermed til samme resultat som i tingretten, der sykepleierne også vant, og til motsatt resultat av lagmannsretten.

«Det å endre en avtale om kveldsvakter til også å omfatte dagvakter, vil være en så vesentlig endring av arbeidsforholdet at den normalt ikke kan gjennomføres i kraft av styringsretten», heter det i dommen.

Bare ved enighet

Høyesterett viste til Arbeidslivslovutvalget i NOU 2004, hvor det blant annet blir uttalt:

«Vesentlige endringer i arbeidstidsordninger som ikke kommer klart til uttrykk i en avtale, kan arbeidsgiver bare gjennomføre dersom det oppnås enighet eller vilkårene for oppsigelse er til stede. En vesentlig endring i plasseringen av den daglige arbeidstid for eksempel fra dagarbeid til nattarbeid, vil normalt ligge utenfor arbeidsgivers styringsrett.»

Arbeidsgivers styringsrett

Arbeidsgiveren kan, i kraft av styringsretten innen lovens rammer og tariffavtaler, endre avtalebestemmelser når de ikke er vesentlige for arbeidsforholdet.

Men en endring av arbeidsforholdet fra kveldsvakt til både å omfatte dag- og kveldsvakter var etter Høyesteretts oppfatning en så vesentlig endring av arbeidsforholdet at den falt utenfor arbeidsgivers styringsrett og bare kunne gjennomføres ved endringsoppsigelse.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Mimi Bjerkestrand

Alder: 45 år

Aktuell som: Ny leder i Utdanningsforbundet. Overtok etter Helga Hjetland fra nyttår

BAKGRUNN:

Mimi Bjerkestrand fra Bergen er førskolelærer med videreutdanning som allmennlærer og spesialpedagog. Som leder for 150 000 lærere skal hun også forholde seg til sykepleierne. De to yrkesgruppene er begge medlemmer i hovedorganisasjonen Unio. Felles saker blir sykefravær og likelønn.

Vil kjempe med sykepleierne

Lærerne vil ha økt status. Det vil sykepleierne også. Kan dere lære av hverandre?

– Helt klart. Det handler om vesentlige yrkesgrupper i velferds-Norge. Viktig å framheve dem som jobber med mennesker.

Er skolebarns helse også et ansvar for lærerne?

– Ja – i samarbeid med helsesøstrene.

Er lærerne opptatt av skolehelsetjenesten?

– Både lærere og skoleledere vil ha en tilstedeværende skolehelsetjeneste slik at de kan gi elevene best mulig opplæring.

Blir helsepersonells oppgaver overlatt til lærerne?

– Ja, det har vært en reduksjon av ressurser i skolehelsetjenesten. Det er kjempeviktig at lærerne har tid og rom til å se hele mennesket, men helsepersonell må ta seg av det helsefaglige.

Har du eksempler på oppgaver lærerne ikke burde ha?

– Medisinering av elever. Det bør helsepersonell ta seg av.

Er lærerne like syke og slitne som sykepleiere?

– He-he. Har ikke statistikken i hodet. Men det er forholdsvis høyt sykefravær innenfor både helse og utdanning. Blant mine medlemmer har førskolelærerne det høyeste sykefraværet. Det aktuelle sykelønnsarbeidet bør dreie seg om helsefremmende arbeidsmiljø. Vi må sikre nærvær, ikke sykefravær.

Er sykefraværet egentlig for høyt?

– Det er det, spesielt i våre grupper. Men det er jo langtidsfraværet som hever tallene.

Nordmenn blir feitere. Hvor viktig er fysisk aktivitet i skolen?

– Veldig viktig, både i barnehage og skole. Det gjelder gym og egenaktivitet i utetiden.

Er du selv fysisk aktiv?

– Jeg har spilt fotball nesten hele mitt liv. Nå bruker jeg tid i treningsstudio og går

fjellturer når jeg drar hjem til Vestlandet. Og jeg prøver å gå trappen, for eksempel til kontoret i sjettede etasje.

Du ble førskolelærer i 1987.

Lenge siden du jobbet i barnehage?

– Høsten 2003. Trivdes veldig godt.

Hva er best med å samarbeide med sykepleierne i Unio?

– Vår felles politiske kamp for en sterk offentlig sektor og for verdsetting av kvinnesektoren og for verdsetting av kvinnedominnerte yrkesgrupper.

Vanskeligst?

– Det er jo alltid vanskelig å diskutere prioriteringer, men jeg opplever ikke dette som et stort problem.

Er lærere mer diskusjonsglade enn sykepleierne?

– Ikke innad i Unio. Men kanskje lærerne bruker flere ord.

Ute i felten da?

– Sykepleierne har et utøvende yrke. Lærerne reflekterer og bruker språket hele tiden.

Du er selv lesbisk. Hvor viktig er homosaken i Unio nå?

– Det er viktig å jobbe for et inkluderende arbeidsmiljø og forhindre diskriminering. Her har Unio en samfunnsoppgave.

Har du blitt behandlet av sykepleiere?

– Jeg må få si to ting: Jeg har aldri vært syk eller innlagt på sykehus. Men alle i familien som har vært i kontakt med sykepleiere skryter dem opp i skyene.

Og punkt to?

– Jeg synes Sykepleierforbundet har vært svært dyktig til å løfte opp likelønnsaken.

Tekst Marit Fonn

Foto Tom-Egil Jensen/Utdanningsforbundet



Tema **Stressmestring**

26 – Gjør noe med det du kan gjøre noe med, er rådet fra norske stressforskere ›

30 – Dette stresser oss, sier ansatte ved sykehus og hjemmetjeneste i Drammen ›

32 – Tren «stressmusklene» og lær å si nei, råder svensk sykepleier og stressforsker ›



Stress – din egen skyld?

En travel hverdag trenger ikke gjøre oss syke. Stressforskere mener nå at vi må ta mer ansvar selv for at vi lar oss stresse av det høye tempoet på jobben. Å tenke positivt kan hjelpe. Men hvordan klare det hvis du blir stresset av ting utenfor din kontroll?

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Bjørn-Erik Larsen**



JA TIL ALLE: Sykepleiere har vanskelig for å si nei. De tenker på pasientens beste, og strekker seg langt for å rekke over alle oppgaver de mener bør utføres. Men det er ikke nok tid. Da kommer den dårlige samvittigheten og følelsen av å ikke strekke til snikende.





UNDERVISER SYKEPLEI-

ERE: Anette Harris og Holger Ursin veksler på å undervise sykepleierstudenter ved Høgskolen i Bergen i CATS. Harris mener teorien også kan brukes som et verktøy i møte med pasientene, når sykepleierne skal gi dem håp om mestring.

«Sykepleierne kan ikke be om stadig mer ansvar og så sutre for at de har fått det. *Professor Holger Ursin*

Helsepersonell har mest sykefravær i Norge. Men er det stresset som er årsaken? Nei, tvert imot, stress er sunt hvis du lærer deg å takle det, mener stressforskere i Bergen.

Man blir ikke syk av stress. Selv langvarig stress er sunt hvis man bare hviler ut innimellom, sier nevrofysiolog Holger Ursin.

Stresset blir helsefarlig når man over lang tid får negative følelser som manglende kontroll, hjelpeløshet og håpløshet.

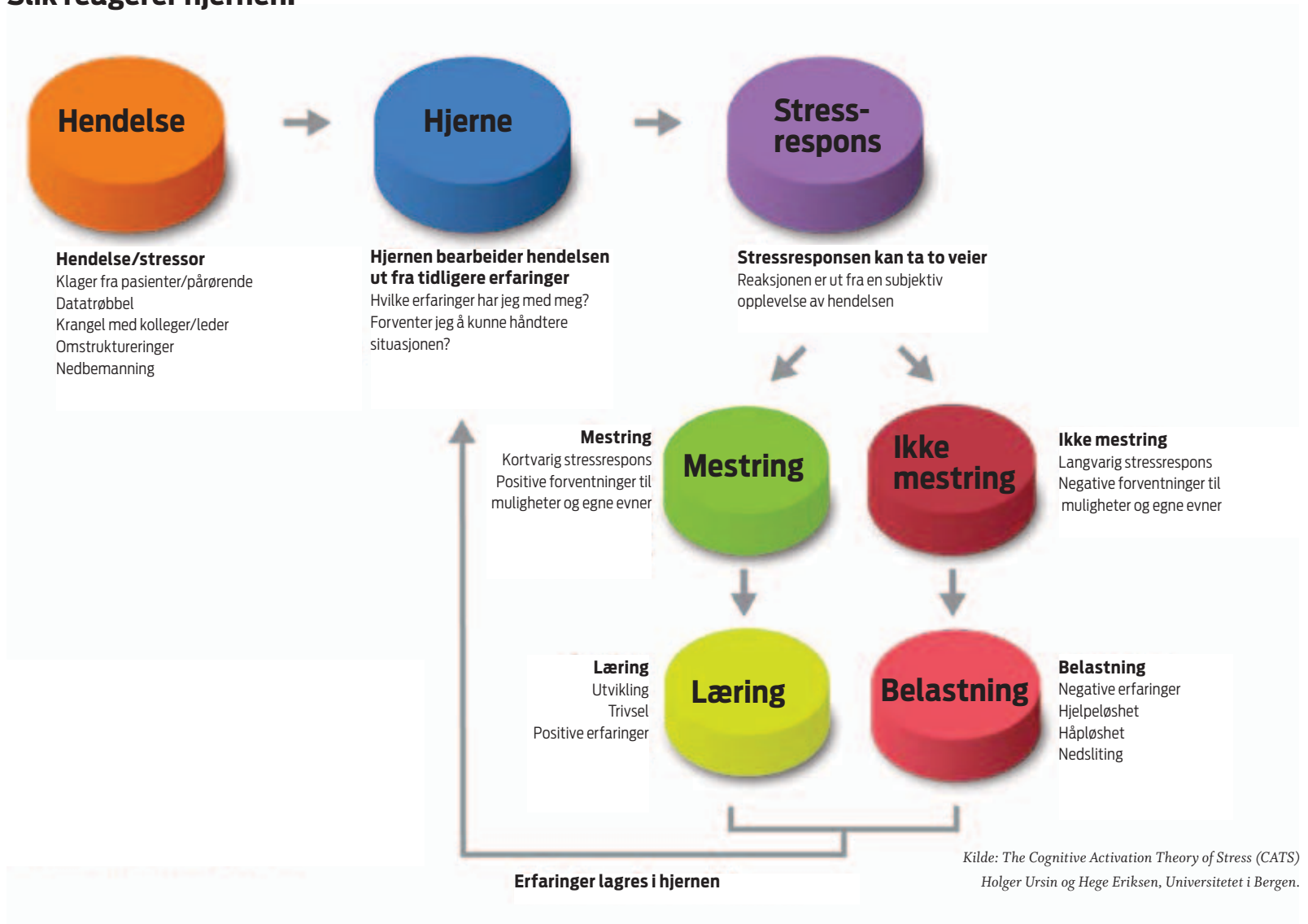
Ursin er arbeidslivsforsker og professor emeritus fra Uni helse, et forskningsinstitutt på universitetet i Bergen. Her treffer Sykepleien også sykepleier Anette Harris, som er forsker og stipendiat ved samme sted.

Stress: et ullent begrep

Egentlig får stressforskerne på Uni helse gåsehud når de hører ordet «stress». Begrepet er så vidt og rommer så mye at det blir for upresist å bruke i forskningssammenheng. Ursin og Harris synes alle bør lære seg å skille de ulike elementene. På den måten blir det lettere å snakke konstruktivt og unngå misforståelser.

Stress omfatter både situasjoner og hendelser (stressorer), hjernens oppfattelse av disse situasjonene og hendelsene, kroppens alarmsystem og kortvarig og langvarig stressrespons. Ifølge Ursin er den kortvarige responsen sunn fordi den handler om læring,

Slik reagerer hjernen:



utvikling og trivsel, mens den langvarige kan bli helsefarlig fordi den gjerne handler om en følelse av hjelpeløshet og håpløshet.

Ursin og professor Hege Randi Eriksen publiserte teorien om hvordan hjernen bearbejder en hendelse under navnet «The Cognitive Activation Theory of Stress», forkortet til CATS. Det skjedde i 2004, og ga dem internasjonal anerkjennelse som stressforskere. Eriksen er direktør ved Uni helse.

Utfordring, ikke problem

Nøkkelen i stressmestring er ifølge CATS å skape en positiv forventning når en hendelse skjer, en tanke om at dette er en utfordring, mer enn et problem.

– Du peker deg ut oppnåelige mål og gjør noe med det du kan gjøre noe med. Ikke bruk energi på problemstillinger du ikke kan påvirke uansett. Kortsiktige delmål er ofte fornuftig, forklarer Harris.

Når målene er nådd, får du en følelse av å lykkes, noe som igjen lagres i hjernen som positiv erfaring. Neste gang en stressende situasjon oppstår, er du allerede bedre rustet til å takle den fordi hjernen din husker at du mestrer en utfordring. Så enkelt og så vanskelig.

Dessverre er det slik at de som oftest havner i den nedbrytende og helsefarlige stress-runddansen med negativ forventning og en følelse av hjelpeløshet og håpløshet, er de med kortere utdanning og mindre kontroll over arbeidsoppgavene sine på jobben.

– De som satt bakerst på skolebenken og lærte at ingenting nyttet uansett. Det vi kaller «den sosioøkonomiske gradienten»

slår inn her. Forklaringen på den tror vi ikke skyldes ressurser, men heller erfaringen av hvordan det egentlig går for en selv, sier Ursin.

Denne negative spiralen kan man også havne i om man mangler følelse av kontroll og forutsigelighet i arbeidshverdagen, når man ikke får sosial oppbakking fra kolleger og ledelse eller mangler en generell følelse av at tingene går i den riktige retningen. Men for forutsigbart skal det ikke være. Vi er helt avhengige av stimuli også. Uten stress kan vi prestere dårligere.

– På en avdeling med høyt tempo til vanlig, er det typisk at sykepleiere rett og slett kan glemme å dele ut medisiner til rett tidspunkt at på en rolig vakt, fordi de kom ut av den daglige rytmen der de er mer skjerpet, sier Harris.

Sutre sykepleiere?

– Sykepleiere får stadig flere oppgaver som skal løses med like mange eller færre ressurser. Blir det ikke vel banalt å si at de skal tenke positivt når det er slike ting som er årsaken til stresset?

– Stresset? Hva mener du? spør Ursin pedagogisk.

– Eh, en følelse av hjelpeløshet og håpløshet, kanskje?

– Jeg er gammel fagforeningsmann selv, men jeg godtar ikke premisene for spørsmålet ditt. Dette er egentlig sludder. Vi kan like gjerne peke på stadig kortere arbeidstid, flere hjelpemidler og bedre kunnskap. Sykepleierne kan ikke be om stadig mer ansvar og så sutre for at de har fått det, svarer Ursin.

– Å forklare egne vanskeligheter med ytre forhold gir dårlig prognose.



« Mange i ansvarlige stillinger i arbeids- og tilsynsmyndigheter er ikke overbevist om hvor sunt det er å være i aktivitet og i arbeid. Professor Holger Ursin

– Er du uenig i at det er mer å gjøre for sykepleierne nå?

– Ja!

– Men din kliniske erfaring er over 50 år, minner Harris om.

– Jeg blir provosert av dem som vil ha det til at vi bare satt på rumpa før. Vi hadde mye lengre arbeidsdager og var også utsatt for press. Det var korridorpasienter da også.

– Det behandles flere pasienter på kortere tid på sykehusene, og sykepleiere i både stat og kommune melder om at de går på akkord med sine etiske idealer?

– Ja, og slikt må tas på alvor. Følelsen er reell nok uansett årsak. Men jeg vil heller ikke si at det er travlere i dag enn før, det er bare andre arbeidsoppgaver, større turnover og flere omstillinger, meglar Harris.

– Og det er fortsatt 60 minutter i en time, kommer det fra Ursin.

– Noen sier de ikke engang har tid til å spise lunsj?

– Underernæring er ikke noe problem i norsk helsevesen. Noen har bare aldri tid til lunsj, sier Ursin.

– DRG-kodingen gjør at ledende sykepleiere må bruke tiden sin på å telle diagnoser for å få flest mulig diagnoser slik at avdelingen skal få flere penger, påpeker Harris.

– Hmm, ja det er sånt som kan gå ut over produktiviteten, trivselen og helsen, medgir Ursin.

Tallene fra en studie allmennlege Michael de Vibe ved Kunnskapssenteret utførte på 278 sykepleierledere i 2006, underbygger det. Her svarte to av tre at de ofte følte seg plaget av stress.

Sykefravær

– Er følelsen av hjelpeløshet mer utbredt blant sykepleiere siden helse- og sosialsektoren topper sykefraværstatistikken?

– Nei, hjelpepleiere er nok mer utsatt. Her ser vi den sosioøkonomiske gradienten igjen. Årsaken til at sykefraværet er høyere

i helsesektoren er for øvrig at den er så kvinnedominert. Mange av kvinnene jobber mye hjemme også, sier Ursin.

Han peker igjen på at det gir en dårlig prognose å skylde på jobben eller alle andre årsaker utenom en selv for sine fysiske problemer.

– 80 prosent av dem blir kronikere, det viser både våre egne og tyske undersøkelser av ryggpasienter. Mens det er omvendt for dem som mener at de selv kan gjøre noe med problemet. Der er det 80 prosent som blir friske, fastslår professoren.

– Selv om helsearbeiderne topper sykefraværstatistikken, er det bare 10 prosent som står for 80 prosent av sykefraværet, skyter Harris inn.

Ursin og Eriksen har tallfestet det til at 90 prosent har gjennomsnittlig én dags fravær i året, mens 10 prosent har 44 dager. Flertallet av disse har ikke tradisjonelle somatiske sykdommer, men subjektive plager som muskelskjelettlidelser og lettere psykiske plager.

Ut av negativt tankespinn

Det er de som er i den negative runddans som i størst grad trenger hjelp til å bryte et gammelt tankemønster. Ursin anbefaler kognitiv behandling der målet er å få til mestring og unngå hjelpeløshet og håpløshet.

– Vi forsøker å dempe det vi kaller «cognitive sustained activation» som går ut på å disiplinere tankene og bryte negativt tankespinn, sier han.

– Kan du gi et eksempel på en øvelse?

– For å unngå negative tanker kan du skrive ned bekymringene i en notatblokk hver gang de dukker opp i løpet av dagen, og så konsentrerer deg om ikke å tenke mer på det. Mellom klokken sju og åtte tar du fram notatblokken og konsentrerer deg om å bekymre deg. Det er forferdelig kjedelig!

– Mye handler også om ledelse og gode kolleger. Det hjelper godt å bli sett, få bidra i utviklingen og få anerkjennelse når man gjør en god jobb. Man må skape arenaer hvor man ser hverandre og det trenger ikke å ta tid, råder Harris.

Skepsis i Norge

CATS systematiserte mye av det som tidligere var blitt publisert innen stressforskning og har blitt brukt av stressforskere blant annet i Sverige og Danmark. I hele 2009 rullet det en kampanje over Danmark som het «Fra stress til trivsel» i regi av Videncenter

Pusteøvelser provoserer

En lege fra Trondheim virker irritert etter å ha hørt foredraget til seniorrådgiver og allmennlege Michael de Vibe fra Kunnskapssenteret, 27. november i Oslo:

– Vi vet at pasientsikkerheten trues og at helsepersonell blir syke av for mye stress. Likevel tillates maksvakter på 25 timer. Vi trenger ikke mer forskning. Hvorfor gjøres det ikke noe med det vi allerede vet, spør hun.

Michael de Vibe har snakket om individuell stressmestring som en del av arbeidet med å løfte kvaliteten i pasientbehandlingen, og påpekte samtidig at nok søvn er viktig: 24 timer uten søvn gir motoriske ferdigheter som tilsvarer 1 promille alkohol i blodet.

Stressmestring handler ifølge ham om å være til stede i det man gjør. Oppstår det en stress-situasjon, skal du bruke et par sekunder på å få kontakt med pus-

ten for å komme i balanse, før du møter situasjonen.

– I stressforskningen blir det mer og mer fokus på hvordan den enkelte møter stress. Det er ikke lenger et spørsmål om hvordan jeg har det, men hvordan jeg tar det, sier de Vibe, og understreker at dette ikke er i stedet for, men i tillegg til å arbeide for å skape en helsetjeneste som ikke skaper unødige stress.

for Arbejdsmiljø. Målet var å formidle forsknings- og erfaringsbasert viten om stress til de offentlige arbeidsplasser, og det hele var basert på CATS.

Ursin tror aldri teorien vil bli omfavnet på samme måte i Norge.

– Mange i ansvarlige stillinger i arbeids- og tilsynsmyndigheter i Oslo er ikke overbevist om hvor sunt det er å være i aktivitet og i arbeid. Dette er også delvis et synspunkt som fagforeningene har, er forklaringen hans.

Sprik mellom teori og praksis

Foreløpig har ingen studier vist at CATS-måten å tenke på med påfølgende kognitiv behandling eller stressmestringsøvelser kan få ned sykefraværet. En studie på ansatte ved et sykehjem i Bergen viste at fysisk aktivitet førte til at de i intervensjonsgruppen snakket så positivt om treningen på jobb at det smittet over

« Jeg blir provosert av dem som vil ha det til at vi bare satt på rumpa før.

Professor Holger Ursin

på kontrollgruppen. Den enkeltes trivsel steg, men man så ikke noe på sykefraværet.

– Det vi ser ved slike studier er at de som virkelig trenger fysisk trening ikke deltar. De som blir med, er ofte de som trenger det minst. Derfor blir det vanskelig å måle noen effekt, sier Ursin.

CATS har hittil heller ikke vært mulig å bevise, fordi «vedlikeholdt aktivering» i den langvarige stressresponsen ikke er lett å måle fysiologisk.

– Mange tror det har noe med kronisk forhøyede kortisolnivåer å gjøre, men det har det ikke. Kortisolnivået går opp og ned hele tiden. Det har derimot noe å gjøre med døgnkurver og restitusjon, og vi må få til å måle det på et eller annet vis til slutt, lover Ursin.

Fallskjermstudien

I 1978 gjorde Ursin og hans kolleger den verdenskjente fallskjermhopper-studien, som satte ham på sporet mot CATS. De studerte mennesker som skulle lære å bli fallskjermhoppere.

Forskerne antok at først når deltakerne hadde lært å hoppe, ville kroppens stressnivå (målt som kortisol og frie fettsyrer i blodet) automatisk falle. Imidlertid skjedde det overraskende at stressnivået falt allerede

etter den første treningsdagen, lenge før de faktisk var i stand til å utføre et hopp.

Konklusjonen var at det ikke er hoppernes evne til å hoppe (altså deres øvelse) og heller ikke evalueringen av deres øvelse som var avgjørende. Derimot var det personenes subjektive følelse av at de skulle komme til å klare hoppet (positiv forventning) som nedsatte stressreaksjonen så hurtig.

10 stressvarslere:

1. Det er ikke så morsomt lenger
2. Det hjelper ikke hva jeg enn gjør
3. Alt jeg gjør går galt
4. Angst
5. Depresjon
6. Sover dårlig, våkner tidlig, holder ikke døgnrytmen
7. Ute av form, trett, ukonsentrert
8. Irritabel, mer aggressiv enn vanlig
9. Greier ikke å holde måte med alkohol, kaffe, medikamenter eller røyk
10. Spiser for mye, for lite, eller gale ting til gale tider

Kilde: Holger Ursin

10 mestringsråd:

1. Ikke vær redd for å arbeide
2. Ikke vær redd for normale reaksjoner i kroppen
3. Hold deg i god fysisk form
4. Ta deg tid til det du vil ha tid til
5. Hold fast døgnrytme
6. Finn ut hva dine mål er; Ranger dem, hold fast ved dem eller velg å forandre dem bevisst – si ifra!
7. Finn ut hvordan din situasjon egentlig er
8. Finn ut om det egentlig er noe du vil forandre, og hvordan det skal forandres, eller forandre dine mål
9. Ikke skjell ut deg selv, helst ikke andre heller
10. Spis riktig og variert

Kilde: Holger Ursin



På sykehuset:

Det sitter i topplokket

Synnøve Sæther (33) vet godt hva stress er: Når hodet er sprengt av alt hun må huske.

Tekst og foto **Marit Fonn**

– Stress? Selvfølgelig vet jeg hva det er.

Synnøve Sæther er sykepleier på medisinsk post 1 på sykehuset i Drammen. Nå er hun i full sving på vakt, men tar seg tid til en liten prat.

Avdelingen har høy turnover.

– Ting skjer veldig fort her. Pasientene er eldre og har kompliserte diagnoser.

Stress kan for eksempel oppstå når det mangler oksygenuttak ved sengen og hun må rundt og lete opp et. Det oppleves som nødvendig å bruke tiden på sånt.

Verdig hjemreise

Hjemreiser er en annen stressfaktor. Hun må snakke med pårørende. Det er frister i kommunehelsetjenesten. Mange etater har ikke åpent 24 timer i døgnet, som på sykehuset. Og hvem ellers må hun huske å informere?

– Vi får prøvesvar seint og må derfor kaste oss fort rundt for å nå

dem i kommunen. Vi vil jo ha pasientene hjem på en fullverdig måte.

Hun tror essensen er at idealene er i konflikt med ressursene.

– Vi er alltid i den konflikten. Vi prioriterer og organiserer arbeidet ut fra det. Det er vanskelig, synes jeg.

Sofa etter jobb

Det er verst i topplokket, konstaterer hun.

– Det blir intenst. Vi må forvalte en enorm mengde informasjon. Vi må passe på at informasjonen blir videreført og ivaretatt. Vi har ingen garanti for det. Mye foregår jo muntlig. Og vi må sikre at pasient og pårørende har fått vite det de skal.

Sofaen er ofte en nær venn for Sæther etter jobben.

– Men lenge etter jeg har gått av vakt, kan jeg komme på noe jeg glemte å gjøre eller informere om.

Kateterpasientens historie

En pasient har fått kateter, og Sæther skal dokumentere mannens historie i dag. Den er litt komplisert og krever konsentrasjon. Hun må stadig slå opp i manualen for å bruke de rette kodene. Ved siden av henne sitter en turnuslege og skriver epikrise. Rundt dem fyker kolleger fram og tilbake. De sjekker tavlen, snakker i telefon og med hverandre, og de henter medisiner.

Hun prøver å sette grenser. Men Sæther opplever en snill-pikekultur der det er lite aksept for å si nei.

– En kollektiv ukultur. Det blir ikke prata om. Dette tror jeg er velutviklet blant kvinner.

Hun opplever at pasientene gjerne har behov for noe helt annet enn at sykepleierne utfører prosedyrene feilfritt og hygienisk.

Hun var særlig frustrert i starten.

– Burde det vært mer om denne virkeligheten i utdanningen?

– Kanskje. Men man kan aldri lese seg til det. Dette er erfaringsbasert.

– Ville du likt en jobb uten stress?

– Kjedelig!

Det gjelder å finne balansegangen. Sæther synes det er lettere å sette grenser nå når hun har jobbet en stund.

– Sier du selv nei?

– Ja da.

«Nei, nå har jeg pause», sier hun til pasienter og pårørende. Hun sier også nei til å sette i gang behandling hun ikke har kunnskap om. For eksempel potent behandling av arytmier.

Best med oversikt

Når hun har ansvarsvakt, er det mye å holde styr på. Pasienter kommer inn og reiser ut, og de skal fordeles. Ubehaget oppstår like før hun mister oversikten.

– Hvis jeg mister den, er det veldig negativt. Men hvis det løser seg, er det gøy.

« Lenge etter jeg har gått av vakt, kan jeg komme på noe jeg glemte. *Sykepleier Synnøve Sæther*



KONSENTRASJON:
Tenke, huske, ikke la seg forstyrre. Synnøve Sæther dokumenterer.

AVVIK: Smart å skrive avvik for å synliggjøre hverdagen. Det vet Wenche Rognstadbråten godt – men det tar jo også tid.



Hjemme-
sykepleien

Tusen tanker i hodet

Wenche Rognstadbråten (41) vet ikke hva som er det verste stresset: At pasienten griper etter henne når hun er på vei ut døren for å rekke neste pasient. Eller alt som skal dokumenteres.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Hjemmetjenesten i Ytre Lier hadde et sykefravær på 14 prosent i 2008.

Rognstadbråten er sykepleier og hovedtillitsvalgt.

På brukerkortet står det hva oppdraget går ut på. Morgenstell med toalettbesøk er beregnet til 30 minutter. Å gi medisiner til 10.

Hektisk lørdag

Sist lørdag ble det hektisk: Klokken 7.30 kom telefon om sykdom. Rognstadbråten ringte til 20 kolleger. Tre tok telefonen. Etter 55 minutter fikk hun napp og fikk leid inn en vikar på overtid.

Selv hadde hun en bruker som det er beregnet 20 minutter på. Men det ble 1 time og 20 minutter, og endte med innleggelse. Hun droppet likevel ingen av brukerne. Men det ble kjappe besøk.

– Da lot jeg være å spørre: «Hvordan har du det?».

Rognstadbråten prøver å være rolig selv om hun er forsinket.

Sykefraværet er størst i helgene. En ansatt kan ha over 20 brukere på åtte timer. I tillegg to rapporter – og kjøring. Det kan bli seks mil i 30 – 40 soner, gjerne med en traktor foran seg på veien. Rognstadbråten har ennå ikke har fått fartsbot.

Avvik

Noen ganger synes hun at hjemmesykepleierne bør si: «Det oppdraget rakk jeg ikke.»

– Men vi får oss ikke til det. I stedet løper vi enda fortere. Og vi er altfor dårlig til å skrive avvik. Vi prioriterer rapport.

– Tenk om stresset forsvant helt da? Deilig?

– Nei, litt stress er bra!

Og det er ingen fare for at det forsvinner. Det er nok av uløste oppgaver.

– Vi har Iplos. Og vi skal innføre PDA.

Det er Rognstadbråten som har ansvaret for opplæringen i det elektroniske arbeidsverktøyet.

– Siden i vår har vi sagt at i neste måned begynner vi. Men nå skal tavla ned.

Hun peker bort på veggen. Der henger lapper med uendelig mange

navn og beskjeder. Blyant og viskelær skal erstattes med tasting og informasjon som kan lagres.

Ikke alle gleder seg til det, men det gjør Rognstadbråten.

– Jeg er veldig for alt som kan gjøres elektronisk og tror det er mye tid å spare på det.

Ring til legen

Spart tid kan for eksempel brukes til et typisk stresspunkt: Ta kontakt med fastlegen og ringe om medisiner. Som betyr telefonkø.

«Jeg har aldri sagt til pårørende at jeg ikke har tid.» *Hjemmesykepleier Wenche Rognstadbråten*

– Dette har vi jo egentlig ikke tid til. Vi har kontakt med pårørende, på telefon og hjemme. De vil ofte snakke med oss. Jeg har aldri sagt til dem at jeg ikke har tid.

Hun synes at har man først tatt på seg noe, er det ikke bare å gjøre det halvhjertet. Hun vil jo gjøre det ordentlig.

– Hvor kjenner du stresset?

– I hodet. Tusen tanker. Nakken og skuldrene blir anspent – det er jo så mye oppå der.

– Hva kan du selv gjøre?

– I første omgang være der jeg er der og da. Jeg får stadig tilbakemeldingen: «Du er ikke så stressa, du.» Men inni meg koker det.

Takhøyde

Når hun går hjem fra jobb med høye skuldre, tenker hun ofte: «Husk jeg det?» Eller hun har gitt en muntlig beskjed om en bruker.

– Men jeg vet jeg burde ha skrevet det. Jeg får ta det i morgen, tenker jeg da. Det er veldig typisk. Vi skal jo helst ikke skrive overtid.

Hun setter pris på at det er god takhøyde på vaktrommet.

– Vi støtter hverandre. Vi skal jo holde ut i denne jobben.



Stress deg frisk

Stress fungerer for hjernen som mosjon for musklene. Sykepleier og stressforsker Dan Hasson ber deg trene stressmuskelen hver dag, så orker du mer.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Christoffer Edling**

– Du vet hvordan eldre som er understimulert kan bruke en hel uke på å gire seg opp til et bankbesøk, og så er de fullstendig utslitt i flere dager etterpå?

Dan Hasson stiller spørsmålet på telefon fra Stockholm, når han skal forklare hvorfor det er viktig å stresse regelmessig.

– Mens vi som jobber og jevnlig utsettes for stimuli kanskje vil glemme å nevne at vi har vært i banken når vi skal oppsummere dagens gjøremål, legger han til.

Dan Hasson er sykepleier, forfatter og stressforsker ved Karolinska Institutet og Stressforskningsinstituttet ved Stockholms Universitet.

I boken «Stressa rätt» som kom ut i 2008, skriver han hvor viktig det er å trene stressmuskelen, og samtidig sørge for nok avkobling og hvile. Dette er viktig kunnskap, spesielt for å unngå langtidssykmedling som følge av å stresse på feil måte:

– Etter tre måneders sykmelding har du halvert muligheten for å komme tilbake i jobb, opplyser Hasson.

Latter er også stress

– Hvor sitter denne stressmuskelen?

– Det er bare en metafor for det som skjer i kroppen når du har en stressrespons på en hendelse eller en situasjon.

Det som skjer reint kroppslig når stressalarmen går, er en arv fra den tiden utveien fra et problem enten var «fight» eller «flight». Det sympatiske nervesystemet aktiveres slik at blodtrykk og puls og glukosenivået går opp. Det samme gjør hormonnivåene for adrenalin, kortisol og prolaktin, mens testosteronnivået går ned.

– Det samme skjer faktisk når du ler eller er oppspilt fordi du gleder deg til noe. Derfor er humor så viktig, den holder stressresponsen din ved like, men uten å ha ulempene ved det negative stresset der du er sint eller redd. Du våkner ikke om natten av at du lo så godt av en film om kvelden, slik du kan gjøre hvis noe plager deg på jobben, sier Hasson.

Avkobling

Det er med stresstrening som med annen trening at det blir helsefarglig hvis du ikke får hentet deg inn igjen mellom slagene. Men det optimale stressnivået varierer fra person til person.

– Problemet til mange mennesker i dag er at de ikke vet hvordan de skal skru seg ned fra et høyt tempo og mye stressrespons, sier Hasson.



**PESSIMISTISK
HJERNE:** Hjernen vår er laget slik at den skal beskytte oss mot fare, og konsentrerer seg instinktivt om negative tanker, sier Dan Hasson.

Det handler om å aktivere det parasympatiske nervesystemet, og det enkleste er å puste dypt på ulike måter.

– Det trenger ikke ta tid. Du kan gjøre pusteøvelser på bussen på vei hjem fra jobb, eller mens du sitter i et kjedelig møte, råder Hasson.

Det hjelper også å gjøre noe helt annet for å få avkobling. Hjernen klarer bare å være aktiv og skjerpet i 90-120 minutter i strekk. Deretter blir man sliten og treig i toppen.

– Gjeninnfør kaffepauser på jobben. I dag tar mange bare med seg kaffekoppen til pulten sin og får kun koffeinets oppiggende effekt, ikke innhentingseffekten som en prat med kollegene kan gi, råder Hasson.

– Men mange sykepleiere har ikke engang tid til lunsjpause?

– Ja, det er forferdelig. Lunsjen SKAL man prioritere! Selv om jeg bare har ti minutter til lunsj sørger jeg alltid for å innnta den i ro og fred. Risikoen for feil øker uten lunsjpause.

Hasson mener sykepleiere som jobber kveldsvakter trenger å lære seg måter de kan roe seg ned på før de legger seg om kvelden, ellers får de lett søvnproblemer. Å sitte foran dataen og lese faglitteratur til seint på kveld og så gå rett til sengs er heller ikke noe bra sjakktrekk.

– Det tar to timer før hjernen klarer å slappe av, derfor er det viktig å forberede seg for sengen i god tid.

Søvnen er alltid det første som lider når noen er utsatt for negativt stress. Og det er ikke mye mindre søvn du trenger før du fungerer dårligere.

– Får du en til to timer for lite søvn hver natt i en arbeidsuke, fungerer du på fredagen som om du skulle hatt 0,6 – 0,8 promille alkohol i blodet, påpeker Hasson.

Sykepleiere og stress

Hasson har forsket en del på sykepleiere og stress, og forteller at som gruppe er sykepleiere friskere enn andre yrkesgrupper, selv om helse- og sosialsektoren topper sykefraværstatistikken også i Sverige.

En studie som ble publisert i Journal of Professional Nursing nå i januar, handler om hvordan 1000 sykepleiere har fulgt i tre år fra de ble ferdig utdannet, bedømmer sin egen helse.

– Hvordan den enkelte bedømmer egen helse er det sterkeste målet vi har på framtidig sykkelighet og død. Derfor er det foruroligende at mange av de eldre sykepleierne i løpet av de tre årene jeg fulgte dem faktisk rapporterte en forverring. Det er særlig søvnen deres som blir verre med årene, sier Hasson.

5 på gangen

Tekst Eivor Hofstad

Hva stresser deg?

Hovedresultatet i sykepleierstudien er at det skjer en kraftig forverring hos unge sykepleiere det første året de kommer ut i jobb direkte fra skolebenken, men så bedrer det seg etter hvert.

– De får rett og slett sjøkk. Det kunne kanskje forhindres dersom sykepleiere i likhet med leger hadde et turnusår der de blir fulgt opp i praksis og slipper å være alene med stort ansvar, foreslår Hasson.

Han mener at alle sykepleierstudenter bør lære stresshåndtering i løpet av studietiden.

– Lær å si nei

Dan Hasson mener sykepleieres største problem er at de har så høy prestasjonsbasert selvfølelse.

– Vi skal være så flinke hele tida. Og er vi ikke det, gjør vi enda mer, bare for å gjøre andre til lags. På den måten har sykepleiere en tendens til å glemme seg selv, noe som er farlig. Man klarer ikke å hjelpe andre når man stadig nedprioriterer sine egne behov. Jeg kaller det den ulogiske loopen. Til slutt ender det med at andre må ta hånd om deg.

– *Må sykepleiere bli flinkere til å sette grenser?*

– Ja, men problemet er at folk ikke vet hvordan de skal si nei på en hyggelig måte.

– *Har du noen tips?*

– Når noen ber meg gjøre noe, tenker jeg: Kan jeg gjøre det og fortsatt ha det bra? Er svaret ja, er det jo bare å gjøre det, men er svaret nei, spør jeg meg om jeg kanskje på lang sikt kan få nytte av å gjøre det. Er svaret da fremdeles nei, kan jeg si nei med god samvittighet fordi jeg er bevisst på hvorfor jeg sier nei. Da blir det lettere å være tydelig uten å være utrivelig.

Belønning som gulrot

I likhet med den norske stressforskeren Holger Ursin, mener også Hasson at en viktig strategi mot negativt stress er å fokusere på det positive i hverdagen. Hjernen vår er nemlig den fødte pessimist.

– Den er laget slik at den skal beskytte oss mot fare, og konsentrerer seg instinktivt om negative tanker. Dermed blir vi nødt til å anstrenge oss ekstra for å oppleve positive følelser. Men det må føles ekte. Vi må ikke lure oss selv og bli helt amerikaniserte med overdreven positivitet.

Hasson anbefaler å skrive en belønningsliste med hundre ting man vil belønne seg selv med når man har fullført et mål man har satt seg.

– Min erfaring er at de fleste bare kommer på mellom fem og ti ting. De har rett og slett aldri bygget inn naturlige belønninger i livet. Men det kan handle om små ting som å gå ut og ta en kaffe eller lese en bok en stund eller spise en restaurantmiddag med partneren.

Blokk ved nattbordet

– *Har du et råd til sykepleiere som føler at de går på akkord med seg selv i en hektisk hverdag?*

– Hvis man ikke kan påvirke strukturen på arbeidsplassen, må man konsentrere seg om hvordan man forholder seg til situasjonen. Er problemet at man skulle hatt mer tid til pasientene, må man gjøre det beste ut av den tiden man faktisk har. Kanskje må sykepleiere i større grad akseptere at «ok, jeg får for lite tid med pasientene».

Hasson har erfart at en annen vanlig stressårsak for sykepleiere er uro for morgendagen. Han anbefaler en liten blokk på nattbordet der de kan skrive opp alt som må huskes til dagen etter, så slipper de å ligge søvnløs av frykt for å glemme det.

– Dette høres enkelt ut, men det bygger på det faktum at alt som er abstrakt og diffust er ukontrollerbart og stresser oss. Skriver vi noe ned, blir det mer direkte og konkret, og vi får en følelse av bedre å kunne kontrollere det. ■■■

Antistressprogram på nettet

Hasson har laget et web-basert selvhjelpsprogram for stresshåndtering som er gratis tilgjengelig for alle på nettet. Her kan du ta en 11-spørsmål test, og gjøre øvelser som bidrar til den positive omstillingen i hjernen. Noen øvelser hjelper til med å peke ut realistiske mål, en viser kart for hvordan man skal komme seg dit. Flere pusteg og avslapningsøvelser er også med.

I 2004 fikk programmet hederlig omtale i EU-kommisjonens konkurranse eHealth awards. Du finner programmet på healthwatch.se.

Kilde: Dagens Nyheter



« Sykepleiere har en tendens til å glemme seg selv, noe som er farlig.

Sykepleier og stressforsker Dan Hasson



Laila Strand Sivertsen, geriatrisk sykepleier ved ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge

– Alt jeg av ulike grunner ikke får gjort. Derfor forsøker jeg å planlegge dagen slik at jeg er forberedt på det som er uforutsett. Siden dette er en avdeling hvor det er mye ø-hjelp, må vi ta høyde for det uforutsette. Jeg føler meg ikke plaget av stress, men det er en aktiv avdeling.



Ragna Marie Haugland, teamleder i hjemmetjenesten i Tvedestrand kommune

– For mange arbeidsoppgaver og for liten tid. Vi merker den stramme kommuneøkonomien. Jeg merker at jeg har høyere puls og at blodtrykket stiger på jobb. Det tar lengre tid før jeg klarer å roe meg ned hjemme. Jeg føler meg sliten og sover dårlig. Kan våkne om natta og komme på ting jeg må huske.



Kari Martinsen, professor ved Høgskolen i Harstad og Haraldsplass diakonale høyskole i Bergen

– Jeg stresser ikke, jeg tar det langsomt og løper ikke. Jeg kan bli ganske trøtt, men klarer å hente meg inn igjen. Travelhet er nesten blitt et statussymbol. Sier jeg at jeg har god tid, ser folk på meg som om jeg har blitt gal. Ordet stress har en dårlig klang for meg, en kan faktisk bli stresset av å bruke ordet for ofte.



Astrid Torgunrud, helse-søster i Løten kommune

– Hvis jeg plutselig oppdager at jeg skulle være et sted eller på et møte. Dagen min kan ikke forhåndsstyres, og av og til vokser oppgavene meg litt over hodet. Da jeg massevaksinerte før jul, jobbet jeg fra åtte om morgenen til seks-sju om kvelden. Da ble jeg sliten og fikk mindre tid til å trene eller gå tur. Jeg liker å ha det travelt, men kunne godt tenkt meg flere kolleger så jeg kunne jobbet med barn og ungdom mer i dybden.



Anne Grethe Melleby, intensivsykepleier ved intensiv/postoperativ seksjon, Sykehuset Østfold:

– Når det koker rundt meg og jeg ikke vet hvor jeg skal begynne på alle arbeidsoppgavene som venter. Men det skjer ikke så ofte. Det kan også være stressende at vi har mye nytt utstyr som skal kunne brukes raskt i en situasjon. Da må jeg konsentrere meg og får ikke tid til å snakke, men det løser seg alltid. Jeg er ikke plaget av stress.

NSF Oslo hjalp sprøyterommet

NSF Oslo hadde en viktig pådriverrolle når bystyret i Oslo i slutten av november sikret fortsatt drift av sprøyterommet ut 2010 i budsjettforliket.

Fylkesleder i NSF Oslo, Eli Gunnhild By, forteller at mye av arbeidet bak handlet om møtevirksomhet:

– Vi var på deputasjon i helse- og sosialkomiteen i forbindelse med bystyrets budsjettbehandling. Det vil si et 25 minutters møte, der politikerne helst ønsker informasjon i korte setninger. Siden Venstre ligger på vippen, er de viktige for oss og vi har hele tiden hatt en god kommunikasjon med dem. Vi har også vært på sprøyterommet og snakket med de ansatte om hvordan vi skal gå fram videre og hva de trenger hjelp til. I tillegg var vi på markeringen utenfor Stortinget den 15. november sammen med brukerne.

By tror den positive evalueringsrapporten av sprøyterommet også har spilt en rolle.

– Den sier noe om helsegevinsten og at sprøyterommet faktisk gjør en forskjell. Det er blitt en større forståelse for skadereduksjon hos politikerne og vi har kommet et langt skritt videre på veien mot at sprøyterommet kan bli et permanent tilbud.



ELI GUNNHILD BY er leder i Oslo NSF

Motsetningsfylt fra svenske omsorgssjefer

Annenhver sjef innen eldreomsorgen i Sverige synes at arbeidssituasjonen har blitt verre det siste året. Likevel sier sju av ti sjefer at kvaliteten på omsorgen er den samme eller til og med bedre. Det viser tall fra en spørreundersøkelse utført av et svensk fagforbund (SKTF) der 585 sjefer innen eldreomsorgen har svart.

To av tre sjefer måtte gjennomføre besparinger det siste året. Men omsorgens kvalitet virker ikke til å ha blitt berørt, skal vi tro sjefene. Til tross for at mange har skåret ned på bemanningen, mener halvparten av sjefene at det nå er mer tid til sosiale aktiviteter med de eldre. Hver tredje sier at engasjementet fra pårørende har økt og at maten har blitt bedre. Grunnen til at deres eget arbeidsmiljø er blitt dårligere, er nye arbeidsoppgaver og mindre administrativ støtte, sier sjefene.

Kilde: Du & jobbet

Kultur på resept

Svenskene var først ute med mosisjon på resept, som vi etter hvert også har prøvd ut her til lands. Nå drar de reseptblokken lengre og tester ut kultur på resept. Tanken er at ymse kulturopplevelser både skal forebygge og forkorte sykefraværet hos landets arbeidstakere. Pilotprosjektet skal utprøves i Skåne i et år på 20-30 personer før det vil evalueres i juni 2011.

Langtidssykmeldte med plager som depresjon, stress, angst eller langvarige smerter skal kunne ordineres ulike kulturelle aktiviteter som komplement til tradisjonell medisinsk behandling. Det handler om både selv å utføre en kulturaktivitet eller konsumere kultur. Region Skåne har tidligere jobbet med kultur i omsorgstjenesten, som for eksempel musikk for demente, med gode resultat.

Kilde: Du & jobbet og Dagens samhälle



Foto: Colourbox

Der ute

Les mer om:

38 Bushsykepleier i Australia ›

41 Innenfor murene i Vadsø ›

44 Vanskelig sorg i Bergen ›



sykepleien.no

› Les om yrkesetiske dilemma under fanen interaktivt på sykepleien.no



Høyt syke

Sykefraværet ved Åsnes sykehjem er høyt. Hver fjerde har en kronisk lidelse.

Tekst og foto Bjørn Arild Østby

En fløter med tømmerhake i ferd med å løse opp en floke tømmerstokker står utenfor Åsnes sykehjem. Vi er i gammelt tømmerfløterdistrikt med Glomma som nærmeste nabo. På sykehjemmet fins også floker som trenger kraftig behandling. Ved hjelp av 3-2-1-prosjektet vil de ansatte og ledelsen ved sykehjemmet på Flisa sammen med arbeidslivssenteret i Nav løse opp arbeidsmiljøflokken.

Grundig kartlegging

Våren 2008 ble Åsnes sykehjem forespurt om å delta i prosjektet «3-2-1. Sammen for et godt arbeidsmiljø». Mange var skeptiske. Men etter nærmere samtaler sa de ja.

Høsten 2008 ble det gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse for å kartlegge situasjonen ved sykehjemmet og på den enkelte avdeling: Hva fungerer og hva bør bli bedre?

– Det viste seg å være mye å gripe fatt i. Men det var også mye de ansatte mente var viktig å bevare og bygge videre på, blant annet det gode samarbeidet på alle nivå og kompetente ansatte. Det ble ingen elendighetsbeskrivelse, som fort kunne tatt motet fra ledelsen og de ansatte, sier prosjektleder og hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund, Mona Skara.

Det er seinere gjennomført risikoanalyse ved hver avdeling på sykehjemmet for å avdekke hva som utgjør de største helsefarene. Er det først og fremst snakk om stress, frustrasjon, ensidige arbeidsoppgaver, tunge løft, vold og trussel om vold...?



SLAPP SYKMELDING:
– Tilrettelagt arbeid hindret langtidssykefravær, sier sykepleier Linn Øvergård.

– Analysen vil være et viktig grunnlag for dette års handlingsplan innen HMS-arbeidet, sier Skara.

Godt samarbeidsklima

– Da vi først var i gang, var holdningen blant ansatte, tillitsvalgte og verne-tjenesten at «Dette klarer vi!», forteller

fravær, mye inkludering



3-2-1-prosjektet

Arbeidstilsynet startet i 2008 et nasjonalt samarbeidsprosjekt sammen med arbeidslivssenteret i Nav, og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene i 21 sykehjem. Prosjektet – som har fått navnet «3-2-1. Sammen for et godt arbeidsmiljø» – skal teste ut samarbeidsmodeller, videreutvikle arbeidsmåter og finne virkemidler som vil skape bedre arbeidsmiljø, redusere sykefraværet og øke pensjoneringsalderen. Prosjektet vil løpe fram til sommeren.

TEKNISKE HJELPEMIDLER: Det er gjennomført kurs i forflytningsteknikk og anskaffet løfteinnredninger for å redusere tunge løft.

virksomhetsleder ved sykehjemmet Unni Thobru.

– Jeg er fryktelig stolt av dere, fortsetter Thobru og ser bort på prosjektleder Mona Skara.

– Det er ikke vanskelig når vi har en ledelse som gir oss rom for å komme med innspill, repliserer Skara.

– Det hjelper lite hvis ikke ansatte og tillitsvalgte stiller opp.

Det er ikke noe å utsette på samarbeidsklimaet mellom ledelse, tillitsvalgte og ansatte ved sykehjemmet.

Høyt sykefravær

Åsnes sykehjem er et middels stort sykehjem med 92 senger. Pleiefaktoren er på 0,90 og de ansatte er delt opp i ni forskjellige team. Alle ansatte har en eller annen fagutdanning og flere har videreutdanning, eller holder på med en videreutdanning. I tillegg har sykehjemmet faste vikarer som stepper inn ved sykdom eller annet fravær.

Sykefraværet ved hele sykehjemmet lå i fjor på

12,2 prosent, målet var 9 prosent. Men det blir feil å se seg blind på prosenter, mener virksomhetslederen.

Ved sykehjemmet har per i dag 44 medarbeidere en kronisk lidelse godkjent av Nav. Noe som tilsvarer rundt hver fjerde ansatt. Disse har krav på tilrettelagte tiltak, noe sykehjemmet tar på alvor.

– I dag går 14 ansatte på aktiv sykmelding fordi de ikke er i stand til å utføre sine vanlige arbeids-

steder for på uføretrygd, tar vi som tegn på et godt inkluderende arbeidsmiljø, sier Thorbru.

Flere av dem som arbeider natt, gjør det av helsemessige grunner og har derfor fått tilrettelagt turnus.

Slapp sykmelding

– En skade gjorde at operasjon ikke var til å unngå. Men jeg ble foreskrevet en ventetid

«Jeg kunne ikke fortsette i min faste stilling, så veien til langtidsykmelding virket svært kort.» Linn Øvergård

oppgaver og 27 ansatte har oppfølgingsplan som er utarbeidet i samarbeid med arbeidstaker. I tillegg har 12 ansatte fått tilretteleggingstilskudd som del av 3-2-1-prosjektet. At alle disse er i arbeid i

på sju måneder, forteller sykepleier Linn Øvergård.

– Det var på det rene at jeg ikke kunne fortsette i min faste stilling, så veien til langtidsykmelding



virket veldig kort. Men sammen med virksomhetsleder, tillitsvalgt, vernetjenesten og kolleger ble vi enige om at jeg kunne jobbe på et annet team, hvor det forekommer færre tunge løft, sier sykepleieren. Hun er nå tilbake i sin faste stilling uten å ha blitt tvunget ut i langtidsfravær.

Økt bevissthet

Linn Øvergård er ikke i tvil om at prosjektet 3-2-1 har bidratt til å sette positiv fokus på arbeidsmiljøproblematikken.

– Det gjenstår mye arbeid før vi er i mål. Dette er et arbeid som må fortsette kontinuerlig. Men jeg opplever at ledelsen legger til rette så godt den kan. For eksempel har sykehjemmet gjennomført kurs i forflytningsteknikk og anskaffet løfteinnredninger for å redusere tunge løft. Samarbeidet mellom tillitsvalgte, vernetjenesten og ledelsen fungerer svært godt. Og de ansatte er flinke med å gi ros til hverandre. De er positive og lojale overfor vedtak som blir fattet, sier Øvergård.

Hun opplever at ansatte er blitt mer oppmerksomme på hvilke rettigheter og plikter som ligger i et inkluderende arbeidsliv.

Ansatte ved to av de ni teamene ved sykehjemmet har hatt coaching/kollegaveiledning i regi av Høgskolen i Hedmark.

– Svært nyttig, ifølge Øvergård som gjennom coachingen opplever å ha blitt mer kjent med seg selv, sine egne holdninger og handlinger.

Tar avvik på alvor

Å melde avvik er et viktig stikkord ved sykehjemmet. I den forbindelse er det tatt i bruk datasystem som alle ansatte får opplæring i å bruke.

– Små eller store avvik. Alt skal meldes, påpeker Mona Skara.

«Ingen ansatt har gått av med avtalefestet pensjon.» Unni Thorup

– Først da kan vi få gjort noe med problemene. For de forsvinner ikke av seg selv.

Unni Thorbru er enig, og kan bekrefte at arbeidet med avviksmeldinger er blitt mye mer strukturert etter at de ble med i 3-2-1. Ikke minst på grunn av god oppfølging fra



PARTSSAMARBEID: Virksomhetsleder Unni Thorup (til h.) og hovedtillitsvalgt Mona Skara står sammen for et inkluderende arbeidsliv.

Arbeidstilsynet og arbeidslivssenteret i Nav.

– Avvik dreier seg om mye mer enn legemiddel-håndtering, selv om dette ofte blir framstilt som det store problemet. Vi har tatt konsekvensen av dette, og for å forebygge feil i forhold til legemiddel-håndtering ved sykehjemmet gjennomføres obligatoriske kurs. Nå venter 25 ansatte spent på

vende relasjonene, med et negativt utfall som kan bli en belastning. Hensikten bak refleksjonsgruppene er å håndtere disse relasjonene på en bedre måte. Vår erfaring er at refleksjon og samtale med gode kolleger bidrar til økt bevisstgjøring og bedre mestring av egen praksis. På den måten forebygges følelsesmessig slitasje, sier Thorbru.

Blant temaene som er tatt opp i refleksjonsgruppene er: Hvor setter man grensen for kjærlighetsforhold blant pasienter på en avdeling? Vaksinasjon i forbindelse med svineinfluensaen er et annet tema. Eller det kan være de ansattes pauserom og hva det blir benyttet til.

All informasjon som kommer opp i forbindelse med refleksjonsgruppene er taushetsbelagte.

– Saker som har med ressurstilgang å gjøre, for eksempel at det er for få ansatte i forhold til arbeidsoppgavene, egner seg ikke som tema i en refleksjonsgruppe. Denne type saker hører hjemme i andre fora, sier Skara.

Står løpet ut

Å utsette pensjoneringstidspunktet er også et viktig mål med 3-2-1-prosjektet. Her kan sykehjemmet framstå som et eksempel til etterfølgelse.

– Ingen ansatt har gått av med avtalefestet pensjon (afp). De to siste som sluttet var henholdsvis 67 og 70 år. Den eldste har sagt seg villig til å stille opp som vikar, hvis det skulle bli nødvendig, sier Unni Thorup. ■■■

resultatet av hjemmeeksamenen, forteller Thorup.

Også pasientene er fornøyd, skal vi tro brukerundersøkelsen som nettopp er gjennomført. På en skala hvor 4 er toppkarakter rangerer pasientene sykehjemmet til 3,8. Det som drar ned er for lite sosial aktivitet.

– Det vil vi nå gripe fatt i, kommer det fra leder og tillitsvalgt.

Refleksjonsgrupper

Ved sykehjemmet er det etablert to refleksjonsgrupper etter modell fra Arbeidsforskningsinstituttets «Hjerte – hode – hender». Per i dag har fire ansatte deltatt på kurs for å bli såkalte fasilitatorer.

– De aller fleste beboer- og brukerrelasjoner er helt uproblematisk. Bare et mindretall opplevs som krevende. Likevel er det de få kre-

Åsnes sykehjem

Sykehjemmet ligger på Flisa i Åsnes kommune i Hedmark fylke. Sykehjemmet har 92 plasser med tilbud om rehabiliteringsopphold, korttids- og langtidsopphold.




Meld dere på Dytt's store

Nyttårsmarsj

15. februar skal sykepleiere fra hele landet fiktivt gå fra Oslo til Stockholm. Dann lag på arbeidsplassen og bli med i aktivitetskonkurransen dere også. Registrer den daglige aktiviteten deres på dytt.no, og følg vandringen på kartet. I topplistene kan dere også sammenligne resultatene deres med ansatte fra andre sykehus eller organisasjoner. Det viktigste er uansett at man blir litt mer fysisk aktiv, og derfor er alle som når frem til målet i tide med i trekningen av reisegevrekort.

Kom i form, og ha det gøy sammen!

Start 15. Februar med målgang 22.april.

A smiling woman with dark hair, wearing a dark winter jacket with a fur-lined hood and a purple hoodie underneath. She is standing outdoors in a natural setting with a body of water and hills in the background.

Les mer om konkurransen på www.dytt.no.
Dytt AS info@dytt.no tlf 22 33 59 00



Australske sykepleiere kan utdanne seg til «nurse practitioners» og få utføre mer avanserte oppgaver.

Overtar legejobb i bushen

Nurse practitioners

Det er ingen universell definisjon på en «nurse practitioner». Men det er fire kjennetegn:

- › Høyere utdanning
- › Beskyttet tittel
- › Rett til å forskrive medikamenter og behandling, henvise videre eller til sykehus
- › Jobber ulike steder i helsevesenet

Amerikanske Loretta Ford utviklet rollen som «nurse practitioner» på 1960-tallet. I 2009 var det 125 000 praktiserende «nurse practitioners» i USA.

Kilde: Canadian Nurses Association, nursingknowledge.org, American Academy of Nurse Practitioners

Delstatsregjeringene i Australia har innført et nytt konsept som tillater sykepleierne å utføre mer avanserte oppgaver, for på denne måten å kompensere for landets legemangel. Dette sitatet er hentet fra artikkelen «Health in the bush» i den australske avisen Outback.

Oppgraderer sykepleiere

Å utdanne såkalte «nurse practitioners» handler aldeles ikke om å kompensere for landets legemangel, ifølge Anne Butler fra sykepleierforbundet i New South Wales. Selv om hun erkjenner at det er legemangel, særlig i distriktene.

– Konseptet er utformet for å fange opp bredden i kliniske ferdigheter og kunnskaper som mange sykepleiere har innenfor sitt spesialområde. Sykepleierne har i lang tid utført enkelte rutinejobber som leger vanligvis gjør, men det har ikke vært regulert. Å regulere denne praksisen

men i Australia er det nytt. I delstaten New South Wales ble det i 1998 gjort en lovendring som åpnet for nurse practitioners, men først i de senere år har loven fått praktiske konsekvenser.

For å få vite mer om nurse practitioners treffer jeg Sara Flenning, som har arbeidet som sykepleier i mange år. Blant annet har hun vært leder for en hjertekirurgisk avdeling. Akkurat nå jobber hun i Cooktown, nord i Queensland.

Flenning tilhører den «gamle skolen», der man fikk kunnskap gjennom praktisk arbeid. Da arbeidet senere ble etablert som profesjon med egen universitetsutdanning, tok hun denne tilleggsutdanningen.

– Jeg ønsket nye perspektiver og å ta del i den teoretiske og mer rasjonelle tenkemåten. Det handler også om å legitimere det man kan. Å bli nurse practitioner setter ord på arbeidsoppgavene en sykepleier faktisk gjør, og

som hjalp syke mennesker, mer eller mindre på ideell basis. Det var også de som hadde ansvar for sykehusene. Men da lasarettene ble etablert som institusjoner, tok mannen, legene, over. De hadde utdanning og midler. Sykepleierne hadde ingen status, arbeidet deres var ikke anerkjent og lønnen lav. Likevel er det sykepleierne som, historisk sett, har utført mesteparten av arbeidet.

– Og sånn er det i stor grad fremdeles. Det er kvinner, sykepleiere, som jobber og tar ansvar for helsetjenestene i distriktene i Australia. Få leger vil jobbe her ute, påpeker hun.

– De er ikke forberedt på de tøffe vilkårene det ofte innebærer. Isolasjon i forbindelse med regnperioder, oversvømmelser og sykkloner. Kjøretøy som blir ødelagte, veier som regner bort og telefoner som ikke fungerer. Leveranser som uteblir. Å jobbe i avsidesliggende samfunn innebærer at man må være allsidig og kunne håndtere alt mulig, ikke bare sykepleie.

Flenning mener at sykepleiere generelt er mer dedikerte. De prioriterer pasientene mens legene er mer opptatt av seg selv. De er ikke forberedt på å avstå fra god service og fornøyelser. Det er ikke mange enslige leger som flytter ut og jobber i isolerte samfunn. Enslige sykepleiere har lettere for å ta slike valg.

– Selv om det naturligvis skjer forandringer, er det fremdeles stor forskjell mellom kvinner og menn.

Helsehjelp til urbefolkningen

For Sara Flenning er det viktig å ar-

«Det er få leger som vil jobbe her ute.» Sara Flenning

handler ikke om å løse legemangelen, men om å oppgradere sykepleierens rolle.

Dette er også Steve Sant fra Rural Doctors Association of Australia enig i.

Setter ord på praksis

I USA har man hatt nurse practitioners siden 1960-tallet. Også andre land har denne typen sykepleiere,

kunnskapene blir sertifisert. Høyere status øker dessuten muligheten for bedre lønn, noe som er en evig kamp i dette yrket.

Kvinnelig og mannlig

For å forstå hva som skjer i dag må man, ifølge Flenning, se på de medisinske profesjonenes historiske utvikling og på etableringen av lasarettene. Tidligere var det kvinner, sykepleiere,



beide for at urbefolkningen skal få et helsetilbud på linje med den øvrige befolkningen.

– Hvis det først og fremst er sykepleiere som jobber i avsidesliggende områder, så må de være i stand til å gi den helsehjelpen som trengs der. Og derfor må vi ha mulighet for økt kunnskap og utvidete juridiske rettigheter.

Det er på denne måten Council of Remote Area Nurses Australia (CRANA) ser på innføringen av nurse practitioners. De mener en slik autorisasjon er et viktig steg i retning av å kunne tilby mer kvalitativ helsehjelp til mennesker i avsidesliggende sam-

funn. CRANA ble grunnlagt i 1983 nettopp av sykepleiere som jobbet i avsidesliggende områder og som ville sette det mangelfulle og urettferdige helsetilbudet til urbefolkningen på dagsorden. ■■■

Tekst og foto **Ann-Britt Sternfeldt**



TØFFE VILKÅR: Sara Flenning mener flere sykepleiere enn leger er villige til å jobbe i distriktene i Australia.

Avansert sykepleie i Sverige

Svenske sykepleiere kan utdanne seg videre til en variant av «nurse practitioner».

Högskolan i Skövde er alene om utdanningen til «avancerad specialistsjuksköterska» og har valgt å spesialisere studentene i infeksjonssykdommer.

– Vi har valgt ut infeksjoner i luftveiene, inkludert ørebetennelser og forkjølelse, urinveiene og hud og bløtdeler, forteller programansvarlig Irene Eriksson.

For disse gruppene infeksjoner fins det gode retningslinjer for utredning og behandling. Planen er å utvide med flere områder, som for eksempel geriatri, og la studentene velge hva de vil spesialisere seg i.

– *Hvordan var reaksjonene på denne nye typen sykepleiere?*

– Noen har beskyldt oss for å hurtigutdanne minidoktorer. Men det er ikke det vi gjør. Dette er en mulighet for å utdype sykepleierollen og lære mer i fag som medisin og farmakologi, understreker Eriksson.

– Når disse sykepleierne har kommet ut i jobb, er erfaringene at både leger og andre profesjoner opplever det som positivt, og de ser nytten.

Under planleggingen av studiet samarbeidet høyskolen med primærhelsetjenesten i Skövde og tilpasset utdanningen til deres behov. Det mener Eriksson lettet arbeidet.

I Sverige gir ikke utdanningen til avancerad speciallistsjuksköterska forskrivingsrett i seg selv.

– Men de som tas opp som studenter må ha tatt et kurs i forskrivning av legemidler. Det er et 15 studiepoengs kurs, som kanskje er spesielt for Sverige, sier Eriksson.

Men det er et mål at utdanningen til avancerad speciallistsjuksköterska skal gi en utvidet forskrivningsrett.

Så langt er det uteksaminert 20 stykker.

– *Er det lett å rekruttere studenter?*

– Blant sykepleiere er det stor interesse. Men det

er en utfordring at utdanningen er på heltid. Ikke alle arbeidsgivere er like interessert i å gi sykepleierne fri, sier Irene Eriksson.

En type nurse practitioner kan også være aktuelt i Norge.

– Vi trenger nye roller i forbindelse med samhandlingsreformen, sier fagsjef Mette Ramstad Dønåsen i Norsk Sykepleierforbund.

– Særlig i kommunehelsetjenesten kan en slik rolle være aktuell.

Det er derimot ikke tittelen nurse practitioner.

– Vi snakker om en type «ekspertsykepleier» eller kanskje «kommunesykepleier», sier Dønåsen, som understreker at ikke sykepleiere skal erstatte leger.

– Vi må ta utgangspunkt i pasientens behov. For eksempel å unngå innleggelse i sykehus, sier hun.

Tekst **Nina Hernæs**



Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for Inno-Med i Midt-Norge. E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no

I serien «Verkstedet» ser han på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

Sporing av personer med demens

Norge henger langt etter andre land når det gjelder å bruke teknologi til å gi personer med demens etterlengtet bevegelsesfrihet.

Per i dag har cirka 70 000 personer i Norge en demensdiagnose, og årlig får omtrent 10 000 nye denne diagnosen (heretter forkortet til PMD).

Idet demens hovedsaklig angriper hjernen, er mange PMD i rimelig bra fysisk form og har meget stort behov for bevegelsesfrihet. Mellom 20 og 60 prosent tilhører gruppen «vandrerer» som karakteriseres ved en meget sterk trang til å bevege seg eller til å gjøre noe. Erfaringer viser at evne til å orientere seg og finne veien hjem er noe av det første pasienten mister. Derimot beholdes evnen til å klare seg ute på tur i forhold til terrenghindringer, trafikk etc. mye lengre. Noen mister imidlertid evnen til å lese skilt og for eksempel å vurdere hva de trenger av påkledning når de går ut. Dette kan forårsake mye engstelse hos familie, pårørende og eventuelt pleiepersonale, og det kan føre til at PMD kan bli utsatt for skade eller farlige situasjoner. Det er også lite kjennskap til hvilke teknologiske muligheter som finnes for sporing av PMD.

Vegring mot teknologiskeløsninger

En av de første sakene Teknologirådet befattet seg med etter opprettelsen i 1999, var «omsorgsteknologi», og rundt år 2000 gjennomførte rådet møter og høringer for å avklare etiske dilemma etc. Undertegnede deltok på noe av dette og oppfattet at det var enighet om at noe sporingsteknologi kunne benyttes dersom man sørget for «kvalifisert samtykke» fra familie eller pårørende.

Rapporten «Praktiske erfaringer ved bruk av lokaliseringsteknologi ved demens» (Norsk Regnesentral 2009) oppsummerer situasjonen: Det gis ikke offentlig støtte til anskaffelse av lokaliseringsteknologi, og det finnes ikke noen offentlig instans som kan gi råd ved anskaffelse. Prisen for «passivt» utstyr (det er utstyr som sluttbruker ikke trenger å betjene, bare ha med seg), og som gjør at en person kan spores for eksempel fra en mobiltelefon via GPS- og/eller GSM-teknologi, varierer fra et par tusenlapper til over 20 000, og brukervennligheten er også sterkt varierende. Det etterspørres også utstyr som fungerer bedre innendørs.

Motforestillingene mot å ta slikt utstyr i bruk virker ikke å være så store blant folk flest. De fleste synes at mulig gevinst langt overstiger ulempene.

Sporing inne i institusjon

Institusjoner som er godt planlagt for PMD er gjerne utformet slik at korridorer inne og eventuelt stier utendørs (se eksemplene nedenfor) går i en sløyfe slik at «vandrerer» før eller senere kommer tilbake til utgangspunktet, gjerne sin egen inngang. Dette kan forhindre at vedkommende går seg bort.

Andelen institusjoner som er utformet slik er antagelig ikke så stor.

Uansett er det behov for å vite hvor den enkelte PMD beveger seg for å unngå uheldige situasjoner. For å gjøre arbeidet for personalet enklere uten bruk av sporingsteknologi, blir det gjerne til at beboerne holdes innenfor mindre, såkalte «skjermede» enheter. Offisielt har man ikke anledning til å låse en pasient inne, men i praksis etableres løsninger med f. eks. elektrisk døråpner ved siden av dør som PMD ikke forstår bruken av. Dermed er de i realiteten innelåst, og bevegelsesfriheten er sterkt begrenset.

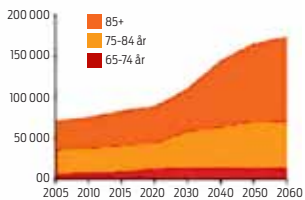
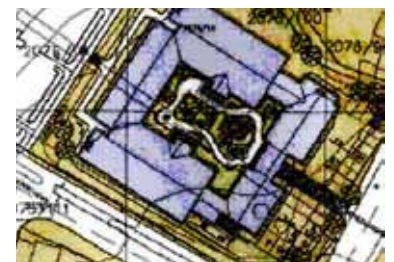


I andre land er det flere institusjoner med utstrakt bruk av sporingsteknologi. Den består gjerne av en «merkelapp» (tag) som følger den enkelte, og enheter spredt rundt i bygningen som registrerer hvor merkelappen befinner seg. Ett eksempel er Elite Care (www.elitecare.com) i USA som har gått svært langt i bruk av både overvåkings- og sporingsteknologi. Dette betyr at pårørende, uansett hvor de befinner seg i verden, kan ha full oversikt over hvor deres kjære oppholder seg og hva de holder på med. Til gjengjeld har beboerne tilnærmet full bevegelsesfrihet både ute og inne. Det er nok tvilsomt om norsk pleie- og omsorgssektor vil gå så langt, men samtykkebasert implementering av innendørs sporingsteknologi burde være aktuelt og ønsket også i Norge.

Sporing ute

De informantene som Norsk Regnesentral benyttet i sin undersøkelse (nevnt ovenfor) forteller at de har stor nytte av utstyret. Det gir økt følelse av trygghet og frihet og har hatt en positiv innvirkning på situasjonen i familiene. Rapporten sier videre at: «Det er helt klart behov for en veilednings- og støttetjeneste som potensielle kjøpere av lokaliseringsteknologi kan henvende seg til.»

Undertegnede ville foretrekke at slikt utstyr ble prisforhandlet av Nav på linje med andre tekniske hjelpemidler. Dermed kunne det også utvikles en godkjenningsordning med kravspesifikasjoner som sikrer at utstyret har tilstrekkelig pålitelighet, sikkerhet og brukervennlighet. Utstyret kunne formidles til brukerne sammen med god veiledning og opplæring.



Fremskriving av antall personer med demensdiagnose i Norge.

Andre faste bidragsytere:



Bodil Bach er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin. E-post: bodil.bach@telemed.no



Terje Anderssen er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no



Brita Noorland er anestesisykepleier på Bærum sykehus. E-post: noorland@online.no

Marit Nordstrand

Alder: 42 år

Yrke: Psykiatrisk sykepleier

Jobber: Vadsø fengsel

Innenfor murene

– Jeg møter alt fra psykoser til vonde rygger.

Ved Vadsø fengsel har vi 39 innsatte. Jobben min er å følge opp helseproblemene til alle disse, fra psykoser til vonde rygger. Jeg samarbeider også med eksterne helsearbeidere som lege, fysioterapeut og psykolog. De kommer innom med jevn mellomrom og ved behov, men jeg er her hver dag i full stilling.

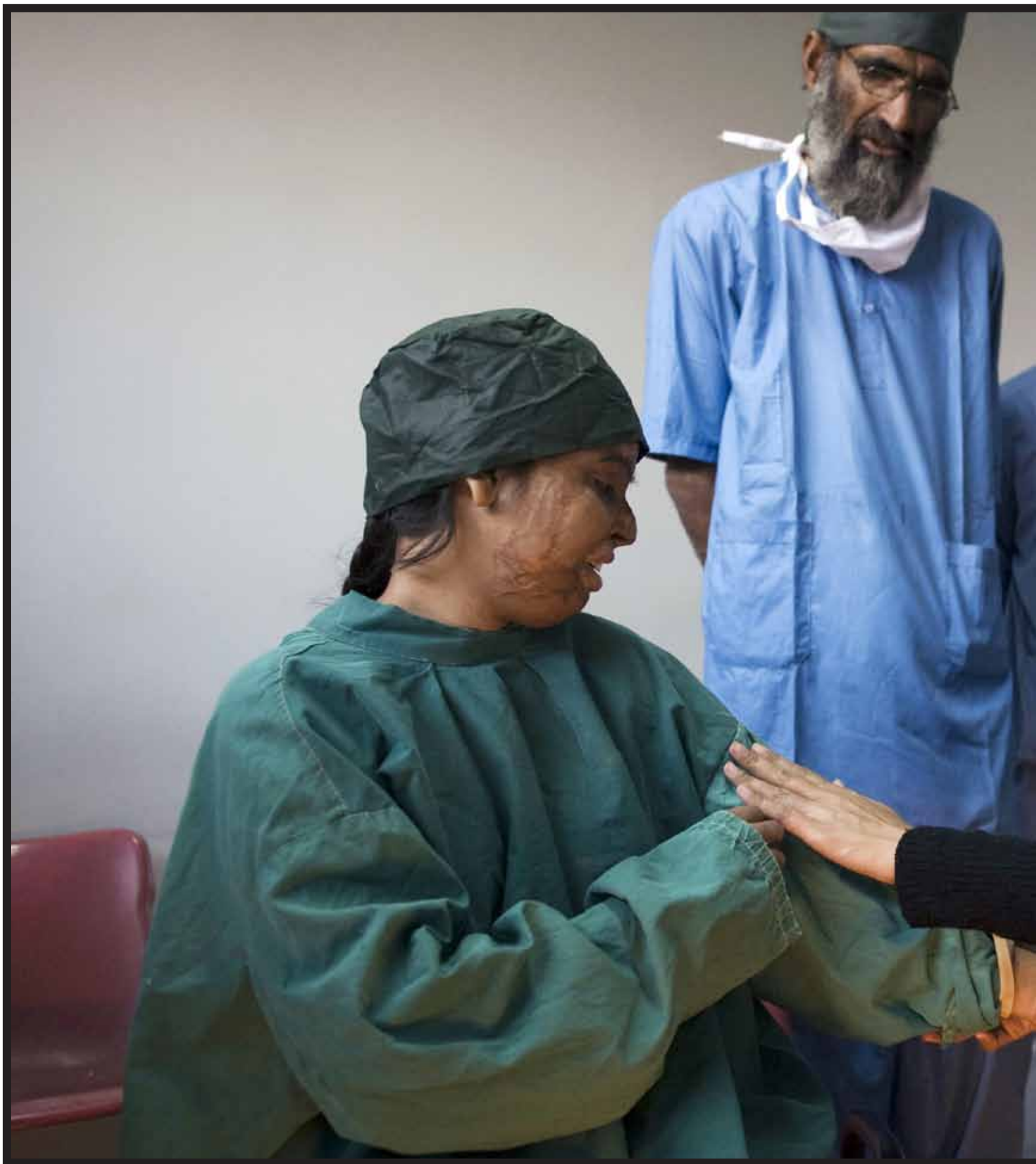
En god del av arbeidstiden går med til samtaler med fangene. Jeg snakker med alle som ønsker det, men en førstegangssamtale er obligatorisk for alle som skal sitte inne en stund. I den samtalen forsøker jeg å kartlegge personens behov. Mange bruker medisiner. Av 39 innsatte er det rundt 17 stykker som bruker dosett.

Samtalene med fangene dreier seg om alt fra fotsopp til alvorlige psykiske lidelser. Mange er veldig deprimerede. Det er viktig at disse får den hjelpen de trenger. Det er givende å jobbe med folk som virkelig trenger det. Jeg opplever ofte at de innsatte uttrykker takknemlighet for den jobben jeg gjør. Noen klarer vi å hjelpe slik at de kan komme seg videre i livet uten kriminalitet og rusmisbruk. En del trenger bare litt hjelp, mens for andre skal det mange tiltak til. Mange tunge rusmisbrukere er i den siste kategorien. Innimellom har vi opplevd at disse har godt av fengselsoppholdet; de spiser seg opp og kutter ned på rusbruken. Men som oftest er det rett tilbake til det gamle livet med en gang de er ute igjen.

Dette er en tøff jobb, det kan være krevende å være så alene om en del problemstillinger. Men jeg har lang fartstid, så jeg er nokså vant til det. Jeg har måttet lære meg å stole på mine egne avgjørelser og å kunne leve med vissheten om at ting kan skje. Det kan gå galt. Jeg har opplevd at folk tar livet av seg og skjærer seg opp, men aldri noe hjerteinfarkt – jeg tror nesten det ville skremt meg mer. Men det skjer jo akutte ting. Jeg har stått og ventet på ambulansen og tenkt: Orker jeg virkelig dette? Men det er jo akkurat der og da.

Det er viktig å møte mennesker som har gjort alvorlig forbrytelser på en verdig måte. Jeg husker fremdeles første gang jeg traff en sedelighetsforbryter. Det møtet krevde masse energi og tankevirksomhet, både før og etter. Alle skal behandles likt uansett hva de har gjort. De innsatte har krav på å bli møtt med samme åpenhet og respekt som man møter mennesker utenfor murene med. Den største utfordringen ved jobben er nok de fysiske rammene. Det at alt må skje innenfor fengselets vegger. Det er ikke alltid like lett å finne gode tiltak. De fysiske omgivelsene er både jobbens kjerne og dens største begrensning. ■■■

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Gry J. johanin**





OFFER FOR SYREANGREP: Kvinner på landsbygda i Pakistan blir regelmessig utsatt for syreangrep av menn som får nei til å gifte seg med dem. Naila Farhat (t.v) var bare 13 år gammel da hun ble angrepet. Foreldrene mente at hun var for ung til å gifte seg og ønsket at hun skulle få mer skole. Da rant det over for mannen, som følte seg ærekrenket. Syren førte til store skader

i ansiktet. I desember ble Naila operert i øyet på et sykehus i Rawalpindi. Sykepleier Bilquees Sadique (andre fra høyre) gjør pasienten klar mens kirurgen ser på. Bildet er tatt 7. desember.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Nicolas Asfour/AFP/Scanpix**

Rønnaug Revheim Holmefjord (50) mistet et barn. Nå lærer hun strategier for å mestre livet.

– Jeg klarte ikke å være trist



MINNER: Fotografierne av Solveig (t.v.) og Karen Anne bak »den hvite barneflokk», som symboliserer Rønnaugs fem barn: Karen Anne, Synne og Håvard, Solveig som rir bort på en hest og minstemor Ingrid som koser med bamsen sin. I skrinet foran bildet av Solveig ligger en av hennes hårløkker.

Den 18. mai 1984 har Rønnaug Revheim Holmefjord fri for første gang på lenge. Eksamen i anatomi ved sykepleierutdanningen i Bergen er unnagjort. Hun vil nyte dagen med de to små jentene sine, Karen Anne på fire år og Solveig på to.

– Vi skulle kose oss og gå i parken. De hadde med bøtte og spade. Jeg hadde med godteri i lommen.

Mannen hennes, Tor Holmefjord, har også fri og jobber på huset. Rønnaug velger snarveien til parken: trappene som går gjennom deres egen eiendom og ned til veien. Da de kommer til bunnen av trappene, kommer det en varebil. Sjøføren stanser og viser tegn til å ville spørre om noe.

Den unge mannen hører ikke svaret til Rønnaug. Derfor slipper hun hendene til jentene og går bort til bilen for å gjenta veibeskrivelsen som hun har gitt ham. De to døtrene blir stående på en stor stein, like ved trappene. Så løser sjå-

føren bremsen og slipper bilen bakover.

– Jeg hørte to dump, sier Rønnaug.

Når bilen kjører forbi ser hun at Solveig ligger i veien, overkjørt. Karen Anne står og ser på.

– Hun hadde spor av hjul i tinningen. Han hadde kjørt over hodet hennes.

Hun løfter Solveig sin kropp opp fra veien og tenker: Hun er død. Så hylter hun navnet på mannen sin.

Forsvar

Psykolog Atle Dyregrov er på vakt på barnekliviken den dagen. Rønnaug Holmefjord fortsetter å gå i samtale hos Dyregrov også etter begravelsen. Men hun bestemmer seg for å bearbeide sorgen på en annen måte: Hun blir gravid. Mindre enn et år etter Solveigs død blir Synne født. Rønnaug har kun sporadisk kontakt med psykologen etter det. Hun fortsetter på studiene, får en utdanning, arbeider og er mor.

– Jeg flyktet fra sorgen min. Jeg fikk barn, forteller Rønnaug, som etter hvert har en barneflokk på fire å ta seg av.

Men det femte barnet, det som ikke fikk leve, er der hele tiden, i tankene.

– Jeg klarte ikke å sørge, tillot meg ikke å kjenne etter, sier hun.

Å ikke gråte blir en del av forsvaret. «Gråten ble noe vondt og vanskelig og etter hvert helt uoppnåelig for meg», skriver hun i notatene sine.

Overgrepssbilder

I 1994 tar Rønnaug kontakt med Atle Dyregrov for annen gang. Mens hun studerer til å bli psykiatrisk sykepleier, dukker overgrepssbilder opp i hodet hennes.

– Det var veldig mye hender, lukter og smaker som jeg måtte forholde meg til.

Rønnaug vet godt om misbruket hun ble utsatt for av en mann i nabolaget som barn, men har ikke sagt noe til noen. Likevel var det ikke for å snakke om overgrepene hun tok kontakt med psykologen.

– Jeg koblet det til sorgen over Solveig. Jeg klarte ikke å være trist og klarte ikke å gå på graven, forteller hun.

Rønnaug kjenner seg dårlig, er devaluerte overfor seg selv, og destruktiv. «Verden er bedre uten meg», husker hun at hun tenkte.

Dyregrov begynner å stille spørsmål. Han tenker at det må være en bakenforliggende årsak til at hun ikke følger en vanlig sorgprosess. For Rønnaug sin del går mesteparten av tiden til å prøve å tro på at det hun har foretrent så lenge faktisk har skjedd.

– Hvis det går an å forstå distinksjonen mellom å vite og tro at noe har skjedd, så var jeg der, forklarer hun.

– Jeg skjønnte omsider at det den mannen hadde gjort med meg hadde satt sine spor i selvbildet mitt, forteller Rønnaug om det årelange misbruket som begynte da hun var åtte år.

I løpet av samtalene med psykologen forteller hun også, nærmest som en bisetning, om en voldtekt som hun ble utsatt for mens hun gikk på folkehøgskole som 19-åring. Den resulterte i spontan

TRAPP TIL TRAUME: I bunnen av trappene skjedde ulykken som tok livet av Rønnaugs datter Solveig da hun var to år. Rønnaug Revheim Holmefjord har bodd i huset som trappene leder opp til siden hun var sju år.

**«Jeg levde på en livsløgn
om at jeg hadde det bra når
ingen visste om livet mitt»**



«På graven kommer alt det vonde samtidig.»

abort, sykehusopphold og et høyt fravær mot slutten av skoleåret.

– Dyregrov skjønnte fort hvor sjelssettende det må ha vært for meg og hvordan disse erfaringene kompliserte sorgen min, forteller Rønnaug.

I denne perioden begynner hun å ta antidepressiva. Hun vil forsøke å rydde opp i tankene sine.

– Jeg levde på en livsløgn om at jeg hadde det bra når ingen visste om livet mitt, sier Rønnaug.

Mestringsstrategier

28. april 2009 fyller Rønnaug Revheim Holmefjord femti år. Dagen etter tar hun kontakt med Dyregrov for tredje gang.

– Jeg kjente min egen historie, men var ikke klar over konsekvensene for livet mitt.

Hun er da i gang med studier, pendling til Drammen og en krevende jobb som høyskolelektor på Institutt for sykepleie i Bergen. Hun kjenner seg fullstendig tom og er sykmeldt. Sammen med Dyregrov går hun i gang med å planlegge hvordan hun skal forholde seg til sorgen og traumene som fortsatt preger livet hennes.

– Vi jobber med at jeg kan ta kontroll og sette av en dag i uken til å skrive, tenke og arbeide meg igjennom det jeg sliter med, forteller Rønnaug som ønsker å endre mønstre i livet sitt.

Blander sammen

I 2009 oppsporer Rønnaug også mannen som kjørte over datteren hennes for 25 år siden. Han vil ikke møte henne.

– Jeg ville vite om han har surfet

gjennom livet eller om også han har hatt tunge dager, sier hun.

Selv ventet Rønnaug i årevis på at politiet skulle komme og hente henne.

– Behovet mitt var å slippe litt av skylden for Solveigs død. Dele litt på den.

At hun slapp hånda til datteren har ligget som et mareritt over henne. Til tross for at sjåføren ikke vil treffe henne, forstår Rønnaug at det ikke har vært greit for han heller å ha denne historien med seg.

Rønnaug Revheim Holmefjord sliter fremdeles med sorg.

– Jeg ser at jeg blander sammen traumene og sorgen i livet mitt. Jeg skulle ønske at jeg lettere kunne se hva som er hva og slippe å kjenne på overgrepfølelser når jeg går til graven. Der kommer alt det vonde samtidig.

Tekst og foto **Birgit Opheim**

– Trenger hjelp til å gå nær de vonde minnene

– Det et menneske har med seg i bagasjen kan komplisere sorgen, sier psykologen til Rønnaug Holmefjord, Atle Dyregrov.

Han er spesialist på sorg og sorgreaksjoner hos barn og unge, og er tilknyttet senter for krisepsykologi i Bergen.

– For å ha et vanlig sorgforløp må du ha lav grad av traume og sorg fra tidligere, sier psykologen.

Han forklarer at kjernen i sorg er savn og lengsel samt et ønske om gjenforening, mens traume er et angrep på sansene. I sistnevnte tilfelle vil det være tøft å se for seg det som har skjedd. Et menneske med traumer vil bruke mye energi på å stenge minnene ute.

– En del premisser gir komplisert sorg, for eksempel at det vonde skjer ubetimelig og brutalt. Det vil øke sjansen for at du vil slite med det du har opplevd over tid.

Han påpeker at på tvers av kulturgrenser vil barn som mister foreldre komme bedre ut av det enn foreldre som mister barn.

– Individuelle faktorer knyttet til person kan gi vanskelige forhold for sorgen. I tillegg vil omgivelsenes gjensvar på det som skjer påvirke hvordan et menneske klarer å sørge.

Samme intensitet

Psykologen peker på at det finnes noen former for komplisert sorg som varer med samme intensitet over lengre tid.

– Da må den som sørger lære å koble seg på livet igjen, redusere gravbesøk, og ikke tenne lys hver dag.

Han viser til at det motsatte også kan være tilfelle.

– Det er enkelte som skyver sorgen unna. Da må de få hjelp til å gå nær de vonde minnene og igangsette sorgen.

– Ved seksuelt misbruk er det snakk om et traume. Kroppen angripes og du er redd for å dø. Da må du lære mentale strategier for å leve med det du har

opplevd, sier Dyregrov og legger til at en som har lagt lokk på en sorg kan bruke de samme mekanismene der.

– En enkeltvoldtekt krever ikke så mange omstillinger i hodet som incest. Incest er repetisjonstraumer som former personligheten, din tiltro til at andre skal være der for deg og måten du møter verden på.

Mange veier til frihet

Det kan være mange veier til frihet for den som har opplevd seksuelt misbruk. De fleste må forholde seg til det som har skjedd. De kommer ikke utenom, tror Dyregrov. Han mener at noen har en motstandskraft ved voldtekt som gjør at de kan riste den av seg. Andre må gå inn i det som har hendt og arbeide med alt de er redd for, som for eksempel å gå i en mørk gate og at noen holder rundt dem bakfra. ■■■

Bli med på et fantastisk elvecruise!

Nå har du sjansen til å bli med på en uforglemmelig tur til Russland. Vi går om bord på skipet i St. Petersburg, hvor tankene helt naturlig ledes tilbake til Peter den Store og Katharina den Store. St. Petersburg er med sine kulturskatter Russlands aller vakreste by. Vi besøker Kizji, som med sine idylliske kirker, kapeller og hus av tre, er en av Russlands største turistattraksjoner. Vi fortsetter til Goritsy, Jaroslavl og Ugliti og siste stopp Moskva. Vi drar på bytur, vi besøker Kreml og ser en rekke av Moskvas andre store severdigheter.

Avreise: 21. mai 2010
Pris per person kr. 15.750,-
(tillegg for enkeltrom)

Prisen inkluderer: Fly Oslo - St. Petersburg og Moskva - Oslo, alle skatter og avgifter, skandinavisk reiseleder, utflukter og entréer i henhold til dagsprogram, 11 dagers cruise på M/S Litvinov med opphold i valgte kahyttkategori, hjelpesjon på skipet, besøk i det russiske Statscirkus, rustkammeret på Kreml, transport fra lufthavn til skipet i St. Petersburg og fra skipet til lufthavn i Moskva, samt visum til Russland.

For mer informasjon og booking:
Ring Albatros Travel 800 58 106.
Kontorets åpningstider er:
Mandag til fredag kl. 09.30 – 17.00
eller gå inn på www.albatros-travel.no/sykepleien.
Oppgi annonsekode SYKL02 ved påmelding.

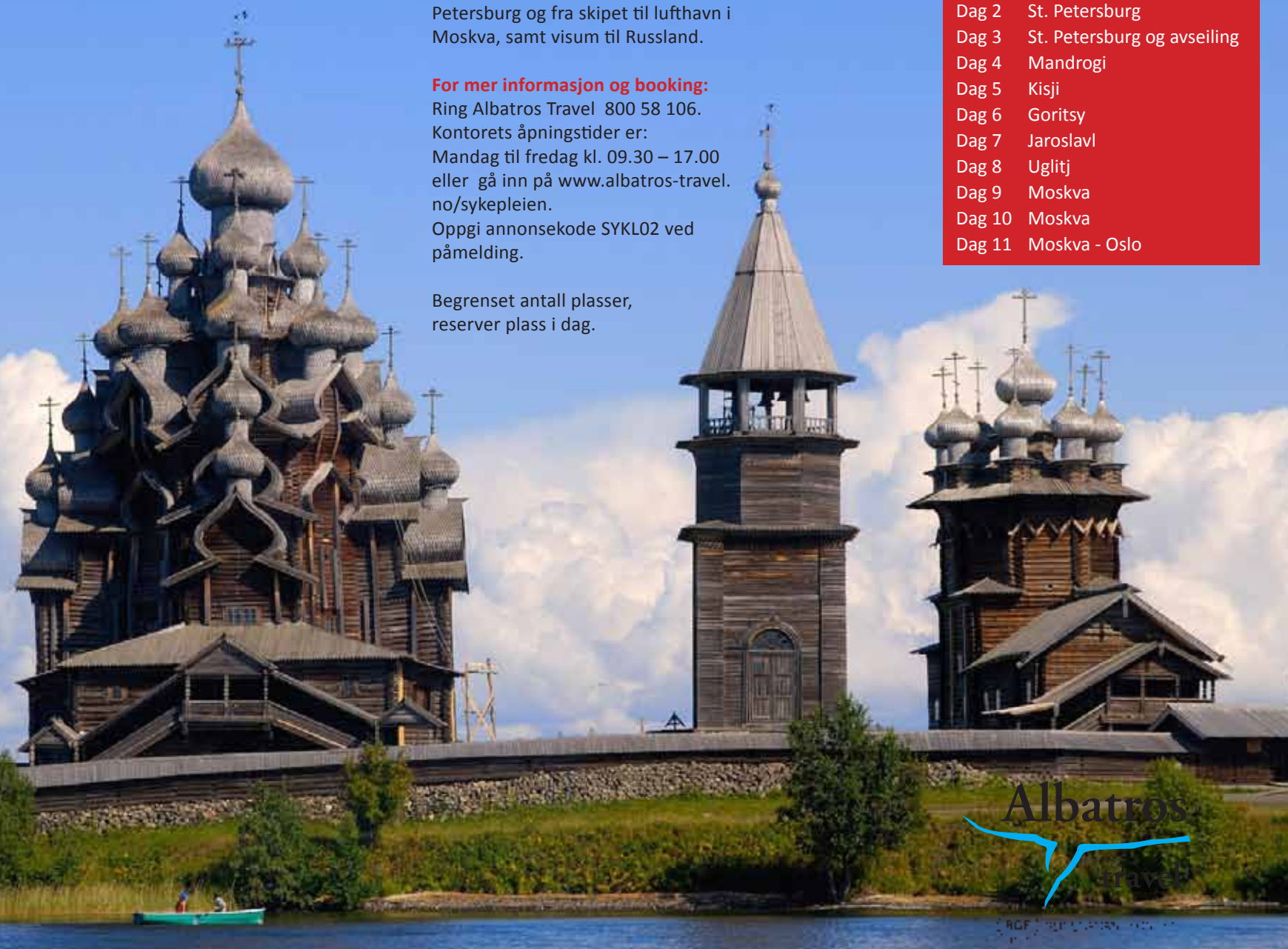
Begrenset antall plasser,
reserver plass i dag.



Dagsprogram

Dag 1	Oslo - St. Petersburg
Dag 2	St. Petersburg
Dag 3	St. Petersburg og avseiling
Dag 4	Mandrogj
Dag 5	Kizji
Dag 6	Goritsy
Dag 7	Jaroslavl
Dag 8	Uglitj
Dag 9	Moskva
Dag 10	Moskva
Dag 11	Moskva - Oslo

kun
15.750,-
Avreise 21. mai 2010



Meld deg på
nyhetsbrev og
vinn reise

Vinn reise
til 10.000,-

Nå kan du få e-post når vi har nytt fag- og forskningsstoff som passer for deg. Gå inn på Sykepleien.no og meld deg på i dag. Du kan vinne et reisegavekort på 10.000 kroner. Vinneren trekkes 1. februar 2010.

Sykepleien

FAGARTIKKEL:
Svenskene kvitter seg
med sykehjem side 50

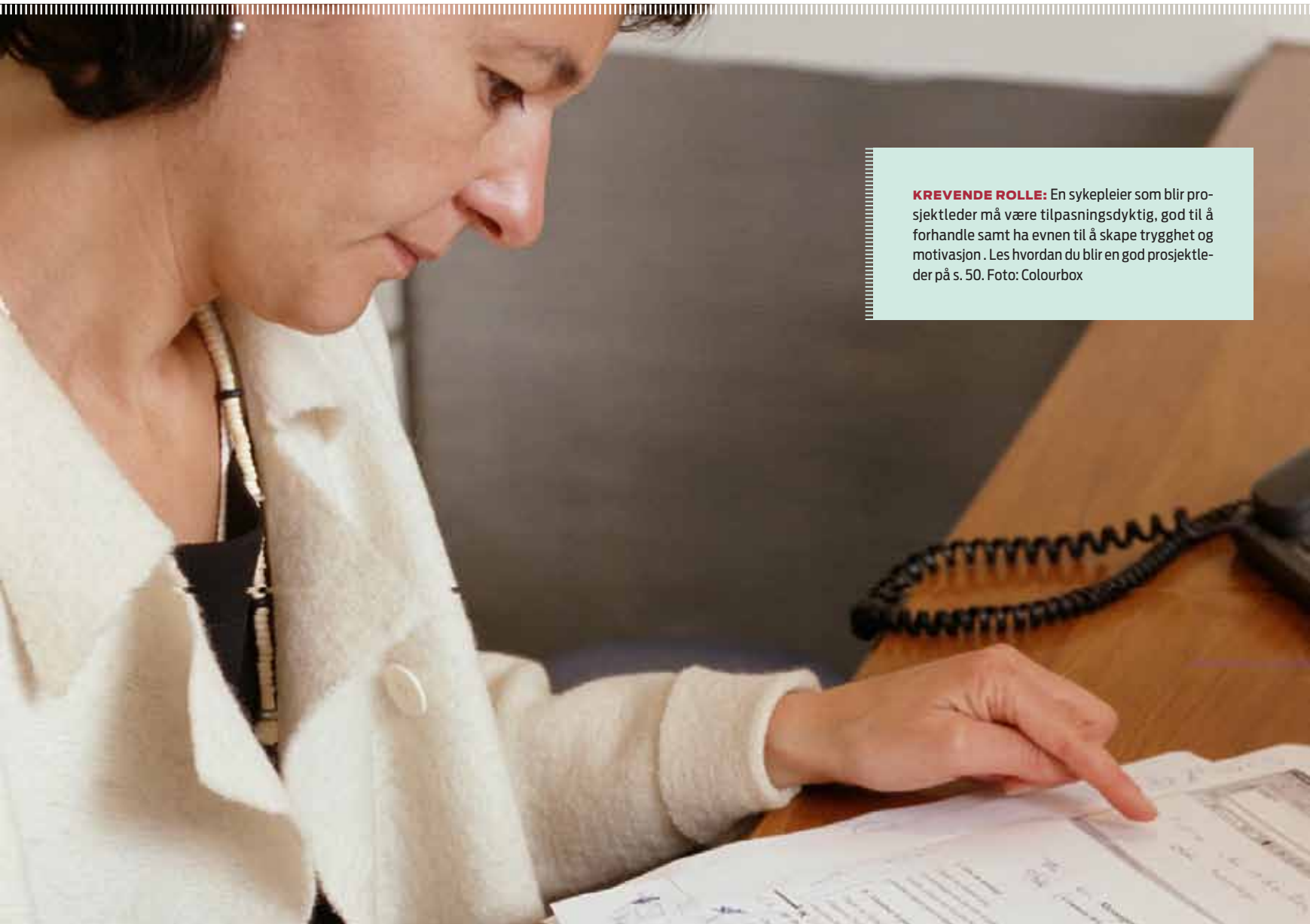
FORFATTERINTERVJU:
Tar pasientens åndelige
behov på alvor side 58

METODEHJØRNET:
Hvor sannsynlig er datakrasj
ved eksamen? side 60

Positivt
om aldring
**Se bokan-
meldelser**
side 61

Sykepleien

Fag & bøøker



KREVENDE ROLLE: En sykepleier som blir prosjektleder må være tilpasningsdyktig, god til å forhandle samt ha evnen til å skape trygghet og motivasjon. Les hvordan du blir en god prosjektleder på s. 50. Foto: Colourbox

3
om
psykosomatikk

Anbefalt av
Gjertrud Langnes,
hjemmesykepleier i Oslo

ANNE IVERSEN
**Hva gjør vi i
hjemmesykepleien**

Selve «urboken» om hjemmesykepleie. Må leses av alle med hjerte for tjenesten og interesse for historikk! Beskriver hjemmesykepleien som et profesjonelt fagfelt. Tjenesten er utviklet siden boken ble skrevet, men oppgavene er stort sett de samme.



ANN-KRISTIN FJØRTOFT
**Hjemmesyke-
pleie**

Bør være på alle sykepleierhøgskolers pensumlister og i ethvert hjemmesykepleiedistrikt. Grundig og informativ beskrivelse av hjemmesykepleien i dag. Pedagogisk lagt opp med relevante case-beskrivelser og refleksjonsspørsmål.



LARS GUNNAR LINGÅS
**Over andres
dørstokk**

En viktig bok for alle «hjemme-hos-arbeidere». Formidler etiske/verdimessige sider ved å arbeide i andres hjem. Nyttig å tenke over i hverdagen når tidspress, tilmålt brukertid og oppgaveorientering ofte tar over for den holistiske sykepleietenkningen.





Hans Knut Otterstad
Norsk institutt for
omsorgstjenester

Kvitter seg med sykehjem

I Sverige har betegnelsen «vård- och omsorgsboende» erstattet det klassiske «sjukhemmet». Serafen er et vellykket eksempel på dette.

Gjennom mitt arbeid har jeg besøkt bortimot 100 institusjoner for eldre, ikke bare i Norge, men i alle de nordiske landene samt Nederland og USA. Jeg føler derfor at jeg har et godt utgangspunkt for å vurdere forskjellige tilbud innen eldreomsorgen. Svensk eldreomsorg legger stor vekt på «boendet» og har kvittet seg med «sjukhem» som begrep. Det har vitalisert og utvidet tjenestetilbudet i svenske eldreinstitusjoner, her har vi nordmenn en del å lære. Det svenske Serafen vård- och omsorgsboende var et meget positivt bekjentskap, som jeg vil beskrive nærmere i denne artikkelen.

Serafen

Informasjonsbrosjyren som deles ut til beboere, pårørende og andre interesserte som vil vite noe konkret om tilbudene til denne institusjonen, gir interessant kunnskap (1). Innholdet forteller noe om utviklingen av moderne svensk eldreomsorg, og om forskjeller og likheter med norske forhold. For å starte med den største forskjellen: Etter 1992 kom en stor svensk reform som raderte ut begrepene «sykehjem» og «långvård», bærebjelker i svensk eldreomsorg i flere tiår. Dette skjedde i kjølvannet av en kritisk analyse som fastslo at mange eldre i sykehjem levde et uverdigg, innholdsløst og passivt liv, betinget av institusjonalisering og pleietjenestene. Det skulle i stedet satses på «en tilpasset bolig med nødvendige omsorgstjenester». Det vil si at det ikke var sykdommene og den tilhørende funksjonsnedsetning som skulle være premiss for løsningene, men behovet for spesifikke eldreboliger. Dette paradigmeskiftet var ikke basert på pleievitenskap eller medisinsk ideologi, men på allmenne og verdibaserte krav om en mer verdig aldring enn den man så i sykehjem. Svenskene gjorde kort prosess og eliminerte sykehjem som begrep, både juridisk, medisinsk og rent praktisk. Serafen er et godt eksempel på dette.

Norske forhold

Det er interessant at vi hadde en tilsvarende diskusjon i Norge omtrent på samme tid, med utgangspunkt i «Gjærevoll»-utvalgets rapport (2). I Norge resulterte det ikke i noen reform, men i at noen sykehjem ble omdøpt til «bo- og servicesenter» for å fokusere på bofunksjonen.

Hva er så fordelene med den svenske reformen? Jo, de slipper den unødvendige og til dels perspektivløse diskusjonen om det skal satses på sykehjem eller omsorgsboliger. I Dagsavisen 12. november 2009 er førstesideoppslaget: «Her lover Jens sykehjem til alle. Men trenden er at kommuner bygger ned antall sykehjemsplasser og satser på billigere omsorgsboliger» (3). I Norge er altså forskjellen på sykehjem og omsorgsboliger blitt et rikspolitisk tema – i Sverige er de to begrepene slått sammen: «Tilpasset bolig med nødvendige tjenester». Og det er jo innholdet i tilbudet det dreier seg om, ikke hva vi kaller bygningen.

Hva er tilbudet til Serafen? Og hvilken nytte har man av å studere svenske eldreinstitusjoner? «Tilpassede eldreboliger» handler om arkitektur, beliggenhet, bomiljø og omfang og innhold av tjenester,

og her er Serafen et praktisk eksempel på den dynamiske utvikling som har funnet sted i Sverige etter den omtalte reformen.

«Small is beautiful»

Serafen er en nærmest gigantisk og storbytypisk boligblokk med 176 boenheter og ligger på en av de mest sentrale tomtene i Stockholm, bare et steinkast fra Stadshuset. Rent arkitektonisk har Serafen en historie som er både interessant og lærerik i forhold til begrepene «sykehjem» og «tilpasset bolig». Huset ble bygget i 1985 som et typisk svensk sykehjem basert på datidens krav til en medisinsk institusjon. Den ble drevet av Landstinget (det vil si fylkeskommunen) på samme måte som i Norge på den tiden. Så kom 1992-reformen og kommunene overtok alle sykehjemmene, og sykehjemsbegrepet ble fjernet. På den tiden oppsto også tanken om effektivisering av denne type institusjoner, driften av Serafen ble konkurranseutsatt og overtatt av et privat firma. Det ble etter hvert klart at den tradisjonelle sykehjemsarkitekturen passet dårlig sammen med den mer moderne formen for «tilpassede boliger». I 2001 ble institusjonen stengt og renoveret. Det ble bygd på en ekstra etasje, og alle rommene ble omgjort til enerom og standardisert til en type «eldrehybler i egne seksjoner». Hver hybel er på cirka 30 kvadrat med tekjøkken, komfyr og kjøleskap, samt eget bad. De innredes med egne møbler, bortsett fra sengen som måtte være av sykehjemstype. I alle boenhetene er det mulighet for løfteanordninger i taket av hensyn pleiepersonalet. En kunne tro at Serafen på grunn av sin størrelse ville framstå som stor og skremmende både for ansatte og beboere, men takket være seksjoneringene er dette ikke tilfelle. Boligene er samlet i grupper på åtte (dementavdeling) og tolv (somatisk avdeling), og det er ikke en eneste lang gang i huset. Slik sett virker det som en mindre institusjon enn mange norske sykehjem med 30 senger. Og hver seksjon har egen spisesal for maks tolv beboere, slik at det ikke finnes store fellesrom til måltidene.

«De varme hendene»

Rundt 170 personer arbeider på Serafen, men de fleste er deltidsansatte. Pleiefaktoren er derfor trolig litt lavere enn i et vanlig norsk sykehjem, men høyere enn i omsorgsboliger med betjening. Av disse er 21 sykepleiere – de fleste på deltid. Majoriteten er «underskøterskor» og det er også mange «vårdbitrede» som er ufaglærte. Det finnes også aktivtører og tre fysioterapeuter på heltid. Det er tre mindre treningsrom på huset. Det legges vekt på aktiviteter i grupper. Fysioterapeutene driver med kontinuerlig opplæring av personalet i forflytning og løfteteknikk.

Det finnes et personalrom og et medisinerom for hver enhet. Personalrommet hadde datautstyr og ble brukt til journal- og dataarbeid. Jeg så ikke at det ble brukt som personalmøtested – personalet så ut til å være ute i miljøet sammen med beboere når de ikke hadde pleiearbeid.

Sykepleierne har ansvaret for medisinnutdelingen, og her finnes det et tidsbesparende system med «Apo-dosett» som skal være en svensk

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Geriatri
- ▶ Omsorg
- ▶ Velferd
- ▶ Sykehjem





TENKER NYTT: Serafen vård- och omsorgsboende er en gigantisk boligblokk midt i Stockholm, men med 176 individuelt tilpassede boenheter for eldre med pleiebehov. Foto: Serafens äldreboende.

oppfinnelse. Det er et datastyrt program der legen sender elektroniske opplysninger til det lokale apoteket som pakker alle medisiner i en kronologisk plastrull med tilhørende etikett som kan rulles ut fra dag til dag. Medisinene pakkes for en uke av gangen og er «uberørt av menneskehender» – i hvert fall etter at de blir levert fra apoteket. Sykepleierne var meget begeistret for denne ordningen som sparte dem for mye repeterende arbeid på «medisinrummet».

Konkurransutsatte tjenester

Legetjenesten var konkurransutsatt og ble gjennomført av et legefirma med totalansvar slik at det ikke var behov for legevakt eller «fremmede leger» utenom vanlig arbeidstid. En lege gikk visitt til alle en gang per uke, og leger fra samme firma kunne ellers tilkalles per telefon ved behov. Ordningen fungerte bra. Det var ingen klager på for lav legebemanning som en ofte hører om i norske sykehjem.

Måltider ble servert av et eksternt firma, og denne tjenesten var også konkurransutsatt. Det ble servert tre måltider per dag samt «mellanmål» og kveldsmat. Både til lunsj og middag kunne det velges mellom to retter. Det har vært en del diskusjon om underernæring i eldreomsorgen i Sverige, og på Serafen hadde de i mange år hatt en rutine med å veie alle beboere en gang per måned og beregne BMI (Body Mass Index). Dette var en effektiv måte å oppdage om kroppsvekten endret seg i ugunstig retning.

Kontaktperson og aktiviteter

Hver «hybel» er privat og låsbar og utenfor står navnet på beboeren og «kontaktpersonen». På Serafen har hver beboer fått tildelt en ansatt som har et spesielt ansvar, både for det daglige livet og for å motivere beboeren til å være med på alle fellesaktivitetene.

Om aktivitetene står det i velkomstbrosjyren: «På din enhet finnes det en oppslagstavle og der står det om de aktiviteter som tilbys. Spaserturer og utflukter kan planlegges sammen med din kontaktperson. Videre tilbys gruppegymnastikk, Qi gong, musikkunderholdning, sang, dans trivelig fellesmåltider, spill og bingo. Det var også regelmessige kinoforestillinger og religiøse møter. På Serafen ønsket de å

Svenskene gjorde kort prosess og eliminerte sykehjem som begrep, både juridisk, medisinsk og rent praktisk.

ha et fokus på kulturtilbudet, og de kunne benytte eksterne krefter. Det var spesielt populært å høre foredrag om «gamle dager».

Det var rutine at beboerne var med på «promenad» utenfor Serafen hver uke for å få miljøforandring. Dette kunne skje individuelt ved hjelp av kontaktperson eller pårørende eller i gruppe.

Avslutning

En av fordelene med å besøke andre land er å oppleve andre tilnærminger og tanker enn de man møter til daglig. I Sverige har de tydeligvis en større vektlegging på livskvalitet og dagliglivets opplevelser for de eldre som må leve i institusjon. Dette er verdier som vi fortsatt trenger mer av i norsk eldreomsorg, selv om vi har startet med å fokusere mer på disse også her hjemme. Men det virker som om vi hemmes av den medisinske og pleiemessige utforming av institusjonene, spesielt av våre sykehjem. Svenskene står friere i diskusjonen og de trenger framfor alt ikke argumenter for flere sykehjems plasser, for de har jo ikke sykehjem.

Det kan virke som om størrelse og fagmiljø også kan ha en betydning for den faglige og prinsipielle diskusjonen om hva som er de eldres behov. Svenske kommuner er gjennomgående mye større enn de norske, og Stockholm er jo dobbelt så stor som Oslo. Dette gir bredere og større fagmiljøer og dermed mer spennende og prinsipielle diskusjoner. For eksempel: Det norske sykehjemsbegrepet er nå over 30 år gammelt. Det oppsto i en tid med andre behov enn de vi har i dag. Vi har nå kommet til en periode med «eldrebølger» og stadig økende og tilsynelatende umettelige behov. Kanskje vi bør tenke prinsipielt nytt, og kanskje også lære av andre land hvor de har funnet andre løsningsmodeller på de samme problemene? ■■■

LITTERATUR

1. «Velkommen til serafens vård- och omsorgsboende». Kungsholmens statsförvaltning. www.stockholm.se/kungsholmen
2. NOU:1992: «Trygghet – verdighet – omsorg». Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. En analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Sosial- og helsedepartementet. Oslo 1992
3. Dagsavisen. Torsdag 12. november 2009



Adel Bergland, førsteamanuensis, Diakonhjemmet Høgskole og Gruppe for eldreomsorgsforskning, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo



Olaug Vibe, kvalitetsjef, Cathinka Guldberg-senteret



Nina Martinussen, oversykepleier, Cathinka Guldberg-senteret

Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass?

Økt tydelighet og anerkjennelse av sykepleiers rolle i sykehjem kan bidra til at flere forblir i jobben.

Et tilstrekkelig antall kvalifiserte sykepleiere er avgjørende for å sikre god kvalitet i sykehjem (1-3). Mange norske sykehjem erfarer at det er vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere (3). Artikkelen presenterer prosjektet «Kunsten å bli på sin post», som er gjennomført ved et sykehjem i Oslo. Hensikten var å identifisere forhold som sykepleiere mente var av betydning for å beholde sykepleiere i sykehjemmet.

Litteraturgjennomgang

I litteraturen beskrives to hovedkategorier av begrunnelser for å arbeide i sykehjem: Indre faktorer og ytre faktorer. «Ytre faktorer» er at jobben ligger i nærmiljøet, fleksible arbeidstider som kan tilpasses familiesituasjonen eller mangel på ledige jobber på sykehus (4, 5). «Indre faktorer» er ønske om å arbeide med eldre mennesker, basert på positive erfaringer med denne gruppen og/eller positive erfaringer fra sykehjem i studietiden (4, 6). Andre begrunnelser er store faglige utfordringer på grunn av beboernes komplekse og varierte sykdomsbilde, kontakten med og anerkjennelsen fra beboerne, ønske om å bidra til en best mulig livssituasjon for beboerne, samt kontinuitet i relasjonen med beboeren og pårørende (4-8). Forhold som oppfattes belastende er den store arbeidsmengden som gjør det vanskelig å opprettholde tilfredsstillende kvalitet på omsorgen, få sykepleiere og dermed et begrenset fagmiljø, å være alene om ansvaret for et stort antall beboere, å påføre kollegaer ekstra arbeidsoppgaver når beboere på andre avdelinger har behov for sykepleier, samt mye veiledning av ufaglærte (4-6). Organisatoriske faktorer som kan bidra til å beholde personalet er godt arbeidsmiljø, fleksibilitet i arbeidssituasjonen, faglig utvikling, og ledere som er synlige, gir oppmuntrende tilbakemeldinger og lytter til personalet (4, 5, 9, 10). Alle forhold som hindrer direkte utøvelse av pleie til beboerne oppfattes som utilfredsstillende (5). Medvirkende årsaker til at sykepleiere slutter i sykehjem er oftere relatert til organisatoriske forhold enn til at sykepleierne ikke ønsker å arbeide med syke gamle mennesker (9, 10). Begrunnelsene sykepleiestudenter gir for ikke å velge arbeid i sykehjem etter endt utdanning er de samme (11, 12).

Metode

Prosjektet er gjennomført i perioden mai–desember 2008. Prosjektet inkluderte tre grupper av sykepleiere: 1) Seks sykepleiere som slut-

tet ved sykehjemmet våren 2008, 2) Fire sykepleiere som begynte i sykehjemmet i perioden juni til oktober 2008 og 3) Fire sykepleiere med to års erfaring eller mer fra sykehjemmet. Alle sykepleierne ga informert samtykke. Hvor lang arbeidserfaring sykepleierne hadde før de begynte i sykehjemmet, varierte.

Sykepleierne ble intervjuet individuelt eller i gruppe. Intervjuene varte fra 30 til 60 minutter. Temaene i intervjuene var: Forhold som kunne bidra til å anse sykehjemmet som en fremtidig arbeidsplass, om det å være sykepleier i sykehjemmet og hva de vurderte som sentrale sykepleiefaglige utfordringer. Sykepleierne som hadde sluttet, ble spurt om årsaken til dette. Under de individuelle intervjuene ble det tatt utfyllende notater. Gruppeintervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Umiddelbart etter alle intervjuene ble hovedinntrykkene beskrevet.

Det ble gjort en tematisk innholdsanalyse av tekstmaterialet. Tekstene ble lest gjentatte ganger og lydopptakene ble lyttet gjennom for å identifisere hovedtemaer (13). Tekstmaterialet ble lest gruppevis og «på tvers» for å identifisere gjennomgående temaer i alle gruppene (5). Gjennom lesningene ble det identifisert ulike subkategorier som videre i analysen ble utviklet til hovedkategoriene som beskrives under.

Resultater

Et sentralt tema i alle intervjuene var sykepleierrollen i sykehjemmet. En forutsetning for å betrakte sykehjemmet som fremtidig arbeidsplass var en tydeliggjøring og klarere anerkjennelse av sykepleierrollen, samt muligheter for faglig utvikling. Et typisk utsagn var: «Må kjenne at jeg jobber som sykepleier». Sykepleierne beskrev rollen som interessant og utfordrende fordi den innebar mange store faglige utfordringer, stor grad av selvstendighet og stort ansvar. De store faglige utfordringene ble begrunnet med at pasientgruppen (sykehjemmet bruker betegnelsen pasient og ikke beboer) er sammensatt, ofte har flere sykdommer og i mange tilfeller multiorgansvikt. Dette krever at sykepleierne har gode kunnskaper, er gode til å observere, vurdere og ta beslutninger. I tillegg kan samhandlingen med pasienter i sykehjem være utfordrende på grunn av mental svikt og/eller psykiske plager. Et godt klinisk blikk ble derfor vurdert som viktig. Det ble også beskrevet som en utfordring at sykehjemmet skal være pasientenes hjem og at sykepleierne derfor skal bidra til et godt liv og trivsel til tross for pasientenes store helsemessige problemer.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Sykehjem
- ▶ Geriatri
- ▶ Arbeidsmiljø
- ▶ Arbeidstid
- ▶ Identitet
- ▶ Sykepleierrollen





KREVENDE ROLLE: Mange sykepleiere opplever at arbeidsoppgavene de har i sykehjem er for lite avgrenset, slik at det blir for liten tid til spesifikke sykepleieoppgaver. Illustrasjonsfoto: Colourbox

En av sykepleierne sa: «Sykehjem er et sted hvor vi virkelig kan vise hva sykepleie er».

Sykepleiernes erfaringer

Sykepleierne erfarte imidlertid sykepleierrollen i sykehjemmet som for lite avgrenset. Mange opplevde forventninger fra kollegaer om å delta i alle praktiske gjøremål i avdelingen. For sykepleieren kom dette i tillegg til oppgaver som administrering av medisiner, vur-

dering av pasienter, sårstell og så videre. Selv om sykepleierne var blitt fortalt at de måtte «trekke seg tilbake» for å fylle dosetter, skrive i pleieplaner eller utføre andre sykepleieoppgaver, opplevde mange sanksjoner når de gjorde dette. Slike erfaringer førte til at sykepleierne deltok på lik linje med de andre i praktiske gjøremål i avdelingen og opplevde dermed å få for liten tid til oppgaver som krevde sykepleiekompetanse.

Sykepleierne beskrev også at det å ha ansvar for andre avdelinger i tillegg til å ha ansvar for en gruppe pasienter på «egen» avdeling kunne være vanskelig. Dersom de ble tilkalt til andre avdelinger, opplevde de å påføre kollegaer merarbeid samt at pasientene ikke ble fulgt opp slik sykepleier mente de hadde behov for. Ansvaret for andre avdelinger skapte også en uforutsigbarhet i arbeidssituasjonen. I tillegg opplevde sykepleierne det som en

Mange av sykepleierne mente de burde fått lønnskompensasjon på vakter hvor de hadde ansvar for flere avdelinger.

belastning ikke å vite hvor mange avdelinger de skulle ha ansvar for før de kom på vakt.

De nyansatte sykepleierne og flere av sykepleierne som hadde sluttet, var også opptatt av at institusjonen burde hatt bedre oppfølging av nyansatte. Flere av sykepleierne erfarte at det ofte oppsto uforutsette situasjoner som bidro til at de ikke fikk den opplæring og oppfølging de var forespeilet. De hadde forstå-

FIGUR 1: Innhold i og forutsetninger for en attraktiv sykepleierrolle i sykehjem

Sykepleierrollen i sykehjem:

- › Faglig utfordrende, stor grad av selvstendighet og stort ansvar
- › Utfordrende pasientgruppe – multimorbiditet – multiorgansvikt
- › Krever gode kunnskaper, evne til å observere, vurdere og ta beslutninger – et godt klinisk blikk
- › Utfordrende samspill med pasientene
- › Utfordrende at sykehjemmet er pasientenes hjem – bidra til et godt liv og skape trivsel

«Sykehjem – et sted hvor vi virkelig kan vise hva sykepleie er»

Tydliggjøring av sykepleierrollen:

- › Mer tid til sykepleiefaglige vurderinger og dokumentasjon
- › Rolleavklaring i forhold til hjelpepleiere/omsorgsarbeidere

Anerkjennelse av sykepleierrollen:

- › Anerkjennelse av ansvar, oppgaver og kompetanse
- › Bli inkludert i vurderinger i avdelingen
- › Forutsigbarhet i ansvar
- › Lønns-kompensasjon for ansvarsvakter

Muligheter for faglig utvikling:

- › Arenaer for faglige diskusjoner
- › Faglig miljø på tvers av avdelingene
- › Muligheter for kurs og videre utdanning

else for at slike situasjoner oppsto, men mente at avdelingsleder i større grad burde fulgt opp sykepleierne i etterkant av slike situasjoner.

Analysen resulterte i at forutsetningene for en faglig interessant sykepleierrolle ble delt inn i tre hovedkategorier (se figur 1).

Sykepleierrollen

Alle sykepleierne var opptatt av at de måtte få bedre muligheter til å fokusere på det de oppfattet som sykepleiefaglige oppgaver i avdelingen. De ønsket bedre tid til å vurdere pasientene og deres behov, til å sette seg inn i pasientenes diagnoser og medikamenter og diskutere med sykehjemets lege. For å få bedre tid til sykepleiefaglige oppgaver, mente sykepleierne det var nødvendig å tydeliggjøre sykepleierrollen i forhold til de øvrige ansatte i avdelingen. En av sykepleierne uttrykte det slik: «Vi har forskjellige stillinger. Og det synes jeg burde tydeliggjøres».

Sykepleierne var opptatt av en tydeligere anerkjennelse av sykepleierens ansvar, oppgaver og kompetanse og at denne i større grad ble brukt. En sa: «At vi blir tatt litt mer på alvor,

Ingen av sykepleierne som oppga pasientene som årsak til at de sluttet i sykehjemmet.

som sykepleiere.» Sykepleierne beskrev betydningen av å bli sett og hørt av ledelsen – som sykepleiere. For eksempel å få være med å vurdere behovet for kompetanse i avdelingen, særlig på helgevakter. Eller hvor mange sykepleiestudenter avdelingen har kapasitet til å ta imot. I sykehjemmet er det et system for ansvarsvakter hvor sykepleierne har ansvar for flere avdelinger. Sykepleierne anså dette som en stor faglig utfordring, men ønsket større grad av forutsigbarhet med hensyn til hvilke og hvor mange avdelinger de skulle ha ansvar for, kompetansen til personalet på disse avdelingene og nødvendig informasjon om dårlige pasienter. Mange av sykepleierne mente de burde fått lønnskompensasjon på vakter hvor de hadde ansvar for flere avdelinger. De mente dette ville bli oppfattet som en anerkjennelse av det store ansvaret slike vakter innebærer. Sykepleierne mente generelt at høyere lønn ville bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere.

Fagutvikling

Alle sykepleierne mente faglig utvikling var en viktig forutsetning for å fortsette å arbeide i sykehjem. Faglig utvikling kunne skje både internt i sykehjemmet og eksternt gjennom kurs eller videreutdanning. Et sykepleiefaglig miljø på tvers av avdelingene og arenaer for faglige diskusjoner ble beskrevet som attraktivt.

Arbeidsbelastningen måtte ikke være større enn at de faktisk fikk tid til å delta på faglige møter utenfor avdelingen.

Andre faktorer som bidro til at sykepleierne ønsket å fortsette ved sykehjemmet, var pene fysiske omgivelser og godt arbeidsmiljø. Sykehjemmet ble beskrevet som et trivelig sted å arbeide. Ytre faktorer var i liten grad tematisert i intervjuene. En av sykepleierne mente at personalboliger under markedspris ville vært av betydning for å fortsette å arbeide i sykehjemmet.

Diskusjon

Hovedkonklusjonen var at sykepleierne anså sykepleierrollen i sykehjem som en interessant og utfordrende rolle. Men, som vist i figur 1, tre forutsetninger måtte være til stede for at rollen skulle oppleves slik. I samsvar med tidligere forskning (9, 14) var det ingen av sykepleierne som oppga pasientene som årsak til at de sluttet i sykehjemmet.

Sykepleierne opplevde forventninger om å delta i alle typer av oppgaver i avdelingen og erfarte at det ble for liten tid til sykepleiefaglige og medisinske oppgaver. Dette førte til at sykepleierrollen ble for utydelig, et aspekt som er lite fremmet i litteraturen. Behovet for en tydeligere anerkjennelse av sykepleierrollen i sykehjemmet samsvarer med internasjonal forskning om jobbtillfredshet (4). Sykepleiernes behov for faglig utvikling gjennom arenaer for faglige diskusjoner på institusjonen, et sykepleiefaglig miljø på tvers av avdelingene og tilbud om kurs bekreftes i litteraturen. Førland, Haukom og Kristoffersen (15) fant også at faglige utfordringer og kunnskapstilegnelse for å takle komplekse pasientsituasjoner var viktig for sykepleiere og bidro til jobbtillfredshet.

I gruppen av sykepleiere som sluttet i sykehjemmet var alle utdannet de siste fem årene, og for fem av seks var sykehjemmet deres første arbeidssted som sykepleier. Dette kan være et uttrykk for at sykehjem, med det store ansvaret det innebærer, er en stor utfordring for nyutdannede sykepleiere. Men det kan også bunne i at nyutdannede sykepleiere vil ha variert erfaring og derfor ikke forblir i stillinger over lengre tid. Rognstad (16) påpeker dessuten at mange sykepleiestudenter ønsker å ta videreutdanning og spesialisere seg. Dette kan også være en medvirkende årsak til at nyutdannede ikke forblir i sykehjem.

Dette er et avgrenset pilotprosjekt, men kan være et bidrag i videre arbeid med å øke andelen sykepleiere i sykehjem. På bakgrunn av resultatene fra dette prosjektet arbeider sykehjemmet med tiltak som kan være med å understøtte den sykepleierrollen sykepleierne beskrev som utfordrende og spennende, samt å utvikle tiltak som kan gi nyutdannede sykepleiere nødvendig trygghet til å forbli i sykehjemmet.

Prosjektet er delvis finansiert via midler fra undervisnings-sykehjemmet i Oslo, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter. ■■■

LITTERATUR

- Bostick JE, et al. Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association* 2006; 7(6): 366-76.
- Riggs CJ, Rantz MJ. A model of staff support to improve retention in long-term care. *Nursing Administration Quarterly* 2001; 25(2): 43-54.
- Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Meistring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer*. 2006.
- Prentice D, Black M. *Coming and staying: a qualitative exploration of registered nurses' experiences working in nursing homes*. *International Journal of Older People Nursing* 2007; 2(3): 198-203.
- Moyle W, et al. Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12(2): 168-76.
- Johannessen A. *Recruitment problems in Norwegian nursing homes: experiences and ideas of registered nurses*. *Vård i Norden* 2004; 24(4): 45-7.
- Grieshaber LD, Parker P, Deering J. *Job satisfaction of nursing assistants in long-term care*. *Health Care Supervisor* 1995; 13(4): 18-28.
- Kinjerski V, Skrypnik BJ. *The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care*. *Journal of Gerontological Nursing* 2008; 34(10): 17-25.
- Flackman B, Sorlie V, Kihlgren M. *Unmet expectations: why nursing home staff leave care work*. *International Journal of Older People Nursing* 2008; 3(1): 55-62.
- Robertson JF, Cummings CC. *Attracting nurses to long-term care*. *Journal of Gerontological Nursing* 1996; 22(9): 24-32, 54-5.
- Bergland Å, Lærum H. *Hvem vil arbeide med eldre? En undersøkelse blant norske sykepleiestudenter*. *Vård i Norden* 1999; 19(3): 4-10.
- Bergland Å, Lærum H. *Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning*. *Vård i Norden* 2002; 22(2): p. 21-26.
- Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. ed. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Robertson JF, Cummings CC. *Attracting nurses to long-term care*. *Journal of Gerontological Nursing* 1996; 22(9): 24-32.
- Førland O, Haukom M, Kristoffersen I. *Jobbtillfredshet og jobbtillfredshet blant sykepleiere – refleksjoner og utfordringer*. I: Alvsvåg H, Førland O, red. *Engasjement og læring*. Oslo: Akribes, 2007: 251-268.
- Rognstad MK. *Det postmoderne samfunnets innvirkning på sykepleierrollen*. I: H. Alvsvåg H, Førland O, red. *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribes, 2007: 45-61.



May Aasebø Hauken, cand. polit./instituttleder Betanien diakonale høyskole, Institutt for videre- og etterutdanning

Det er andre del av to artikler om prosjektarbeid skrevet av samme forfatter. Den første: «Hva er et godt prosjektarbeid?» ble trykket i Sykepleien nr. 17-2009. Ligger også på sykepleien.no

Sykepleier som prosjektleder

Mange sykepleiere blir involvert i prosjektledelse i løpet av yrkeskarrieren. Da er det viktig med grunnleggende kunnskap om prosjektledelse for å lykkes.

Prosjektledelse er situasjonsbestemt og preget av stadige endringer, og er en meget krevende ledelsesform. En viktig forutsetning for å kunne lede et prosjekt, er at både de som sitter med det formelle lederansvar i prosjektet og de øvrige prosjektdeltakerne har grunnleggende kunnskap om særtrekkene ved prosjektarbeid og prosjektledelse. Prosjektleder har en viktig rolle som integrator og er den som samler trådende mellom alle nivå i prosjektet.

På bakgrunn av min erfaring som prosjektleder, -medarbeider og -veileder har jeg erfart at mange prosjekter er dårlig styrt, noe som blant annet skyldes mangel på grunnleggende kunnskaper om prosjektledelse. Prosjekter krever en annen ledelse enn daglig drift, og styringsbehovet for prosjekter er ofte undervurdert. Hensikten med denne artikkelen er derfor å klargjøre hva prosjektledelse innebærer, særtrekk ved prosjektleders rolle og sentrale elementer i prosjektledelse som planlegging, teambygging, kommunikasjon, målrettet ledelse og oppfølging. Grunnleggende kunnskap om prosjektledelse er viktig enten man sitter i styringsgruppen, er prosjektleder eller prosjektmedarbeider, og kan være avgjørende for om et prosjekt lykkes eller ikke.

Prosjektledelse er situasjonsbestemt

Et prosjekt kan defineres som «en spesiell, målrettet og avgrenset arbeidsoppgave som krever en samordnet, menneskelig innsats» (1. s. 18). Den faktoren som kanskje klart skiller prosjektarbeid fra «vanlig» arbeid i organisasjonen, er prosjektets livssyklus (2). Prosjektets livssyklus karakteriseres av ulike faser, det vil si en gruppe av likeartede aktiviteter som må gjennomføres i en bestemt rekkefølge (2). Hva man kaller prosjektfasene varierer i litteraturen (1–4), men generelt er det vanlig å inndele prosjekter i en planleggingsfase, oppstartsfase, gjennomføringsfase og avslutningsfase. I prosjektets viktige planleggingsfase legges prosjektets strategi knyttet til hensikt, mål, prosjektorganisasjon, fremdriftsplan, budsjett og rapportering. I prosjektets oppstartsfase formes og bemannes organisasjonsstrukturen og prosjektets normer og kultur dannes. Denne fasen benevnes ofte som «forming, storming og norming», noe som godt beskriver fasen og utfordringer knyttet til denne (2). Det meste av arbeidet i prosjektet utføres i gjennomføringsfasen der sentrale oppgaver er oppfølging av fremdrift, økonomi og oppnåelse av delmål og mål (3). Prosjektarbeidet avsluttes i avslutningsfasen, en fase som ofte kan være vanskelig både knyttet til faglige og følelsesrelaterte problemer (2).

Ovenstående viser at prosjektarbeid foregår i ulike situasjoner,

gjennom ulike prosjekttyper, ulike faser og med ulike rammebetingelser (1–4). Dette tydeliggjør at prosjektledelse er situasjonsbestemt. Situasjonsbestemt ledelse innebærer forskjellig lederstil og forskjellige ferdigheter både i forhold til medarbeidere og til oppgavene i prosjektets forskjellige faser (1–3). Situasjonsbestemt ledelse stiller ikke bare store krav til prosjektleder, men også til medlemmer av styringsgruppen, prosjektgruppen og referansegruppen ved at alle må kjenne sin egen rolle og ansvarsområde i de enkelte fasene av prosjektet (3).

Siden det typiske for prosjektledelse er at situasjonen stadig forandrer seg, er prosjektledelsen i stor grad preget av endringsledelse (1,5,6). Situasjonsbestemt ledelse er kjent som en krevende ledelsesform, og i større prosjekter hender det at en skifter prosjektledelse ved overgang til nye faser (2).

Prosjektlederrollen

Styringsgruppen har den formelle ledelsen og avgjørelsesmyndighet i et prosjekt. Prosjektleder har en delegert avgjørelsesmyndighet innen gitte rammer fra styringsgruppen og er den som utfører prosjektledelsen. Prosjektleder, som er hovedansvarlig for prosjektets daglige drift, har derfor en svært sentral lederrolle i alle prosjekt, og valg av prosjektleder bør skje så tidlig som mulig (1).

I prosjektlitteraturen er det skrevet mye om hva god prosjektledelse er og hvilke egenskaper en god prosjektleder bør ha (1–6). Siden prosjektledelse er situasjonsbestemt, innebærer dette at prosjektlederrollen består av flere ulike lederroller integrert i en. Dette stiller krav til egenskaper som tilpasningsdyktighet, fleksibilitet, smidighet, forhandlingsevne samt evne til å skape trygghet og motivasjon (3). Ingen er supermennesker og kan oppfylle alle lederroller samtidig, og derfor omtales ofte prosjektleders viktigste rolle som «integratorrollen» (1,3). Som integrator er prosjektleder den som samordner og skaper helhet i prosjektet, tilrettelegger, gir retning og energi til prosesser og mennesker. Prosjektleder må ha flere fokus samtidig. Bringer et al. (6) har på bakgrunn av integratorrollen, utarbeidet et «prosjektlederkompass». Prosjektlederkompasset har seks hovedretninger, to retninger på tre ulike plan som viser hvilke hovedområder prosjektleder må fokusere på:

▶ Prosjektets eiere/mottakere og andre interessenter: Prosjektleder må holde kontakt med oppdragsgiver/styringsgruppe; sørge for at styringsgruppen har snakket sammen, at kontrakt og prosjektleders mandat er klargjort, samt klargjøre beslutningssituasjoner ved å legge fram tilstrekkelig beslutningsgrunnlag (3). Det er også viktig at prosjektleder holder kontakt med prosjektets interessenter for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Prosjektarbeid
- ▶ Ledelse
- ▶ Prosjektarbeid
- ▶ Styringsgruppe
- ▶ Referansegruppe



eksempel kollegaer, ledere og andre som berøres av prosjektet for å markedsføre, bygge tillit og troverdighet rundt prosjektet.

- » Prosjektets egen framdrift og forløp, prosjektets livssyklus: Prosjektleder skal følge med fremdriften, sørge for at prosjektet når mål og milepæler. Videre må prosjektleder også være forutseende, den som har overblikk over situasjonen og planlegger driften på en slik måte at målene nås innenfor de gitte ressursrammene (6,3).
- » Prosjektdeltakerne og deres prestasjoner: Prosjektleder er leder og må være bevisst på egen rolle, vurdere egen innsats og tilpasse sin lederstil til situasjonen (3). Fokus for prosjektleder skal være på konkrete resultater og kvalitet og ikke kun på aktiviteter. Det er derfor viktig at milepæler og måloppnåelse underveis feires, og at prosjektmedarbeiderne får konstruktive tilbakemeldinger og ros. Prosjektleder er også viktig for etablering og opprettholdelse av et støttende og kreativt klima. Dette innebærer både handlinger som er rettet mot oppgaveløsning og resultat, og handlinger som har til hensikt å opprettholde et godt og trivelig miljø med en åpen, konstruktiv kommunikasjon (3, 6).

Hvilke av områdene som vil kreve mest oppmerksomhet, vil variere fra prosjekt til prosjekt, og mellom de ulike fasene av et prosjekt. Prosjektleder er imidlertid den som skal knytte alle trådene sammen og kan derfor ikke tillate seg å ignorere noen av disse områdene (6).

Hovedelementer

Oppbygging og vektlegging av hovedelementer i prosjektledelse varierer og avhenger blant annet av hvilket fagområde litteraturen omhandler (1–6). Imidlertid går mange av elementene igjen, og på bakgrunn av dette samt med utgangspunkt i min egen erfaringsbakgrunn, vil jeg i det følgende fokusere på noen sentrale hovedelementer i prosjektledelse:

Planlegging

Prosjektarbeid skiller seg fra andre oppgaver ved at en i utgangspunktet starter på nytt hver gang (4). En god og grundig planleggingsfase, der både prosjektleder og sentrale prosjektmedarbeidere er trukket inn, er derfor et av suksesskriteriene for et vellykket prosjekt (1,3,4). Grunnlaget for god prosjektledelse legges i planleggingsfasen, siden det er her vurderingene og rammene for styringsfaktorene legges, blant annet knyttet til mål, framdrift og

Grunnlaget for god prosjektledelse legges i planleggingsfasen.

økonomi. I planleggingsfasen utarbeides prosjektbeskrivelsen som er den sammenfattende, skriftlige presentasjonen av prosjektet (3,4). Prosjektbeskrivelsen skal være et organisk dokument, det vil si et dokument som skal benyttes i alle faser av prosjektet, både i presentasjon av prosjektet utad og ikke minst i bevisstgjøring og styring innad i prosjektet (3,4). Erfaringsmessig kan det være hensiktsmessig å ha en kortversjon og en mer detaljert langversjon av prosjektbeskrivelsen. Kortversjonen benyttes i presentasjoner av prosjektet utad, mens langversjonen brukes innad i prosjektet og fungerer som prosjektlederens kart og «GPS» gjennom hele prosjektet. Det er prosjektlederens ansvar å ha en utfyllende og god prosjektbeskrivelse som er detaljert nok til både å arbeide og styre prosjektet etter.

Teambygging

Prosjektledelse defineres ofte som «å oppnå mål gjennom andre»

(2 s. 188), noe som tydeliggjør at et godt prosjektresultat avhenger av samarbeid og teamarbeid (2). I all prosjektlitteratur legges det vekt på prosjektets oppstartsfase og teambygging (1–6). Team defineres som «en gruppe mennesker som arbeider mot felles måloppnåelse», og teambygging er en fellesbetegnelse på de metodene som prosjektledelsen benytter for å utvikle gode relasjoner, samhandling og lagfølelse mellom medarbeiderne (2). Litteraturen henviser til ulike måter å bygge team på; alt fra «kick off»-seminarer (4), teambyggingssykluser (2) til prosjektseminar (3). Uansett metode, hensikten er å skape entusiasme for oppgaven, bli kjent, få informasjon om bakgrunnen for prosjektet, skape en felles forståelse for oppgaven og mål for prosjektet (2-4). Erfaringsmessig kan det være lurt både å bli enig om forpliktende atferdsregler (3), for eksempel nedfelt i en gruppekontrakt, samt avklare roller og ansvarsforhold, for eksempel gjennom såkalte ansvarskart (4). For å utvikle teamfølelsen, er det viktig at man oppnår resultater raskt, og at milepælene derfor er nærliggende og resultatbestemte (3). Det er også viktig at teamet ikke er for stort (mindre enn ti personer), bruker tid sammen og at positive tilbakemeldinger vektlegges (2).

Kommunikasjon

Teamarbeid og kommunikasjon hører sammen. Kommunikasjon i prosjekter vil si å styre informasjonsflyten på alle nivå (4). Dette er kanskje prosjektets mest utfordrende oppgave, men den oppgaven som oftest er minst planlagt (2). I kommunikasjonsprosessen er mange mennesker involvert, den foregår på ulike nivå og på ulike måter (3,4).

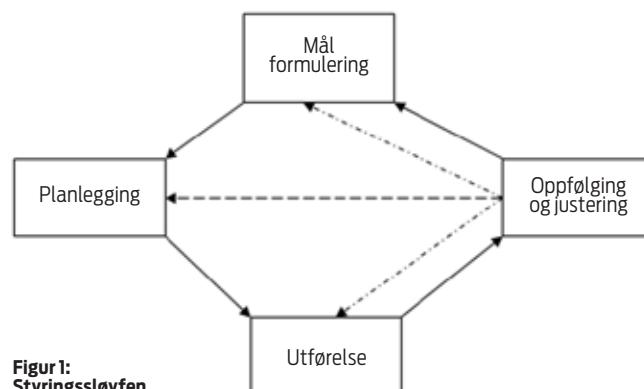
I prosjekter må en kommunisere med alle som blir berørt, noe blant annet «prosjektlederkompasset» synliggjør (3,4,6). Det kan derfor være nyttig å gjennomgå områdene for å få et bilde av hvem og hvor mange kommunikasjonsen i prosjektet omfatter (1). Dette antallet kommer ofte som en stor overraskelse for mange!

For å sikre god kommunikasjon, anbefales det å lage en kommunikasjonsplan (4). Kommunikasjonsplanen skal sikre en planlagt kommunikasjon som tydeliggjør hvem mottaker er, hvilken informasjon de skal ha, hvor ofte og hvem som har ansvar (4). Gjennom kommunikasjonsplanen sikres planlegging og styring av kommunikasjonsen slik at ansvar tydeliggjøres og informasjon kommer på rett tid.

Møter er også et viktig kommunikasjonsmiddel i prosjekter. Det er derfor hensiktsmessig at en møtstruktur fastlegges tidlig for å sørge for nødvendig kommunikasjon og koordinering av informasjon (3). Alle prosjektmøter bør ha en dagsorden, styres og resultere i et referat. Referatene utgjør viktig dokumentasjon i prosjektet, og er ofte et godt hjelpemiddel når prosjektrapporten skal skrives.

Målbrettet ledelse og oppfølging

Betydningen av prosjektets planleggingsfaser der blant annet pro-



Figur 1: Styringsløyfen



KREVER PLANLEGGING: Grunnlaget for god prosjektledelse legges i planleggingsfasen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

sjektets mål blir etablert, er understreket tidligere (1–3). Målene indikerer hva prosjektet skal resultere i, og hva det skal styres mot. Dette omtales som målrettet ledelse (3). Oppfølging er en naturlig følge av målrettet ledelse, og innebærer periodevis å registrere mål (måle), hva som er skjedd i prosjektet og omgivelsene, sammenholde med prosjektplan og om nødvendig velge korrigerende tiltak. Korrigerende tiltak kan være å justere utførelsen, korrigere prosjektplanen eller korrigere målene (3). Dette omtales ofte i prosjektlitteraturen som prosjektets «styringsløyfe» og utgjør kjerneelementene i all prosjektstyring (1–4). Styringsløyfen er illustrert i figur 1.

Styringsløyfen indikerer at prosjektstyring og ledelse består i å finne status, identifisere avvik, forklare årsakene, og til slutt definere og iverksette nødvendige tiltak (4). Det er hensiktsmessig å gjennomføre formelle statusevalueringer på de faste prosjektmøtene, men dette kan også gjøres ved milepæler eller ved overgangen fra en fase i prosjektet til en annen (4). Når man måler status i et prosjekt, ser en på resultatets kvalitet og egenskaper, fremdrift og ressurser i form av mennesker og penger – ofte kalt prosjektets styringsfaktorer (1–4).

Konklusjon

Det er mange utfordringer knyttet til prosjektledelse. «Prosjektlederkompasset» er utviklet for å hjelpe prosjektleder til å ha oversikt over prosjektets viktige fokusområder. Uklare mål, for høyt ambisjonsnivå, uklar ansvarsfordeling, prosjektets livssyklus, samarbeid, for dårlig medvirkning i planleggingsfasen, dårlig oppfølging og pro-

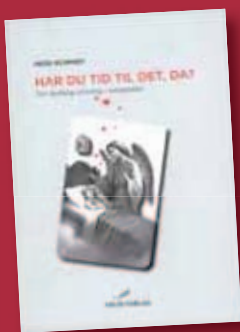
sjektets usikkerhetsgrad, er viktige faktorer å ha fokus på. For at et prosjekt skal lykkes, er det derfor sentralt å ha fokus på planlegging, teambygging, kommunikasjon, målstyring og oppfølging som er hovedelementene i prosjektledelse. Prosjektledelse innebærer å være foran, være synlig, være tilgjengelig og i bevegelse. Prosjektledelse

Prosjektledelse innebærer å være foran.

er både mulighetenes og utfordringenes kunst, det er imidlertid sagt: «Kunst er noe man ikke kan, for kan man det, er det ingen kunst». Og kanskje er det nettopp dette som gjør prosjektarbeid så spennende, man blir aldri utlært. ■■■

LITTERATUR

1. Jessen SA. Mer effektivt prosjektarbeid i offentlig og privat virksomhet. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2005
2. Kolltveit BJ, Reve T. Prosjekt – organisering, ledelse og gjennomføring. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2002
3. Westhagen H, Faafeng O, Hoff KG, Kjeldsen T, Røine E. Prosjektarbeid. Utviklings- og endringskompetanse. 5 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002
4. Esnault M. Prosjektoppstart. Du har ikke tid til å ha det travelt. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005
5. Adizes I. Endring kan mestres. Oslo: Universitetsforlaget, 1991
6. Bringer W, Geddes M, Hastings C. Project leadership. Aldershot: Gover, 1996



Heidi Schmidt

Aktuell med: Har du tid til det, da?

Yrke: Hjemmesykepleier

Bosted: Nes, Akershus

Alder: 54 år



En ^{Liten} salme ved

For Heidi Schmidt er det et overgrep når sykepleiere ikke tar pasientens åndelige behov på alvor.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Marit Fonn**

Omslaget på Heidi Schmidts bok om åndelig omsorg i sykepleien kan virke som en rød klut på mange. En salig skytsengel står lent over en barneseng. Derfra stiger små, røde hjerter og små røde kors. Hva i all verden? Skal vi nå tilbake igjen til diakonissene og det kristne kallet?

Men det er ikke dét hjemmesykepleieren fra Nes i Akershus har hatt i tankene da hun skrev boka. Heidi Schmidt mener faktisk at det er et overgrep når en sykepleier presser sin tro på en svak pasient.

– Det er etisk helt galt og skal ikke skje. Men det er like forkastelig å **ignorere** pasientens åndelige behov. Husk at vi som sykepleiere er veldig nære pasienten. Vi er hos dem 24 timer i døgnet. Vi ser pasienten gruble når det går mot slutten. Livets store spørsmål. Forsoning og tilgivelse. Mitt poeng er at vi som sykepleiere skal gi helhetlig omsorg. Å sørge for at pasientenes åndelige behov blir ivaretatt, er en del av vår oppgave.

Schmidt mener at tro altfor ofte blir ansett som en privatsak i Norge, som man ikke gjerne snakker høyt om. Både pasienten og sykepleieren vegrer seg for å komme inn på temaet.

– Det gjelder for meg også. Jeg har ikke skrevet denne boka fordi jeg er ekspert, men fordi også jeg synes at dette er vanskelig. Det er det for alle. Min erfaring er at mange pasienter har store behov, men apparatet rundt pasienten har ikke åndelige behov på

dagsorden. Da forsømmer vi oss.

– Men hva ER egentlig åndelig omsorg? Betyr det at sykepleiere må be sammen med pasienten?

– Det kan være det i noen tilfeller. Jeg har både bedt Fader Vår og sunget sammen med pasienter. Men hva som er naturlig for den enkelte å gjøre, må man vurdere selv. Det viktigste er imidlertid at vi ser pasientens behov og at vi gjør noe med det. Det kan være å ringe en prest, skaffe en bibel eller en lydbok. Eller å sette pasienten i forbindelse med andre som kan hjelpe.

Schmidt har valgt tittelen på sin bok etter et utsagn som en av hennes pasienter kom med. For de fleste pasienter venter faktisk ikke at stressede sykepleiere som skal dele ut medisiner eller sette sprøyter har tid til å prate om tro. Men hun mener at sykepleiere skyr temaet og at de er veldig flinke til å «lukke samtaler». «Ja, nå må jeg videre», sier de da til pasienten. Man tar på seg jakken og beveger seg i retning ytterdøra. Kjente knep for å slippe noe mer.

– Mange sykepleiere opplever mye stress. Så jeg forstår at dette ikke er lett. Likevel må vi gripe fatt i pasientens behov og ikke bare løpe fra det. Kanskje lar det seg enkelt løse ved å sette vedkommende i kontakt med noen som har bedre tid? Eller bare ved å sette på en cd?

Fembarnsmoren fra Sørumsund, som mesteparten av sin yrkeskarriere har jobbet deltid i hjemmesykepleien, skulle opprinnelig bare skrive en fordypnings-

reisens slutt?

oppgave om bruk av dyr i omsorgen for eldre pasienter. Hun oppdaget behovet for å skrive om åndelig omsorg nærmest ved en tilfeldighet. Etter å ha forsøkt å oppmuntre en eldre pasient ved hjelp av et akvarium som de plasserte hos henne, kom det fram at pasienten egentlig ønsket noe helt annet.

– Fisk liver opp hverdagen, tenkte vi. Men det funkete dårlig. Hun var så redd for at fisken skulle dø at vi måtte fjerne akvariet. Jeg hadde sett at hele huset var fullt av religiøse bilder, men aldri kommet på tanken om at hun egentlig bare ønsket å be sammen med noen. Det var som om pasienten bare hadde ventet på spørsmålet, men jeg var bare alt for treig til å oppfatte det ...

Opplevelsen gjorde at hun skiftet temaet for sin oppgave. Og så bare

Sykepleiere i kommunen satte seg ned og skaffet seg en oversikt over alle tros-samfunn i kommunen og hvem som kunne hjelpe til. De samlet tips om litteratur og laget en perm med nyttige adresser og nyttige ting. Schmidt følger dette multikulturelle sporet også i sin bok. Her beskriver hun en rekke religioner, deres krav til kosthold og hygiene og ritualer. Respekt, innlevelse og forståelse for pasienten har en frem-tredende plass i hennes tilnærming av begrepet «åndelig omsorg».

Leder av Rådet for Sykepleieetikk, Marie Aakre, har skrevet et forord til Heidi Schmidts bok. Aakre mener det er «en sykepleiefaglig plikt å kartlegge åndelige behov og iverksette tiltak også på dette området».

Selv ønsker ikke Schmidt å rette en

Jeg har ikke skrevet denne boka fordi jeg er ekspert, men fordi jeg synes at dette er vanskelig.

«balla det på seg». Nå foreligger fag-boken «Har du tid til det, da?» på det lille Forlaget Folio i et opplag på 300 eksemplarer.

– Du tilhører en lutheransk menighet. Kan du også hjelpe en muslim med hans eller hennes åndelige behov?

– Jeg kan godt lese ting for en muslim, men det blir vanskelig å be til Allah sammen. Det vil andre være flinkere til. Poenget er ikke at man som sykepleier skal gjøre alt selv, men at man må tenke på hvordan slike behov hos pasienten kan ivaretas.

I Nes kommune har dette blant annet resultert i en kvalitetsprosedyre.

bebreidende pekefinger mot travle sykepleiere som ikke føler at de strekker til på dette området.

– Jeg er opptatt av helhetlig omsorg, men ingen har sagt at det er lett. Jeg håper at min bok bidrar til at åndelige behov hos pasienten kommer på dagsorden flere steder. Her bør det være et ganske stort potensial på mange arbeidsplasser. Mitt budskap er at det ikke er så mye som skal til.

– Men hvor går egentlig grensen for denne typen omsorg for pasienten?

– Vi må trå varsomt. Det er pasientens behov som skal være i fokus, ikke sykepleierens. ■■■

Dukkalo Horta
Horta romani **gana**
Drabberske Kji råva
gaje Kjåro Lodd
Kera med jakkane

Litt romani

JEG HAR GJENNOM ÅRENE LØP erfart at man før eller siden får bruk for ALT man lærer. Én erfaring overrasket meg mer enn andre: Nemlig at jeg i mitt arbeidsliv skulle komme til å få stort utbytte av å kunne noen ord og setninger på romani.

Noe av bakgrunnen for min interesse for dette fortsatt til dels hemmelighetsfulle språket, var lesningen av Britt Karin Larsens eminente tater-trilogi. Den består av «De som ser etter tegn», «De usynliges by» og «Sangen om løpende hester». Alle utgitt på siste halvdel av 1990-tallet.

Romani, som stort sett er overført via en muntlig tradisjon, er til en viss grad beslektet med indisk. Jeg pugget det jeg i beskjeden grad pugge kunne.

Flere år senere fikk vi på et av mine arbeidsteder innlagt en vaskeekte tater. Vedkommende var stolt av sitt opphav og sin bakgrunn. Problemet var at når pasienten, spesielt i litt opphetede situasjoner, raste i vei på romani, så opplevde personalet det som psykotisk. Dette hørtes ut som det reneste kaudervelsk for mange. Men det var det altså på ingen måte. Dette var pasientens egen språkkultur på høyt nivå. Og stor var overraskelsen for de fleste, ikke minst pasientens egen, da jeg forsto mange av setningene og kunne svare, om enn ikke med annet enn fraser og gloser. Det holdt! En uforglemmelig kontakt ble opprettet og en del misforståelser avverget.

Så moralen denne gangen er: Ikke innen noe yrke har man tilegnet seg kunnskap forgieves.



Ungt romani



Arne Teige
er psykiatrisk sykepleier ved Førde sentralsykehus.

I denne serien på 10 artikler gir han en grunnleggende innføring i de vanligste forskningsmetodene. Serien «Det metodiske hjørnet» skal sette leserne i stand til kritisk å vurdere nyere forskning i sitt arbeid.

Utvalg og populasjon

Ved et utenlandsk universitet har man registrert forklaringer på hvorfor studenter ikke kunne levere sine besvarelser i tide. Mange begrunnelser var knyttet til «datakrasj». Ekstremvarianten var: «Datamaskina ble overkjørt».

Statistikk er et sett av (matematiske) metoder for å studere eller etterprøve noe systematisk. Hvordan kan vi formulere universitetets erfaringer som en etterprøvbart hypotese?

For eksempel: «Datamaskiner krasjer oftere de siste ukene før brukeren har en viktig frist». Er en slik hypotese sannsynlig? Hvorfor? (Ikke les videre før du har tatt stilling til dette).

I mitt hode kan hypotesen være: «Kanskje blir maskinen brukt intensivt i denne perioden? Vil denne bruken «overbelaste» den? Den alternative hypotesen kan være: Studenter «bortforklarer».

La oss anta at «Datamaskiner krasjer oftere når de brukes intensivt». Siden det er snakk om studenter, vil «datamaskin» sannsynligvis være «stasjonær PC hjemme» eller «bærbar PC»? Kanskje alderen på maskinen spiller inn? Studenter er jo «fattige», og har kanskje bare råd til gamle, dårlige maskiner? («Ofte» og «intensivt» overlater jeg til leseren.)

Som du ser, har jeg ikke valgt ekstreme varianter når jeg har satt opp hypotesen, men «rettferdige», «vennlige», «nøytrale». Dette er ansett for å være akademisk «god skikk».



Testoppsettet vårt kan se slik ut:

Spørsmål	Alternativ	Ja	Nei
Bruker du datamaskin når du skriver dine eksamensbesvarelser?		Ja	Nei
Hvis ja:	Hvilken type PC?	Stasjonær	Bærbar
	Alder på maskinen	< 5 år	5 år eller mer
	Har du hatt datakrasj?	Ja	Nei
PC-bruk timer/ dag	I eksamensperioden	Inntil 6 timer	Mer enn 6 timer
	Utenom eksamensperioden	Inntil 6 timer	Mer enn 6 timer

Hvor mange studenter skal vi spørre?

Spørre alle?

Vi kan selsagt spørre alle studentene ved universitetet. «Alle» vil i praksis bety «alle som er der på et gitt tidspunkt». Da vet vi sikkert at konklusjonen vår gjelder disse. Men vi vet ikke noe om de som kommer neste år, eller de som studerer ved et annet universitet. Vi ønsker jo egentlig at konklusjonen vår skal gjelde alle studenter, også de ved andre universiteter?

Dessuten kan det være upraktisk å studere alle. Kanskje bør vi heller studere et mindre antall, og finne oss i at det hefter en viss usikkerhet ved konklusjonene?

Poenget illustrerer to viktige statistiske begreper: «utvalg» og «populasjon». Mens «populasjon» betegner den gruppa vi ønsker konklusjonen skal gjelde for, vil utvalget betegne — nettopp — «et utvalg» av disse. Statistikk er slik å trekke etterprøvbare konklusjoner som gjelder for populasjonen på grunnlag av målinger av et utvalg.

Statistikk og argumentasjon

Legg merke til at jeg skriver «ønsker». Statistikk er (også) en type argumentasjons-

lære — en type prinsipiell argumentasjon» (Abelsson RP (1995). Statistics as principled argument. Hove UK, Lawrence Erlbaum.)

Så: Hvilken gruppe ønsker vi konklusjonen skal gjelde for? Alle studenter? I alle land? Til alle tider? Eller kanskje noe litt mindre omfattende?

I ei Lottotrekning må hvert «objekt» (les: kule) ha samme sjanse for å bli trukket ut, for at trekningen skal være rettferdig. (Til ettertanke: Hva er «populasjonen» i Lotto?)

Dersom vi ønsker at konklusjonen vår skal gjelde «alle», må analogt hver «student» som er med i populasjonen ha samme sjanse for å bli «trukket ut». Dette vil avgjøre «hvem» vi skal spørre.

Sagt med andre ord: ett utvalg er like sannsynlig som et annet utvalg. Da innser vi straks — analogt til tankegangen med Lotto, at «to utvalg» ikke behøver å være identiske, men kan skille seg fra hverandre. Og en ny problemstilling dukker opp: Hvor «ulike» kan utvalgene være, og allikevel stamme fra samme populasjon? Denne problemstillingen skal jeg behandle grundigere fremover.

Hvor mange vi må spørre, vil jeg ta opp senere. ■■■

TRØBBEL: Hva er årsaken til at mange studenter ikke får levert oppgaver i tide? Det fins flere hypoteser, og de kan etterprøves systematisk. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Etisk håndværk

Av Jacob Birkler
158 sider
Munksgaard Danmark, 2009
ISBN 978-87-6280870-6
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier

Boken jeg skulle hatt for lenge siden

ANMELDELSE: For meg er denne boken vanskelig å anmelde. Ikke fordi den ikke engasjerer. Tvert imot. Det er fordi den er så brennende aktuell.

Forfatteren Jacob Birkler har fulgt flere sykepleiere og observert dilemmaene vi stadig stilles ovenfor. Selv er han filosof med doktorgrad i etikk, og slik sett meget godt kvalifisert til å gi råd og veiledning. Det gjør han først og fremst gjennom å stille studiespørsmål, med mulighet til å reflektere over egen praksis. Dette er nettopp noe jeg savnet under utdanningen og i mine første år i praksis.

Problemstillingene blir heller ikke færre etter mange års fartstid. Derimot blir motspørsmålene desto flere. Det er antakelig derfor det er så problematisk å anmelde boken. Etter mange år er jeg nærmest blitt tvunget

til å finne min egen form for å overleve i yrket. Så kommer boken som jeg bevisst eller ubevisst har savnet. Noe i meg går ut over den profesjonelle anmelderrollen. Jeg begynner å diskutere med teksten, utfordre den, omformulere den. Inntil den står i fare for å bli en annen, ja, nesten min egen bok. Da legger jeg den vekk en stund. Det forteller at den er alt annet enn betydningsløs.

Mange av oss opplever daglig å være i situasjoner som er i grenselandet mellom lovverk og etikk. Birkler forklarer dilemmaet med å se jus som et ytre pålegg, mens etikk i mange tilfeller dreier seg om et indre pålegg. Denne balansegangen krever stor klokskap og kunnskap. I tillegg er jobben full av praktiske gjøremål. Derfor må vi ha begrepene inne i forkant.

Birkler spør hva sykepleiere gjør når de havner i situasjoner som frembringer stor tvil. Blir de statister i sine egne dilemmaer, eller trer de inn i rollen som etisk handlekraftige sykepleiere? Han gir svaret: Enten låser de seg fast i tvilen og blir fortvilet, eller de kaster seg inn i situasjonen med de følger det kan få. Det han ikke sier er at i førstnevnte alternativ risikerer vi å ende som mekanisk lydige eller handlingslammede, i verste fall på grensen til likegyldige. Og at det andre i større grad vil kunne bringe de handlekraftige inn i konflikter. Eller at begge alternativer over tid kan brenne sykepleiere ut.

Uansett konkluderer jeg slik: Les denne boken før du trenger den. Sett den på pensumlisten i første semester.

Gammel er man når man ikke lenger sover sammen med tennene sine.

Enzo Petrucci



Margareth Bondevik

Gammel og frisk
Om gerontologi og hundreåringer
Folio forlag, 2009
160 sider
ISBN: 978-82-92915-02-8
Anmelder: Siri Elisabeth Meyer,
høgskolelektor, nestleder i NSF's
faggruppe for geriatri og demens

Aldring som noe bra

ANMELDELSE: Endelig er det kommet en bok som handler om muligheter og det positive rundt aldring.

Antall mennesker som blir hundre år eller eldre øker, samtidig som de fleste gamle er friske. Hva er det som gjør at noen blir over hundre år gamle, og hva er viktig for at de skal oppleve mening og livskvalitet. Margareth Bondevik har i flere tiår undret seg over spørsmål rundt ressurser i alderdommen. Hun har deltatt i flere forskningsprosjekter, og i denne boken gjør hun resultatene fra sitt siste prosjekt tilgjengelig for et bredere publikum.

Boken er delt i to deler. Den første består av en teoretisk oversikt over aspekter ved demografi, fysisk og psykisk aldring. Hele denne delen har perspektiv på aldring som noe

normalt, det vil si naturlige aldersendringer uten fokus på sykdom.

I del to presenterer Bondevik sitt eget forskningsprosjekt med 51 personer i alderen 100 til 105 år bosatt i 15 kommuner i Hordaland. Det gis bred plass (40 sider) til deltakernes livshistorier. Dette kan fremstå som i lengste laget, men deltakernes nyanseering av naturlige aldersforandringer og opplevelse av helse er likevel spennende lesning.

Funn fra intervjuene presenteres i tidsperspektiv, der fortid, fremtid og nåtid blir tre kategorier. Stor evne til tilpasning vises gjennom at tre av fire uttrykker at de er fornøyde med å flytte fra hjemmet til sykehjemmet. Å fylle hundre var en positiv opplevelse. Flere opplevde at de i større grad kunne gi uttrykk for ønsker om hvordan

de ville ha det etter fylte hundre år.

Som høgskolelektor med spesiell interesse for ernæring og kosthold er det interessant at de gamle er såpass opptatt av måltidets betydning og generell kostlære.

Margareth Bondeviks intensjon med studien er å synliggjøre en aldersgruppe som er lite forsket på for å danne et mulig bilde av hvordan vi som sykepleiere best kan hjelpe. Boken er rettet mot studenter, men jeg håper at den når ut til et bredt spekter av befolkningen. Den er også et bidrag til praksisfeltet, der jeg har et lønlig håp om at forskning og utviklingsarbeid snart får en naturlig plass. Med all sin tyngde er boken et viktig bidrag til alle som er nysgjerrige på alderdom som en naturlig del av livet.

Quiz

tekst Nina Hernæs foto Colourbox

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er hemostase?

- A Stopping av blødning
- B Et spesielt plaster
- C Likevektsbehandling

2 Hva er et liniment?

- A Linstykke til å forbinde sår med
- B Flytende legemiddel til utvortes bruk
- C Legemiddel til bruk på vannkopper

3 Hva kjennetegner isokori?

- A Like store pupiller
- B Veldig store pupiller
- C Veldig små pupiller

4 Og hva kjennetegner anisokori?

- A Veldig store pupiller
- B Veldig små pupiller
- C Ulik størrelse på pupillene

5 ATC er en måte å klassifisere legemidler på. Hva står ATC for?

- A Anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregister
- B Anatomisk teratogen klassifikasjon
- C Aseptisk terapeutisk klassifikasjon av legemidler

6 Hva er antidot?

- A Motkraft
- B Motgift
- C Middel mot dotter i ørene

7 Hva er et granulater?

- A Et legemiddel til å svelge
- B Et legemiddel fremstilt fra granatepler
- C Sårhake

8 Hva er epidermis?

- A Spekklaget
- B Underhuden
- C Overhuden

9 Hva er essensielle aminosyrer?





- A Aminosyrer kroppen kan bygge opp selv
- B Aminosyrer kroppen ikke kan bygge opp selv
- C Aminosyrer i egg

10 Hva er gonitt?

- A Betennelse i kneledd
- B Betennelse i gommene
- C Betennelse i skulderledd



PUPILLER: Er dette et tilfelle av isokori?
Foto: Colourbox

-  **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
-  **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
-  **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
-  **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A Stopping av blødning, 2B Flytende legemiddel til utvortes bruk, 3A Like store pupiller, 4C Ulik størrelse på pupillene, 5A Anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregister, 6B Motgift, 7A Et legemiddel til å svelge, 8C Overhuden, 9B Aminosyrer kroppen ikke kan bygge opp selv, 10A Betennelse i kneledd.

FAG NYHETER

– Steller seg syke

Eldre norskpakistanere vegrer seg for å motta offentlig helsestell. I stedet må familien stille opp. Det fører til belastningslidelser.

Tekst **Nina Hernæs**

– Eldre norskpakistanere forventer at familien stiller opp når de blir gamle og syke. Yngre familiemedlemmer, som vil bidra til samfunnet ved å være yrkesaktive, opplever et krysspress, sier Marit Kiste.

Hun er sosialantropolog og doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Oslo. I arbeidet med avhandlingen «Andre rammer om alderdom» har hun konsentrert seg om sju norskpakistanere rundt åtti år og deres nærmeste omsorgsgivere.

Slitasje

– Å hjelpe de eldre er en plikt. Stiller man ikke opp, er det en skam. Derfor kan de ikke si fra seg plikten, sier Kiste.

– Konsekvensen er at de yngre ikke får noen fritid. Flere sier at de får slitasjeskader i skuldre, nakke og rygg på grunn av tungt stell.

Flest kvinner opplever å komme under press, men også menn føler seg overarbeidet. De eldre, derimot, er ganske fornøyde med situasjonen.

– De lar gjerne hjemmesykepleien gjøre prosedyrer og medisinske oppgaver. Mens daglig stell og hjelp til for eksempel å spise, synes de det er fint at familien tar seg av. Det er barna deres som ikke er så fornøyde med situasjonen.

Men Kiste understreker at de er vel-



ANNEN KULTUR: Marit Kiste forsker på norskpakistaneres alderdom. Foto: Tomas Rolland/Høgskolen i Oslo

dig opptatt av at deres foreldre skal ha det godt og trygt i alderdommen.

Se familien

Marit Kiste peker på at hjemmesykepleiere bør ha funnene i mente når de utreder norskpakistaniske pasienter.

– Ikke bare se den eldre, men også de pårørende. For dem er det veldig vanskelig å si rett ut at det blir for mye når det er så forbundet med skam ikke å gjøre plikten sin.

Å tilrettelegge kan også være en løsning.

– Flere av barna foreslo faste hjemmesykepleiere. De erfarte at foreldrene syntes det var vanskelig at det hele tiden kom forskjellige pleiere. Dette er også noe flere enn norskpakistanere opplever som problematisk, sier Marit Kiste.

Halverte infeksjoner med bedre hygiene

Mer spriting og færre smykker har bidratt til mer enn å halvere infeksjonene på Akademiske Sjukhuset i Uppsala i Sverige.

Antall infeksjoner hos inneliggende pasienter sank fra 11,3 prosent i 2008 til 4,2 prosent i 2009. Sykehuset satte i gang et prosjekt kalt VRISS (vårdrelaterede infeksjoner ska stoppas) og konsentrerte seg først og fremst om infeksjoner etter operasjon, urinveisinfeksjoner og infeksjoner relatert til sentralvenøse innganger.

Tiltakene bestod blant annet av basale hygienetiltak som å sprite hender før og etter kontakt med pasienter og ikke bruke smykker.

www.akademiska.se

Det som har feila meg er slikt som
sjukehuspersonalet likar ekstra godt Side 80

Hva innebærer faglig
forsvarlighet? Side 73

Bevar Aker
sykehus! Side 66

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 ANNE-GRETE STRØM-ERICHSEN

«Vi har velstand nok
til å ha dårlig helse.»

74

GJESTESKRIBENT OLE HOPE

«Det er naivt å tro at rammekutt og
innsparinger er det som skal til for å
bringe sykehusøkonomien i balanse.»

70



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Hvorfor somler politikerne når løsningen finnes?

Pasienter feilmedisineres, men lokale politikere, kommuneledere og ledere nøler med å ta i bruk verktøyene som kan hindre feil, som PPS.

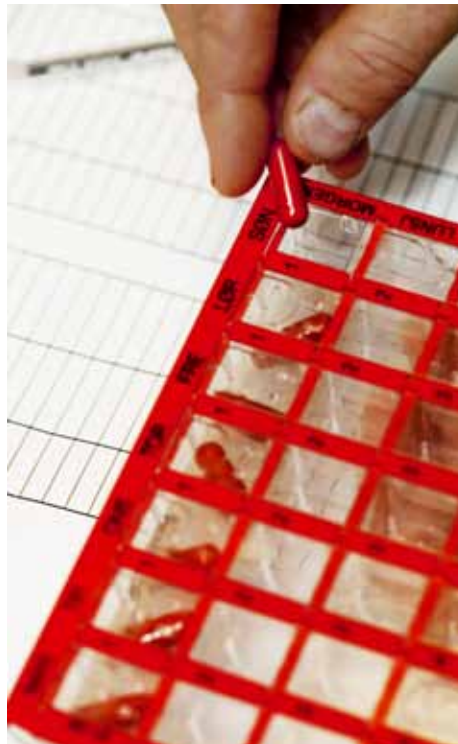
Søndag 13. desember kunne Aftenposten avsløre at 3 av 4 eldre på sykehjem er offer for feilmedisinering – noe som i verste fall kan ende med dødsfall. Jeg reagerer sterkt på at slike feil skjer, og slutter aldri å undres over hvorfor helsesektoren ikke tar i bruk de systemene som finnes for å sikre pasientene. Hva er det som hindrer kommunepolitikere i å ta grep?

Helsetilsynet har de siste to årene kontrollert kvaliteten på medisineringsen ved sykehjem over hele landet. Funnene er nedslående. Over 30 000 eldre på sykehjem risikerer feilmedi-

Det har vært viktig og riktig av NSF å investere mye penger i PPS.

sinerings på grunn av dårlig journalføring og manglende rutiner. Bare ett av fire sykehjem har gode nok systemer og rutiner til å kunne garantere for riktig medisinerings, skriver Aftenposten. Dette er meget alvorlig!

Det finnes løsninger som ikke betyr økte kostnader, som sikrer pasientene gode tjenester, fagpersonalet god opplæring og som tilfredsstiller kravet om kunnskapsbasert praksis. PPS – en elektronisk prosedyredatabase for sykepleieprosedyrer – er et slikt verktøy. PPS, som er utviklet og driftes av forlaget Akribe (eid av NSF), er et resultat av et offentlig forsknings- og utviklingsprosjekt. Databasen er utviklet i samarbeid med fagspesialister og kvalitetssikret av konsulenter med sykepleiefaglig og medisinsk bakgrunn. PPS gir brukerne (sykepleiere og sykepleierstudenter) oppdatert kompetanse, svar på faglige spørsmål og hjelp og støtte i hvordan de skal utføre sine faglige prosedyrer, alt fra innsetting av urinkateter, til sårstell og medikamenthåndtering! Gjennom all kunnskap



RISIKABELT: Dette er svært alvorlig, mener Normann om opplysningene som avdekker at bare ett av fire sykehjem har gode nok systemer og rutiner til å kunne garantere for riktig medisinerings. Arkivfoto: Bo Mathisen.

som ligger i prosedyreverktøyet (mer enn 300 grunnleggende sykepleieprosedyrer), blir nyan-satte sykepleiere og annet helsefaglig personell raskere funksjonsdyktige.

Dette er med andre ord et system som på en enkel, pedagogisk og gjennomarbeidet måte sikrer kvaliteten på tjenestene. Hvorfor er det da ikke flere som tar det i bruk? Jeg undres, og finner følgende årsaker:

- › Lokale politikere, ledere og kommuneadministrasjon kjenner ikke til at prosedyreverktøyet finnes.
- › Det å investere i PPS betyr naturlig nok kostnader for kommunen. Dette er imidlertid

kostnader som tjenes inn i løpet av kort tid fordi man sparer ressurser som ellers ville gått til at mange satt og utviklet og oppdaterte egne prosedyrer i stedet for å benytte et felles prosedyreverktøy. Når resultatet er at pasienter lider under manglende rutiner, oppleves det som kynisk og uforståelig at politikerne velger kortsiktig besparelse.

› For å utnytte et prosedyreverktøy, kreves kompetanse. I tillegg krever det tid og mulighet for de ansatte til å sette seg inn i verktøyet. Denne investeringen er viktig slik at man senere kan ta ut gevinsten i form av enklere faglig oppdatering, høyere kvalitet på sykepleien, større interesse for forskning og faglig utvikling og mer ensartet praksis.

Jeg var sist sommer på den internasjonale sykepleierkongressen i Durban der ansatte i Akribe foreleste om PPS for flere tusen tilhørere. Interessen var formidabel. Ledere og kollegaer fra universitet og høyskoler var imponert og entusiastiske. Ingen har noe lignende. Her er Norge, NSF og Akribe innovatører! Det er det grunn til å være stolt av! Det har vært viktig og riktig av NSF å investere mye penger i utvikling, salg og drift av PPS. Ekstra morsomt er det for oss med tilbakemeldinger fra alle dem i Norge (høyskoler, kommuner og sykehus) som har investert i innkjøp, bruk og opplæring av PPS, og som nå kan glede seg over entusiastiske og storfor-nøyde sykepleiere, som føler seg tryggere i sin daglige jobb og i praksis! La oss håpe på fagmil-jøenes entusiasme smitter over på politikere og beslutningstakere slik at deres interesse kan gå fra lunken til varm! Det fortjener sykepleierne, men ikke minst pasientene!

Sykelønn: Hva er ditt bidrag, Jens?

Den siste tiden har regjering og opinion vært usedvanlig opptatt av å få endret sykelønnsordninga i landet. Til tross for avtale om inkluderende arbeidsliv og reduksjon av sykefravær, så fortsetter pilene å peke oppover. Jens er rystet og argumenterer heftig for at det nå er på tide for alle parter å gå i seg selv og tenke hardt og nøye over hvordan vi skal bidra til å redusere utgiftene knyttet til dette. Man skal i all hovedsak raskere tilbake på jobb om man er syk, det skal ligge standardiserte sykmeldinger der som ikke tar individuelle hensyn. I Jens' øyne er ett tilfelle av brystkreft det andre likt, og man trenger ikke individuell oppfølging av egen lege.

Hvordan vet du, Jens, hvilke reaksjoner som kommer etter slike diagnoser og påfølgende livskriser? Hvorfor kan du med sikkerhet hevde at man her kan se bort fra individet og tre en standardløsning nedover hodene på dem som rammes?

Arbeidsgiverne skal betale mer av langtidsfraværet selv om de signaliserer at det medfører at de vil slutte å ansette personer som på noen måte har nedsatt helse. I kjent stil kan vi høre høyresi-

den i Norge hyle etter karensdager og reduksjon i trygdeytelser for dem som er ubehøvlede og frekke nok til å være såpass syke at de ikke makter å leve opp til idealet om den evig friske og effektive arbeidstaker.

Jens sier ikke noe om hvorfor regjeringen og staten ikke skal være med å bidra utover at de skal snurpe inn åpningen i pengesekken. Han sier ikke noe om at staten og statlige foretak skal endre sin arbeidsgiverpolitikk, som fram til nå har bidratt aktivt til å holde fraværsprosentene oppe. Dette skjer ved at den stadig tilbakevendende sparekniven i offentlig helsevesen gjør at vi blir stadig færre til å gjøre stadig flere oppgaver. Det ligger et krav om jevn økning i «pasientflyt» og likedan et krav om innsparing på den store utgiftsposten lønn. Dette betyr med rene ord at man skal kvitte seg med enda flere ansatte samtidig som de få som blir igjen skal løpe enda fortere. Dette ser ikke ut til å bli tatt med i beregningen når man kikker opp i taket etter enden på fraværskurven fra helse- og omsorgssektoren. Nei, det er alle som jobber der som er sytere, unnasluntrere og latsabber!

Må man være politiker for å ikke fatte at det økte fraværet skyldes brutalisering av arbeidslivet, stadig økte krav til innsparing og det dere kaller «effektivisering»?

Jens snakker heller ikke om alle de i helsevesenet som ønsker seg høyere stillingsandel, men som ikke får det grunnet «mangel» på stillinger. Det ligger en stor uutnyttet arbeidskraft i alle dem som til stadighet må finne seg i å gå i reduserte stillinger på helsevesenets nåde og jage etter ekstravakter for å få endene til å møtes. Ferske tall fra Statistisk sentralbyrå viser at kun 44 prosent av sykepleierne som jobber i kommunehelsetjenesten, jobber heltid. Tross stor etterspørsel etter sykepleiere, er det deltidsstillinger som dominerer. Dersom det er dette Jens, Liv Signe og Kristin slår seg på brystet med og mener reklamerer og sørger for bærekraftig rekruttering til helsevesenet, er det kanskje ikke så rart søkertallene går jevnt nedover? Regner med at prosentene gjør det samme ved neste valg.

Kenneth Grip, tillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund

«Kjemisk fabrikk»- et liv på overtid

Jeg har jobbet som sykepleier i mange år på prematuravdeling. Etter hvert fikk jeg etiske problemer i forhold til hva som ble noen av disse barnas livsskjebne.

Nå har jeg jobbet i 7 år i eldreomsorgen og begynner å komme i samme dilemma. Gjennomsnittsalderen blir høyere og høyere. Hver dag møter jeg mennesker 90 + som ber om å få lov til å dø. Når jeg ser på medisinske opplysninger, er det ingen uten få unntak som ikke er fullstendig medisineret for alle sine lidelser. Selvfølgelig må man medisinerer når det er nødvendig.

Hva fører denne medisineringen til? Jo, at man lever og lever, men hvilke kvalitet er det på det livet som leves? Hva med alle bivirkningene? En tablett virker på den lidelsen, så må man ha andre tabletter for bivirkningene på det tablettene egentlig virker på. Til slutt har man et forbruk på opp til kanskje 20 tabletter per dag. Men hvem av disse legene eller legemiddelkonsulentene er det som møter pasienten i sin hverdag og ser resultatet av medisineringen?

De fleste over 90 er av naturlige årsaker «mett av dage». De har nedsatt hørsel, nedsatt syn, har problemer med bevegelse osv. Alt dette har de enten hjelpemidler eller medisiner for. Men hva hjelper det mot et følsomt, ensomt og depressivt sinn. Det blir flere og flere av dem, og ingen har tid. Når de endelig får en sykehjemsplass, er de så «forkrøplet» at de klarer ingenting selv.

Tenk om vi etter hvert kunne få et naturlig forhold til at et liv etter hvert tar slutt. Da kunne folk leve til det var naturlig at kroppen stoppet opp av alderdom. Vi kunne gå tilbake til de gamle, gode aldershjem der folk fikk flytte inn og få hjelp av personalet lenge før de nødvendigvis var fullstendig pleietrengende. Da kunne de fått en naturlig avslutning på livet, der livet slutter når det skulle, istedenfor et «kjemisk» liv på overtid der de fleste bare sitter med alle sine plager og venter på å få lov til å takke for seg.

ABG

Reklame for useriøst firma

Jeg er et medlem som reagerer ganske negativt på all reklame som til tider følger/har fulgt Sykepleien. Jeg vil informere dere om at jeg har klaget ITS A/S inn til Forbrukerrådet. I dag kom det atter en reklamesending fra dette firmaet med Sykepleien. Dessverre benyttet jeg meg en gang av deres tilbud. Det tok måneder før det bestilte ankom, i en kjempepakke med en portosats som selv tre postkontorer ikke kunne forklare. En gratis gave som skulle komme drøyde også i det uendelige. Og med den porto som hovedpakken hadde var den neppe gratis.

Toppen på det hele var måten de møtte deg på per telefon når man kontaktet dem, utrolig useriøst, nesten frekt. Og de svarte ikke på e-post.

Anbefaling: Kutt ut dette (og gjerne andre!) firma som er så useriøse.

Ester Humblen, medl. nr. 14728

DEBATT

Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Åpent brev til Siri Hatlem

Godt nytt år til deg. Jeg var nemlig ikke der da du var på Aker sykehus i dag for å si godt nytt år til de ansatte.

Jeg skulle gjerne ha hilst på deg, for jeg har noe å si til deg og alle andre som aksler ansvaret med å gjøre om Oslo sitt helsetilbud til en storsykehusdrift.

For meg som har jobbet ved Aker sykehus siden 1987, er det veldig, veldig trist å se en så stor arbeidsplass blir rasert. Er du klar over hva som er den største verdien i denne store organisasjonen? Du velger å kaste vrak på den formuen som et lojalt personale er. Her er mennesker som har slitt ut mange par helsesko i korridorene, som har stilt opp på ekstravakter, som har hjulpet hverandre, som har sydd tepper og gardiner til oppholdsrommet og som har lagt igjen deler av sin sjel i arbeidsplassen. Dette er mennesker som har høy utdannelse og høy arbeidsmoral, og som alltid har hatt et klart mål for øye: Pasientens beste!

Selvsagt er dette umulig å måle i kroner og øre direkte. Og det er jo hard valuta det er snakk om når man etterspør målet for denne prosessen. I og med at jeg har vært på Aker så lenge, er dette ikke første gangen man blir stilt overfor omleggingsprosesser. Det har vært en pågående omstilling så lenge jeg har vært her. Og om det har generert en bedre pasientbehandling, stiller jeg meg tvilende til. For lenge og for mye har det vært økonomien som har styrt, men at utleggene for å komme i posisjon til å spare, har overgått muligheten for innsparing, har det vært mindre snakk om. Men dersom jeg var pasient, ville jeg hatt en godt betalt, fornøyd og verdsett behandler, da tror jeg sjansen for å lykkes med behandlingen ville vært stor.

I dag er Oslo universitetssykehus virkelighet, en mastodont av et sykehus som er ansvarlig for store befolkningsgrupper og enorme utfordringer. Tør du som leder ta på deg disse oppgavene uten å vite at du har de tilsatte med på laget? Du

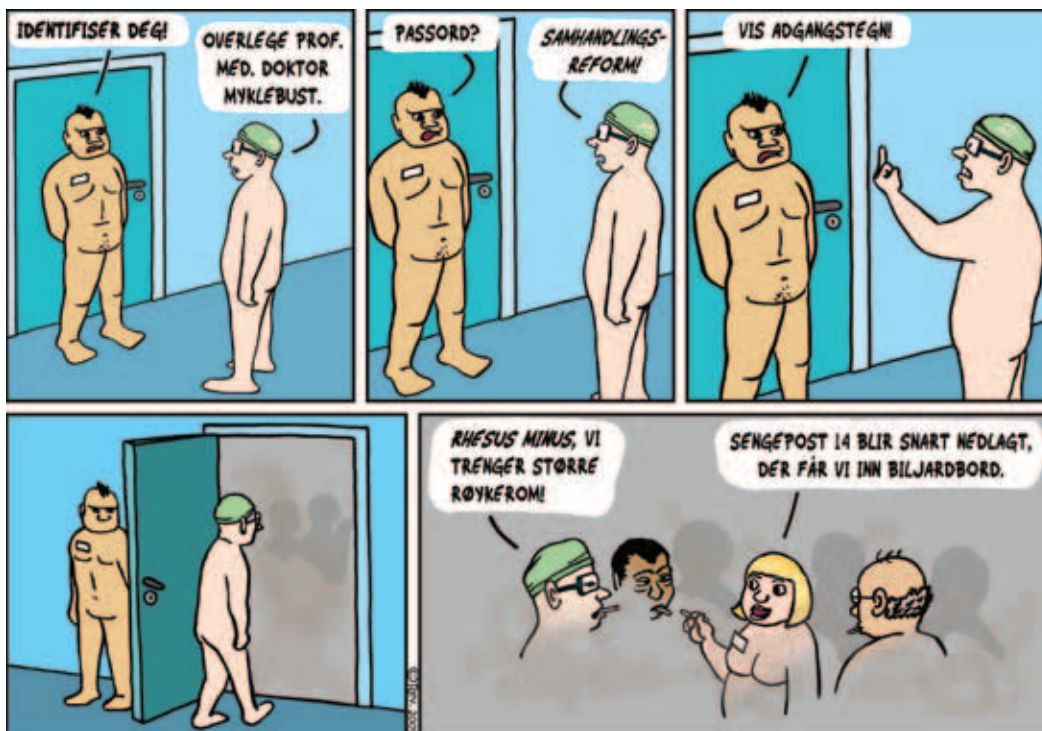
vet, lojalitet og lagånd kan ikke vedtas, det må man fortjene. Og etter den prosessen som har vært frem til nå, er jeg redd du ikke har fortjent noen lojalitet. Tror du vi vil yte noe ekstra så lenge vi ikke vet hva vi skal, når vil skal det og hvor vil skal?

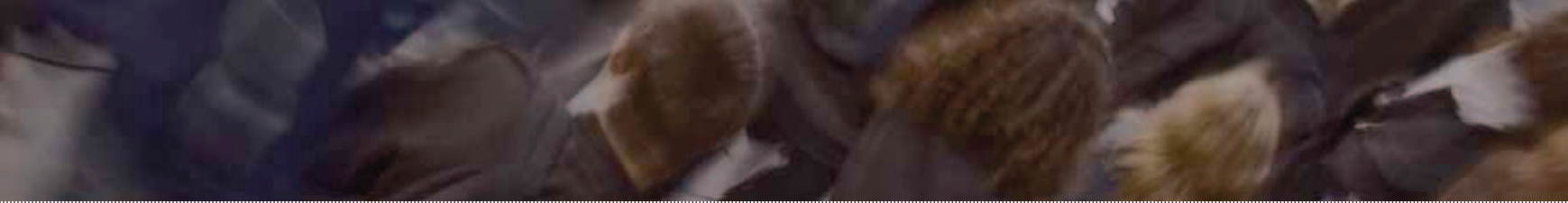
En omstilling der vi på Aker har et nedleggingsspøkelse hengende over oss, har innvirkning på flere sider av mitt liv. Ungene lurer på om mamma har jobb til sommeren, og hvorfor man legger ned sykehus når man trenger senger til de syke menneskene. Planlegging av fremtiden, bosted, ferie, utdannelse etc. blir satt på vent, da man faktisk ikke vet hva man skal gjøre om bare et år. Tror du jeg tar på meg ekstraoppgaver når jeg ikke har forutsigbarhet i hverdagen min? Har jeg fortjent en sånn behandling etter 23 år i denne organisasjonen? Selvsagt skjønner jeg at du ikke kan ta hensyn til hvordan JEG har det, men dersom for mange opplever situasjonen på samme måte, hvordan skal du da kunne drive sykehus? Du og dere i ledelsen trenger faktisk noen til å utføre jobbene på gulvet, nær pasientene, dersom det i det hele tatt skal bli utført noe matnyttig her. Og da må dere opparbeide dere ny tillit hos oss.

På Aker jobber vi dag og natt med pasienter som er totalt overlatt til oss, og pasientene stoler på at vi vil gjøre vårt best ut fra vår erfaring og utdanning. Noen trenger vask, noen trenger elektrokonvertering, noen trenger ny hofte, noen trenger å få fjernet blindtarmen, noen trenger en hånd å holde i når livet ebber ut. Alle disse fortjener det beste Oslo universitetssykehus har å tilby, og så langt har de fått tilbud om det, faktisk til tross for den måten vi som arbeidstakere har blitt behandlet. Men her finnes det grenser, og du og din stab i ledelsen tangere nå denne grensen. Når den blir passert, vet jeg ikke hva slags tilbud det blir til pasientene i OUS. Og igjen, det finnes mye man ikke kan pålegge tilsatte. Man kan ikke pålegge tilsatte å føle glede over arbeidet sitt, eller å yte det lille ekstra. Man kan ikke pålegge folk positiv holdning til nye utfordringer.

Jeg har tenkt å leve lenge, lenge nok til å se resultatet av dette kjempestore forsøket med 22 000 tilsatte, der man river grunnen ut under beina på folket og ber dem stå fast likevel, der man kaster lojalitet ut med innsparingsbadevannet og forlanger trofasthet til arbeidsgiver, der man teller hoder og ikke etterspør hva slags

TERAPI av Bodil Røvhaug





Anonyme sykepleiere

kropp dette hodet sitter på, der man satser på at folk legger sjela si i en hjerteløs behandling av pasientene.

Du syns sikkert det var fint å si godt nytt år til de ansatte på Aker sykehus i dag, og da har du tatt vare på deg selv og din dag. Jeg har en god dag på jobben når mine pasienter våkner av narkosen og har det bedre enn da de sovnet. Du har ansvar for at jeg skal kunne oppleve det også i de kommende årene. Jeg er verdifull for deg, og du tjener på å ha meg på ditt parti i denne prosessen. Da er jeg redd for at det ikke er nok å stå i porten på Aker og si godt nytt år. Da må jeg og tusenvis av andre tilsatte få tiltro til at vi har en verdi for deg, slik at vi blir behandlet på en skikkelig måte. Da må hverdagen vår bli forutsigbar, da må vi ha tiltro til at ledelsen er på vårt parti. Da skal vi stå på i prosessen, og tåle omstilling, hardt arbeid og forandring, men bare da. Kjære Siri Hatlem, jeg ønsker også deg et godt nytt år – et år der det blir klart for ledelsen i OUS og Helse Sør-Øst at for at omstilling skal kunne skje, og penger spares, for at en nye organisasjon til pasientens beste skal kunne vokse frem, må både ledelsen og de andre tilsatte jobbe mot samme mål. Og til nå er det dårligste forslaget her å legge ned et fungerende sykehus. Så håper jeg at alle som har noe de skulle sagt i denne prosessen bare tar de avgjørelsene som gjør at man kan se sin bestemor i Groruddalen i øyene når hun brenner lårhalsen, og si: «du får det beste tilbudet tilgjengelig i Helse-Norge».

Klaus Hagerup:
*at arbeidet æ leve med,
e mykje mykje meir enn det å slite.
Ei ny tid kommer sjøl om fjellan står,
og det bli like fint å jobbe som å danse.*

Vennlig hilsen Hildur Borge,
tilsatt på Aker sykehus 04.05.1987

Jeg var på et seminar i regi av Oslo fylkeskontor og var fornøyd, men kunne tenke meg å komme med en del kommentar. En uke senere fikk jeg en mail fra kursansvarlige om å svare på noen spørsmål, sånn at fylkeskontoret kunne bli bedre i framtiden. Da jeg skulle svare, visste det seg at jeg/mine svar blir anonymisert. Dermed ville ikke jeg svare, og sendte en melding til Oslo fylkeskontorets administrasjon.

Jeg lurar på om det er en vanlig å spørre medlemmene om tilbakemelding mot at de blir anonymisert. Sykepleiere er stolte og modige, faglig dyktige og reflekterte, de er (bare fyll inn). De trenger ikke å gjemme seg bak et eller annet. De vil gjerne stå fram!

Jeg synes det er en tankevekker med alle de fine ord som blir kommer fra sykepleiere uten navn. Jeg kan tenke meg fordeler og ulemper med anonymitet og åpenhet, men det er vel vanlig og høflig å underskrive med sitt navn, bortsett fra i spesielle tilfeller som varselsaker og liknende.

Jeg synes at NSF som organisasjon kan etterstrebe, men like mye Sykepleien at kommentar på det ene og det andre kommer fram med underskrift av avsenderen.

Hugo de Ridder

SIDEN SIST Siden sist inneholder korrigerende og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Tekno-ballen

I artikkelen «NSF tar teknoballen» i nr. 17 kom det med et par formuleringer som kan misforstås. Jo Cranner i NSF's fagpolitiske avdeling, som jobber med NSF's satsing på omsorgsteknologi, presiserer at det ikke er han personlig, men NSF som ønsker en grundig vurdering av de etiske (og juridiske) spørsmålene rundt omsorgsteknologi.

Merete Lyngstad, også intervjuet i saken, sa at administrativ teknologi (ikke informasjonsteknologi generelt, som Sykepleien skrev) ikke hører naturlig inn under begrepet omsorgsteknologi. Likedan gjelder dette elektronisk informasjonsutveksling og EPJ, som går på informasjonsutveksling internt i helsetjenesten, som heller ikke kan betegnes omsorgsteknologi.

På et møte i januar tydeliggjorde NSF at forbundet har en positive holdning til omsorgsteknologi.

Vi følger saken videre på: www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



MINNEORD

Bernt Narve Skurtveit

Den 15.10.09 fekk vi alle tilsette ved fødeavdelinga i Volda denne meldinga på telefonen vår; «Vår kjære Bernt døde i natt». Sjølv om vi hadde vore førebudde på det, var det med djup sorg vi mottok dødsbodskaen. Han, den sprekaste og mest levande av oss alle, som elska og levde livet så intenst.

Bernt var turnusjordmor i Volda frå 1984 – 1985, og arbeidde ved avdelinga etter dette. Han vart leiar i 1992. Han var fagleg dyktig og ei omsorgsfull jordmor som fødekvinnene sette stor pris på. Også i tida etter at han vart sjuk engasjerte han seg for jordmorfaget. Seinast i august åpnar han jormormarsjen i Eidsdal.

Han var det naturlege midtpunkt mellom alle sine kvinnelege kollegaer. Så flott og sjarmerande, varm, omsorgsfull og god. Han såg oss alle. Den lune veremåten, det stor smilet og humoren

var hans kjenneteikn. Han hadde gode og oppmuntrande ord til oss, med han kunne vi dele sorger og gleder. Det var alltid kjekt å vere på jobb og ha fødsel i lag med Bernt. Sosial som han var, likte han betre å vere ute i avdelinga enn å sitje åleine på kontoret. Vi ser han også for oss på pauserommet med den blågråe tekopen sin. Bernt var eit naturleg midtpunkt i sosialt samvær, med ei god historie eller ein sang på lur.

Då Bernt vart sjuk før jul i 2004, kom det som eit sjokk på oss, men han kom tilbake på jobb etter behandling og vi vart svært glade. Så vart det oppturar og nedturar. Bernt stakk ofte innom avdelinga, delte både dei håpefulle og dei tunge beskjedane med oss. Bernt viste eit utruleg pågangsmot og styrke. Han fylte livet sitt med mange gode opplevingar også medan han var sjuk. Vi har enno mange postkort

frå dei fine turane han var på.

Vår djupaste medkjensle går til dykk som stod Bernt aller nærast, familien hans. Ei varm takk for at vi fekk delta ved minnestunda og dele den med dykk, sjå alle dei vakre bileta av Bernt, høyre dei flotte sangane og dei gode orda. Takk for gåva til fødeavdelinga, den skal brukast i Bernt si ånd.

Vi kjenner det som ei stor ære å ha fått vore Bernt sine kollegaer og vore ein del av livet hans. Vi vil bere han og alle dei gode minna med oss i hjarta våre.



Frå kollegaene ved fødeavdelinga i Volda

Berit Ane Andersen

17. november mistet vi et kjært medmenneske, og det er vanskelig å innse at vi aldri mer skal treffe Berit Ane. Hun fikk bare 52 år. Vi ser ingen mening i at hun skulle omkomme i bilulykke når hun var strålende opplagt etter mange års kamp mot alvorlige helseproblemer. En av oss var på byen med henne tre dager før hun døde. Da fortalte hun blant annet at det før jul i år ikke ble tid til å be til tradisjonelt vennelag med pappa Knut sin gravlaks. Nei, det blir ikke flere selskaper med Berit Ane som glad og opplagt vertinne.

Ufattelig trist for oss, men tapet er enda større for foreldre, resten av familie og slekt samt kolleger. Berit Ane var svært glad i sine nærmeste og det var et ualminnelig godt samhold. I sorgen kan vi alle trøste oss med minner om både muntre og alvorlige stunder.

Med ballast som psykiatrisk sykepleier

hadde hun – i tillegg til sine menneskelige kvaliteter – en kompetanse som kom vennene til gode.

Hun arbeidet som lærer, men vi lærte alle mye i samvær med Berit Ane, og hun var aldri belærende. Hvis vi hadde det vanskelig stilte hun derimot tankevekkende spørsmål for å hjelpe oss på et mer konstruktivt spor, eller sa det rett ut hvis hun mente det ble litt drøyt.

Berit Ane høstet beundring for sitt mot og sin stahet. Selv om hun de siste årene var avhengig av rullestol reiste hun for eksempel alene til USA. For et par år siden var hun mannskap på ei seilskute tilpasset funksjonshemmede, og vi glemmer ikke bildet av Berit Ane da hun var heist opp i masta og smilte henrykt.

For en rullestolbruker tar alt i hverdagen mye tid, men for Berit Ane var ikke det noe tema. Hun hadde krevende jobb, og hun

deltok aktivt iblant annet Kystlaget og Nei til EU. Hun holdt også kontakten både med nye venner og de hun har kjent store deler av livet. Det skjønte vi for alvor da vi skulle informere vennekretsen før den tragiske hendelsen ble omtalt i media.

Hun hadde et enormt nettverk, som reagerte med fortvilelse og vantrø. Etter at helsa til Berit Ane ble mye bedre burde pågangsmotet hennes blitt premiert med enda flere gode år. Vi er svært mange som er ulykkelige over at livet hennes fikk en brå slutt, men vi vil minnes Berit Ane med takknemlighet og glede.



Guri, AnneKat., Ellen Pauline, Liv S. og resten av venneflokken

MINNEORD

Liv Sæter Hoksnes

Du gledet deg til sommerferien. Livet er sårbart og skjørt. Fremtiden ligger skjult for oss alle. Sykdommen kom brått og brutalt. Du ble knapt 54 år.

Vi ble kjent med deg som en enestående kollega. Du var en faglig dyktig sykepleier. Med dine holdninger, din grundighet, ditt varme hjerte og dine varme hender viste du omsorg for alle du møtte. Du hadde en lun humor og en hjertelig latter. Du var stolt av din familie. Du var tvers igjennom god. Du betydde mye for mange.

Nå er du borte, det er uvirkelig og urettferdig. Det ble et sterkt farvel med deg kjære, gode og snille Liv, i Aukra kyrkje 2. oktober. Det var som om du var midt iblant oss. Sola brøt gjennom skyene da du ble båret ut til graven, som en bekræftelse på at du for alltid vil være en solstråle og en fredslilje.

Våre tanker går til dine kjære. Vi vil savne deg. Hvil i fred.

*Fra kolleger på Eide Psykiatriske Senter
og Molde DPS, Knausen*



Effektiv og mild for tørr hud!

Tørr hud er ofte sensitiv, derfor inneholder Decubal kun rene, enkle ingredienser som pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Produktene er helt frie for parfyme og fargestoffer og kan brukes av hele familien. Decubal brukes også forebyggende eller som supplerende pleie i forbindelse med lett eksem og psoriasis.

**BLI
MEDLEM
NÅ!**

DECUBAL[®] PLUSS
DIN PERSONLIGE HUDPLEIESPESIALIST

- ✓ Gratis vareprøver
- ✓ Gratis eksperthjelp

www.decubalpluss.no



DECUBAL[®]
Eksperter på tørr hud



Organisasjons- og strategidirektør
Hansa Borg Bryggerier AS
Ole Hope

Helsevesenet trenger en annen medisin

Bedriftsøkonomiske modeller som styringsinstrument for en offentlig finansiert sykehussektor har spilt fallitt.

I dag er all styringsretorikk rundt driften av landets helseinstitusjoner knyttet opp imot begreper som underskudd og overskudd. Dette er begreper vi kjenner igjen fra økonomisk styringslogikk. Disse passer utmerket i virksomheter som driver i konkurranse med det formål å bidra til en optimert verdiskapning for eierne. Slik sykehussektoren i dag blir driftet er det ikke en reell sammenheng mellom begrepsbruken og de underliggende rammebetingelser.

New public management legger til grunn at en tydeligere markedsorientering i offentlig sektor vil bidra til bedret kostnads-effektivitet uten at det får negativ effekt på den ytelse offentlig sektor skal levere. Dette kan nok være tilfelle innen en rekke områder som egner seg for konkurranseutsetting, men kanskje

Det er ikke på ledermøter og på lederkontorene at helsevesenet gjør folk friske.

ikke innenfor områder hvor konkurranseutsetting i beste fall kan og bør diskuteres. En nesegrus tro på at konkurranseorientering alene utvikler mer kosteffektive modeller i helsesektoren er etter mitt syn naivt. Minst like naivt blir det å tro at rammekutt og innsparinger er det som skal for til å bringe sykehusøkonomien i balanse. Dette pakket inn i en retorisk ramme som vi kjenner igjen fra bedriftsøkonomien, gjør det hele bare verre.

Måler alt i penger

Det synes som om samfunnet vårt utvikler seg mot å få en desperat trang til å måle alt i penger etter bedriftsøkonomiske begreper som overskudd og underskudd. I helsesektoren burde man i større grad arbeide mot en begrepsbruk som forteller publikum hva mer- og mindreforbruk av finansielle ressurser egentlig er: Overforbruk/underforbruk av tildelte midler.

Ikke misforstå meg! Jeg mener det er minimumskrav at organisasjoner som forvalter store deler av våre felles økonomiske res-

surser må styres etter prinsipper forankret i effektivitet, effisiens og sunn ressursforvaltning. Likevel, å tro at pasienten blir frisk av enda mer av den samme medisinen – new public management – er å gå i feil retning.

Virksomheter, det være seg i det private næringsliv eller i offentlig forvaltning, har som formål å produsere ett eller annet utkomme. Dette utkommet produseres ikke av penger, men av ulike «verdskapende» aktiviteter. Vi vet imidlertid at det i de fleste organisasjoner utvikler seg aktiviteter som ikke skaper det grunn, men snarere er for friksjon å regne. Ekstra ille er det når slike aktiviteter blir rent dysfunksjonelle knyttet til realiseringen av virksomhetens mål. Veien til en varig sunn forvaltning av ressursene går ikke gjennom ytterligere kutt eller pålegg om nye «moderne» økonomiske styringsprinsipper, men snarere om grundig organisasjonsutvikling hvor det fokuseres på hvilke aktiviteter som faktisk må utføres for å realisere virksomhetens mål.

Strømlinjeformet ledelse

I min verden er det dette som er organisasjonsutvikling. Organisasjonsutvikling som foretas på tegnebrettet med flytting av rapporteringslinjer, sammenslåing av enheter og «strømlinjeforming» av ledelsen har lite med reell organisasjonsutvikling å gjøre. Det er de underliggende arbeidsprosessene som må endres dersom man skal forvente å få noe effekt ut i andre enden. Lederspenn, flere ledere eller færre ledere, flere divisjoner eller færre divisjoner endrer lite på realitetene, dersom det ikke får konsekvenser i den gjennomgripende organiseringen av det produktive arbeidet. Det er ikke på ledermøter og på lederkontorene at helsevesenet gjør folk friske.

Valg av organisasjonsdesign er et spørsmål om hva som er hensiktsmessig i forhold til hvilken strategi man har intensjoner å realisere. Den strategien som imidlertid realiseres er ikke den vedtatte, men summen av de aktiviteter og oppgaver som utføres av enkeltmenneskene i organisasjonen. Vi kan ikke vedta en strategi og anta at den da blir realisert. Vi setter oss strategiske mål, definerer hvordan vi har tenkt å realisere dem, og arbeider intensivt og grundig med organisasjonen for å gjøre det vi kan for å få den til å realisere den strategi vi har intensjoner om å få iverksatt.

Må tåle å bli utfordret

Dette koster imidlertid mye. Menneskelig ved at alle må være vilige til å snu de nødvendige steiner, og stille spørsmål knyttet til alle oppgaver de selv utfører og nødvendigheten av disse. Mange arbeidsprosesser og grensedragninger mellom arbeidsprosesser vil måtte redefineres og endres. Vi vet at dette er belastende for dem som blir utsatt for dette, men vi vet også at dette er helt nødvendig hvis vi skal møte de forventninger til sunn forvaltning som alle brukere og potensielle brukere forventer. Hver og en vil måtte bli utfordret på sin rolleforståelse og innholdet i de oppgaver og aktiviteter den enkelte utfører.

En annen kostnad er konflikter. Når endringer av denne karakter skal gjennomføres, vil konflikter relatert til endringenes innhold og prioriteringer oppstå. Konflikter kan være både funksjonelle og dysfunksjonelle. De funksjonelle bidrar til å belyse problemstillinger fra flere vinkler, mens de dysfunksjonelle kan bidra til låste posisjoner og personmotsetninger. Vi må imidlertid ikke la oss stoppe av at konflikt kan oppstå, men snarere gjøre oss i stand til å se dem, og løse dem før de får utvikle seg til «uløselige verkebyller». En tredje kostnad er det effektivitetstap som vil oppstå i slike prosesser. Disse må det tas høyde for, samtidig som det skapes en forståelse hos oppdragsgiver for at dette er en nødvendig investering for fremtidig effektivitet. En fjerde og ikke ubetydelig kostnad er den rent finansielle utfordringen det gir når det må hentes inn ekstern assistanse for å drive denne organisasjonsutviklingen gjennom.

Sette rammebetingelser

Skal vi imidlertid lykkes med en slik tilnærming krever det ganske mye av dem som setter rammebetingelsene for driften. For det første må man sette klare konkrete og realiserbare mål for virksomheten. Når dette er klart, må man velge en vei for å realisere disse målene – i min fagterminologi kaller vi gjerne dette strategi.

Det har seg imidlertid sånn at når en vei velges, må en annen velges bort. På godt norsk heter det å prioritere. Å prioritere betyr å si at noe er viktigere enn noe annet. Det er ikke å prioritere å kreve at alt skal gjøres, tildele knappe ressurser, innføre «moderne» forvaltningsprinsipper og overlate til sykehusledelsen å administrere kuttene. Eieren må ha mot og evne nok til å definere de ulike institusjoners roller og oppgaver og samtidig si hva som skal gjøres og hva som ikke skal gjøres. Deretter må ressursene følge oppgavene. Når det blir en klar sammenheng mellom mål, strategi og ressurser, da kan man begynne å utfordre institusjonene på sitt merforbruk. Hvilket er å foreta valg og å prioritere.

Dette er svært ubehagelig når ønskene og behovene er større enn samfunnets mulighet til å realisere dem. Å løse dette kalles politikk. Det er ikke politikk å gjemme seg bak vage formuleringer som, hvis vi ser godt etter, innfrir alle store og små særinteressers ønsker, for deretter å overføre prioriteringss spørsmålet til en sykehusledelse som er bundet på hender og føtter gjennom uklare krav og et forvaklet økonomisk styringsregime. Det synes som om det eneste kravet våre politiske myndigheter evner å formidle til sykehusledelsene er finansielt funderte.

Tydelige styringssignaler

Våre helsepolitikere må vise mot, prinsippfasthet og evne til

å gi tydelige styringssignaler gjennom prioriteringer for å få helseøkonomien på rett spor. Spørsmål som må besvares klart og tydelig uten vage og runde formuleringer er: Hva skal helsevesenet gjøre? Det neste konkrete spørsmålet som da kommer er: Hvordan har man tenkt å gjennomføre dette? Det tredje spørsmålet som må besvares er: Hva koster det? Hvis det er slik at dette koster for mye, må man faktisk gå tilbake til start og stille følgende spørsmål: Hvilke oppgaver må gjøres, og så ta sløyfen en gang til. Denne øvelsen må gjøres om igjen og om igjen inntil det er samsvar mellom oppgaver og midler.

Løsningen er ikke å påtvinge allerede pressede organisasjoner ytterligere bedriftsøkonomiske modeller og budsjettkutt i håp om at det løser problemet, det gjør nemlig ikke det! Er det noe helsearbeidere kan, så er det å kurere årsaken til problemer gjennom riktig bruk av riktige virkemidler – å tilskrive riktig medisin. Det blir på grensen til komisk å kontinuerlig utsette denne gruppen av høykvalifiserte mennesker for feilmedisinering. De har avslørt årsaken til problemet for lenge siden. Nå venter de, og vi andre, på at beslutningstakerne våkner og tilskriver riktig medisin. ■■■

TRENGER STYRING: Våre helsepolitikere må vise mot, prinsippfasthet og evne til å gi tydelige styringssignaler gjennom prioriteringer for å få helseøkonomien på rett spor, skriver kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox





DILEMMA

Per Nortvedt om fag og empati

Navn: Per Nortvedt
Bakgrunn: Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Inkluderer faglig forsvarlighet

En ung kvinne har klaget til Pasientombudet etter å ha opplevd krenkende behandling i forbindelse med en spontanabort. Sykehuset mener det har handlet faglig forsvarlig.

Helse- og sosialombudet i Oslo kan i sin årsrapport 2006 fortelle om en episode der en ung kvinne ankommer legevakten i Oslo med truende abort. På legevakten føder hun på toalettet og blir tatt hånd om. Deretter blir hun (som var vanlig praksis på Legevakten) sendt til gynekologisk avdeling ved et større sykehus for utskraping. Hun var medtatt og gråt, hadde blødd en del, og hadde blod på klær, strømper, sko. Pasientombudet kan videre bemerke at hun selv måtte ta drosje til sykehuset medbringende det døde barnet i et glass i en bærepose.

En kan selvsagt skylde på arbeidspress, mangel på tid, dårlige rutiner osv.

Da hun ankom avdelingen fikk hun beskjed om å vente. Hun ventet ifølge henne selv en time i korridoren. Hun hadde smerter, men fikk ikke smertestillende. Hun var fortsatt veldig medtatt, gråt, blødde ifølge rapporten ut morkaken der hun satt. Andre kvinner, ifølge henne selv «i lykkelige omstendigheter», gikk forbi i korridoren.

Ombudet henvendte seg til sykehuset, som forklarte at de ikke anså ventetiden som uforsvarlig lang. De anså det heller ikke som uforsvarlig at hun måtte vente sammen med de andre gravide. Sykehuset viste til at 20-30 prosent av alle graviditeter ender med spontanabort. Det ble også vist til at avdelingen ikke hadde som prosedyre å gi smertestillende medisiner. Etter hvert ble hun tatt hånd om av lege. Ombudet mener

saken illustrerer et klart brudd på forsvarlighetskravet (1).

Ikke særlig empatisk

I intervju med Østlandssendingen samme dag som rapporten ble kjent, uttaler lege at ivaretagelsen av kvinnen faglig sett var forsvarlig, men på spørsmål fra journalisten innrømmet vedkommende at måten hun ble tatt imot på ikke synes å være særlig empatisk.

Etter to år og gjentatte purringer fra Pasientombudet kom rapporten fra Helsetilsynet. Helsetilsynet kritiserer legevakten for den etablerte praksis og setter spørsmålsteget ved om man forstår hvilken krenkelse det er å bli plassert i en drosje med det aborterte fosteret i en pose. Legevakten har senere forandret denne praksis. Sykehuset får derimot ingen korreks. Det presiseres ved sykehuset at den rent medisinske håndteringen var i overensstemmelse med en faglig standard. Sykehuset var også noe uforstående til kvinnens beskrivelse av hvordan hun var blitt mangelfullt ivaretatt. Legen som hadde sett på henne beklaget hvis kvinnen følte seg krenket.

Denne saken reiser mange spørsmål for etikk og fag. Det viktigste er kanskje, hvordan kan slik skje, og for oss som er sykepleiere — hvor var sykepleieren? Det andre dreier seg om hvordan vi forstår begreper som faglig forsvarlighet.

Mer enn juss

I Lov om Helsepersonell, kap. 2. § 4 står det at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» (2)

Hva som til enhver tid er faglig forsvarlig og omsorgsfullt er det opp til den enkelte utøver av helsehjelpen til å vurdere og fastlegge. Legg likevel merke til at assisterende helsedirektør i en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening sier at: «Faglig forsvarlighet må bygge på breie prosesser, der det ikke er tvil om at synspunkta til pasient og pårørende er rekna med.

Faglig forsvarlighet er ikkje bundne til reint medisinske forhold, og slett ikkje til det personlige synet til legen» (3). Når legen i intervjuet dermed sier at handlingen var faglig forsvarlig, anlegger han/hun en juridisk standard som strengt holder seg til at handlingen må tilfredsstille en medisinsk minstestandard. Det innebærer at kvinnen ikke var i en akutt nødssituasjon, hun var ikke i truende blødningssjokk, og medisinsk sett var tilstanden stabil. Men var ivaretagelsen akseptabel menneskelig sett, og er vi tjent med at standard for faglighet bestemmes så snevert? Ikke minst var kvinnen møtt med omsorgsfullhet?

Etter mitt syn må faglig forsvarlighet, som Braut antyder, ikke bare forholdet seg til en juridisk bestemt minstestandard, der alt som ikke faller inn under området for medisinsk nødrett defineres som faglig forsvarlig. Ikke minst må en i sykepleiefaget ha langt videre normer for hva som er god faglig praksis. For det andre sier også loven at behandling og sykepleie skal være omsorgsfull. Dette er særdeles viktig, fordi loven faktisk sier noe om den etiske og holdningsmessige kvaliteten på helsehjelpen. Man skal ikke bare gi riktig behandling eller sykepleie, en skal gjøre dette på den rette måten, og med holdninger som respekterer den enkelte person i den individuelle situasjonen. En kan vel vanskelig forestille seg at den kvinnen

Andre faste bidragsytere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Leder Rådet for sykepleieetikk
Marie Aakre



omsorgsfull sykepleie?

ble møtt med omsorgsfullhet. Men da er spørsmålet:

Hvordan kan slikt skje?

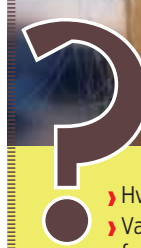
Og jeg vil gjerne tilføye: Hvor var sykepleieren? Nå må det sies, at selv om denne saken synes spesiell, er det ikke enestående at pasienter i norsk helsevesen bli krenket og møtt med respektløs oppførsel. Det skjer daglig, pasientombudene landet rundt rapporterer hvert år om dette, og det gjelder ikke bare leger, men alt helsepersonell, også sykepleiere.

En kan selvsagt skylde på arbeidspress, mangel på tid, dårlige rutiner osv., noe som sikkert er en del av forklaringen. Men det forklarer ikke alt og kanskje ikke engang det viktigste. For når alt kommer til alt, dreier det seg også om den enkelte helsearbeider eller sykepleiers oppmerksomhet eller mangel på sådan overfor den enkelte pasient. For hvorfor var det ingen som så henne og reagerte? Hun satt i gangen, hun gråt, hun hadde blod på klær, hun hadde smerter. Hvorfor ble hun møtt med bryskhet i stede for omtanke, rigiditet i stede for godt skjønn?

Jeg vet ikke. Men jeg vet at det viktigste for pasienter, i det hele tatt, er at de blir sett, anerkjent og hørt. Dette må være det grunnleggende utgangspunktet for god sykepleie, for legekunst, for all helsehjelp. Det er ut fra omtanke for individet i den særegne situasjon, at en må vurdere det kliniske bildet, om en skal fravike rigide regler, gi smertestillende, finne et rom, ta individuelle hensyn. For at dette skal lykkes trenger en institusjoner med bemanning, kompetanse og tid. Men en trenger også individuelle sykepleiere og andre som har tilstrekkelig med empati, mot og omtanke til å reagere, bry seg og bruke godt skjønn. ■■■



KRENKENDE BEHANDLING: Hvorfor ble hun møtt med bryskhet i stede for omtanke, rigiditet i stede for godt skjønn, spør Per Nortvedt. Illustrasjonsfoto: Colourbox (kvinnen på bilde har ikke noe med historien i teksten å gjøre).



- › Hvordan forstå vi begreper som faglig forsvarlighet?
- › Var ivaretagelsen akseptabel menneskelig sett, og er vi tjent med at standard for faglighet bestemmes så snevert?
- › Det viktigste er kanskje: hvordan kan slik skje, og for oss som er sykepleiere- hvor var sykepleieren?

Til refleksjon

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

LITTERATUR

1. Helse og sosialombudet i Oslo, Årsrapport, 2006.
2. Lov om Helsepersonell Oslo Dep., 1999.
3. Braut, G.S (2008) Faglig forsvarlig verksemd handlar om gode prosessar, Tidsskrift for den norske legeforening 2008; 128 (19): s. 2223.



*«Dette er en viktig
erfaring. Fortvilelsen,
alt håpet som brister.»*

TETT PÅ

Anne-Grete Strøm-Erichsen

Hvem: Anne-Grete Strøm-Erichsen

Alder: 60 år

Utdanning: EDB-ingeniør

Yrke: Helse- og omsorgsminister

Hvorfor: Fordi hun er den nye toppen i helsevesenet. Brått fikk hun ansvar for å gjennomføre helsereformen som gründeren Bjarne

Håkon Hanssen fant på.

Pårørende i posisjon

Hennes politiske kamp begynte som pårørende.
Nå er Anne-Grete Strøm-Erichsen helseminister.

Tekst Marit Fonn Foto Bo Mathisen



H

elseministerens blikk sveiper over kontoret.

– I Forsvarsdepartementet var jeg kjent for å ha ryddig pult. Nå er det kaos, synes jeg.

Skrivebordet har noen få bunker på seg. Hun er en halvtime etter skjema, men finner roen i salongen i hjørnet. Svineinfluensaen får gå sin gang. Helsevesenets samarbeidsproblemer løper heller ikke fra henne.

– Er samhandlingsreformen et luftslott?

– Nei!

Hun har ikke et vondt ord om forgjengeren som noen mener sviktet da han plutselig trakk seg etter valget. Skulle han virkelig forlate sin egen baby – samhandlingsreformen – før den ble født?

Forsvarsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen ville gjerne bli på sin post. Men noen måtte steppe inn etter Hanssen. Ikke hvem som helst. En med tyngde. Det ble en liten, spinkel bergenser.

Nå sitter den draktkledde blondinen pent i stolen og viser til enorm interesse og store forventninger.

– Dette er en reform mange ønsker seg, fastslår hun.

HUN HAR SAGT DET mange ganger: Politisk erfaring er hennes viktigste ballast, og det var datteren som fikk henne inn i politikken. Dataingeniøren, som er blitt 60 år, ble Bergens første kvinnelige ordfører. Og første byrådsleder i samme by. Etter 20 år i kommunepolitikken, ble det rikspolitikk. Mens den ene ministeren etter den andre måtte gå eller ble sykmeldt, sendte Strøm-Erichsen norske soldater til Afghanistan, kjøpte kampfly og omstilte Forsvaret.

Hun argumenterer videre for hvorfor reformen er nødvendig:

– Alle piler peker oppover.

Hun trenger ikke forklare. Alle vet det nå: Det blir flere eldre, flere syke og behov for flere helsearbeidere. Hennes resept er som Hanssens: Forebygging.

«Ikke vær sånn: Åhhh, noen forstyrrer rutinene mine.»

– Vi må tenke noen tiår fram. Vi ønsker jo et like godt helsetilbud som nå. Og skal vi snu, må vi gjøre det tidlig.

DA HUN BLE FORSVARSMINISTER, visste hun hva det ville si å sende soldater til krig. Hun hadde selv sett sønnen sin dra til Kosovo. Og komme tilbake. Nå er det erfaringen med datteren som gir henne innsikt.

Hun og mannen skjønte det var noe galt med deres første barn. Det ble uendelig med utredninger på Haukeland sykehus, i perioder hver tredje måned. Men de fikk ingen svar. Da dro de til Uppsala. Etter sju år fikk de diagnosen: Prader-Willis syndrom.

– Klart jeg skjønner hvordan foreldre har det når barna deres har en alvorlig lidelse. Samtidig vil jeg tro og håpe at det er annerledes i dag. Men mange føler de kjemper mot det offentlige.

Hennes politiske liv begynte fordi hun ville ha gangveier så de kunne trille datteren på tur. Hun meldte seg inn i Ap for å påvirke. Cathrine er blitt 37 og bor nå for seg selv. Men hun trenger fortsatt mye hjelp. Hun er liten av vekst og opptatt av mat.

– Man kan si det så brutalt som at hennes forhold til mat er som en

narkomans forhold til sin neste sprøyte. Hun må lære å mestre det.

Hun har små hender og små føtter og må ha spesialsko. Hun har syre i munnen, så tennene råtner.

– Som pårørende går man fra spesialist til spesialist. Søker om stønader.

Moren vet godt at pasienter med varige lidelser er mindre interessante for legene, som helst vil lykkes og helbrede.

– Det er tungt for pårørende. Nå er dette en viktig erfaring. Det gjelder alle stadiene: De mange dørene, alle skuffelsene, fortvilelsen, alt håpet som brister.

Selv om det er en annen tid, er følelsene og utfordringene de samme.

– Samtidig er vi kjempeglade for at det er vi som har Cathrine og ikke naboen. Vi har hatt et godt og innholdsrikt liv.

HUN HAR HATT FLERE REISER i Helse-Norge.

– Det var interessant i nord.

Hun minner om at hun kjenner Finnmark og Troms godt. Denne gangen besøkte hun ingen militærleir, men sykehus og kommuner.

– Befolkningen er spredt, og det er interessant å se hva de gjør.

Hun fikk sansen for Senja. Der samarbeider fire kommuner, den minste med ni hundre innbyggere.

– De hadde hatt 70 leger på to år. Nå har de etablert kompetansesentre og fått arbeidsfellesskap. Tilbudet til befolkningen er bedre og folk er fornøyde. Et godt eksempel på at samhandling har begynt.

– Vil du slå sammen kommuner?

– Nei, det er et blindspor. Men Norge har både store og små kommuner. De er nødt til å samarbeide.

– Sykepleierne er bekymret for om det kommer nok ressurser til kommunene?

– Det skjønner jeg, sier Strøm-Erichsen uten å love en øre.

– Får reformen en ny vri når du tar over?

– Ikke så langt. Hanssen har prediket veldig godt hvilke endringer som må til. Men det kan bli aktuelt med justeringer. La meg likevel understreke at hovedlinjene i reformen skal gjennomføres.

– Har du et hjertebarn?

Hun smiler fort.

– Da må jeg si folkehelsen. Det er jo inn i samhandlingsreform, det. Smilet glir vekk.

– Vi er det rikeste land i verden. Men lykken er ikke alltid proporsjonal med rikdom. Vi har velstand nok til å ha dårlig helse. Vi må ta tak i mer fysisk aktivitet og bedre kosthold.

Selv er hun bevisst hva hun spiser. Hun har hytte på fjellet og går gjerne på ski.

– I perioder er jeg flink til å trene. Men jeg har ikke vært så flink i høst, medgir hun.

SYKEPLEIERNE SLITES av stadige omstillinger. De vil aldri få arbeidsro, sa Hanssen til Sykepleieren i fjor.

– Omstillinger er en del av det å jobbe i dag. Helsevesenet er veldig teknologisk drevet. Det fører til økt effektivitet. Flere sykdommer blir oppdaget og flere blir behandlet. Dette gjør at alle er nødt til å oppdatere seg og vi må finne nye måter å organisere oss på, mener Strøm-Erichsen.

– Hva er ditt tips for å mestre stress?

– Å skape trygghet i endring. Selv om helsevesenet endrer seg, er det jo bruk for sykepleierne. De er etterspurte. I så måte er de enormt privilegerte. De har gjort et strategisk smart valg.

«Vi har velstand nok til å ha dårlig helse.»



– Hvem skal skape tryggheten?
– Ledelsen. Organisasjonene. I samspill, sier hun og anbefaler sykepleierne å bli glad i endringer.
– En dør lukkes, en ny åpnes. Ikke vær sånn: «Åhhh, noen forstyrer rutinene mine.»
– Omstillinger tåles bedre hvis det er nok ressurser?
– Klart. Men det har mye med innstillingen å gjøre. Er du åpen for forandringer, blir det lettere å takle dem. Når det tårner seg opp på skrivebordet, og køen av journalister er lang ... Da trekker jeg pusten, og løser en ting om gangen.
Hun ser fortsatt avslappet ut.

DRØMMEN VAR EN GANG å bli skuespiller. Senere ble hun betatt av misjonen og ville reise ut som lege.

– Jeg var veldig opptatt av fattigdommen i India. Men jeg ble ingeniør.

Om EDB-ingeniøren får informasjonen til å flytte lettere i helsevesenet, gjenstår å se. Hun mener at opplysningene i kreftregistre og andre registre er til for å brukes. Etter dette intervjuet er det rett i møte om helsestrategi. Utenfor døren trippes det, men Strøm-Erichsen holder konsentrasjonen.

– Det dreier seg om å skaffe seg kunnskap, for å gjøre ting bedre. Selv om personvernet er en utfordring.

– Vil du droppe litt personvern?

– Nei, det holder jeg høyt. Tror vi kan klare begge deler.

På sine pandemirunder har hun lagt merke til at noen registrerer manuelt hvem som får vaksine.

– Da må informasjonen lagres to ganger. Mye arbeid å gjøre om igjen, konstaterer hun.

I Bergen derimot, ble hun oppløftet av dugnadsånden. Selv kommunaldirektøren stilte for å registrere dem som fikk vaksine.

Hun blir ivrig med hendene:

– De kunne jo ikke øke bemanningen. De har installert seg på Brann stadion med kafé og filmer. Barna gråt etter vaksinen, men det var fordi de måtte gå.

SYKEPLEIERNES FORBUNDSLEDER VAR HER på kontoret for et par uker siden. Lisbeth Normanns største ønske er en nasjonal sjefsyrkepleier.

– Kan du ordne det?

Hun blir plutselig fjern i blikket.

– Hun nevnte det, ja.

Kort pause.

– Vet du hvorfor? spør hun like godt.

NSF har lenge påpekt at legene er godt representert både her og der.

Hun våkner til:

– Vi har åpnet for at andre enn leger kan få utløst refusjon. Det er et interessant framskritt, mener hun.

Rekruttering til helsevesenet blir en nøtt framover.

– Hva kan du gjøre med det?

Hun tar igjen turen til Troms. Der hørte hun om tiendeklassingene som absolutt ikke ville jobbe som helse- og omsorgsarbeidere. Men så fikk de prøve seg i praksis.

– Da ville de bli sykepleiere likevel. Jeg tror vi må begynne veldig tidlig for å gi dem et insitament til å jobbe i eldreomsorgen. Det må ikke bli bare trist snakk om trøste og bære.

Som pårørende har hun vært på sykehjem, og sett «utrolig mye bra.»

– De som jobber der er veldig dedikerte og har en inderlig opplevelse av at de gjør verdens viktigste jobb. Det må vi bruke.

– Hvem da? Du?

– Absolutt. Folk. Politikere. Hvis vi krisemaksimerer, blir det ikke veldig attraktivt å jobbe der. Det påhviler alle et ansvar.

– Likelønn er også en god idé?

Hun er ikke uenig. Men:

– Jeg går ikke inn i lønnsforhandlinger.

– Du kan jo si til finansministeren og statsministeren at det er en god idé?

– De som forhandler har det mandatet.

HUN BLE ANBEFALT Å TA MED SEG den skuddsikre vesten da hun flyttet fra forsvar til helse. Hun lot den ligge.

– Hvordan er overgangen?

Hun ler.

– Regjeringen er den samme. Jeg sitter rundt samme bord som før. Erfaringen er nyttig.

Hun reiste mye rundt i Forsvaret.

– Nå er feltet større, nærheten er ikke den samme. Før var det «min leir i Bardufoss». Men det er ikke «mitt sykehus». Det blir for mange ledd imellom.

Hun merker godt at alle mennesker har et forhold til hennes nye felt. Hele tiden er det et eller annet.

– Du er liten, men ingen pusling?

– Godt at du sier det sånn, smiler hun. ■■■



Profesjonsstrid? Ja, jeg vil påstå det. Sykepleierne har fått en alt for dominerende stilling.

Jørund Hassel, distriktssekretær i Hedmark, Oppland, Oslo og Akershus, LO Stat

Ut med hjelpepleiere –

Hvis det er sånn at sykepleiere og Norsk Sykepleierforbund arbeider med å skvise hjelpepleiere og helsefagarbeidere ut av sykehuset, ja, så får vi ta en kamp med dem, sa LO-leder Roar Flåthen på Fagforbundets landsmøte rett før jul.

– Er det profesjonskamp mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i dagens helsevesen?

Jørund Hassel: – Profesjonsstrid? Ja, jeg vil påstå det. Sykepleierne har fått en alt for dominerende stilling, samtidig som hjelpepleiere og helsefagarbeidere blir holdt utenfor viktige medbestemmelsesfora.

– Det er behov for alt mannskap vi har ved sykehusene og i den kommunale pleie og omsorg. Og det vil være behov for 40 000 nye årsverk innen 2030. Ser vi på bemanningstillene i helsevesenet så viser de at det blir stadig færre hjelpepleiere/helsefagarbeidere, mens antall sykepleiere øker. Denne utviklingen er ikke av ny dato, men har tiltatt etter innføringen av foretaksmodellen. Med New Public Management-tenkningen ble helseforetakene pålagt nytt regnskapssystem, en ny type ledelse og en endret stillings- og personalpolitikk.

– Etter at diskusjonen om profesjonskampen i helsevesenet startet i vår har jeg vært i kontakt med flere hjelpepleiere som har fått sagt opp sine arbeidskontrakter fordi arbeidsoppgaver er tatt bort. Flere eldre hjelpepleiere har fått «sluttpakke», samtidig som sykehusene bruker innleid vikarhjelp.

– Jeg ønsker ikke å fyre opp under en allerede betent situasjon, men vi kan ikke stille godta at hjelpepleiere skyves ut av arbeidsmarkedet.

Kirstin Bruland: – Jeg kjenner ikke til at det er noen profesjonskamp. Mitt inntrykk er at det er godt samarbeid mellom hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere. Vi har samme mål, nemlig å være til stede for pasientene og sammen utøve god sykepleie. I det daglige arbeidet er det det som er det viktigste. Vi ønsker å gi pasientene et godt tilbud av høy kvalitet og til det trenger vi flere yrkesgrupper med ulik kompetanse – både hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere.

– Jeg har spurt kolleger, sykepleiere og hjelpepleiere på min arbeidsplass om de opplever at det er profesjonskamp, men ennå har ingen svart bekræftende på det.

– Hva er grunnen til at det blir stadig færre hjelpepleiere/helsefagarbeidere i sykehusene og kommunene?

Jørund Hassel: – Sykehusene og kommunene mangler en helhetlig personalpolitikk. Det er en ledelsesutfordring å definere behov og kompetanseutvikling. Dessverre er det bare å konstatere at hjelpepleiere ikke blir prioritert når det er snakk om kompetanseheving for å kunne fortsette i yrket. Og med en økende spesialisering sier det seg selv at hjelpepleierne blir en utsatt yrkesgruppe.

– Dersom det er slik at man trenger ny kom-

Mitt inntrykk er at det er godt samarbeid mellom hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere.

Kirstin Bruland, nestleder i NSF's landsgruppe av sykepleieledere

– inn med sykepleiere?

petanse innenfor sykehusene må hjelpepleiere få tilbud om etter- og videreutdanning som gir dem en kompetanse mellom dagens sykepleiere og hjelpepleiere. Helsevesenet trenger disse hendene nå, og ikke minst i framtida.

Kirstin Bruland: – Dagens helsetjeneste er mer spesialisert enn tidligere. Det er kortere liggetid i sykehus og mer dagbehandling. Dette stiller store krav til kompetanse og mer spesialisert kompetanse enn tidligere.

– Det er forskjell på kompetansen til hjelpepleier/helsefagarbeider og sykepleier. Sykepleier har gjennom sin utdanning kunnskap og kompetanse som ikke hjelpepleier/helsefagarbeider har. Sykepleiere har flere videreutdanninger som er spesifikt rettet inn mot et spesielt fagområde. Flere av disse spesialsykepleierne trengs i sykehusene. Det er viktig å erkjenne denne forskjellen og bruke rett kompetanse på rett sted. Det betyr også å bruke hjelpepleier/helsefagarbeider med sin kompetanse på rett sted, også i sykehus.

– *Hvilke rolle og ansvar har ledere/mellomledere i denne sammenheng?*

Jørund Hassel: – Helhetlig personalpolitikk og inkluderende arbeidsliv er et viktig lederansvar. Her er det mye å ta tak i.

– Hjelpepleiernes nærmeste leder er ofte sykepleier. Sykepleierprofesjonen har opparbeidet seg en monopollignende rolle som styrer personalforvaltningen. Hjelpepleierne står alene

igjen uten egne ledere, og mangler talerør inn til ledelsen. Det skaper stor ubalanse mellom yrkesgruppene i forhold til medbestemmelse. Informasjonen når gjerne fram til hjelpepleierne etter at strategiene er lagt.

– Jeg ønsker en debatt om hvilke kompetanse vi vil ha i framtidens helsevesen. At vi ser nærmere på kjerneoppgavene til den enkelte yrkesgruppe, og hva andre yrkesgrupper kan overta. I forbindelse med eventuell kompetansebygging for hjelpepleier/helsefagarbeidere bør høyskolene inn i bildet.

– Det bør stilles krav om rekruttering av ledere også fra andre profesjonsområder enn sykepleiere og leger slik det i hovedsak skjer i dag.

Kirstin Bruland: – Lederens oppgave er blant annet å sikre en faglig forsvarlig sykepleietjeneste. Det betyr å se oppgavene opp mot bemanning. Pasienten skal ha dekket et behov og avdelingen skal ha personale som kan utføre de oppgaver som må til for å hjelpe pasienten. Noen av disse oppgavene må spesialsykepleier gjøre, noen oppgaver kan sykepleier gjøre og noen oppgaver kan hjelpepleier/helsefagarbeider gjøre. Når det skjer endringer i oppgavene og tjenesten blir mer spesialisert, må en kanskje endre på personalsammensetningen. Av og til betyr det at stillinger blir omgjort for å få inn mer kompetanse på avdelingen. Dette er ikke utskvisning av en yrkesgruppe, men et nødvendig tiltak for å sikre nødvendig kompetanse. ■■

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt og Marit Bendz**





REFLEKS

Gjesteskribent Jon Hustad

Navn: Jon Hustad

Yrke: Journalist i Dag og Tid

E-post: jon@dagogtid.no

Mitt liv som pasient

Eg er ein storforbrukar av sjukehusenester. Og eg likar det. For sjukehusa er ein fristad, der verken skilsmissa eller gjeldsfella kan nå meg.

Idet eg skriv dette, har eg tastaturet i fanget; føtene mine må liggja høgt. Eg har fått akutt artritt i høgre okle, som er fylt med kortison frå Diakonhjemmet i Oslo, sjukehuset eg er trygg på har ei særskild god revmatologisk avdeling – ja, dei har til og med inkluderte meg i eit forskingsprosjekt om revmatisme. Trass i okla har eg, som dei fleste menn under femti år, ei særskild god helse – om eg skal tru blodprøvene og blodtryksmålingane som er vorte tekne når eg har vore på sjukehus.

Likevel: Eg er ein storforbrukar av sjukehusenester. Dei siste tjuve åra har eg vore innlagt med knusken tommel (ein rabbekuttar gjorde det, heilt sant), med heileskaking (hjernerystelse for bokmålskrivarar), sjokk etter bilulukke, med ny heileskaking etter stupeulukke, med mikrobar som har herja med lunger og hoftelodd, med avrivne musklar, med ... eg trur eg stoggar der. Eg er enkelt og greitt alt for uvorden. Eg burde ha fått mykje kjeft. Men det har eg ikkje fått.

Mitt inntrykk er at sjukehuspersonalet har lika meg, og eg har og lika meg på alle desse ulike sjukehusa frå Trondheim til Volda til

til ei maskin og nokon seier dette går bra. Så ligg eg nokre dagar i ei seng, og etter ei tid er eg heilt frisk att.

Eg har ingen vanskar med å forstå at pasientrolla må vera forlokkande for mange, for sjukehusa er ein fristad, ein av dei siste i eit samfunn som er i rask endring, der skilsmissa og gjeldsfella lurar bak kvart eit hjørne. Det er kanskje difor helsesektoren veks så raskt som den gjer. Dei fleste av oss ynskjer ein fristad når vi meiner livet vert for hardt.

I det fleste av tilfella eg har vore utsett for, har truleg sjukehusoppheald i streng forstand ikkje vore naudsynte; heileskakingar går over, anten ein ligg heime eller på sjukehus, sjokk er ein forbigående tilstand, mikrobar vert i regelen slegne attende av kroppens eige immunapparat, akutt artritt går over for dei fleste av oss. Men ikkje alltid, og det er dette «ikkje alltid» som i særskilde mange tilfelle gjer at vi kjenner oss avhengig av sjukehusa og som gjer at sjukhusa og dei som arbeider der, for å kunne halda fram med å arbeida der, er avhengige av oss pasientar.

Det vi menneske ikkje bør tillata oss å gløyma, er at alt kunne ha vore annleis og kan verta annleis. For meg som pasient er den eit gode, og for sjukehuspersonale er den eit gode, men det er altså nokon som plukkar opp rekninga for oss, som skaffar pengane som må til. Og når eg no skriv for eit blad som vert lesen av ei av dei største yrkesgruppene i Noreg, sjukepleiarane, har eg berre lyst til å minna om dette: Nokon må også seia nei, nokon må også prioritera.

Så uendeleg glade vi pasientane er for å ha dykk og sjukehusa våre og aldersheimane og helsestasjonane, hugs at vi òg har andre roller, og i rolla som skattebetalarar kan vi lett verta noko anna og meir trugande enn vi er som på pasientar. Så her er ein spådom: I framtida, i Noreg og i Europa, kjem vi – skattebetalarane – til å verta meir medvitne om rolla som skattebetalarar, og det same kor glade vi er i dykk når vi er pasientar.

Når det er sagt: Eg skal verta meir varsam i framtida. Eg lovar. Dessutan skal eg be ålmennlækjarane slutta med å senda meg til sjukehus utan at det er absolutt naudsynt. Godt nytt år.

Dei fleste av oss ynskjer ein fristad når vi meiner livet vert for hardt.

Ålesund til Bærum og til Oslo. Overalt har eg vorte teken mot med opne armar. No kan det vera av di eg er ein likandes kar – og det er eg sjølv sagt – men eg trur ikkje det er der det ligg. Eg trur eg – eller det som har feila meg – er slikt som sjukehuspersonalet likar ekstra godt, for dei har alltid kunne gjort noko. Tida eller antibiotika eller kortison har ordna alt. Og det har dei fortalt meg.

På sett er den norske og den europeiske sjukehusmodellen eit idealsamfunn, rollene er så klare. Som elev, student, lektor, journalist, forfattar, far, son, ektemann ... i alle desse rollen må eg yta noko, eg må vere medvitne om kven eg er, eg må leggje ned ein innsats, eg må stilla krav, og eg må heile tida reflektera over kva som vert forventet av meg. I rolla som pasient har eg sleppt alt dette. Hovudet mitt treff noko hardt, nokre minutt seinare er eg i ein sjukebil, vert boren inn

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Camilla Leinebø
Nyutdannet sykepleier



Trude Aarnes
Jordmor og privat-
praktiserende sexolog

Når dere trenger et sted å møtes



Foto: Getty Images

Kampanjetilbud:
Dagpakke fra kun
kr 450,-
per person*

Thon Hotels på Gardermoen – fleksibel konferanse, fleksibel overnatting

Kun 10 minutter fra Oslo Lufthavn Gardermoen tilbyr vi to hoteller samt et eget konferansesenter med kapasitet inntil 1100 personer.

På Gardermoen Congress Centre får du nå dagpakke fra kun kr 450,- per person.* I tillegg kan du velge overnatting på Budget-hotellet Thon Hotel Gardermoen fra kr 660,- per person eller Conference-hotellet Thon Hotel Oslo Airport fra kr 895,- per person. Du bestemmer selv hva som måtte passe best.

Ta kontakt for et tilbud som passer ditt arrangement. Tlf 63 92 94 94, e-post: osloairport.kongress@thonhotels.no, www.thonhotels.no/konferansetilbud

*Tilbudet gjelder torsdag til mandag. Minimum 250 personer. Må bestilles minst 45 dager før arrangementet.



B-Postabonnement

Returadresse:
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT
PORT PAYÉ
NORGE

Lilleborg
Profesjonell



NYHET

Kun 100ml

Effektiv og skonsom håndhygiene...

N ogs i lommeformat!

Nå får du Dixin Desinfeksjonsgel ogs i lommeformat, slik at du kan sikre deg mot uønskede bakterier og smitte uansett hvor du er.

Dixin Desinfeksjonsgel tilfredsstiller krav i bl.a. EN1500 og EN12791, har i tillegg dokumentert effekt mot Norovirus, og er dermatologisk testet.



Dixin-serien er anbefalt av
Norges Astma- og Allergiforbund

Dixin

- effektiv omsorg for hendene

-) xx
xxx
-) xx
xxx
-) xx
xxx

Tittel

Xxxx
xxx
xxx

Smaastoff tittel

Smaastoff ingress

Smaastoff tekst u/innrykk xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxx
Smaastoff tekst xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxx

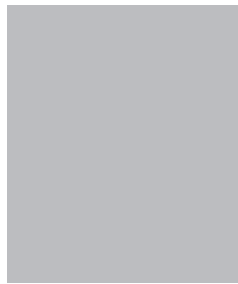


xxxxx: xxx

Smaastoff tittel

Smaastoff ingress

Smaastoff tekst u/innrykk xxxxxxxxxx
xxx
xxxxxxx
Smaastoff tekst xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxx



xxxxx: xxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxx

Smaastoff tittel liten

Smaastoff tekst u/innrykk xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxx
Smaastoff tekst xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxx

Smaastoff tittel liten

Smaastoff tekst u/innrykk xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxx
Smaastoff tekst xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxx

xxxxx: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

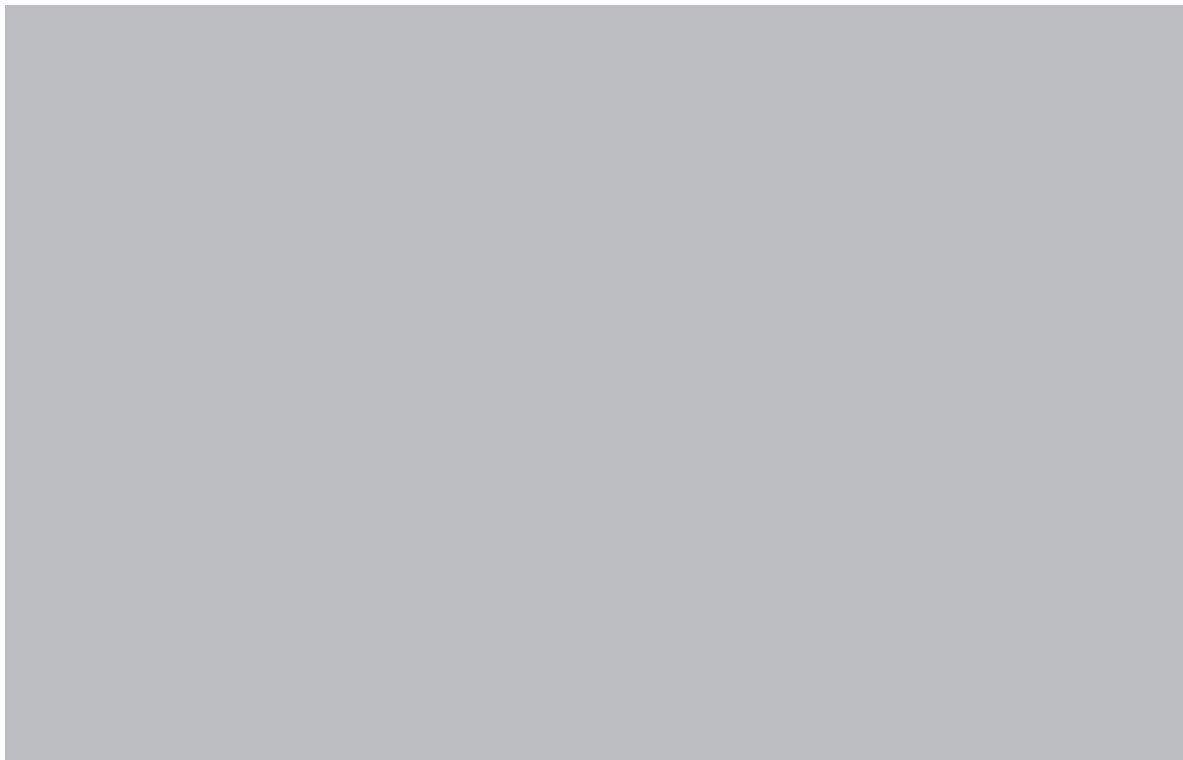
Tikker xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Tittel

X xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxx

Mellomtittel

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxx



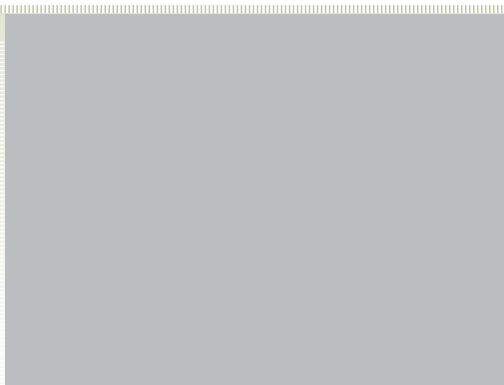
XXXXX: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Smaastoff tittel liten

Smaastoff tekst u/innrykk xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Smaastoff tekst xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Smaastoff tittel liten

Smaastoff tekst u/innrykk xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Smaastoff tekst xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



XXXXX: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx