



## Livredderen

Helge Stokka hoppet ut i vannet. Side 80



## Måling gir mening

Kvalitetsindikatorer i helsetjenesten. Side 28

## Risikabelt!

Generisk bytte av legemidler kan gi mange feil. Side 14 og 57



# Sykepleien

**NSF Politikk:** Departementet ønsker å gjøre de nye helselovene profesjonsnøytrale. NSF er bekymret.

**1** 2011  
20. januar  
2011  
99. årgang



Gjertrud Hannasvik vaslet om skandalen på Vestre Viken.

# – Jeg ble ikke hørt

# LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

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

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

Les mer på  
[WWW.PFIZER.NO/LOETTE](http://WWW.PFIZER.NO/LOETTE)



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



## Sykepleien

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

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

Ansvarlig redaktør Barth Tholens  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

## Medarbeidere:

Redaksjonssjef Bjørn Arild Østby  
tlf. 22 04 33 59/93 03 09 05  
[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

Journalist Marit Fonn  
tlf. 22 04 33 68/99 23 65 90  
[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)

Journalist Nina Hernes  
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11  
[nina.hernes@sykepleien.no](mailto:nina.hernes@sykepleien.no)

Journalist Eivor Hofstad  
tlf. 22 04 33 71/91 75 39 03  
[eivor.hofstad@sykepleien.no](mailto:eivor.hofstad@sykepleien.no)

Journalist Susanne Dietrichson  
tlf. 22 04 33 53/45 42 96 41  
[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)

Fagredaktør Torhild Apall Dybvik  
tlf. 22 04 33 76/99 41 46 77  
[torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

Journalist Ann-Kristin Bloch Helmers  
tlf. 22 04 33 73  
[annkristin.helmers@sykepleien.no](mailto:annkristin.helmers@sykepleien.no)

Journalist Kari Anne Dolonen  
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11  
[kari.anne.dolonen@sykepleien.no](mailto:kari.anne.dolonen@sykepleien.no)

Redaktør Anners Lerdal  
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44  
[anners.lerdal@ldh.no](mailto:anners.lerdal@ldh.no)

Journalist/deskleder Ellen Morland  
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22  
[ellen.morland@sykepleien.no](mailto:ellen.morland@sykepleien.no)

Grafisk formgiver Hilde Rebaard Evensen  
tlf. 22 04 33 58  
[hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no](mailto:hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no)

Grafisk formgiver Hege Holt  
tlf. 22 04 33 57  
[hege.holt@sykepleien.no](mailto:hege.holt@sykepleien.no)

Grafisk formgiver Sissel H. Vetter  
tlf. 22 04 33 61  
[sissel.vetter@sykepleien.no](mailto:sissel.vetter@sykepleien.no)

Markedssjef Ingunn Roald  
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12  
[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)

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

Repro og trykk  
Stibo Graphic AS



## SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds for målparagraf, 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 altstoff som publiseres i elektronisk form.

## Gjesteskrivere:



**Cathrine Sandø** er først ute i Sykepleiens nye spalte «Jeg elsker mitt ...». Her intervjuer vi sykepleiere om deres favorittverktøy/-instrument i jobben. Intensivsykepleier Cathrine Sandø er helt avhengig av scop for å ha oversikt over pasientens tilstand. Hun klarer seg ikke uten. Side 66.



**Ingvar T. Skjerve** skriver i sin kronikk om utviklingen av sykepleieryrket. Profesjonenes makt er i ferd med å undergraves, skriver han. Før var eget skjønn og profesjonens selvsjektiv tydeligere, mens sykepleierens hverdag nå er blitt mer styrt av lover og regler, forskrifter og kontrollregimer. Side 76.



**Per Nortvedt** skriver om hvor vanskelig situasjonen kan bli når hensynet til pasientens beste ikke er forenlig med forsvarlig bruk av ressurser. I dag ser det ut til at leger og sykepleiere stadig er tvunget til å krenke enkeltpasienter fordi ressursene er begrenset. Side 78.



**Jon Hustad** mener mange lokalsykehus bør legges ned, siden dødeligheten viser seg å være større der enn på de store sykehusene. Kampen for å opprettholde sykehusene drives av de friske og fagforeningene som ikke vil miste arbeidsplassene, mener han. Side 84.



# Innhold

## Sykepleien

## AKSJONISTEN: «Sykehusledere skjøl

## Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 10 – Jeg ble ikke hørt
- 14 Frykter feil ved bytte av legemidler
- 16 Hele folket i høring
- 18 Redd kvaliteten glipper
- 20 Tøff start for Ahus
- 22 Mange studenter forsvinner
- 24 Sykehjem tuller med piller
- 25 Hastebehandler omstridt krefttest
- 26 Ett av tre DPS mangler ambulant team
- 27 Vi bare spør Per Kristian Sundnes

## Der ute

- 38 Strid i Sykehus-Norge
  - Jakten på lokale svar
- 43 Suspendert per telefon
- 44 Ingen sa noe
- 46 Paragrafrytterne:
  - Beholder særaldersgrensen
- 47 Min jobb: Unn Hammervold
- 48 Øyeblikket
- 50 Ut med føleriet, inn med forskning og fag



76



40



66

28

- 28 Mål effekten av egen innsats
- 30 – Hvert trykksår man unngår er jo en seier for helsetjenesten
- 32 Fagartikkel: Verdt å vite om kvalitetsindikatorer
- 35 Kjenner input, men ikke output
- 37 4 om måling



ner først at de har blitt varslet når det er blitt for sent.»

**1 • 2011**

20. januar 2011 • 99. årgang

## Fag og bøker

- 54 Å mestre diabetes kan lærast
- 57 Hvilke legemidler er byttbare
- 60 Tiltaksplan for døende pasienter
- 64 Forfatterintervju: Jan Erik Grindheim
- 66 Jeg elsker min scop!
- 67 Bokanmeldelser
- 68 Quiz
- 68 Sykepleie krever mot

## Mennesker og meninger

- 70 Lisbeth Normann om planlegging
- 71 Siden sist og meninger
- 75 Minneord
- 76 Ingvar T. Skjerve om sykepleieryrket
- 78 Per Nortvedt om vanskelige prioriteringer
- 80 Tett på Helge Stokka
- 84 Refleks: Jon Hustad

- 85 Stillingsannonser
- 94 Kunngjøringer

### GJESTESKRIBENTEN:

«Dei tillitsvalde er sjeldan eller aldri dei verkeleg flinke.»

Jon Hustad

84



80

«Jeg hoppet i vannet, man er jo opplært til å reagere»



10

# Sint? Begeistret? Indignert? Inspirert?

## Sykepleien søker bloggere

Som sykepleier kan du ha meninger om så mangt. Om gode og dårlige sider ved dagens helsetjenesten. Om god og dårlig ledelse. Om eldreomsorg og pasientsikkerhet. Og om alle de gode tiltakene som folk bør vite mer om.

Nå kan du dele dine meninger med andre. På sykepleien.no finner du bloggen som er åpen for alle som ønsker å bidra med sine synspunkter. Her er det takkhøyde for lange og korte innlegg, underfundige observasjoner og klare meldinger.

Vanskelig? Niks. Send din mening til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), merket "Blogg". Neste dag kan bloggen på sykepleien.no være din. Ved førstegangs innsending må du også sende ved et elektronisk portrettbilde.

**sykepleien.no**



[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)  
har 30-50 000 unike brukere i måneden. Nettsidene redigeres etter redaktørplakaten og pressens Vær varsomplakaten

## Standpunkt på sykepleien.no

**Trinn 1:** Standpunkt menyen på forsiden har flere underpunkter. Du kan gå direkte til kronikk, blogg eller ledere. Eller du trykke på «standpunkt menyen». Da kommer du til en ny side.



**Trinn 2:** Her finner du de siste ledere, kronikker og forskningsinnspill som har stått i Sykepleien. (Bloggene ligger ikke her. Vil du ha oversikt over dem, må du trykke deg rett inn på blogg fra rullegardinmenyen.)



**Trinn 3:** Arkiv. Samling av alle artikler.



◀ Lurer du på hva fagfolk, redaktører eller forbundsleder mener om styre og stell?

På sykepleien.no har vi samlet ledere og kronikker under menyen Standpunkt.

**sykepleien.no**

## Barth Tholens om varsling

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

## Skriket

Sykehusledere sliter fælt med folk som synger ut om kritikkverdige forhold. De skjønner først at de er blitt varslet når det er blitt for sent.

**F**or en del år siden gikk jeg til innkjøp av en fugl. Det var mest for å please barna. Valget falt på en dvergpapegøye, et nydelig lite vesen med fargefulle fjær som i mine øyne klart trumfet en ordinær undulat. Vi kalte den Chico og plasserte den i et bur ved siden av bokhylla.

Der glodde den på oss dag og natt. Den hadde for så vidt ikke mye annet å foreta seg heller. Fra tid til annen slapp den fra seg noen lyder som var vanskelig å tolke. Til å begynne med var det bare hyggelig. Problemene begynte først da den for alvor kom over puberteten. I takt med økt selvtillit – og kanskje manglende respons – økte Chicos stemmевolum. Den hyggelige pipinggen fikk mer og mer karakter av primalskrik. Etter hvert ble det vanskelig å holde en samtale gående i samme rom, og i perioder da det virkelig begynte å gå meg på nervene, hørte jeg Chico allerede på hundre meters avstand fra blokken vi bor i. Da skjønte jeg at det nærmet seg en drastisk løsning.

Først i ettertid innså jeg at det kanskje ikke var noe feil med fuglen. Skrikingen hans hadde muligens sammenheng med at forholdene i buret ikke var av de aller beste. Vi vokste på en

En varsler framstår sjelden som et menneske som sier noe ledere liker å høre.

måte fra hverandre: Jo verre han skrek, desto mer glapp lysten til å gjøre det trivelig for ham. En særdeles ond sirkel, skulle det vise seg.

Det slår meg at ledere i helsetjenester sliter med noe av det samme. Ledere har problemer med å forstå at en varsler sjelden er et menneske som sier noe de liker å høre. Riktignok vet ledere teoretisk hvordan de skal håndtere varslere. De som sier fra om kritikkverdige forhold, har fått en egen lovparagraf som gir dem beskyttelse. Dilemmaet er imidlertid at ledere som regel

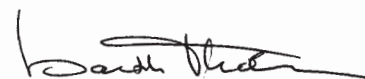
ikke skjønner at de har med en varsler å gjøre. De bare ser et menneske som «skriker» ubehagelig i ørene på dem.

Sykepleien har i denne utgaven et intervju med sykepleier Gjertrud Hannasvik som står fram. Lenge før skandalen på Sykehuset Asker og Bærum sprakk i mediene, hadde hun sagt fra internt om at det ble trikset med ventelistene. Hun var hyret inn for å ordne opp i ventelister og pasientflyt ved kirurgisk avdeling, men oppdaget raskt at det var noe alvorlig galt. Kreftpasienter ble ikke innkalt slik de skulle. De måtte i noen tilfeller vente så lenge at det var for sent.

Da Hannasvik varslet om forholdene, skjedde ingenting. Ledelsen behandlet henne som et hår i suppa. Hun ble ikke innkalt til møter, og dokumentasjon hun hadde samlet inn, ble ikke vektlagt. Ledelsen unngikk henne. De var mer opptatt av å få en ISO-sertifisering enn å få meldinger fra en av sine egne om hvor dårlig det egentlig sto til med pasientsikkerheten ved sykehuset. Ledelsen mente heller at hun overdrev med sine dystre analyser.

Hannasvik historie er egentlig en kraftig advarsel til varslere: Du vil bli møtt med døve ører. Du risikerer ikke å bli trodd. Du vil bli oversett, sett på som en kverulant og frosset ut. Først når sannheten er etablert som et faktum, vil ledere stå fram og si at de kan lære noe av det hele. Før denne sannheten er etablert utad, vil ledere helst vært deg foruten. Da risikerer du å lide samme skjebne som min dvergpapegøye, som jeg på en vakker dag plasserte på verandaen med burdøren på vidt gap. En liten, hendig glipp.

Selv etter at sykehuset i Vestre Viken aksepterte boten på fem millioner, har det gjort lite for å anerkjenne Hannasviks rolle i opprullingen av skandalen. Åpenhetskulturen har tydeligvis fortsatt et stykke igjen på norske sykehus, som først og fremst utmerker seg ved sine autoritære strukturer. For sykepleiere må Hannasviks historie likevel være en oppmuntring. Hun gjorde det! Hun trosset sine ledere. Hun fikk rett. Og til forskjell fra min fugl: Hun overlevde.


**KRITIKKVERDIGE FORHOLD**

Når sjefen krever full fokus på målene, kan det være vanskelig å framstå som en som ødelegger leken. Illustrasjon: Sykepleien.



## Hospitant hos Kunnskapscenteret?

Kunnskapscenteret tar opp hospitanter og gir opplæring i kritisk vurdering av artikler i arbeid med fagprosedyrer og kvalitetsmåling, samt innføring i kunnskapsbasert praksis.

Tidligere har det bare vært leger eller legestudenter som har benyttet seg av tilbudet, men sykepleiere er også velkomne til å søke. Senteret tilbyr kontor plass i to-fire måneder, men ingen lønn.

– Personen vi tar opp må enten ha sitt eget prosjekt, for eksempel å gå gjennom litteratur og lage en kunnskapsoppsummering, eller den må gå inn som en del av våre prosjekter og dermed bli satt inn i tenkningen og arbeidsmåtene våre, sier avdelingsdirektør i Kunnskapscenteret, Anne Karin Lindahl.

Interesserte kan kontakte avdelingsdirektør Gro Jamtvedt, grj@kunnskapscenteret.no



Foto: Colourbox

# Hva skjer

## Fattigdom i Europa

Den europeiske utgaven av Statistisk sentralbyrå, Eurostat, har undersøkt inntekter og levekår for folk i de 27 EU-landene. Resultatet viser at 116 millioner mennesker står i fare for fattigdom eller sosial ekskludering i EU i 2008. Undersøkelsen har sett på hvordan folks boforhold, helse, utdanning og tilknytning til arbeidslivet innvirker på faren for fattigdom.

Latvia er det landet der størst andel av befolkningen, 26 prosent, står i fare for fattigdom etter sosial ekskludering, mens Tsjekkia, med 9 prosent, kommer best ut. Cirka 12 prosent av dansker og svensker er i faresonen.

2011 er utropt til året for bekjempelse av fattigdom og sosial ekskludering i Europa.

Kilde: Eurostat

## Faggruppe og konferanse for rusykepleiere

«Hva nytter i rusvirkeligheten», er tema for en konferanse 31. mars – 1. april for sykepleiere som jobber i rusfeltet. Konferansen markerer også at Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere (LPS) nå også er blitt en faggruppe for sykepleiere som arbeider i rusfeltet. Dette har blant andre Kari Nerland, sykepleier ved Veksthuset i Molde, jobbet med å få til siden 2004.

– Medlemskapet i LPS gir en identitet for meg. Det å ha en tilhørighet er viktig for sykepleiere som jobber i rusfeltet. Vi har lenge følt oss som en pariakaste ved å være en type personell som ikke har vært så ønsket i dette sosionomfaglige feltet. Ved at vi opptas i LPS, anerkjennes vi som en viktig ressurs i et felt i utvikling. Helse blir nå sett på som en viktig bit av rusomsorgen, og når rusykepleiere også får en tilhørighet i LPS, kan det være med på å høyne statusen vår, sier Nerland.

Sykepleiere som vil bli med i faggruppen, betaler en kontingent på 300 kroner i året. Da får de tilsendt medlemsbladet fire ganger i året og får rabatt på kurs og konferanser som LPS arrangerer.

Foto: Colourbox

### Les mer om:

- 10 Varslet om Vestre Viken-skandalen ›
- 14 Frykter feil ved bytte av legemidler ›
- 16 Hele folket i høring ›
- 18 Redd kvaliteten glipper ›
- 20 Kaos på Ahus ›
- 22 Studenter forsvinner ›
- 24 Pillerot på sykehjem ›
- 25 Hastebehandler omstridt krefrttest
- 26 DPS-er mangler ambulanseteam ›

[sykepleien.no](http://sykepleien.no)

Følg saken om lokal sykehus og fødeavdelinger.



## Oslo Hospital blir halvveis nedlagt

Oslo Hospital, med 31 pasientplasser i psykiatrien, har stått i fare for å bli nedlagt ved nyttår da det tapte en anbudsrunde i Helse Sør-Øst i fjor. I høst fikk alle de ansatte, der sykepleiere er den største gruppen, oppsigelse. Sykehuset har mellom 80 og 90 ansatte. Like før jul inngikk imidlertid



**1 DESEMBER** holdt Tonje Østvold Byhre appell på demonstrasjonen mot nedleggelse av Oslo Hospital.

sykehuset en intensjonsavtale med Helse Sør-Øst som garanterer drift frem til 1. mai 2011. Etter det vil Helse Sør-Øst finansiere 14 av de 31 plassene. Det er i dag subakuttplasser, altså den lukkede avdelingen. Lovisenberg Diakonale Sykehus vil overta driften av sykehuset og har signalisert at den åpne avdelingen vil bli lagt ned. Lokalene skal brukes til virksomheten til Tøyen DPS, som i dag holder til på Kampen i Oslo. En endelig avtale mellom Oslo Hospital og Lovisenberg skal etter planen lages i løpet av januar.

– Jeg er veldig bekymret for det gode fagmiljøet ved sykehuset. Å miste så mange medarbeidere vil være ødeleggende. Vi har et utstrakt samarbeid mellom avdelingene og driver mye felles fagutvikling, sier Tonje Østvold Byhre, som leder aksjonsgruppen mot nedleggelse.

## Perinatal død

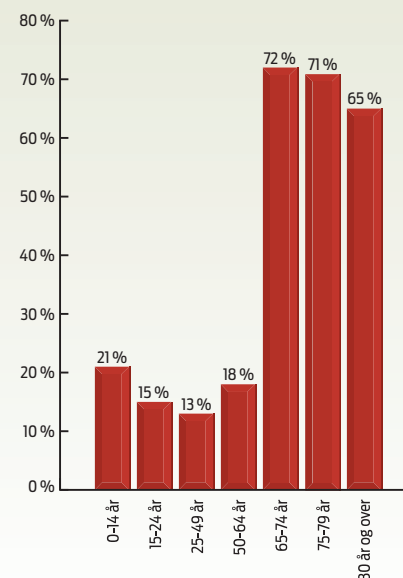
Det er mer enn dobbel så stor fødselsrelatert dødelighet ved jordmorstyrt lavrisikofødsel, viser en ny nederlandsk studie.

I studien som er presentert i British Medical Journal 2. november 2010 har forfatterne gått gjennom nærmere 38 000 terminfødsler uten misdannelser. De har sammenlignet forekomsten av perinatal død ved fødsler som startet som en jordmorstyrt lavrisikofødsel, med fødsler med risikofaktorer som startet i fødeavdeling med fødselslege.

Mot forventning fant forskerne en dobbelt risiko for perinatal død av fødselsrelaterte årsaker blant fødsler som startet som en jordmorstyrt lavrisikofødsel.

## Hvor mange flere blir det i hver aldersgruppe?

Prosentvis endring i ulike aldersgrupper 2007-2030



Kilde: Synovate 2010  
- Kampen om arbeidskraften - Erik Griffin



## Lavere pensjonskostnader

De regionale helseforetakene vil få betydelig lavere pensjonskostnader etter tilpasningen av offentlig tjenstepensjon til den nye pensjonsreformen. For 2010 er det samlet snakk om en reduksjon på ni milliarder kroner. Når pensjonene i framtida blir lavere, vil også pensjonsforpliktelsene til helseforetakene bli redusert.

## Kveldsåpne barnehager for sykepleierbarn

Viseadministrerende direktør i arbeidsgiverforeningen Spekter, Anne-Kari Bratten, ønsker kveldsåpne barnehager for ansatte i helse- og samferdselssektoren, slik ansatte på Gardermoen har det, skriver hun i et debattinnlegg i Aftenposten.

Samtidig advares det om at norske barn er for mye i barnehagen. 85 prosent av barnehagebarn er 41 timer eller mer i barnehagen i uka.

Bratten mener vi andre må vokte oss vel for å karakterisere valget av barnehageplass når sykepleieren på Jessheim eller lokomotivføreren på flytoget sender ungene sine i barnehage når de går på vakt kl. 15-22, etter å ha vært sammen med barna hele dagen.

Fellesforbundet har krevd kveldsåpne barnehager i alle kommuner, men Norsk Sykepleierforbund har foreløpig ingen offisiell mening om temaet.



Foto: Colourbox

**GREIT:** Trenger barnepass når man jobber.



**RISIKO:** At mor bruker paracetamol lengre enn 5 uker i løpet av svangerskapet, kan være ugreit for guttebarn. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Paracetamol kan skade guttefostre

Paracetamol har i mange år vært brukt som smertestillende for gravide. En dansk undersøkelse kan tyde på at langvarig paracetamolbruk i svangerskapet kan føre til en litt økt risiko for at guttebabyers testikler ikke kommer på plass i pungen ved fødsel. Legemiddelverket mener at gravide fortsatt kan bruke paracetamol, men behandlingen bør være så kortvarig som mulig.

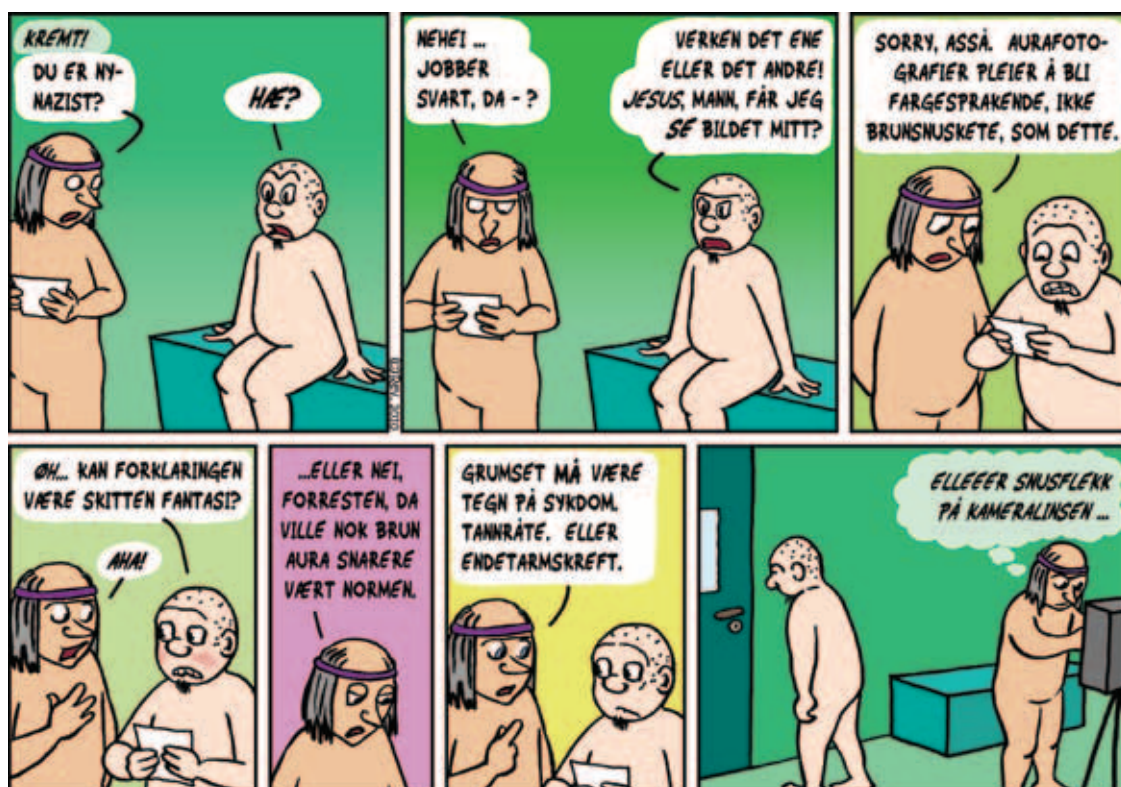
Testikler som ikke er på plass i pungen (kryptorkisme) rammer omtrent to prosent av

alle gutter. Noen ganger er et kirurgisk inngrep nødvendig for å få testiklene på plass.

Undersøkelsen tyder på at risikoen for kryptorkisme økte fra om lag 2,1 prosent til 2,7 prosent i en liten gruppe der moren hadde brukt paracetamol i fem uker eller mer under svangerskapet. Hos dem som hadde brukt medikamentet i kortere tid enn fem uker, så man ingen tegn til økt forekomst av kryptorkisme.

Kilde: Helsedirektoratet og Legemiddelverket

## TERAPI



## Meninger fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

### Varsling?



” Når eks-styreleder Helge Arseth i Helse Nordmøre og Romsdal betegner seg selv som varlser, viser det at han har lite greie på hva varsling egentlig er.

Barth Tholens

” Når skal «sykepleien» komme med en kommentar til det saken dreier seg om; nemlig å kunne utføre god sykepleie og behandling til pasientene i Romsdalen og på Nordmøre. «Det viktigste er at dere får behandling», sier Strøm Eriksen til fortvilte pasienter i Molde. Men like lenge som vi har kjempet for nytt sykehus i Molde har vi jobbet for en helhetlig behandling av pasientene; Syke pasienter trenger også ro, søvn, kunne gå på do, plass til å mobiliseres, integritet, informasjon og mulighet til å informere. Det handler også om å bevare helsa til fagpersonalet for å kunne utøve god pleie.

Evy Kristin Orvik

# – Jeg ble ikke hørt

Sykepleier Gjertrud Hannasvik opplevde at de grove feilene hun meldte fra om i ventelistene ved Kirurgisk avdeling på Sykehuset Asker og Bærum ikke ble tatt på alvor.

Men så smalt det. Høyt. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Erik M. Sundt

**J**eg hadde ikke behov å bli en varsler. Gertrud Hannasvik ser ut vinduet fra sofaen i eneboligen på Stange.

– Hadde de bare hørt på meg.

Ganske nøyaktig ett år er gått siden hun hadde sin siste arbeidsdag i engasjementet ved Sykehuset Asker og Bærum, ved Vestre Viken Helseforetak. Ett år siden hun gikk ut sykehusedørene for siste gang – med status som varsler.

Da hadde hun avdekket og dokumentert det som bare dager etterpå nådde offentligheten som en gigantisk skandale: Internt rot og mangel på kontroll hadde ført til at et stort antall pasienter ikke hadde blitt innkalt til kontroll til riktig tid.

Ledelsen sa da skandalen sprakk, at de var varslet ved at en pasient sendte et brev til sykehuset.

## Dette er saken:

- ▶ Sykehuset Asker og Bærum (nå Vestre Viken HF) har fått fem millioner kroner i foretaksstraff for alvorlige avvik i ventelistene og brudd på pasientrettighetene.
- ▶ Saken sprakk i mediene i januar 2010.
- ▶ Sykepleier Gjertrud Hannasvik forteller at hun høsten 2009 gjentatte ganger varslet internt om over 100 tilfeller av pasienter som ikke var blitt fulgt opp som de skulle. Hun opplevde at hun ikke ble hørt.
- ▶ Gjertrud Hannasvik fikk i ettertid status som varsler. Nå forteller hun sin historie.



Men Hannasvik visste at ledelsen hadde kjent til de kritikkverdige forholdene før det. Hun hadde jo sagt ifra. Dag etter dag, uke etter uke.

## – Viktig historie

Nå har hun bestemt seg for å fortelle hva hun opplevde som sykepleier på Kirurgisk avdeling ved sykehuset noen hektiske høstmåneder i 2009. Hvordan hun forsøkte å si fra, uten å bli tatt på alvor.

– Jeg forteller min historie fordi jeg mener den er viktig for pasientsikkerheten. Og fordi jeg trenger å bruke erfaringen til noe nyttig. Det har kostet, men jeg ville gjort det igjen. For det var helt riktig. Det er så viktig at man ikke blir mer lojal mot systemet enn mot pasienten, sier hun, før hun tar sats, og tar oss med tilbake til august 2009.

## Bedt om å rydde opp

– Jeg begynte ved Kirurgisk avdeling rett etter skoleferien. 20. august startet jeg på jobben jeg var hyret inn for å rydde opp i ventelister og pasientflyt. Bestillingen fra ledelsen var krysstallklar.

Hun fikk også personalansvar og ansvar for drift, og ble spesielt bedt om å ta tak i et konfliktskytt arbeidsmiljø. Hun brettet opp ermene og startet. Det var ikke første gang hun var bedt om å rydde opp på en avdeling.

Gjertrud Hannasvik er sykepleier. Hun er utdannet på Lovisenberg i Oslo. Hun vet godt hvilke verdier hun jobber ut ifra. Pasientsikkerhet er det viktigste. Å forvalte maktforholdet mellom pasient og sykepleier til beste for pasienten er også viktig.

De ti siste årene har hun jobbet med pasientsikkerhet – hun har vært leder, tatt ryddejobber. Med den bagasjen sa hun ja til oppdraget ved Kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum.

## Avdekket ad hoc-drift

– Hva fant du?

– Jeg visste at avdelingen hadde slitt med et

konfliktfylt arbeidsmiljø i flere år. Min erfaring tilsier at et dårlig arbeidsmiljø er en fare for pasientsikkerheten. Denne avdelingen var preget av ad hoc-løsninger. Det bekymret meg umiddelbart at det var for store tilfeldigheter i pasientinnkallinger, forteller hun.

Men saken skulle vise seg å være større. Rotet på avdelingen var mer grunnleggende og hadde større konsekvenser enn hun hadde forestilt seg. 20. september 2009, etter en måneds arbeid, finner hun noe.

– Jeg kjente blodet forsvinne fra hodet og hendene begynner å skjelve.

En pasient hadde gått med ubehandlet kreft i ett år. Ingen hadde sett biopsi-svaret.

– Funnet sjokkerte meg voldsomt, og jeg stilte med en gang spørsmålet: Fantest flere? Jeg var helt overbevist om at alle andre også ville bli sjokkert og at ledelsen ville sette i gang opprydding umiddelbart, sier hun.

Men det var ikke det som skjedde.

## Pasienter «falt ut»

– Hva gjorde du med det du fant?

– Jeg innkalte til et møte, hvor vi gikk gjennom pasientforløpet. Vi så at det hadde sviktet på flere steder. Pasienten falt til slutt ut av listen fordi biopsi-svaret som viste kreft, ikke var registrert riktig i DIPS.

– Jeg begynte så å lete i ventelistene, på kryss og tvers – og jeg fant pasient etter pasient som ikke var blitt innkalt til kontroll, eller hvor behandlingsfrist var overskredet.

De fleste av disse pasientene hadde en kreftdiagnose. Men det var også andre pasienter, hvor belastningen med å vente på behandling er stor.

– For eksempel var det pasienter med totalruptur etter fødsel som hadde ventet over et år, og en ungdom med inngrodd tånegl som var så vond at det ikke var mulig å delta i vanlige aktiviteter. Selv om det ikke er livstruende tilstander, var det uholdbart at mange pasienter måtte vente så lenge.

– I løpet av noen uker hadde jeg samlet over



**TUNGT ÅR:** Gjertrud Hannasvik sier at det koster å vasle, men hun ville gjort det samme igjen.

100 pasienter som ikke var blitt innkalt som de skulle, sier hun.

I en blå perm samlet hun pasienter som ikke var fulgt opp etter kreftoperasjoner, nyhenviste som hadde ventet for lenge, prøvesvar som ikke var behandlet, motsetninger i dokumentasjonen.

Gjertrud Hannasvik rapporterte ukentlig til ledelsen, og så ofte hun hadde anledning. Og hun viste eksempler på det hun hadde funnet. Men ifølge Hannasvik ble ingen konkrete tiltak ble iverksatt.

– I slutten av oktober formidlet jeg at jeg trengte hjelp.

– Jeg oppfattet selv at jeg sto mer eller mindre helt alene om saken, som begynte å bli for stor for meg å håndtere alene. Jeg mente at avdelingen måtte sette i gang strakstiltak for å sikre at pasientene jeg fant fikk oppfølging, sier hun.

#### **Blå perm**

Gjertrud Hannasvik blar i notater og avisutskriften hjemme på Stange. Bunken er stor.

– Jeg har et frenetisk forhold til sannhet, sier hun.

I november 2009 ser hun ingen annen råd enn å varsle videre i systemet. Kvalitetsav-

delingen får se innholdet i den blå perm.

– Rett før jul i 2009 ble det levert en redegjørelse til klage- og skadeutvalget ved sykehuset, fordi de ba om å få en status i saken. Min dokumentasjon ble ikke vektlagt i denne redegjørelsen.

#### **Tviholdt på papirer**

– Jeg syntes dette var helt forferdelig. Jeg sov dårlig om natten, drømte at jeg sto på døren til kreftpasienten og ba om unnskyldning på vegne av sykehuset. Det hadde vært helt på sin plass. Jeg ble personlig engasjert og opprørt over at

## **«Jeg har et frenetisk forhold til sannhet.»**

*Gjertrud Hannasvik*

det var så store huller i pasientsikkerheten ved avdelingen, sier Hannasvik.

– I gjennomgangen av hva som hadde skjedd med pasienten som hadde gått med ubehandlet kreft i ett år, viste det seg at biopsi-svaret var blitt skannet inn i pasientens journal uten tilknytning i DIPS. Det vil si at ingen lege hadde fått det til vurdering eller godkjenning.

Under denne gjennomgangen kom det frem at mange aktører i systemet var bekymret for om viktig informasjon og prøvesvar kom dit de skulle. Enkelte hadde begynt å overlevere viktige beskjeder personlig, for å være sikker på at de ikke forsvant underveis.

Samme høst som Gjertrud Hannasvik fortvilet forsøkte å vekke ledelsen om de kritikkverdige forholdene ved Kirurgisk avdeling, fikk sykehuset ISO-sertifisering.

– Jeg oppfattet det slik at et godt renommé var viktigere enn pasientsikkerheten. ISO-sertifiserin-

gen ble gitt samtidig som jeg forsøkte å varsle om svært alvorlig svikt. Jeg trodde ikke det var mulig å få en ISO-sertifisering på dette viset, sier hun.

#### **Hår i suppa**

– Hvilke reaksjoner ble du møtt med da du varslet internt?

– Jeg opplevde at funnene ikke ble tatt på al-



vor. At jeg overdrev. Men det ble startet en intern granskning av tre seksjoner. Men bestillingen var altfor uklar, man lette åpenbart ikke etter det samme. Funnene ble deretter. Jeg syntes det var uforståelig at jeg, som kjente hver en krok i den delen av DIPS de skulle undersøke, ikke ble spurt til råds. Jeg ble også holdt utenfor viktige møter. En merker når en har blitt et «hår i suppa». Enkelte i ledelsen gikk fort forbi meg i korridorene, sier hun.

Gertrud Hannasvik følte etter hvert at hun ble «parkert», og at ting hun hadde ansvar for eller skulle formidle som leder, ble trenert eller gjort annerledes.

– Jeg følte meg mer og mer alene. Jeg innså at jeg rett og slett ikke hadde tillit, sier hun.

### Ikke nevnt i rapport

20. januar 2010 meldte hun fra til Fylkeslegen. Få dager etter sprakk saken i mediene. Da sa ledelsen ved sykehuset at de hadde visst om saken siden før jul – og at den startet med et brev fra en pasient.

I august 2010 kom det en rapport etter at konsernrevisjonen hadde gransket avdelingen.

– Jeg ble sjokkert over at ikke varsling var nevnt med ett ord, eller at navnet mitt sto i navnelisten. Noen må ha reagert på det, da det like etter kom et vedlegg til revisjonsrapporten. Det sier noe om hele prosessen, sier hun.

### Anarki og meldekultur

– Hvorfor ble det ikke ryddet opp umiddelbart, tror du?

– Det har jeg tenkt mye på. Jeg kjenner mange samvittighetsfulle og faglig engasjerte medarbeidere på denne avdelingen. De kompenserte daglig for manglende struktur og systemer. Jeg tror mange har forsøkt å si ifra om ting, men anarki og meldekultur henger dårlig sammen. Det blir fort vendt imot den som melder. Det var ikke rom for de dårlige historiene.

– Tror du ventelistedatoene ble skjøvet på bevisst?

– Det vet jeg faktisk ikke. Men det blir jo ikke slik av seg selv. Det er ufattelig trist å se en slik kollektiv resignasjon. I mitt arbeid med pasientsikkerhet vet jeg at det fordrer tydelige ledestjerner og nitidig innsats hver dag. En må tore å ha et kritisk blikk på seg selv. Når dette uteblir, går det galt, sier hun.

– Gjengjeldelse kan gjøres sofistikert. Jeg ble ikke innkalt til møter hvor saken ble diskutert, jeg merket at saken begynte å leve i sitt eget spor, utenfor min rekkevidde. Jeg ble mer og mer alene, mindre og mindre involvert. Jeg ble pro forma håndtert, sier hun.

Noe av dette har hun ikke sett før etterpå, og hun har tenkt mye over det hun kaller sin egen naivitet.

– Etter at jeg sluttet i januar, og saken fikk mye medieoppmærksomhet, var det ingen ved ledelsen som støttet meg, forteller hun.

– Jeg hadde telefonisk kontakt med konstituert direktør i begynnelsen av juni. Men dette endret verken sykehusets offisielle versjon eller rapporteringer til styret, noe det burde ha gjort.

Året som har gått etter at hun sluttet, har vært tungt.

– I starten var det en enorm belastning å oppleve at saken jeg varslet om ble førstestoff i avisene. Innimellom måtte jeg skru av radioen, for jeg klarte ikke å høre på, sier hun.

Gertrud Hannasvik følte seg alene, men kjente også på et enormt ansvar for det som skjedde.

– Det var utfordrende å høre at det ble sparket nedover, mens det for meg handlet om ansvar høyt oppe, sier hun.

Hannasvik forteller om effekten det har å bli «slettet fra jordens overflate,» som om det hun hadde drevet med dag og natt de siste månedene ikke eksisterte.

– Å høre om brevet som angivelig startet det hele, traff meg som respektløst, mest på vegne av pasientene. Så vidt jeg vet, var ingen

## «Jeg ble mer og mer alene» Gjertrud Hannasvik

I hovedrapporten var ikke Gjertrud Hannasviks funn nevnt med ett ord.

Etter at revisjonen hadde overlevert sluttrapporten, kom de med et vedlegg. Der blir det understreket at «det var varslersens informasjon som etter hvert førte til at det ble satt i verk en gjennomgang av ventelister ved kirurgisk avdeling,» og at konsernrevisjonen har full tillit til varsleren.

Hannasvik understreker at en slik kultur ikke kommer brått, men erverves over mange år.

– Det handler om ledelse, sier hun, før hun korrigerer seg selv:

– Eller mangel på ledelse, rettere sagt.

### Sofistikert gjengjeldelse

– Har du møtt gjengjeldelse etter varslingen?

## – Uverdige maktspill

– Bør sykepleiere være redde for å varsle?

– Ja, dessverre. Det kan være helsefarlig å melde fra i helsevesenet, vi har altfor mange eksempler på det. Vi må nå lære av så alvorlige saker at det koster urimelig og uakseptabelt mye å melde fra, selv om dette bør være en naturlig del av profesjonalitet og ansvarlighet, sier Marie Aakre, leder for Rådet for sykepleieetik.

– I denne saken ser vi at når sykepleieren varslet, begynte mange et uverdige og grovt maktspill i organisasjonen, som handlet om andre ting enn pasientsikkerheten. Det ser ut som om hun har blitt oppfattet som en trussel framfor en ressurs. For varsleren var det viktigste at ledelsen tok tak i det egentlige problemet, hun trengte ikke først og fremst en klapp på skuldra, sier Aakre.

Hun mener det i denne saken er mye å lære

om hverdagskulturer og behovet for tydelig, tilgjengelig og troverdig hverdagsledelse.

– Vi må finne grep for å hjelpe ledere å verdsette og være stolte av ansatte som melder fra om feil og uverdige forhold. Det er etisk riktig å melde fra, og vi melder altfor lite.

– Jeg blir berørt av å se at det som styrket utholdenheten og kraften til å være varslere hos denne sykepleieren, ble stimulert av sterke møter med brukere som hadde falt utenfor. Det er grunner til å gratulere sykepleieren med profesjonalitet og ansvarsbevissthet i denne saken, sier Aakre.



**MARIE AAKRE:**  
– Må lære av dette.

## Fylkeslegen: – Blir utsatt for sanksjoner

– Jeg kan bekrefte at vi ble varslet både fra legehold og sykepleierhold om venteliste-problematikken ved Sykehuset Asker og Bærum, uten at jeg vil gå inn på hvem dette var. Det jeg kan si, er at vi tok dette på alvor, sier Petter Schou, fylkeslege i Oslo og Akershus.

Han ønsker ikke å uttale seg spesifikt om Gjertrud Hannasviks historie, men sier på generelt grunnlag at profesjonelle ledere takker og bukker de som varsler.

– Dårlige ledere tar varslerne. Det er viktig at varslere ikke blir sett på som rusk i maskineriet, sier Schou.

– Dessverre har vi sett eksempler på at varslere har blitt utsatt for sanksjoner både fra kolleger og fra ledelsen. Du må være fryktelig sterk for å klare å si ifra, og vi ser at mange allerede har skaffet seg ny jobb før de varsler, sier han.



**PETTER SCHOU:**  
– Tok på alvor.

andre enn jeg interessert i akkurat det brevet. Det genererte absolutt ingenting, sier hun.

### Angrer ikke

I ettertid har SAB blitt politietterforsket etter at saken ble oversendt fra Helsetilsynet. Sykehuset har fått fem millioner kroner i betinget bot.

– Har du tips til sykepleiere som vurderer å varsle?

– Ja visst, sier hun.

– Flere må si ifra når noe ikke er bra. Og de må varsle videre om de ikke blir tatt på alvor. Men de må være forberedt på at det koster, en blir verken helt eller populær. Men jeg tror det er den eneste måten å røske opp i en ukultur på. Pasienten må alltid komme først, ikke lojaliteten til en sjef, en avdeling eller et system. Det er også viktig å dokumentere alle møter man har hatt, hva man finner og hvem man har sagt fra til, sier hun.

– Ville du gjort det samme igjen?

– Ja. Jeg ville det. Jeg var aldri i tvil om at dette ikke kunne passere i det stille. Jeg tenkte aldri på å slutte før jobben var gjort. Tvert imot tenkte jeg at jeg ikke kunne forsvinne før jeg var sikker på at pasientene var tatt hånd om. Jeg mener selv at jeg har stått støtt hele veien. Kjerneverdiene jeg jobber ut fra ble tydelige, jeg kjente godt hva som var riktig å gjøre.

– Hva har dette året gjort med deg personlig?

– Jeg har blitt kraftig jekket ned. Selvtilliten har fått seg en knekk. Men jeg vet at jeg gjorde det riktige. Jeg så for meg pasientene og visste at dette ikke kunne fortsette. Noen måtte gjøre noe, og det ble meg. ■■■



**TVILTE ALDRI:** – Jeg vet jeg gjorde det riktige, sier sykepleier Gjertrud Hannasvik.

## Vestre Viken: – Burde vært håndtert annerledes

Juridisk direktør ved nåværende Vestre Viken HF, Jan Reidar Bergwitz-Larsen, sier han ikke vet når dokumentasjonen til Hannasvik ble formidlet til sykehusledelsen ved SAB. Han henviser videre til daværende ledelse ved sykehuset på spørsmål om hva som ble gjort med informasjonen, og hvorfor det ikke ble igangsatt strakstiltak.

Elisabeth Kaasa var direktør for somatikk ved SAB høsten 2009. Eilert Ottosen var leder for Kirurgisk avdeling.

– Hannasviks arbeid var et viktig bidrag for å avdekke og følge opp avvikene. Det er Vestre Viken som svarer på foretakets videre håndtering, og jeg ønsker ikke å komme med ytterligere kommentarer, sier Elisabeth Kaasa i en e-post til Sykepleien.

– Mitt engasjement ved sykehuset ble avsluttet for cirka trekvart år siden, og jeg har ikke tilgang til saksdokumenter, notater eller lignende, sier Eilert Ottosen.

Han viser til at han er underlagt taushetsplikt. Han mener at henvendelsene fra Gjertrud Hannasvik ble tatt

alvorlig, og at hennes funn var et viktig bidrag i avdekkingen av avvik.

– I ettertid er det åpenbart at hun ikke ble godt nok ivaretatt, sier Jan Reidar Bergwitz-Larsen.

– Det er Vestre Viken HFs oppfatning at det var flere årsaker til at svikten ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum ble oppdaget. Det skjedde på grunn av et brev fra en pasient, som resultat av det arbeidet som allerede var i gang på avdelingen og ikke minst som resultat av Gjertrud Hannasviks arbeid og varsling til ledelsen, sier Bergwitz-Larsen, som understreker at han ikke kan svare på vegne av daværende ledelse ved Sykehuset Asker og Bærum (SAB) eller Vestre Viken helseforetak.

Han understreker at Hannasvik i ettertid har blitt anerkjent som varsler både av administrasjonen i Vestre Viken helseforetak, styret for foretaket og Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst.

– Representanter for Vestre Viken helseforetak har

vært i kontakt med Gjertrud Hannasvik en rekke ganger etter 20. november 2009. Blant annet har personer på direktørnivå vært i kontakt med henne, sier han.

Hannasvik oppfatter at denne kontakten ikke førte til det hun ba om – nemlig at det ble ryddet opp i systemet for timeinnkallinger og ventelister.

– Jeg ønsket ikke et klapp på skuldra, men at funnene ble tatt på alvor, sier hun.

– Tar sykehusledelsen kritikk for måten Gjertrud Hannasvik ble møtt på da hun forsøkte å varsle fra internt?

– Dette spørsmålet må du nødvendigvis rette til daværende ledelse, men i ettertid er det klart at denne saken burde ha vært håndtert annerledes.



**JAN REIDAR BERGWITZ-LARSEN,** er juridisk direktør ved Vestre Viken.

# Frykter feil ved bytte av legemidler

Sykepleiere må ofte bytte ett legemiddel med et annet som er likeverdig.

– Det er vanskeligere enn mange tror, advarer farmasøyt. Tekst Nina Hernæs Foto Scanpix

**S**ykepleiere på sykehus opplever ofte at leger forskriver legemidler som avdelingen ikke har på lager. Da må det vurderes hvilket legemiddel som kan gis i stedet.

– Det kan føre til feil, frykter sykehusfarmasøyt Rolf Johansen ved Sykehusapoteket på Lillehammer.

I en fagartikkel i dette nummeret av Sykepleien etterlyser han bedre oppslagsverk over hvilke legemidler som kan byttes.

## Bytter feil

For at legemidler skal byttes, må de være generisk byttbare. Det vil si at de har samme virkestoff, samme styrke og at de gir samme virkning like raskt. Legemiddelverket har utarbeidet en

som vanligvis gis som depottablett, men som også fins som vanlig tablett.

I 2008 advarte Legemiddelverket om at disse to tablettene ikke måtte forveksles. Advarselen kom etter at pasienter som skulle ha depottabletter hadde fått vanlige tabletter under sykehusinnleggelse. Et slikt feilbytte kan få alvorlige konsekvenser.

## Er usikre

Ifølge en studie fra Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo følte flere enn sju av ti sykepleiere seg usikre når de skulle gjøre generisk bytte av legemidler. Ni av ti trodde slikt bytte kunne føre til at de gjorde feil.

– Det viser at generisk bytte kan være en

– Det kan virke som om rutinene ikke er gode nok, sier han.

– Vi vet at mange sykepleiere føler seg usikre.

I Håkonsen og medarbeidere sin studie hadde fire av ti sykepleiere erfart at det ble gjort feil som følge av generisk bytte. De forklarte det med at legemidlene hadde vanskelige navn, at det stadig ble gjort utskiftninger i beholdningen og at antall generiske legemidler økte. I tillegg kom stor arbeidsmengde og manglende opplæring. Ved dette sykehuset var det en liste over byttbare legemidler, men den var i liten grad tilgjengelig.

– Men sykehuset tok funnene våre veldig alvorlig, og trykket blant annet opp denne listen i lommeformat, forteller Håkonsen.

Rolf Johansen mener generisk bytte er kommet for å bli. Men han mener faren for å gjøre feil er såpass stor at både helsepersonell og myndigheter må ta problemet på alvor.

Helle Håkonsen peker på at sykehusene setter legemidler ut på anbud for å spare penger.

– Men man må også ta med i beregningen at kostnadssparende tiltak krever ressurser til implementering, sier hun.

– Det krever opplæring og innkjøring i rutiner, i dette tilfellet spesielt legene.

Helle Håkonsen har sammen med Heidi Skjønhaug Hopen, Linda Abelsen, Bjørg Ek og Else-Lydia Toverud publisert artikkelen «Generic Substitution: a Potential Risk Factor for Medication Errors in Hospital i tidsskriftet Advanced Therapy.»

Les fagartikkelen «Hvilke legemidler er byttbare» på side 55. ■■■

## «Felleskatalogen er ikke god nok.»

«bytteliste» over preparater de anser som likeverdige, men Johansen mener den er vanskelig tilgjengelig for andre enn apotekansatte.

– Mange sykepleiere bruker Felleskatalogen som oppslagsverk, men den er ikke god nok, påpeker han.

Det naturlige er kanskje å lete i ATC-registret etter legemidler med samme ATC-nummer. Men selv om to legemidler har samme nummer, samme innhold og samme styrke, trenger de ikke oppføre seg likt.

– Det ene legemiddelet kan være depottablett og det andre kan være vanlig tablett. Dette gjelder for eksempel betablokkeren Metoprolol,

problematisk del av legemiddelhåndteringen i sykehus, sier farmasøyt og postdoktor Helle Håkonsen, førsteforfatter av studien.

Hun peker på at det er legens ansvar å forskrive legemidler som sykehuset skal ha på lager.

– Derfor skal ikke dette være sykepleiernes problem eller ansvar, sier hun.

## Sykehusets ansvar

Avdelingsoverlege Steinar Madsen i Legemiddelverket sier det er sykehusene selv som har ansvar for å lage gode rutiner for generisk bytte av legemidler.

# Bli med til Roma!

kun  
**8.990,-**

Avreise 17. april 2011

**Nå har du sjansen til å oppleve Roma sammen med andre lesere av Sykepleien!**

På denne reisen vil du bo i de naturskjønne Albanerfjellene like utenfor den pulserende storbyen. På denne måten får du møte våren i de praktfulle fjellbyene Castelli Romani og se den antikke historiske havnen Ostia Antica. Selvfølgelig skal vi også oppleve selve byen Roma.

I sentrum av Roma skal vi besøke Forum Romanum, spanske-trappen, Trevifontenen og Pantheon og fantastiske Colosseum.

Vi skal naturligvis også se Vatikanet med Peterskirken, og ikke minst et av verdens mest fantastiske museer, nemlig Vatikanmuseet, og Michalangelos' Sixtinske Kapell.

Innlagt i programmet er også en deilig kveld med middag på en av Albatros sine utvalgte restauranter i sentrum av Roma.

Det blir også tid til å få en følelse av det romerske livet i antikken i Ostia Antica: Vi avslutter med et besøk i den futuristiske og arkitektoniske byen EUR.

Hotellet du skal bo på ligger i rolige omgivelser nær byen Frascati i praktfulle omgivelser.

**Reserver plass i dag - du vil ikke angre!**



**En reise gjennom historien**

– med norsk reiseleder og 6 dager halvpensjon



## Program

- Dag 1** Avreise fra Oslo. Ostia Antica og videre til Grottaferrata.
- Dag 2** Dagsutflukt i Roma med Forum Romanum og en spasertur i det sentrale Roma.
- Dag 3** Dagsutflukt til Albanerfjellene med byene Castelgandolfo, Nemi og Frascati
- Dag 4** Dagsutflukt til Tivoli og Villa d'Este. Kveldstur til Roma med middag.
- Dag 5** Dagsutflukt til Vatikanet med Peterskirken og Vatikanmuseet med Det Sixtinske Kapell.
- Dag 6** Besøk i den moderne bydelen EUR og hjemreise til Oslo

**Prisen inkluderer:** Fly Oslo - Rom med Norwegian t/r, alle flyskatter og -avgifter, norsk reiseleder, transport og utflukter jf. program, 5 netter på godt hotell i Grottaferrata, halvpensjon bestående av 5 frokost og 5 middag.

**Ikke inkludert:** Reise- og avbestillingsforsikring, øvrige måltider, og inngangsbilletter som ikke står på programmet.

**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](http://www.albatros-travel.no/sykepleien). Vennligst opplys annonsekode SYKL02 ved påmelding

**Avreise:** 17 april 2011

**Pris:** kun 8.990,- (tillegg enkeltrom: 1.250,-) Begrenset antall plasser.

**Albatros**  
travel

REISEGARANTIFONDET  
RGF REISEGARANTIFONDET  
191.no

Reis med Hjerter, hjerne og Holdning!

# Hele folket i høring

For første gang i historien har det vært en netthøring for gud og hvermann om en stortingsmelding. Men blir vi hørt? Magne Nylenna kan ikke garantere noe.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M Sundt**

**D**en 18. januar gikk fristen ut for å si sin mening om grunnlaget til ny nasjonal helse- og omsorgsplan.

Det er ikke vanlig å ha en høringsrunde på en stortingsmelding (derav ordet «grunnlag» i stedet for «høringsforslag»), men det er faktisk helt normalt at høringsrunder er åpne for privatpersoner. Det er bare en godt bevart hemmelighet.

– Folk flest har akkurat samme krav på saksbehandling og arkivering som de inviterte høringsinstansene. Det visste jeg ikke før jeg kom hit, betror Magne Nylenna oss.

## Fra kirkebakken til nettet

Siden i sommer har Nylenna vært permittert fra sjefsstillingen i Helsebiblioteket for å være «vaktmester» for dette pilotprosjektet av en høringsrunde. At det foregår på nettet og at det dermed har blitt tydeligere at høringen er åpen for alle, står godt i stil med hans gamle folkeopplysningssjel. Legen og den tidligere redaktøren av Tidsskrift for Den norske legeforening står blant annet også bak Kunnskapsforlagets store medisinske leksikon.

– Bare ordet «høringsuttalelse» krever nesten erfaring i organisasjonsarbeid for å våge seg på. Jeg ser på den åpne netthøringen som en slags forvaltningsmessig nyvinning, nærmest et demokratiseringsprosjekt, sier Nylenna.

Han mener det ikke er tvil om at nettet er arenaen for framtidens høringer.

– For to generasjoner siden ville dette foregått på kirkebakken. For en generasjon siden hadde det vært på samfunnshuset. I dag er det på nettet, postulerer han.

**«For to generasjoner siden ville dette foregått på kirkebakken.»** *Magne Nylenna*

– Hvor kom ideen fra?  
– Vi har blant annet sett på amerikanske modeller. Prosessen er ikke ny, det er bare mediet som er nytt.



## Fremtidens helsetjeneste

- › I oktober ble grunnlaget til ny nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nettet med invitasjon til hele det norske folk om å kommentere innholdet.
- › Etter å ha registrert seg, kunne man gi innspill på 32 ulike temaer.
- › 491 svar var kommet inn fra både tradisjonelle høringsinstanser og privatpersoner.
- › Til våren skal alt være kokt sammen til en stortingsmelding. Den staker ut den politiske veien for helse- og omsorgspolitikken fram til 2015.

**VAKTMESTER:** Magne Nylenna er ansvarlig for den åpne netthøringen og lover å prøve å ta med kremen av høringssvarene i stortingsmeldingen.

Siden nett-trafikken legger igjen synlige spor, har Nylenna kunnet notere seg følgende: **Pleie- og omsorg** alternerer med **sykehusstruktur** om å være det mest populære te-

måned var det 17 000 unike besøkende, fra 34 land.

– Jeg vet ikke om tallet er veldig høyt, men det er helt sikkert flere lesere enn en papirblekke ville hatt.

## Gode eksempler

Vanligvis ville en stortingsmelding som kommer til våren vært ferdig skrevet på denne tiden.

– Hvor stor er egentlig sjansen for at noen av høringssvarene vil justere innholdet i planen?

– Meldingen vil i høy grad basere seg på grunnlaget, men den er ikke ferdig skrevet ennå. Da skjønner du hvilken utfordring vi



står overfor! Det blir veldig krevende og hektisk, men vi skal gjøre så godt vi kan. Hele departementet er engasjert og alle avdelinger er involvert.

– Hva hvis flertallet av høringsuttalelsene mener det samme i en sak som går imot eller er noe annet enn det som står i grunnlaget?

– Da er det grunn til å tro at det blir tatt med.

– Har organisasjoners uttalelser en annen status enn enkeltpersoners?

– Ja.

– Hvordan vekter dere dem i forhold til enkeltpersoner?

– Vi vekter det ikke ulikt. De individuelle innspillene er også viktige. De gir ofte de gode eksemplene på hva som skjer rundt omkring. Og gode eksempler er en undervurdert læringskilde.

– Vil de beste eksemplene fra enkeltinnspillene bli med i stortingsmeldingen?

– Det kan jeg ikke si. Jeg får svare som en politiker at «vi vil ta sikte på det».

#### «Høring light»

– Er det en slags «høring light»?

– Nei. Jeg var forberedt på at folk ville synes det var stas å få være med, og var mer spent på om organisasjonene og de tradisjonelle høringsinstansene ville like det. Det har blitt veldig sporty mottatt, vi har fått lite kritikk.

– Hva har kritikken gått på?

– Noen har ønsket å få alt på papir, men det er mer en generasjonsgreie. Ellers kan denne åpenheten være en utfordring for organisasjoner. Det vises godt dersom de ikke er på linje med sine medlemmer.

Nylenna er overrasket over hvor seriøse folk har vært. På nettsiden presenteres et sett «nettikette»-regler. Det er svært få innlegg som er fjernet fordi de bryter mot reglene.

– Jeg fryktet at vi ville få mange svar om egen eller andres sykehistorie, eller hatske og injurerende utfall, men det gjorde vi ikke.

– Kanskje dere ikke har nådd helt ut til folkedypet?

– Vi ønsket ikke å være en konkurrent til VG. Men det viser seg altså at når vi tar folk alvorlig, tar de oss på alvor også.

På nettsiden kan man gjøre tre ting: Lese grunnlaget, sende inn høringssvar og diskutere/dele.

– Diskutere og dele er den minst suksessfulle.

– Kanskje dere skulle gjort som facebook og hatt en knapp for «liker»?

– Vi diskuterte faktisk om vi skulle gjøre som amerikanerne og ha tommel opp eller ned for «like» og «dislike», men da tror jeg du kunne snakket om «høring light».

#### Formidable mengder tekst

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke helt gitt slipp på høringsarenaen til forrige

generasjon, og har som del av prosjektet også arrangert åpne folkemøter i de fire ulike helse-regionene. I Bergen handlet det om kvalitet og prioritering, i Mo i Rana om desentraliserte spesialisthelsetjenester, i Ålesund om eldreomsorg og geriatri og på Hamar om folkehelse og forebygging.

Samtidig som departementet slapp grunnlaget til helse- og omsorgsplanen, kom det også to

men ikke alle. Ulike fagfolk i departementet har systematisert og kvantifisert svarene for å se hva flertallet mener.

– Har du lært noe nytt av det du har lest?

– Ja, absolutt. Hele prosessen har forsterket mitt inntrykk av hvordan helse-tjenester engasjerer folk. Og det slår meg hvor mange gode eksempler det er der ute. Mange kommuner har kommet langt i å

## «Gode eksempler er en undervurdert læringskilde.»

Magne Nylenn

lovforslag på høring. Disse skal gjøre det lettere å gjennomføre samhandlingsreformen.

– Det er til sammen formidable mengder tekst, noe som er grunnen til at vi ønsker en bredere høring enn vanlig, sier Nylenna.

Han har lest en god del av høringssvarene,

gjennomføre samhandlingsreformen allerede. I helsetjenesten er det en innarbeidet holdning at vi skal lære av våre feil, men vi kan også lære av egen og andres suksess. ■■■

Les mer på side 18-19.



AKTROMMET.NO

-nettbutikk for helsearbeidere

The advertisement features a central image of a smiling female nurse in purple scrubs with a stethoscope. Surrounding her are several circular icons: orange-handled scissors, a stethoscope, a hand holding a purple syringe, a white medical device, and a purple wristwatch. The text 'AKTROMMET.NO' is prominently displayed in a large, bold font, with a red ECG line graphic above it. Below the nurse's image, the text '-nettbutikk for helsearbeidere' is written in a smaller font.

# Redd kvaliteten glipper

NSF frykter at samhandlingsreformen vil føre til at mange pasienter ikke får nødvendig behandling, sykepleie og rehabilitering.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Colourbox**

**N**orge er i ferd med å bli samhandlingsreformert. Intensjonen er bra; bedre behandling av pasientene. Det er virkemidlene og de hittil ukjente konsekvensene man strides om. Norsk Sykepleierforbund (NSF) frykter at resultatet av samhandlingsreformen kan bli at pasientene ikke får nødvendig behandling, sykepleie og rehabilitering.

Den 18. januar var høringsfristen over, både for grunnlaget til ny helse- og omsorgsplan (se forrige side), samt to nye lovforslag, folkehelse-loven og helse- og omsorgsloven. Til sammen skal disse tre elementene sikre gjennomføring av samhandlingsreformen i 2012.

## Økonomiske konsekvenser

Reformen skal overføre det økonomiske ansvaret for et ukjent antall syke pasienter fra

spesialisthelsetjenesten til kommunene, og pålegger også kommunene et større ansvar for forebyggende helse. De utskrivingsklare pasientene, som er blant dem kommunene snart skal overta ansvaret for, er stort sett de eldste pasientene som er for syke til å sendes tilbake til der de kom fra da de ble lagt inn på sykehus.

NSF mener at kommunenes kapasitet og kompetanse vil avgjøre om samhandlingsreformen lykkes. Dette varierer som kjent mellom kommunene, derfor tror NSF det er en fare for at pasientene, og da særlig de eldste og de psykisk syke, ikke får den behandlingen de behøver i de kommunene som er dårligst stelt.

## Usynlige sykepleiere

Av de to nye lovforslagene, er det den nye helse- og omsorgsloven som mest angår sykepleiernes

arbeidshverdag. Den erstatter den gamle sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. I disse lovene ble ulike profesjoner nevnt, men i den nye er det kun legene som nevnes. Man har gått fra et profesjonsperspektiv til et funksjonsperspektiv.

Dermed er sykepleierne blitt enda mer usynlige enn de ble da den profesjonsnøytrale helsepersonelloven kom i 2000. NSF er svært bekymret for hvilke konsekvenser denne profesjonsnøytraliteten kan få.

– Hvis det ikke stilles kompetansekrav til de som skal yte hjelp i kommunehelsetjenesten, er det mange kommuner som vil falle for fristelsen til å benytte billigere arbeidskraft med lav kompetanse, tror Lisbeth Normann, leder av NSF.

Hun er særlig bekymret for at det ikke lenger vil stilles krav til hvem som kan ha lederjobbene i kommunehelsetjenesten.

– Andre land har mye tydeligere ledelsesstrukturer for profesjonen. Norge bør også tørre å sette et mål for kompetanse på slike viktige stillinger, sier Normann.

– Tror NSF det er noen vei tilbake fra profesjonsnøytraliteten som alle lover nå bygger opp under?

– Det er lov å reversere ting som viser seg å ikke være kloke. Etter at helsepersonelloven kom, hører vi for eksempel fra spesialisthelsetjenesten at de savner faglig ledelse.

## Usikkert for helsestasjonene

NSF er også redd for helsestasjonene og skolehelsetjenestens framtid, siden planen er at kommunal helsetjeneste skal bygges opp rundt fastlegen og det finnes krefter i legemiljøet som ønsker å overta kontrollen av barn.

– De økte midlene til forebyggende helse som kommunene skal få gjennom samhandlingsreformen, blir opp til kommunene å prioritere. Og da kan de like gjerne prioritere skateboardramper fremfor skolehelsetjeneste, sier Normann.

Høringssvarene har slukt mye tid sentralt i NSF. Når dette skrives den 10. januar, var NSF blant de mest aktive høringsinstansene med 27 svar, bare til helse- og omsorgsplanen.



**KVALITET:** NSF jobber på spreng med å gi innspill til den nye helse- og omsorgsplanen, for å sikre kvaliteten i tjenesten.

# Gå ned i vekt - og bli der!

RNP/Photograf Hele K. Hagen - Horten

Antakelig vil det bli opp mot 40 innen 18. januar, får vi vite hos NSF's samfunnspolitiske avdeling.

## Lavest mulig nivå

Høringssvarene er stort sett opprømsinger om hva NSF synes er viktig. Men forbundet har også tenkt nytt og konkret: Blant annet fore-

«Det er lov å reversere ting som viser seg å ikke være kloke.» *Lisbeth Normann*

slås et lavterskel helsetilbud for voksne etter canadisk modell.

Dette skal være det kommunale stedet hvor flere helseprofesjoner jobber og hvor befolkningen henvender seg med ulike forespørsler om helse og kropp. Her skal de få både behandling, informasjon, veiledning og undervisning. Dette vil gi en helseeffekt i forhold til både forebygging og oppfølging av folkesykdommer som diabetes og KOLS på lavest mulig nivå. Tilbudet skal være gratis og henvendelsene kan være ved oppmøte, per telefon eller e-post. Svar garanteres innen et døgn.

– Jeg hospiterte ved et slikt helsesenter i Ottawa, forteller Anne Marie Flovik ved NSF's samfunnspolitiske avdeling.

De ansatte var et team av sykepleiere, fysioterapeuter, farmasøyter, leger og kliniske ernæringsfysiologer. Og befolkningen lærte seg at de kunne gå til andre helseprofesjoner med problemer de tidligere hadde tatt med til legen.

– Legene på senteret fortalte at de trivdes veldig godt. Etter at de ble en del av helseteamet kunne de bruke mer tid på de medisinske utfordringene hos pasientene. Ventetiden gikk ned og pasientene var svært fornøyde, sier Flovik. ■■

► Høringssvarene til NSF kan leses på nettsiden <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>

Det er lett å gå ned 5-20 kilo ved hjelp av en slankekur,- problemet er å holde seg der. Livsstilsprogrammet tilbyr en systematisk og målrettet metode for et bedre liv og et bedre samarbeid med din egen kropp og helse. For vektkampen foregår verken ved matfattet eller på vekten, - den foregår i hodet! Gjennom positive endringer av tanke og handling kan du få full kontroll i eget liv, gå ned i vekt og holde vekten nede resten av livet.

**VISSTE DU AT:**  
Ingen andre slankekurs som tilbys i Norge er evidensbaserte. Livsstilsprogrammet er et evidensbasert program basert på norsk populasjon, som kan vise til resultater som lavere vekt, bedre selvtillit og økt lykke.

## Kurs via internett eller i gruppe?

– Du velger selv hva som er mest praktisk for deg.

### Her starter vi opp grupper i januar:

Oslo, Mandal, Tromsø, Asker, Horten, Tønsberg, Mo i Rana, Førde, Stavanger, Larvik og Kristiansand.

– se [www.livsstilsprogrammet.no](http://www.livsstilsprogrammet.no) for mer informasjon

NYHET



## Avdelingssykepleier

**Anne Hilde Andersen 59**

(1 år etter avsluttet kurs har hun gått ned 16 kg og funnet trivselsvekten)

– JEG UNNGIKK SLANKEFELLEN!

Livsstilsprogrammet har en helhetlig tilnærming ved å fokusere på tankevaner og ikke minst gleden og fordelene med en livsstilsendring. Programmet har ikke bare medført at jeg har gått ned i vekt og syntes det er lettere å trene, det har også gitt en effekt på de fleste andre områder i livet mitt også.



Vi samarbeider med [SomeBody.no](http://SomeBody.no)

## UNNGÅ SLANKEFELLEN

DETTE ER LIVSSTILSPROGRAMMET  
I Livsstilsprogrammet lærer vi deg hvordan du motstår fristende mat selv om den står på bordet rett framfor deg og ikke minst hvordan du håndterer sug og stress. For at du skal klare å holde motivasjonen ved like til å gå ned i vekt, vil du også lære å håndtere tanker og følelser på en måte som gjør at du virkelig får kontroll over eget liv.

[www.livsstilsprogrammet.no](http://www.livsstilsprogrammet.no)

post@livsstilnorge.no  
tlf. 33 03 69 00 / mob. 916 56 935

# Slitne helsearbeidere på Ahus

Ahus fikk fra nyttår utvidet pasientgrunnet med 160 000 personer, og mange hundre nye ansatte. Tekst **Ellen Morland**

**F**ørste uken i 2011 begynte rundt 750 nye helsearbeidere på Ahus. Av dem er 216 sykepleiere og 68 spesialsykepleiere, som skulle ha opplæring opp til fire uker.

Fra nyttår utvidet Ahus pasientgrunnet. Og pasientene strømmet på, fra gamle og nye områder (Alna bydel i Oslo og Follo). Januar er vanligvis hektisk, med influensa, fallulykker og mange lungepasienter.

Det kom raskt meldinger fra ansatte, både til Sykepleien.no og andre medier, om at det å jobbe på Ahus var ekstremt slitsomt i denne perioden.

Foretakstillitsvalgt for sykepleierne, Kai Øivind Brenden, er i dialog med sykehusledelsen om å finne løsninger, særlig for de avdelingene som sliter mest: akuttmedisinsk, ortopedisk og øre-

## «En slik arbeidssituasjon kan man ikke ha over tid.»

*Kai Øivind Brenden, foretakstillitsvalgt*

nese-hals/gyn-avdelingene. Her er det flere pasienter enn de klarer å ta hånd om, slo Brenden fast overfor sykepleien.no.

– En slik arbeidssituasjon kan man ikke ha over tid.

### Full korridor

På lungeavdelingen ble 27 pasienter en natt liggende på korridoren, og en holdt på å dø fordi det ikke var plass til utstyret for pustehjelp, ifølge TV2. Saken er meldt inn til fylkeslegen.

Nå har pasienter blitt fordelt til andre avdelinger og det er blitt åpnet noen nye senger.

– Utfordringen er å skaffe nok personell, sier Brenden.

Han har blitt enig med sykehuset om å utlyse flere sykepleierstillinger. Sykehuset har tatt i bruk vikarbyråer, men de kan ikke stille nok folk.

### Lønngulrot

NSF har inngått en ekstraordinær lønnsavtale med ledelsen om høyere timebetaling for de som fyller opp de ledige vaktene i januar. Men det har altså ikke vært nok for at enkelte avdelinger klarer å håndtere pasientstrømmen.

Medieopplagene gjorde at fylkeslege Petter Schou reagerte og kalte inn sykehusdirektøren til møte for å få forsikringer om at driften er forsvarlig. ■■■

### Dalacin Pfizer

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

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

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

**Indikasjoner:** Bakteriell vaginose.

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

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

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

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

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

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

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

Absorpsjon:

Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes

systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%).

Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C.

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

Sist endret: 27.01.2004

E2010-1542

**Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker**

Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

# Sopp eller bakteriell vaginose?

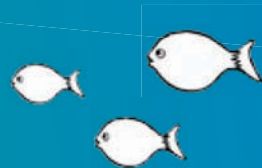
## Kjennetegn<sup>2</sup>:

### Soppinfeksjon

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

### Bakteriell vaginose

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



## Effektiv lokalbehandling av

bakteriell vaginose på

**kun 3 dager<sup>1</sup>**

med Dalacin Vagitorier



# Mange studenter forsvinner

Tre av ti studenter som ble tatt opp på sykepleierutdanningene fullførte ikke utdanningen på normert tid.

Tekst Bjørn Arild Østby

**D**et viser tall fra Database for statistikk om høyere utdanning (DBH).

Av de vel 3 900 studentene som ble tatt opp ved landets 27 sykepleierutdanninger fullførte litt i overkant av 2 600 studiet på normert tid i 2009. Forskjellene i frafall ved utdanningsinstitusjonene er store, og størst ved de private utdanningsinstitusjonene: Fra 55 prosent frafall ved Diakonhjemmets høgskole i Oslo til kun 6,5 prosent ved Haraldsplass diakonale høgskole i Bergen. Antall studenter ved utdanningsinstitusjonen synes ikke å bety noe for frafallet. Heller ikke geografi.

## Ikke dramatisk

– Tallene er ikke nødvendigvis så dramatiske som det kan se ut. Tross alt fullfører to av tre sykepleierstudenter på normert tid, sier leder i NSF Student Kristine Katrud.

– Hvis studentene ikke fullfører utdanningen

## «Vi trenger studenter som er motiverte.»

*Kristine Katrud, leder NSF Student*

fordi sykepleie ikke var slik de hadde forventet, er det bra. Det vi trenger er studenter som er motivert for å bli sykepleiere.

Katrud legger til at høyskolene må bli bedre på å kommunisere overfor studentene hva det vil si å være sykepleier allerede i første studieåret. Studentene må vite hva som kreves av dem som ferdigutdannede sykepleiere.

## Vet ikke hvorfor


Høyskoler Sykepleien har vært i kontakt med er usikre på hva som er årsaken til at så mange studenter slutter eller ikke fullfører sykepleierutdanningen.

En forklaring som blir nevnt er at enkelte som blir tatt opp på studiet unnlater å møte opp. Andre har kanskje fått plass ved en annen høyskole, eller de slutter fordi utdanningen ikke gav dem det de hadde forventet.

## 4 000 neste studieår

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene. Aktivitetskravet for sykepleierutdanningene er i 2011/2012 satt til 4 003. ■■■

### Studentopptak og fullført sykepleierutdanning 2009.

Utdanningsinstitusjon 	Opptatt	Fullført	Prosent som slutter
Diakonhjemmet høgskole	122	55	54,9
Høgskolen i Finnmark	66	31	53,0
Høgskolen i Gjøvik	194	94	51,5
Høgskolen i Narvik	46	23	50,0
Høgskolen i Ålesund	105	56	46,6
Lovisenberg diakonale høgskole	205	113	44,8
Høgskolen i Oslo	527	293	44,4
Høgskolen i Telemark	124	75	39,5
Høgskolen i Sogn og Fjordane	154	95	38,3
Universitetet i Agder	224	147	34,3
Høgskolen i Molde	88	59	32,9
Høgskolen i Bodø	189	127	32,8
Høgskolen i Hedmark	187	129	31,0
Høgskolen Stord/Haugesund	171	120	29,8
Høgskolen i Akershus	105	75	28,5
Høgskolen i Harstad	67	48	28,3
Høgskolen i Buskerud	122	88	27,8
Universitetet i Tromsø	72	52	27,7
Høgskolen i Vestfold	108	80	25,9
Høgskolen Diakonova	105	79	24,7
Universitetet i Stavanger	179	137	23,4
Høgskolen i Nord-Trøndelag	163	128	21,4
Høgskolen i Østfold	89	72	19,1
Betanien diakonale høgskole	59	48	18,6
Høgskolen i Bergen	186	159	14,5
Høgskolen i Sør-Trøndelag	190	165	13,1
Haraldsplass diakonale høgskole	61	57	6,5
<b>Høgskolene i alt</b>	<b>3 908</b>	<b>2 605</b>	<b>33,3</b>



# Verv og vinn!

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

## Hva koster medlemskap i NSF?

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

## Dine medlemsfordeler er:

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



3 vervinger: Leatherman verktøy



1 verving: Brødpose pistasje

1 verving: Brødpose sort



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



1 verving: Termos



2 vervinger: Bok: Sår



2 vervinger: Bok: Godt Rett Rettferdig



2 vervinger: Grand Cru 3 skåler

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

Brødpose Sort

Brødpose Pistasje

Brødpose Sort/Sand

Termos

Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

# Sykehjem roter med piller

51 av 67 sykehjem bryter loven om legemiddelbehandling.  
– Altfor dårlig, sier Kathy Mølstad i NSF's fagavdeling.

Tekst og Foto **Marit Fonn**

**H**elsetilsynet melder om grunn til uro og konkluderer med at pasientenes trygghet er truet. For lite tid og kompetanse hos pleiepersonellet er blant årsakene som bekymrer helsemyndighetene.

Helsetilsynet viser til mangelfull styring ved sykehjemmene. Ved mange sykehjem hadde ikke ledelsen oversikt over aktuelle risikofarer knyttet til legemiddelbehandling.

Det er Helsetilsynet i fylkene som har gjennomført tilsyn i 67 sykehjem i perioden 2008 til 2010.

## Må observere bivirkninger

– Vi har visst om dette siden rapportene begynte å komme i 2008. Vi har brukt det i ulike brev og høringssvar, sier Kathy Mølstad, seniorrådgiver i Norsk Sykepleierforbunds (NSF) fagpolitiske avdeling.

Manglene ved sykehjemmene gjør at sykepleierne ikke kan drive forsvarlig sykepleie, mener hun.

– Ett problem er de mange ufaglærte. Et annet er at forskriften for legemiddelbehandling ikke er klar nok. Det legges ikke til rette for å observere virkning og bivirkning av medikamentene.

– En typisk oppgave for sykepleiere?  
– Ja, så klart.  
– Kritikken gjelder ledelse, og mange sykehjemsledere er jo sykepleiere. Hva skjer?  
– De strever vel. Også med dokumentasjonsplikten. Men de er nødt til å ta tak og prioritere dette i år, det er deres ansvar. Men også nivået over er ansvarlig. Dette gjelder pasientsikkerhet, sier Mølstad.

## – For lite tid

Helsetilsynet oppsummerer slik:

- › uklare ansvarsforhold rundt legetjenesten ved sykehjemmet
- › for lite tid for legen til å gå gjennom legemiddelbehandling av pasienten på en god nok måte
- › for lite tid og kompetanse hos pleiepersonellet til å følge opp legemiddelbehandling når legen var fraværende
- › uklart hvordan lege og pleiepersonell skulle samarbeide om legemiddelbehandling, og hvordan pleiepersonellet skulle observere og rapportere om konsekvenser og bivirkninger av legemidlene
- › uklart hvor man kunne finne viktige opplysninger i kombinerte elektroniske og papirbaserte journaler



**TAKTAK:** - Prioriter legemiddelbehandling i år! sier NSF's Kathy Mølstad til sykepleiere som er ledere på sykehjem.

- › mangelfull journalføring av nødvendige og relevante opplysninger om legemiddelbehandling
- › separat elektronisk journalsystem for sykehjemslegen uten lesetilgang for annet helsepersonell

## – For stort ansvar

NSF-leder Lisbeth Normann viser til at på enkelte vakter på sykehjem er det én sykepleier med ansvar for 100 pasienter.

– Mangel på faglærte er et stort problem. Ufaglærte får et altfor stort ansvar ved å håndtere medikamenter og sykdomstilstander de ikke har forutsetninger for. Dette har vi påpekt lenge, sier Normann i en pressemelding.

Hun etterlyser en plan fra regjeringen på hvordan skaffe nok sykepleiere og andre med fagutdanning. ■■■

# Verv og vinn!



Norsk Sykepleierforbund  
Svarsending 1016  
0090 Oslo



# Hastebehandler omstridt krefttest

I rekordfart har Helsedirektoratet konkludert i saken om hpv-testing av norske kvinner. Tekst Nina Hernæs og Ann-Kristin Bloch Helmers

**F**ør jul satte helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen ned foten for Helsedirektoratets planer om å stoppe hpv-testing. Hun garanterte at testingen skulle fortsette.

Nå har direktoratet i ekspressfart lagt premisser som utelukker en av testene. I et brev fra direktoratet varsles det endringer i eksisterende retningslinjer fra 1. februar i år. Fagmiljøene har fått frist til lørdag med å komme med innspill.

– Dette handler for mye om følelser og for lite om fag, mener avdelingssjef Gunnar Skov Simonsen på avdeling for mikrobiologi og smittevern ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Han mener direktoratet burde vært mer dydmyke overfor faglige argumenter.

## Overmoden sak

Hpv-test brukes for å plukke ut de kvinnene som har risiko for å få livmorhalskreft. Stridens kjerne har hele tiden vært hvilken test som er best. Helsedirektoratet har hevdet at en av testene som er i bruk utsetter kvinner for unødig risiko, men er kraftig motsagt av patologer og mikrobiologer, som bruker testen i praksis.

Likevel mener prosjektdirektør Hans Petter Aarseth i Helsedirektoratet at saken er overmoden.

– Vi kan ikke lenger utsette kvinner for en risiko vi mener ligger i dagens praksis, sier han.

## Nyttig test

Direktoratet frykter at kvinner kan få falske negative svar. Det vil si at de har hpv-virus som kan medføre kreftrisiko, men det fanges ikke opp.

Den ene typen test, hpv m-rna, undersøker fem ulike virus. Det er mellom tolv til femten typer som antas å kunne gi kreft, men det er stor forskjell i hvor aggressive de forskjellige typene er. M-rna-testen finner de fem mest aggressive. Denne testen avdekker

hpv-infeksjoner som er blitt kroniske, og det er de som kan gi kreft. Den andre typen test, hpv DNA, kan undersøke for langt flere typer, men skiller ikke mellom forbigående og kroniske infeksjoner. En forbigående infeksjon gir ikke kreftrisiko. Det betyr at kvinner vil teste positivt for hpv, uten at de har reell risiko for sykdom.

I brevet fra direktoratet, som er sendt 15. desember, står det at den hpv-testen som velges må testes mot minimum tolv av de vanligste hpv-typerne som kan føre til kreft.

Avdelingssjef Rune Lilleng ved avdeling for patologi på Drammen sykehus har gode erfaringer med å teste for m-rna. Han har aldri opplevd det som en risiko å benytte den.

– I vurderingen av hva som skal gjøres inngår ikke bare hpv-svaret, sier han.

– Men også resultatet av den mikroskopiske undersøkelsen av celleprøven.

Heller ikke avdelingssjef Ingjerd Lien Kvelstad ved avdeling for patologi på sykehuset Innlandet frykter at m-rna-testen utsetter kvinner for unødig risiko.

– Vi bruker denne testen og ønsker å fortsette med det, sier hun.

## Mer treffsikker

På UNN brukes det også m-rna-test. Gunnar Skov Simonsen er ikke redd for at det utsetter kvinner for risiko. Derimot mener han denne typen test er mer treffsikker.

– Dette er snakk om screening, sier han.

– Det er viktig å finne flest mulig av dem med risiko for sykdom, men det er også viktig at vi finner dem med reell risiko og ikke engster for mange unødig.

Også han peker på at svaret på hpv-test vurderes sammen med celleprøve. Er en kvinne hpv-negativ, blir hun likevel kontrollert med ny celleprøve.

Spørsmålet er om direktoratet da mener det utsetter kvinner for risiko når det gjøres på denne måten.

– Ja, hvis de følger algoritmen for hpv-

testing, nei, hvis de gjør som på UNN, sier Aarseth.

Ved å legge til en ekstra celleprøve etter negativ hpv-test, går de utover algoritmen som skal følges ved hpv-testing.

– Hvorfor kan man ikke gjøre som på UNN?

– Fordi det vil medføre en betydelig ekstrakostnad som det ikke er dokumentert nytteeffekt av.

Før jul uttalte direktoratet at utgiftene til testing ikke var tema i vurderingen.

– Hadde vi visst det var en gevinst, skulle vi gjerne brukt ti millioner, sa Aarseth da.

– Men de som bruker m-rna-testen mener den er til stor klinisk nytte, lytter dere til dem?

– Vi gjør for så vidt det, men vi må forholde oss til det vedtatte algoritmen og gjøre den best mulig, slik at vi finner flest mulig kvinner som har risiko for å få livmorhalskreft. Om vi skal forandre algoritmen, er en annen diskusjon.

## Evaluering gir ikke svar

Også internasjonalt diskuteres det hvilken type test som er best egnet i screeningprogram mot livmorhalskreft.

Den norske hpv-testingen er et prøveprosjekt i regi av Kreftregisteret, og skulle vært evaluert. Fagfolk har tidligere bedt om at praksis ikke endres før evalueringen er klar. Nå sier Aarseth at en evaluering ikke vil gi relevante svar i denne diskusjonen. Derfor må direktoratet bygge avgjørelsene på annen kunnskap og erfaring.

Han erkjenner at fagfolk har fått kort frist.

– Men vi mente at det var gjort så mye forarbeid i denne saken at det var nok tid.

Gunnar Skov Simonsen minner om at hpv-testing er et faglig vanskelig område med ulike meninger. Han synes det er merkelig at direktoratet allerede har valgt side.

– Det undrer meg at direktoratet vil ekskludere én type test uten å gjøre det innenfor en ramme som gir mer kunnskap om hvilken test som er best, sier han. ■■■

# Ett av tre DPS mangler ambulante team

Det er fem år siden Stortinget vedtok at alle distriktpspsykiatriske sentre (DPS) skulle opprette ambulante team innen to år. Fortsatt mangler slike team ved ett av tre DPS.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

**D**et går fram i en undersøkelse finansiert av Forskningsrådet og ledet av professor i psykisk helsearbeid Bengt Karlsson ved Høgskolen i Buskerud.

## Fulgte ikke Stortinget

Hele kartleggingen er ennå ikke publisert, men den foreløpige konklusjonen tyder på at mange DPS ikke har fulgt stortingsvedtaket.

Karlsson er overrasket over at så mange av landets 72 DPS-er ikke har ambulante team på plass:

– Stortinget har vedtatt innføringen gjennom et tydelig vedtak. At det da ikke blir fulgt opp kan tyde på at DPS-lederne tar for lite helsepolitisk ansvar. En annen forklaring kan være at ansvaret deres er uklart. I så tilfelle mener jeg at en lokal, faglig frihet er feilslått i forhold til Stortingets vedtak, ifølge professoren.

## Ikke alle får hjelp

– *Hva betyr den manglende utbyggingen for pasientene og pårørende?*

– Undersøkelser både i Norge og England viser at de som fått hjelp av ambulante team er fornøyd med tilbudet. Men når hvert tredje DPS ikke har ambulante team, så er det trolig

**«Mange får trolig ikke den hjelpen de skal ha.»** *Bengt Karlsson*

mange som ikke får hjelpen de bør ha. Den gruppen fanger vi ikke opp i undersøkelsene, når vi spør brukerne av ambulante team om hvordan de opplever tilbudet, sier Bengt Karlsson til nettstedet dobbeltdiagnose.no.

Han legger til at mange DPS er presset på økonomi, men at ambulante team nettopp skulle bidra til å få et bedre helsetilbud for pengene. ■■■

## Sykepleiermangel? Ikke her!

Sykepleierne orienterer seg i bladet Sykepleien når de skal se hva som finnes av ledige jobber. De fleste sjekker stillingsmarkedet på Sykepleien.no også. Nye stillinger legges ut hver dag.

**Kontakt markedsavdelingen dersom du vil annonsere tlf 22 04 33 04 eller [ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)**

**Sykepleien**

# Per Kristian Sundnes

Alder: 59 år

Aktuell som: Arbeidslivdirektør i Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)

### BAKGRUNN:

I Dagsavisen 5. januar sier Per Kristian Sundnes at fagforeningene er det største hinderet for flere i heltid. Mer fleksible arbeidsordninger må til, mener han. Ifølge Dagsavisen ønsker KS at sykepleierne skal jobbe annenhver helg i stedet for hver tredje, og sier: «Bytt helg mot heltid!»

# Vil knekke helgekoden

### Det er vel fint at sykepleierne vil jobbe mer?

– Det er kjempefint. Men vil de det da?

### Mener du virkelig at sykepleierne skal jobbe annenhver helg?

– Nei, og det har KS heller ikke sagt.

### Det sto i avisen?

– Vi har sagt at det er behov for å jobbe annerledes. En gang iblant kan man jobbe oftere enn hver tredje helg. Det vil være til stor hjelp for å få turnuskabalen til å gå opp.

### Er det slik du vil lokke sykepleiere til å jobbe i kommunene?

– Vi må få til en tjeneste som dekker hele

uken. Vi må lokke og samarbeide for å få det best mulig. Vi trenger sykepleierne.

### Forstår du motstanden mot hyppigere helgejobbing?

– Skjønner godt ønsket om å jobbe minst mulig i helgen. Men noen jobber er slik at det må jobbes døgnet rundt.

### Jobber du selv mye i helgene?

– I april og mai, i hvert fall, når det er lønnsoppgjør, mekling og streik. Men stort sett ikke.

### I din drømmeverden – hvordan jobber sykepleierne da?

– Da er de enige med arbeidsgiverne i kommunene om en turnusordning med fleksibel arbeidstid som dekker innbyggernes behov. Det gjøres mange steder i dag: Det fins ønsketurnus og Nordsjø-turnus.

### Hva synes du om lovfestet rett til heltid?

– Jeg synes ikke om det i det hele tatt. Det er ikke gjennomførbart og vil føre til mer deltid. I dag har man rett til omsorgs- og helsebe-grunnet deltid. De to rettighetene går ikke i hop.

### Opplever du forskjellige holdninger i kommunene?

– Noen arbeidstakere er positive til turnuser andre sier nei til. I Måsøy i Finnmark har Fagforbundet sagt ja og alle er glade, unntatt Sykepleierforbundet, som sier det er ulovlig.

### Er Sykepleierforbundet spesielt kranglete?

– Ikke kranglete, men mindre fleksibelt. De har sentrale vedtak som skaper forventninger lokalt. Av og til er Fagforbundet vrangest, men NSF kan være mer katolsk enn paven.

### Verst sentralt eller lokalt?

– Noen prinsipper som forsvares sentralt, betyr mindre lokalt.

### Sentrale avtaler trengs vel for å verne arbeidstakerne?

– Ja, jeg skjønner det. Man har rett til å nekte hvis loven brytes lokalt. Men her er et tosidig ansvar: Tjenestene skal fungere, og ansatte skal ikke belastes mer enn nødvendig.

### De fleste bransjer tilbyr heltidsstillinger?

– Helgebemanningen i pleie- og omsorgssektoren er roten til alt ondt. Nøkkelen er å knekke helgekoden. For hver ufrivillige deltidsansatt er det fem som selv velger deltid. Veldig mange ønsker å jobbe 80 prosent.

### Syns du det er fint?

– Nei, jeg vil gjerne ha folk i heltid. Da ville vi løst et problem og fått færre småstillinger.

### Bør framtidige sykepleiere innstille seg på at de må jobbe oftere helg?

– Ikke oftere – men de må jobbe helg. For helsearbeidere er dette en vanlig arbeidstid, som kveld og natt er det.

### Hvilken fleksibilitet ønsker du deg?

– Jeg er ikke ekspert på alle systemer. Poenget er at vi må bemanne også på tider det er ubehagelig og upopulært å jobbe. Ikke alle synes helgejobbing er like fælt, heller. Det fins mange fleksible sykepleiere. Og ikke alle arbeidsgivere er fleksible nok.

### Er sykepleie et yrke du kan anbefale?

– Jeg møter i hvert fall mange flinke og dedikerte sykepleiere. Det virker som de trives. Og yrket er viktig. Så jeg kan anbefale det.

Tekst Marit Fonn Foto KS



28 – Hvert trykksår man unngår er jo en seier for hele helsetjenesten ›

30 Verdt å vite om kvalitetsindikatorer ›

34 Kjenner input, men ikke output ›

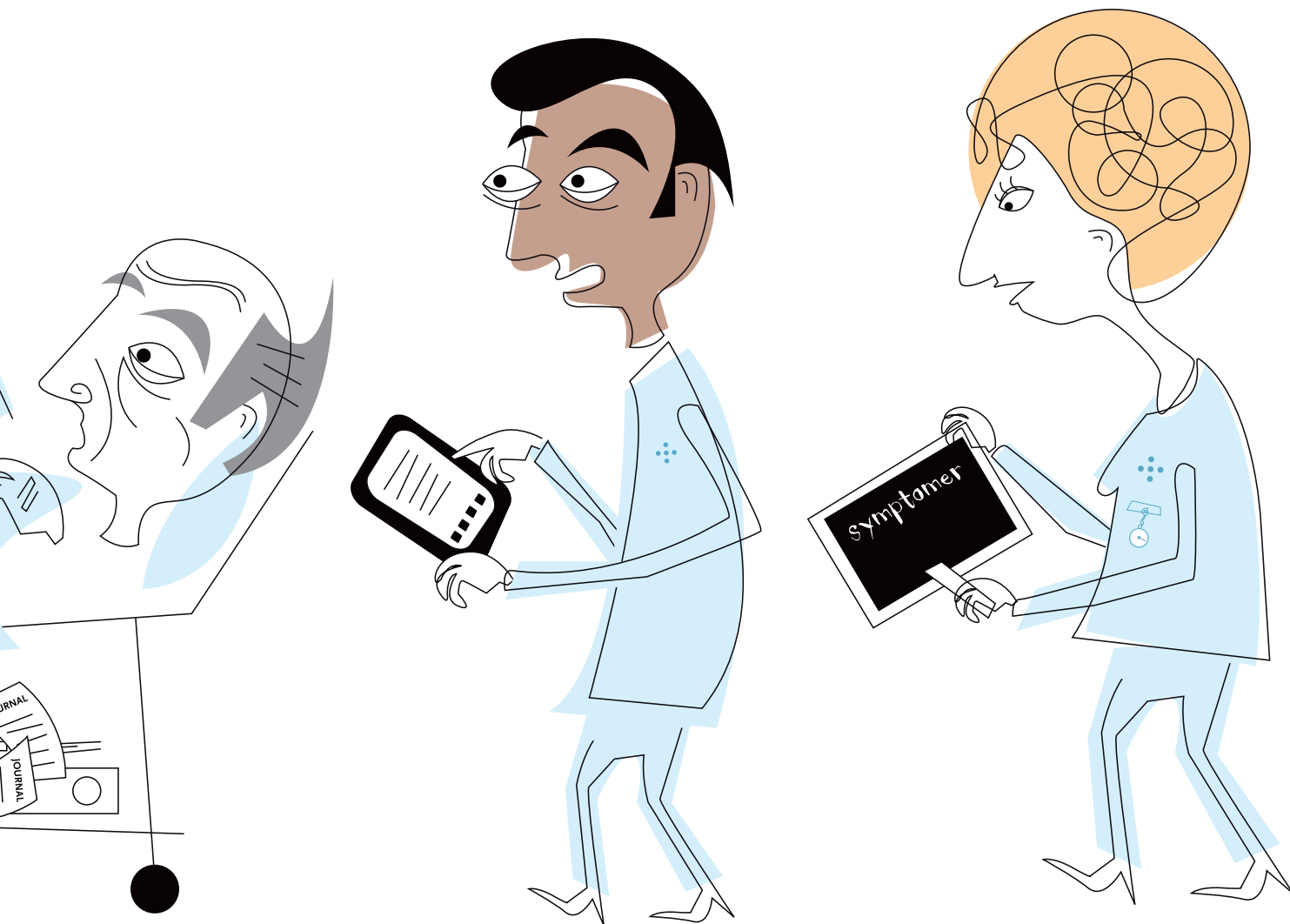
35 4 om måling ›



# Mål effekten a

Hvordan fungerer egentlig den behandlingen vi gir? For å svare på det, trenger vi noe å måle. Og for å måle, trenger vi indikatorer som gjør at det vi måler kan sammenliknes og vurderes opp mot det resultatet vi vil oppnå.

Det jobbes mye med å utvikle de såkalte kvalitetsindikatorerne for helsevesenet, men foreløpig har arbeidet kommet svært kort i Norge.



# v egen innsats

Enda mer arbeid? Ja, kanskje, men når dette kommer på stell, vil ledere kunne legge opp arbeidet etter resultater og vi kan jobbe smartere. Det blir lettere å unngå skader som liggesår, fall og problemene som følger med underernæring. I Sverige er de godt i gang.



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

# «Hvert trykksår man unngår er jo en seier for hele helsetjenesten.» Joakim Edvinsson

Senior alert er et svensk kvalitetsregister som har vokst seg stort på rekordtid. Nå oppfordres norske sykepleiere til å «senior-alerte» også.

Tekst **Eivor Hofstad** Illustrasjon **Birgitte Kolbeinsen** Foto **Sven Magnusson**

**S**ykepleier Joakim Edvinsson og hans kolleger ved sykehjem og sykehus i Jönköping ante ikke at de skulle lage et nytt verb den gangen de satte seg ned for å drive kvalitetsutviklingsarbeid i helsevesenet. Men kvalitetsregisteret Senior alert ble faktisk så populært at det påvirket svensk språkutvikling. Besøker du et sykehjem, en hjemmetjeneste eller et sykehus i Sverige i dag, er det stor sjanse for at du hører en sykepleier spørre sin kollega: «Har du senior-alertet denne pasienten?»

– Det er jo helt fantastisk. Når et substantiv blir et verb vet man at det har hendt saker og ting, sier Edvinsson på telefon fra Sverige.

Han er en såkalt «registerholder», det vil si en slags administrerende direktør for registeret med ansvar for alt det praktiske arbeidet med det.

## Synliggjør sykepleierne

Sverige har haugevis av kvalitetsregistre. Men de er stort sett utviklet av leger for leger og deres medisinske forskning. De har alle vært enten diagnose- og sykdomsinnrettet eller intervensjonsrettet.

Men så kom «Senior alert». Det er ett av 70 kvalitetsregistre, men det eneste som er direkte relatert til sykepleiere og helsefagarbeidere, og det eneste som handler om forebygging av fall, trykksår og underernæring.

– Sykepleierne og helsefagarbeiderne er glade for at det endelig har kommet et register som fokuserer på pleie- omsorgskvaliteten. De sier til meg at de synes det bidrar til å profesjonalisere yrket deres og gjøre dem mer synlige, sier Edvinsson.

Han understreker at hovedmålet med registeret er å få opp kvaliteten på pleien og omsorgen.

– Hvert trykksår man unngår er jo en seier for hele helsetjenesten, sier han og legger til at det er et stort poeng at registeret brukes i både kommune- og spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten får en mer kontinuerlig og helhetlig behandling ved overgang mellom de ulike tjenestene.

I tillegg brukes tallene fra databasen også til forskning og undervisning. Alle data er anonymisert.

– På sikt skal alle tallene bli offentlige. På den måten kan hele



folket gå inn og sammenligne kvaliteten på de ulike sykehjem og sykehus, forteller Edvinsson.

## Forebygging

Det hele begynte så smått med utviklingsarbeid i Jönköping i samarbeid med Vårdförbundet. Ulike tverrfaglige team så at det særlig var tre områder som var mulig å forbedre: Fall, trykksår og ernæring. De tre områdene henger sammen og omfatter ofte den samme pasientpopulasjonen. Teamene ønsket å gjøre en mer helhetlig tilnærming til problemområdene enn det som til da hadde vært vanlig.

– Vi kom fram til et viktig nøkkelord: «vårdprevensjon».

Det handlet om forebygging. De utviklet mål og målte resultat. Det handlet om å synliggjøre slikt som tidligere hadde vært usynlig. Og de oppdaget at det faktisk er vanskelig å vise forebyggingens effekt med tall. Når noe ikke skjer, kan man jo ikke telle det.

– Etter hvert innså vi at vi trengte et register, og i 2004 begynte registeroppbyggingen, forteller Edvinsson.

Dermed har de kunnet sammenligne tall fra Senior alerts spede begynnelse og frem til i dag.

## God effekt

Målet er at alle over 65 år som kommer i kontakt med helsevesenet skal registreres, men ved behov registreres også yngre. Den yngste som er registrert er født i 1990.



[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Du finner det svenske skjemaet «Senioralert» på våre nettsider, under temaet kvalitetsindikatorer.



- › Et verktøy for å risikovurdere alle pasienter over 65 år som kommer i kontakt med helsevesenet i forhold til de tre områdene fall, trykksår og underernæring.
- › Et verktøy som foreslår tiltak.
- › Et register der sykepleiere registrerer forekomsten av fall, trykksår og underernæring samt resultatene av tiltakene.

– I Jönköping fylke hvor vi har drevet lengst med dette, blir nå 98 prosent av alle nye pasienter over 65 år risikovurdert. Ellers varierer det fra 30 til 80 prosent blant de kommunene og fylkene som er med, sier Edvinsson.

– Har dere sett noen effekt ennå?

– Ja, sier Edvinsson og viser til Britt-Louise Sunesson, controller innen Jönköpings helseområde.

Hun forteller at i Jönköping fylke er antallet trykksår halvert og hoftebrudd redusert med 17 prosent fra 2005 til 2009. Andelen pasienter over 70 år som kommer tilbake innen 15 dager etter utskriving, er også redusert med 20 prosent. Registeret viser dessuten at mer enn 70 prosent av risikopasientene har fått en eller annen form for forebyggende behandling.

– Med tydelige tall har det blitt lettere å få en konstruktiv dialog med fylkesledelsen. Målingene var avgjørende for å åpne alles øyne, blant annet hos politikere og sjefstjenestemenn på flere nivåer. Resultatet er også at vi har fått millioner av kroner til overs for andre helsetjenester, sier Sunesson.

#### Flere indikatorer

Sykepleiernes samarbeid i Norden (SSN) har jobbet med sykepleierrelaterte kvalitetsindikatorer i flere år, og har blitt enige om fire stykker: Trykksår, fall, ernæring og bemanning. Tanken bak den fjerde indikatoren er at andelen sykepleiere på en avdeling har betydning for kvaliteten på pleien.

– Vil dere ta med bemanning som en indikator i Senior alert?

– Nei, ikke direkte. Men derimot kan vi tenke oss å gjøre strukturmålinger en gang i året. Der vil vi kunne se på flere ting, som blant annet bemanning og om det finnes retningslinjer for behandling, pleie og organisering, sier Joakim Edvinsson.

– Kan andre kvalitetsindikatorer komme med i Senior alert?

– Både munnhelse og sykehusinfeksjoner har vært diskutert. Dette ser vi nærmere på nå, sier Edvinsson.

#### Tekniske problem

De eneste negative tilbakemeldingene Edvinsson har fått fra sykepleierne er at datasystemet til Senior alert ikke er kompatibelt med de ulike avdelingens elektroniske journalsystem.

– Det blir dobbel dokumentasjon, noe som tar ekstra mye tid for oss, sier en svensk sykehusykepleier til Sykepleien på et møte om kvalitetsindikatorer i Stockholm i november, arrangert av SSN.

– Denne diskusjonen føres ved alle kvalitetsregistre. IT-folkene våre jobber med problemet, men jeg kan ikke love noen bestemt tid hvor dette vil være løst. Det er kanskje snakk om 25 ulike journalsystem som brukes rundt omkring i Sverige, så dette er en stor teknisk utfordring, slår Edmundsen fast.

#### Ahaopplevelse

– Har noen fra Norge kontaktet dere om registeret?

– Nei, men vi har fått henvendelser fra både Storbritannia, Canada og USA.

Senior alert har et skjema for risikovurdering som kan skrives ut fra nettsiden deres, [ucr.uu.se/senioralert](http://ucr.uu.se/senioralert). Det er et avkrysnings-skjema på den ene siden og forslag til tiltak på den andre siden (se også på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)).

– Jeg anbefaler norske sykepleiere å begynne og bruke dette skjemaet, dersom de har problem med fall, trykksår eller underernæring. Det var slik vi begynte. Så ballet det på seg og vi oppdaget behovet for et register etter hvert, sier han.

På det nevnte SSN-møtet i Stockholm ble skjemaet delt ut til



**SENIOR-ALERTE:** Når et substantiv blir et verb, har det hendt saker og ting, sier Joakim Edvinsson i Jönköping. Fylket har halvert antallet trykksår.

sykepleierne i salen. De ble bedt om å fylle ut risikovurderings-siden med tanke på en eldre person de kjente godt. De fleste tenkte på sin mor, og noen fikk seg en aha-opplevelse da de oppdaget at hun var i risikozonen for enten fall, underernæring eller trykksår.

En av de norske sykepleierne i salen uttrykte skepsis mot registreringen og mente at som sykepleier er man utdannet til å se hele mennesket og burde derfor oppdage pasienter i risikozonen.

– Men nettopp det at flere her i dag fikk seg en overraskelse om sin egen mor, sier vel litt om at dere faktisk ikke klarer å fange opp alle signalene likevel? innvendte Eija Häman Aktell fra Senior alert.

#### Drahjelp fra regjeringen

Regjeringen har bidratt med midler for å få spredd registeret i Sverige. I august ble det derfor ansatt 25 coacher som har reist rundt i landet og informert om Senior alert. Nå ruller kommunene og fylkene inn i ordningen. Per den 10. januar var 196 kommuner (68 prosent) og 16 fylker (76 prosent) med. Hvert fylke har mellom to til fire sykehus.

I tillegg satte regjeringen av 50 millioner kroner for at kommunene, fylkene og de private som meldte seg inn i 2010 skulle få en prestasjonsbasert erstatning. For hver pasient som registreres får de en viss sum. Denne ordningen skal også videreføres i to år til, samtidig som det skal være kostnadsfritt å slutte seg til Senior alert.

– De millionene har gitt oss noen ekstra muskler, sier Edvinsson.

Regjeringen har også innført åpne sammenligninger på en rekke områder innen helsevesenet i Sverige, og i disse årlige rapportene er det snakk om at også Senior alerts tall etter hvert skal bli med.

– Det er tre grunner til hvorfor vi bør sammenligne. Dels fordi det gir gode data for forskning, dels fordi folk kan se hvor de finner det beste og dels fordi vi dermed kan forbedre kvaliteten på pleien. Det siste er vårt hovedmål, sier Edvinsson.





Lars Mathisen, spesial-sykepleier PhD, rådgiver/prosjektleder i NSF.



Øyvind Nordbø, kreftsykepleier, kandidat i sykepleievitenskap, spesialrådgiver NSF.

# Verdt å vite om kvalitetsindikatorer

Hva slags pasientresultater har vi? Hvordan kan vi måle kvaliteten av innsatsen vår? Kvalitetsindikatorer er et satsingsområde i helsetjenesten, nasjonalt og internasjonalt.

**D**atabaser som håndterer pasientresultater og innsatsfaktorer kan beskrive noen viktige sider ved sykepleiepraksis. Ved utgangen av 2010 er arbeidet med kvalitetsindikatorer så vidt kommet i gang i Norge. Vi må nå investere tid og ressurser i indikatorarbeidet for å være i takt med helsepolitiske mål, for å møte befolkningens krav til god informasjon og innsyn i helsetjenestene, og for å underbygge påstanden «Nursing can no longer be viewed as a lovely accessory to patient care, but a core driver of both delivery and outcome» (1). Sykepleiere oppnår dette ved å kvalitetsovervåke virksomheten sin og kommunisere verdiskapningen som et grunnlag for fagets legitimitet og økonomiske rammer. Målet med denne artikkelen er å gi svar på noen vanlige spørsmål om indikatorarbeidet fra sykepleiere i kliniske stillinger og deres nærmeste ledere.

## Målbare størrelser

En indikator benyttes når noe er vanskelig å måle direkte. Kvalitetsindikatorer i helsetjenesten er målbare størrelser som skal brukes til å vise om helsehjelpen er i samsvar med best tilgjengelig kunnskap, og om hjelpen gir helsegevinst (2). Helsegevinst kan være bedret overlevelse, økt funksjonsevne, kontroll over plagsomme symptomer, og bedre motstandsdyktighet mot sykdom og funksjonstap. Ved varig helsesvikt og gradvis svekkelse kan helsegevinst være å bremse eller utsette symptomer og tap av funksjonsevne.

Valg av indikatorer og krav til sammenlignbarhet vil avhenge av hensikten. Kvalitetsindikatorer kan gi informasjon for å styre beslutninger på et regionalt eller nasjonalt nivå. I lokalt forbedringsarbeid vil kvalitetsindikatorer hjelpe til med å slå fast om det skjer en forbedring, eller bidra til å forklare hvorfor situasjonen er som den er. Den røde tråden ved bruk av indikatorer er kunnskap om årsakssammenhenger mellom innsatsfaktorer, arbeidsprosesser og resultat.

## Sviktende kvalitet

Med rapportene «To Err is Human» og «Crossing the Quality Chasm» fra Institute of Medicine i USA (3,4) kom støtet til ny offentlig oppmerksomhet rundt sviktende kvalitet og pasient-sikkerhet i sykehus og helsevesenet. Tilsyn i Norge, utført av Riksrevisjonen og Statens helsetilsyn, varsler om kontinuerlig

oppmerksomhet rettet mot kvalitetsforbedring. Vi har store utfordringer på dette området. Pasienterfaringer viser at vi ikke kan ta kvalitet, og spesielt pasientsikkerhet, for gitt. De nordamerikanske rapportene har tydeliggjort at kvalitet ikke bare avhenger av den enkelte helsearbeiders kompetanse og innsats, men også av rammevilkårene for praksis. Derfor er man nå mer bevisst på at ledelse og virksomhetsstyring forutsetter systematisk kunnskap om kliniske resultater, og analyser av risiko for utilsiktet resultat.

## Hva er kvalitet?

Kvalitet er å forstå som «i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helse relatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap» (2 s. 44). Denne norske kvalitetsdefinisjonen er gjort uavhengig av økonomiske rammebetingelser. Ansvaret for rammer og prioriteringer er dermed et politisk ansvar uavhengig av spørsmålet om faglig vurdert kvalitet. Dette øker kravet til at sykepleiefagets ledere og utøvere kan beskrive overfor andre beslutningstakere hva som er god kvalitet i pasientbehandlingen.

Forskning fra kommunehelsetjenesten viser at kvalitet er en sårbar størrelse. En uønsket kvalitetsglidning foregår uten tilstrekkelig rapportering og ansvarliggjøring til bydels- og kommunenivå (5). Samhandlingsreformen uttrykker at det er behov for å tydeliggjøre hva sykepleiefunksjonen består i (6). Dette er et alvorlig signal om at det er behov for å synliggjøre sykepleiefagets kjerneoppgaver i helsetjenesten. Kvalitetsindikatorer kan være et hjelpemiddel til effektiv kommunikasjon med alle ledelsesnivåene.

## Datainnsamling – mer arbeid?

### Vil innføring av kvalitetsindikatorer gjøre sykepleiers arbeid lettere?

Både ja og nei. Det gode er at kvalitetsindikatorer bidrar til å fokusere på hva sykepleiere arbeider for, spesielt hvis det er resultatmål det dreier seg om, og hva som trengs for å gjøre jobben skikkelig. Utfordringen vil være avstanden mellom innsats og opplevd nytte, fordi investeringen i kvalitetsindikatorer kan oppleves som merarbeid på kort sikt. Rapportering på kvalitetsindikatorer forutsetter datainnsamling, og det betyr at informasjon må legges inn i eller



[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

## Søkeord:

- ▶ Kvalitet
- ▶ Norden
- ▶ Samarbeid
- ▶ Sykepleie







hentes ut av eksisterende eller nye informasjonssystemer. Dette er uavhengig av om det er kortvarige observasjonsstudier av smertelindring eller om det er kontinuerlig overvåking av forekomst av fall med pasientskade. Innføring av kvalitetsindikatorer skjer ikke over natten. Det må være noe som kan flettes inn i daglig virksomhet lenge etter at et oppstartsprosjekt er over, og det må finnes pålitelig og fullstendig dokumentasjon bak data.

### Trykksår

Ideelt sett kan tilstrekkelig informasjon om indikatoren trykksår hentes ut fra pasientjournalen. Det kan enten hentes ut manuelt, som er tidkrevende, eller raskt og elektronisk med standardisert dokumentasjon og søkeord. Dette er ennå ikke en realitet, og inntil videre må vi gjøre egne studier av trykksårforekomst for å få pålitelige data. Vi må også registrere risikofaktorer for trykksår, hvis vi skal kunne lære noe om hvorfor det er variasjon i forekomsten. Dersom datasamling får større oppmerksomhet enn pasientresultatet ville det være en uheldig utvikling. Men når data brukes til kvalitetsforbedring samtidig som pålitelige kliniske resultater er rapportert oppover i linjeledelsen, er det også enklere å bygge tillit til de sykepleiefaglige vurderingene. Det er derfor viktig å vurdere nytte opp mot merarbeidet med indikatorer i et langsiktig perspektiv.

### Vil kvalitetsindikatorer hjelpe sykepleiers nærmeste leder til å utøve bedre ledelse?

Forstelinjeledere står midt mellom rapporteringskrav oppover i organisasjonen og forventninger fra ansatte, pasienter, pårørende, og samarbeidspartnere. Hvis kvalitetsindikatorene letter kommunikasjonen i begge retninger vil dette være en hjelp til lederen. Vi tror for det første at det vil være avhengig av organisasjonens krav til rapportering på faglig og på pasienterfart kvalitet, i tillegg til mengdemål og budsjettbalanse. Rapporteringskravene vil gjenspeile i hvor stor grad virksomhetens uttrykte verdier blir kommunisert i det daglige arbeidet. Dette blir ofte satt på spissen i diskusjoner om behandlingslinjer: hvilke pasientresultater skal nås, hva er «godt nok», og hva betegnes som «sløsing»? Det vil være forskjell på et klima hvor høy kvalitet står i fokus, og et klima hvor praksis er på grensen til hva som er forsvarlig (7).

For det andre vil kvalitetsindikatorer utfordre endringsevnen

i et team eller enhet. Kvalitetsindikatorer belyser ofte mer vanskeligheter enn suksess, noe som kan bety at arbeidsprosesser og normer må revurderes. Denne typen utfordringer krever god informasjonsflyt og profesjonalitet innen en enhet for å fokusere på felles mål og felles utviklingsprosesser. Dette er enklest når kvalitetsindikatorene representerer viktige områder fra et sykepleiefaglig perspektiv.

For det tredje må lederen være god til å forstå, fortolke og kommunisere data om kvalitetsindikatorer. Indikatorer som ikke varierer er lite interessante. Gode indikatorer vil variere i både positiv og negativ retning, og krever derfor ledere som forstår forskjellen på normal variasjon og variasjon som krever handling. Flere steder er det ledere uten sykepleiefaglig kompetanse. Forsvarlig bruk av kvalitetsindikatorer forutsetter at det finnes en som har sykepleiefaglig ansvar for å gi lederen råd om betydningen av indikatordata.

### Vil kvalitetsindikatorer gi sykepleiefaget bedre forankring i et tverrfaglig samarbeid?

Kvalitetsindikatorer kan isolert sett ikke legitimere sykepleiefaget og dets utøvere. Det avgjørende er hva indikatoren representerer. Det betyr at den sykepleiefaglige profilen i pasientforløp og behandlingslinjer må være tydelig, slik at andre helseprofesjoner og pasienter kan ha klare forventninger til sykepleieres bidrag.

## « Kvalitet er en sårbar størrelse.

Videre må våre samarbeidspartnere kunne ha tillit til at sykepleiere overvåker kvaliteten i arbeidet sitt. Med disse forutsetningene til stede vil kvalitetsindikatorer være en integrert del av det faglige lederskapet.

I 1969 skrev Lydia Hall et essay om visjon og organisering av sykepleietjenesten ved The Loeb Center for Nursing and Rehabilitation. Innledningsavsnittet begynte slik: «Fra mange hold stilles i dag spørsmålet: Sykepleier – hva vil du? (...) For å forsvare sin stilling må sykepleierne dokumentere hvilket tilbud de har å gi pasientene på linje med (de andre) medarbeiderne i helseteamet. Uten et særegent behandlingstilbud er sykepleien ikke levedyktig som profesjon» (8). Spørsmålet er fortsatt aktu-



elt. Det er ingen tvil om at sykepleiere har nok gjøremål, men hvordan skal man skjelve kjernefunksjonen fra en tilretteleggerfunksjon som tar seg av alle oppgaver uten å ta ansvar for å stille spørsmål eller prioritere?

Dersom den sykepleiefaglige profilen er tydelig nok vil det være mulig å uttrykke dette med tre–fire setninger i konkrete pasientforløpsplaner. Fagprofilen vil også være synlig i resultatkriteriene for pasientforløpet. Man vil kjenne igjen fagets kjerne i aktivitetene, konsentrert om å gi hjelp til grunnleggende behov og styrke pasientens egne ressurser, og med utgangspunkt i pasientens og pårørendes opplevelse av sykdom og helsehjelp. Sykepleiere vil ta et særlig ansvar for å innhente pasienters og brukeres erfaringer til forbedringsarbeid og resultatevaluering.

### Hvorfor er samhandlingsreformen så viktig for indikatorarbeidet?

Samhandlingsreformens intensjon er å få mer kontinuitet i pasientbehandlingen, spesielt der spesialist- og kommunehelsetjenesten deler ansvar for pasientforløp, og å gjøre mer forebyggende arbeid for å unngå unødig bruk av sykehustjenester. Dette gir sykepleiere en helt unik sjanse til å etablere samarbeid med sykepleierkolleger på tvers av tradisjonelle organisatoriske skillelinjer. Tiltak som ellers foregår oppstykket og med usikker

## « Kvalitetsindikatorer bidrar til å fokusere på hva sykepleiere arbeider for.

gjennomslagskraft, for eksempel hjelp til røykeslutt, vil i lys av samhandlingsreformen kunne videreutvikles til tiltakspakker med systematisk progresjon gjennom hele pasientforløpet.

Et annet eksempel gjelder skrøpelige eldre eller psykisk syke med lav egenomsorgsevne. Reformen etterspør samarbeid om innleggelser og utskrivninger med sterkere fokus på pasientens langsiktige behov for helsehjelp. Dette er i kontrast til et nivådelte helsevesen som stimulerer de ulike tjenestene til å jobbe isolert innen eget arbeidsfelt. Det å kunne strekke pasientforløpet lenger enn til en tjenestegrense er kanskje det som kan bli det mest virkningsfulle innsatsområdet for å styrke sykepleiefaget samtidig som pasientene får bedre helsehjelp.

### NSFs rolle

Norsk Sykepleierforbund har i over 20 år hatt en aktiv rolle i ulike kvalitetsprosjekt. Dette arbeidet må videreutvikles, fordi utfordringene endrer seg og krever nye svar. Den helsepolitiske situasjonen er i utvikling, sykepleiergruppens sammensetning og kompetanse endrer seg, og det gjør også samfunnets behov for helsetjenester.

NSF var i 2007 initiativtaker til fellesnordiske arbeidsgrupper for å implementere sykepleierrelaterte kvalitetsindikatorer. Gjennom Sykepleiernes Samarbeid i Norden har bredt sammensatte arbeidsgrupper levert en rapport med status og anbefalinger for indikatorene trykksår, fall, smerte og ernæring (9). Det er også behov for å se nærmere på spørsmål om bemanning. Sykepleiere i Sverige og Danmark har investert i indikatorarbeidet og opplever nå å høste frukter av innsatsen. Vi trenger en innsatsperiode i Norge for å trappe opp indikatorarbeidet samtidig som vi finner gode og framtidrettede løsninger på dagens utfordringer i helsevesenet.

### Ny fase

NSF har derfor inngått samarbeid med Kunnskapscenteret for å gjennomføre den norske delen av en stor europeisk studie av pasientsikkerhet, bemanning og kompetanse (RN4CAST) hvor alle norske sykehus har hatt mulighet til å bidra. I andre prosjekter har man fokusert på lederansvaret for pasient- og brukermedvirkning og erfaringer med å realisere dette («Med pasientens øyne»). NSF gjør også utredningsarbeid i det politiske feltet rundt Samhandlingsreformen, helselovgivningen, pasientsikkerhet, og kvalitetsarbeidet for øvrig, og har drøftinger med sykepleieforskere for å se behov for ny kunnskap om kvalitetsindikatorer.

Ved å etablere prosjektet Pasientforløp, Verdiskapning og Kvalitetsindikatorer markerer NSF en ny fase i indikatorarbeidet. I prosjektperioden 2010–2012 vil NSF bidra til det nasjonale arbeidet med kvalitetsindikatorer, og til lokalt indikatorarbeid som skal bidra til kvalitetsforbedring. Prosjektet skal bidra til å understreke sykepleiefagets verdiskapning i pasientforløpene, og gi større kompetanse i å overvåke kvalitet gjennom forløpet. NSF har muligheten til å koordinere nasjonale og lokale initiativ for kvalitet i helsetjenesten, og bidra til å korte ned avstanden mellom det som er klinisk nært og nyttig i helsetjenesten, og det som er viktig sett fra et regionalt og nasjonalt perspektiv.

### Hva kan den enkelte sykepleier gjøre?

Noen ganger gir en sykepleier selvstendig helsehjelp, andre ganger i samarbeid med annet helsepersonell. Sykepleiere har ansvar for å gjøre en vurdering av pasientens behov for sykepleie, og for å lage planer der disse behovene imøtekommes. Denne vurderingen skjer ikke etter henvisning, men settes i gang når pasienten kommer for å få helsehjelp. Sykepleieres utfordring og mulighet som kliniker er å løfte fram og kommunisere sykepleiefagets bidrag til helsegevinst i de ulike pasientforløpene. Vi skal først og fremst benytte indikatorer som beskriver pasientresultater, for det er resultatmålene som gir struktur- og prosessindikatorer mening. Dette er særlig aktuelt i enheter som skal utvikle eller revidere pasientforløp, reorganisere seg eller gå i gang med samarbeidsprosjekt hvor det – ofte på kort varsel – er nødvendig å beskrive sykepleietilbudet til en pasientgruppe.

### LITTERATUR

- Smith A. Nursing-Sensitive Care Measures: A Platform for Value and Vision. *Nursing Economic\$* 2007;25(1), 43–46.
- Rygh LH, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, Halvorsen M, Kittelsen SAC, Magnus T, Nguyen KN, Thesen J, Tjomsland O. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 16 – 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (red). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, D.C.: Institute of Medicine, 1999. Tilgjengelig på [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9728](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9728)
- Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century/Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Tilgjengelig på [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10027](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10027)
- Haukelien H, Vike H, Bakken R. Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene: Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK). TF-rapport nr. 252. Bø i Telemark: Telemarkforskning, 2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. St.mtd 47 (2008-2009).
- Norsk Sykepleierforbund. Kloke grep: fortellinger fra sykepleiere med lederansvar. NSF publikasjon, 2007.
- Hall LE. Loeb Center: The Loeb Center for Nursing and Rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*, 1969;6, 81–97. (oversatt av Aud Sissel Digernes, særtrykk fra Sykepleien nr. 11, 1974).
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden. Sykepleiernes Samarbeid i Nordens (SSN) arbeid med nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008 – 2009. SSN, september 2009. Tilgjengelig på <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/341870/Indikatorrapport%20til%20NMR%2028.09.09.pdf>



# Kjenner input men ikke output

Tross store investeringer for å sikre en god helsetjeneste mangler Norge systematisk informasjon om pasientbehandling, kvalitet på tjenestene og behandlingsresultater.

Tekst Bjørn Arild Østby Illustrasjon Birgitte Reff Kolbeinsen

**N**orsk helsetjeneste er en av verdens mest kostbare, målt i helseutgifter per innbygger. Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder ressurser brukt på pleie og omsorg og antall pleie- og omsorgspersonell per innbygger. Men vi vet lite om investeringene resulterer i tilsvarende økt kvalitet eller mer helse i befolkningen.

## Mangler oversikt

Mer helse for hver krone. Er det bare et innholdsløst slagord? Alle vet hva en krone er. Men hva er mer helse? Hvilke data trengs for å måle det?

- Informasjon som samles inn i dag er stort sett knyttet til helseøkonomiske investeringer (input) og resultater i form av aktivitet og produktivitet (output). På nesten alle områder mangler vi systematisk informasjon på overordnet nivå om hva slags behandling pasientene har fått, hvilke kvalitet disse tjenestene har og hvilke behandlingsresultater man oppnår, konkluderer Kunnskapscenteret i 2010, i rapporten «Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten».

Mangelfulle data og juridiske problemer har i stor grad vært med på å hindre utviklingen av et kvalitetsindikatorsystem på nasjonalt nivå. I motsetning til de fleste andre land som har indikatorsystem har ikke Norge et tydelig nasjonalt rammeverk med helsepolitiske og faglige føringer for det konkrete arbeidet med kvalitetsindikatorer.

## Nasjonalt rammeverk

Hva er årsaken til at Norge er kommet i denne situasjon?

Allerede på 1990-tallet kom kvalitetstankegangen inn i journalene i USA, Canada og Australia. I Norge ble dette sett på som unødvendig fordi myndighetene mente helsetjenestene var faglig gode, og at vi hadde tilstrekkelige tilsynsordninger. Det var ikke behov for ytterligere kontrollsystem.

Men parallelt med økte pasientrettigheter, vokste også kravet om mer oversikt over tjenestenes faglige kvalitet og resultatoppnåelse. Økt medieoppmerksomhet på pasientsikkerhet, teknologiske framskritt innen IKT og behovet for å få kon-



troll med kostnadsspiralen bidro også til økt oppmerksomhet på utvikling av et nasjonalt indikatorsystem for kvalitet inne helsetjenestene.

Erfaringene med indikatorsystemene som ble innført for spesialisthelsetjenesten i 2003 og pleie og omsorgstjenestene i 2005 viste at det var behov for et samlet nasjonalt rammeverk for kvalitetsindikatorer.

På den enkelte virksomhet har kvalitetsindikatorerne muligens hatt en viss betydning for pasientsikkerheten og kvaliteten på pasientbehandlingen. Men på nasjonalt nivå har de vært til lite hjelp. De er for fragmentariske. Det finnes ingen overordnet helhetstenkning. Og det mangler klare kriterier for hvordan indi-

katorer velges, hvordan systemene skal brukes og hvordan det skal videreutvikles.

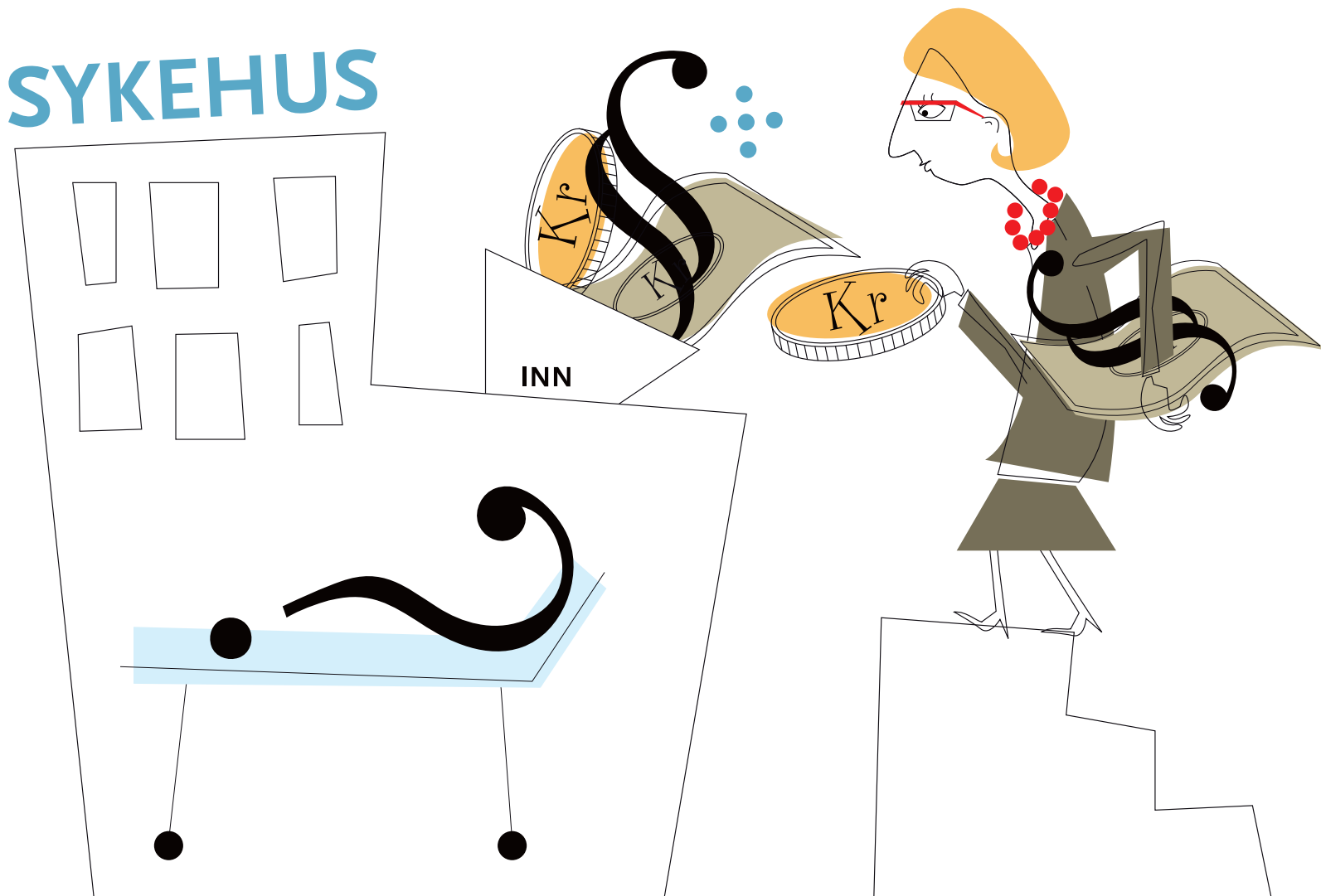
I 2009 fikk Kunnskapscenteret i oppdrag av Helsedirektoratet å legge fram forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som omfatter både spesialisthelsetjenesten og pleie og omsorg. Helsedirektoratet understreket at målet med rammeverket skulle være å bidra til at verdivalg, prioriteringer og faglige beslutninger blir fattet på en saklig og etterprøvable måte. I fjor la Kunnskapscenteret fram sine forslag til et slikt rammeverk.

### Helsepolitisk styring

Informasjon om kvaliteten i helsetjenestene som til nå er samlet inn, er stort sett knyttet til helseøkonomiske investeringer og resultater i form av aktivitet og produktivitet.

Men bruk av kvalitetsindikatorer kan ha andre formål, påpeker Kunnskapscenteret i sin rapport. Indikatorerne kan fungere

« Mer helse for hver krone. Er det bare et innholdsløst slagord?



# 4 om måling

Sykepleiernes samarbeid i Norden (SSN) arrangerte en konferanse om kvalitetsindikatorer i november i Stockholm. Der spurte vi sykepleiere fra fem av de nordiske landene:

– *Hva er den viktigste sykepleierrelaterte kvalitetsindikatoren på din arbeidsplass?*

som verktøy for helsepolitisk styring eller virksomhetsstyring. Men de kan også brukes til intern kvalitetsforbedring på avdelingene, eller de kan benyttes av pasienter for å sammenlikne tjenestenes standard når de skal gjøre sine valg av tjenesteyter og tjenestested.

Hva er anbefalingen fra Kunnskapssenteret?

Nasjonale kvalitetsindikatorer bør, ifølge rapporten, først og fremst gi informasjon som gjør det mulig å identifisere forhold eller trender som vil kreve særlige helsepolitisk oppfølging eller tiltak.

Det innebærer at det er det politiske nivået, helseforvaltningen og ledere på overordnet nivå som vil være målgruppene.

## Hva skal man velge?

En klassisk inndeling når man skal måle kvalitet i helsetjenestene er å måle såkalte strukturmål, prosessmål og resultatmål. Hva man velger å ha hovedfokus på vil være avhengig av om indikatorene skal brukes for å kvalitetssikre arbeidet rundt pasienten, eller om de skal være styringsdata for å fatte beslutninger på nasjonalt nivå.

Kort oppsummert innebærer de tre komponentene følgende fokus:

- **Struktur** handler om forutsetningene for å yte en god helsetjeneste. Det kan for eksempel dreie seg om helsesystemets kapasitet, oppbygning og organisering, personellens kompetanse og utstyrets sikkerhet. Det er relativt lett å finne denne type data, for eksempel senger, personell, medisinsk utstyr. Kritikken har vært at denne type mål er til lite nytte fordi tjenesteyter har liten mulighet til å påvirke dette.
- **Prosess** viser til tilbud eller tiltak som fører til god helsetjeneste. Dette omfatter hvordan relasjonen mellom tjenesteleverandør og -mottaker er og inkluderer aspekter som for eksempel forebygging, utredning, diagnostisering og behandlingstiltak. Disse reflekterer behandlingen og tiltakene som gis pasienten. En ulempe ved disse indikatorene er at dokumentasjonen for mange standardprosedyrer som anvendes i klinikken ofte er mangelfulle.
- **Resultat** har fokus på de helserelaterte effektene som brukere eller pasienter får eller opplever i forbindelse med kontakten med helsetjenesten, for eksempel på symptomer, livskvalitet, funksjon eller overlevelse. Her er det snakk om mål som gir direkte uttrykk for hvordan det går med pasientene, enten fra et klinisk eller pasientopplevd perspektiv. Begrensningen er at mange utfall som det er ønskelig å følge med på først blir målbare etter svært lang tid.

## Går for resultat

Ifølge anbefalingen fra Kunnskapssenteret bør utgangspunktet være resultatmål.

«Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal primært inneholde indikatorer som reflekterer de resultatene som helsetjenesten faktisk oppnår og slik disse oppleves av pasienter og brukere. Dette betyr at resultatindikatorer og indikatorer som ivaretar brukerperspektivet skal vektlegges. Der det er hensiktsmessig skal også prosessindikatorer og til en viss grad strukturindikatorer benyttes.»

Rapporten «Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten» er nå til vurdering i Helse- og sosialdepartementet. Den vil seinere bli sendt ut på høring. ■■■



**Veronica Kollevåg, hovedtilsvalgt, infeksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo Universitets-sykehus, Ullevål:**

– Trykksår. Det sier noe om de grunnleggende behov til pasienten samtidig som det også sier noe om bemanningssituasjonen. Oppstår trykksår, er det fordi vi ikke greier å aktivisere pasienten.



**Hlíf Gudmundsdóttir, geriatrisk sykepleier ved fire avdelinger på Reykjavik Universitetshospital:**

– Fall. Det koster mye samtidig som pasienten får smerter og blir forvirret. Ser man nærmere på fall, kan man avdekke svikt i pleien eller andre lidelser som ligger bak. Medisiner, ernæring og rørelser i sengen er blant de ting man da må se nærmere på.



**Erika Bjørkén, Vårdforbundet, tidligere akuttavdelingen på Övertorneå vårdcentral:**

– På akuttavdelingen i nord var det sosial ensomhet. Mye henger på det psykososiale. De skulle ikke vært så syke om de hadde hatt et sosialt nettverk. Men det er kanskje ikke så sykepleierrelatert? I så fall svarer jeg fall, fordi det henger sammen med så mye annet.



**Hanne Mainz, Klinisk sykepleiespesialist, ortopedkirurgisk avdeling på Århus Universitets-sykehus:**

– På vår spesialiserte avdeling er det vanskelig å trekke fram en enkel indikator. Men indikatorer på bemanning, tilstedeværelse av personell i en gitt situasjon, og hva det har å si for den sykepleiefaglige kvaliteten kan gi svar på viktige spørsmål som: Kan sykepleiere erstattes av andre faggrupper med mindre utdanning? Og hvilke kompetanse er nødvendig i sykepleien?

# Der ute

## Les mer om:

43 Ble suspendert  
pr. telefon ›

44 Ingen sa noe ›

50 Ut med føleriet ›



[sykepleien.no](http://sykepleien.no)

› Hva skjer på sykehusene?  
Følg saken på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



## DER UTE LOKALSYKEHUS

Det skal være like mange sykehus, men ikke alle skal. Noen er rasende for det.

# Strid i Sykehus-

**N**ordfjordeid, Lærdal, Odda, Levanger, Namsos, Kristiansund, Molde, Harstad, Narvik. Kampen om lokalsykehusene pågår med full kraft kysten rundt, i alle landsdeler. Regjeringen lover at ingen lokalsykehus skal legges ned. Likevel frykter befolkningen at det skal skje. Det er også bekymring for konsekvensene når det blir bestemt hvor de forskjellige funksjoner skal være.

Da styret i Helse Nordmøre og Romsdal før jul bestemte seg for å samle føde- og akuttfunksjonene i et nytt sykehus i Molde, ble det store de-

foreslås en rekke nedleggelse eller reduserte fødetilbud:

**Nordreisa:** Forslag om å legge ned fødestuen (vaktberedskap av jordmor) til fordel for en enhet for svangerskap og barselkontroll.

**Harstad eller Narvik:** Kun en av dem opprettholdes som fødeavdeling. Den andre blir gjort om til fødestue.

**Lofoten:** Omgjøring fra forsterket fødestue (beredskap for keisersnitt) til vanlig fødestue.

**Mosjøen eller Brønnøysund:** Kun en av fødestuene blir opprettholdt, eller begge blir omgjort til enhet for

## «Lokalsykehusenes framtid vil stå sentralt i regjeringens nye Nasjonal helse- og omsorgsplan.»

monstrasjoner i Kristiansund. Kort tid etter skapte utsatt byggestart av nytt sykehus i Molde til 2018 like store reaksjoner i Molde.

I tiden som kommer kan det fort bli flere stormer lik den som raser på Nordvestlandet.

### Fødekrig neste

Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til nye nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen, med strengere krav til blant annet gynekologer ved fødeavdelingene. Til våren kommer regjeringen med en nasjonal fødselsplan, som vil inneholde nye krav til kvalitet.

De fire regionale helseforetakene har meldt inn sine regionale planer for fødselsomsorgen til helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Her

svangerskap og barselomsorg.

**Namsos:** Er til vurdering i styret for Helse Midt-Norge RHF.

**Orkdal:** Fødeavdelingen kan bli nedlagt.

**Kristiansund eller Molde:** Strid om funksjonsfordeling mellom sykehusene og hvem som skal beholde fødeavdelingen.

**Nordfjordeid:** Fødeavdelingen er foreslått nedlagt.

**Lærdal:** Her går det mot at den forsterkede fødestuen blir lagt ned.

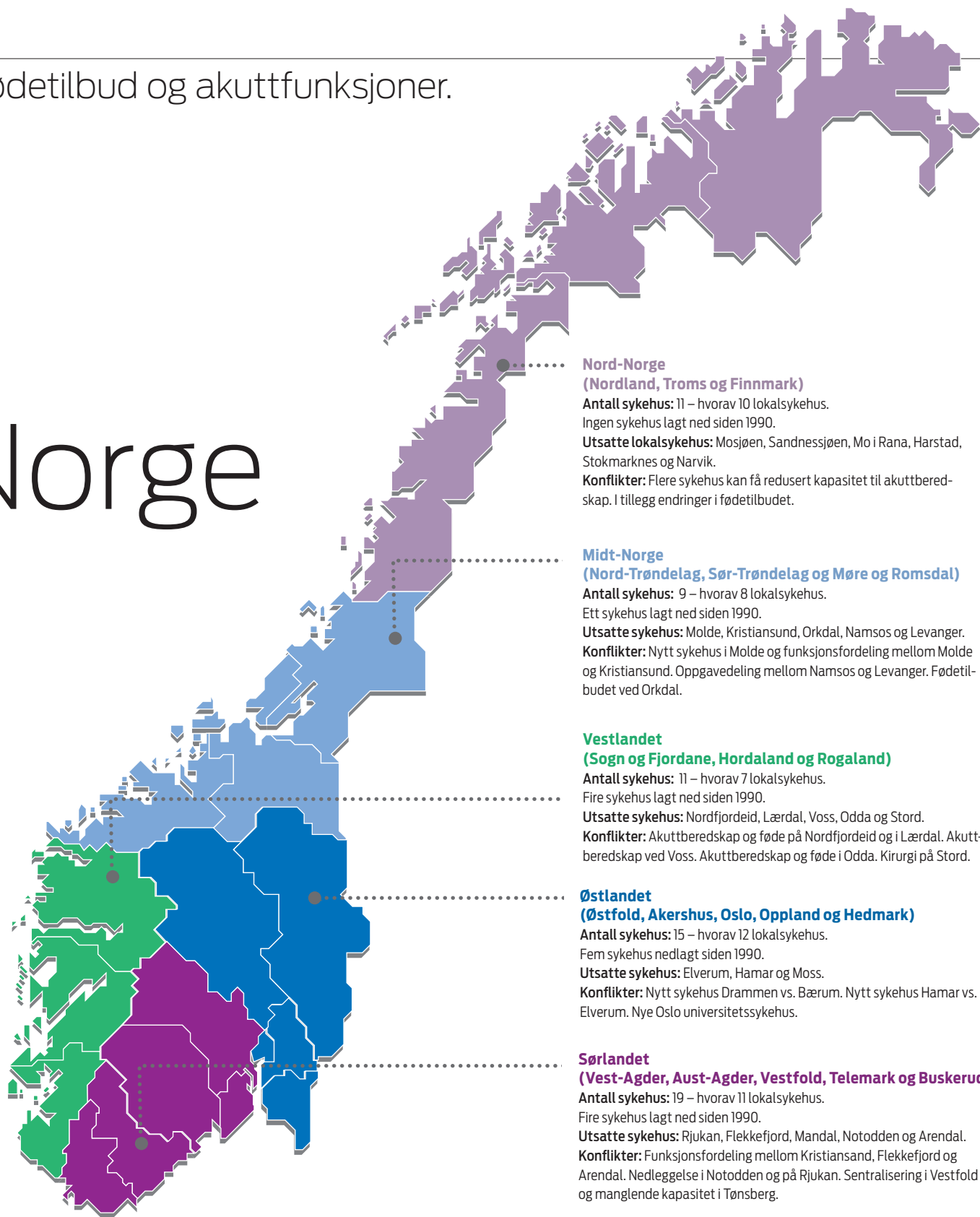
**Odda:** Den forsterkede fødestuen kan bli omgjort til vanlig fødestue eller lagt ned.

### Synes det er for mange

Mens regjeringen er klar på at ingen lokalsykehus skal legges ned, mener

ha fødetilbud og akuttfunksjoner.

# Norge



## Nord-Norge (Nordland, Troms og Finnmark)

**Antall sykehus:** 11 – hvorav 10 lokalsykehus.  
Ingen sykehus lagt ned siden 1990.  
**Utsatte lokalsykehus:** Mosjøen, Sandnessjøen, Mo i Rana, Harstad, Stokmarknes og Narvik.  
**Konflikter:** Flere sykehus kan få redusert kapasitet til akuttberedskap. I tillegg endringer i fødetilbudet.

## Midt-Norge (Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal)

**Antall sykehus:** 9 – hvorav 8 lokalsykehus.  
Ett sykehus lagt ned siden 1990.  
**Utsatte sykehus:** Molde, Kristiansund, Orkdal, Namsos og Levanger.  
**Konflikter:** Nytt sykehus i Molde og funksjonsfordeling mellom Molde og Kristiansund. Oppgavedeling mellom Namsos og Levanger. Fødetilbudet ved Orkdal.

## Vestlandet (Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland)

**Antall sykehus:** 11 – hvorav 7 lokalsykehus.  
Fire sykehus lagt ned siden 1990.  
**Utsatte sykehus:** Nordfjordeid, Lærdal, Voss, Odda og Stord.  
**Konflikter:** Akuttberedskap og føde på Nordfjordeid og i Lærdal. Akuttberedskap ved Voss. Akuttberedskap og føde i Odda. Kirurgi på Stord.

## Østlandet (Østfold, Akershus, Oslo, Oppland og Hedmark)

**Antall sykehus:** 15 – hvorav 12 lokalsykehus.  
Fem sykehus nedlagt siden 1990.  
**Utsatte sykehus:** Elverum, Hamar og Moss.  
**Konflikter:** Nytt sykehus Drammen vs. Bærum. Nytt sykehus Hamar vs. Elverum. Nye Oslo universitetssykehus.

## Sørlandet (Vest-Agder, Aust-Agder, Vestfold, Telemark og Buskerud)

**Antall sykehus:** 19 – hvorav 11 lokalsykehus.  
Fire sykehus lagt ned siden 1990.  
**Utsatte sykehus:** Rjukan, Flekkefjord, Mandal, Notodden og Arendal.  
**Konflikter:** Funksjonsfordeling mellom Kristiansand, Flekkefjord og Arendal. Nedleggelse i Notodden og på Rjukan. Sentralisering i Vestfold og manglende kapasitet i Tønsberg.

helsedirektør Bjørn Inge Larsen det er for mange sykehus i Norge. I en høringsuttalelse om sykehusstrukturen fra Helsedirektoratet heter det blant annet at dagens små lokalsykehus bør omdannes til lokalmedisinske sentre. De skal tilby alt fra rusbehandling, psykiatrisk hjelp og jordmortjeneste til fotpleie, kiropraktor og vanlig lege.

Spesialisthelsetjenesten skal ifølge Helsedirektoratet beholde deler av

sin funksjon i form av desentraliserte tjenester, for eksempel fødestuer, ambulansebaser, røntgen og ultralyd, dialyse og annen dagbehandling.

Striden om lokalsykehusenes framtid står sentralt når regjeringen i løpet av våren skal legge fram Nasjonal helse- og omsorgsplan.

### Nasjonal sykehusplan

Mye av bråket rundt lokalsykehusene kunne vært unngått med en

egen nasjonal plan for sykehusene, mener Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeförening. Begge forbundene mener dette bør bli en del av Nasjonal helse- og omsorgsplan, som skal behandles seinere i år. Den må inneholde nasjonale minstekrav til hvilke helsetjenester som skal tilbys på lokalsykehusene og hvor de skal ligge.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Illustrasjon **Sykepleien**



Sykepleierforbundet skal ikke ta stilling i de lokale kampene, mener fylkesledere i NSF.

# Jakten på lokale svar

## URO OM SYKEHUSENE:

- › Daglig er lokalsykehusene tema i nyhetene.
- › Nesten alle sykepleiere vil bli berørt av strukturendringer.
- › Noen ganger vil sykepleier kjempe mot sykepleier når lokalsykehus blir truet.
- › Tillitsvalgte – på alle nivå – driver balansekunst.

**I** Molde skulle det bli nytt lokalsykehus, mens kristiansunderne sto i fare for å miste føde- og akutttilbud. Medlem sto mot medlem i Nordmøre og Romsdal helseforetak.

I Sykepleien 14/2010 etterlyste tillitsvalgt Trine B. Sevaldsen i Kristiansund et tydelig standpunkt om lokalsykehus fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). Hun følte fylkesledelsen støttet Molde.

– Jeg vil være nøytral om lokalsykehus. Lokale tillitsvalgte kjenner de lokale forholdene best, sa NSF-leder Lisbeth Normann i forrige utgave av Sykepleien.

### Vanskelig balanse

– Tidens løftebrudd! sa hovedtillits-

– *Var vedtaket om Molde-sykehuset et løftebrudd?*

– Sykehuset er nedslitt. De fleste har oppfattet og forholdt seg til at byggestart på nytt sykehus skulle være i 2012, og det har også jeg.

Fylkeslederen synes det kan være vanskelig å uttale seg og samtidig ivareta alle medlemmene.

– Hvis jeg sier ja, oppfatter de i Kristiansund at jeg støtter de i Molde, og omvendt. Det er ikke min mening.

Fylkesstyret så tidlig at funksjonsdelingen i helseforetaket ville skape store motsetninger innad i NSF.

– Etter dialogmøter konkluderte fylkesstyret med at vår oppgave er å ivareta alle medlemmene i fylket.

Men jeg har oppfordret til at alle skal få sitt syn fram i NSF's kanaler. Vi skal ha stor takhøyde for ulike synspunkt.

### Konkluderer ulikt

Måseide synes det er trist at så mye uenighet og aggresjon blir rettet innad mot NSF.

– Det er jo verken NSF eller tillitsvalgte som har villet legge ned tilbud. De som sitter i styrene er tvunget til å ta stilling. Jeg har tillit til at de setter seg inn i sakene og vurderer alle sider. De stemmer ut fra det de mener er best for sykepleierne og pasientene. Det kan føre til at tillitsvalgte på de forskjellige stedene kommer til ulike konklusjoner.

- *Men du mener ingenting?*
- Sånn må det bli når fylkesstyret har vedtatt ikke å ta stilling.
- *Ville det vært bedre å ha hatt et vedtak?*
- Vanskelig å si. I høringsrunden vurderte vi om vi skulle stå for ett syn. Men vi fant ut at det ville ført til større misnøye.

Ordføreren i Kristiansund erklærte krig mot Molde etter styrevedtaket om å legge ned føde- og akutttilbudet.

– Aksjonsformen har vært konfronterende. Men det er ikke nødvendigvis

**«Aksjonsformen har vært konfronterende.»**

Guri Måseide, fylkesleder i Møre og Romsdal



valgt Tor Rune Aarø i Molde da det i løpet av striden ble kjent at byggestart på det nye sykehuset ble utsatt til 2018.

– Det har vært heftige reaksjoner, ja, sier Guri Måseide, fylkesleder i Møre og Romsdal.

Det ble ikke fattet vedtak for det ene eller andre.

Det har Måseide prøvd å forholde seg til.

– Jeg har ikke uttalt meg til fordel for det ene eller det andre sykehuset.





sykepleierne som har stått i spissen for den. Men våre tillitsvalgte deltar også, og da mener jeg NSF's spilleregler må følges, sier Måseide, som er fra Sunnmøre.

#### Drapstrusel

– Sykepleiere i Kristiansund har opplevd at de ikke får støtte?

– Jeg og fylkestyret har ikke den opplevelsen. Vi ønsker å ivareta alle medlemmer.

Hun føyer til at sterke følelser og sterke ord er brukt i begge leire.

– Det kan jo være krevende.

– Har du mistet nattesøvnen?

– Ja, men ikke i stor grad. Men da foretakstillitsvalgt i Molde sa han hadde mottatt drapstrusel – da gikk det ut over nattesøvnen. Jeg har ingen grunn til tro at det var et medlem som truet.

Hun merker at usikkerheten om lokalsykehusene også har flyttet seg til Sunnmøre.

– Men uroen i Ålesund og Volda har ikke samme dimensjoner som den nord i fylket og innebærer ikke splitting innad i NSF. Ikke så langt i hvert fall.

Volda konkurrerer for øvrig med Nordfjordeid i Sogn og Fjordane. Begge vil beholde sine lokale tilbud.

– Ingenting er besluttet. Den enes

død kan bli den andres brød. Det gjør det veldig vanskelig, sier Måseide.

– Hva gjør dere? Venter?

– Vi trenger en tydelig politisk avklaring om sykehusstrukturen i landet. Hvis samhandlingsreformen fører til at man legger ned sykehus-tilbud, burde kommunene først rustes opp med tilbud som bygger opp tryggheten folk opplever de mister med endringene i lokalsykehusene. Befolkningen føler tryggheten truet. Om de har reell grunn til det kan sikkert diskuteres, men det er i hvert fall slik det oppleves.

Måseide tenker at hennes rolle er å være diskusjonspartner for sykepleierne.

– Vi kan bruke våre formelle fora

Oddgeir Lunde kampglade medlemmer. Det ulmer i Sogn og Fjordane.

– Det er myndighetene som må avgjøre hvor akutt- og fødetilbudene skal være. Vi som tillitsvalgte har ikke detaljkunnskap. Omlegging må ses i sammenheng med samhandlingsreformen. Klarer vi å få mer spesialiserte tilbud nær pasienten, så er jo det bra.

– Hva med nære fødetilbud?

– Er fødestue godt nok? Hvis ingen vil ha det, må det fødetilbudet bort. Jeg mener jordmødre godt kan påta seg ansvar for normale fødsler. Fødsel er ingen sykdom.

Lunde mener man kan legge ned noe for å få mer ut av ressursene.

– Vi har ikke bruk for alt som kalles akutt. Når pasientene kan velge,

**PROTEST:** I Molde var demonstrantene på beina da helseministeren kom på besøk før jul. De mente utsettelse av byggestart for det nye sykehuset var et løftebrudd. Foto: Scanpix/Kjell Herskedal



**«Vi har ikke bruk for alt som kalles akutt.»** Oddgeir Lunde, fylkesleder i Sogn og Fjordane

for å komme videre. Det er viktig å ta diskusjonen i fellesskap og ikke på hver sin plass.

#### – Vil reise mer

I fylket lenger sør har også fylkesleder

kjører de da forbi lokalsykehusene? Folk velger tilbud der de tror de får best hjelp. Folk er mer vant til å reise. Norge er ikke en øde øy, men en del av Europa. Vi vil se mer fri flyt av helsetjenester.





**LANG SIKT:** Ann Iserid Vik-Johansen er lei av lokal brannsløkking. Hun vil bygge opp levedyktige tilbud. Foto: Marit Fonn

skeptisk til forandringer. Jeg ser mye redsel. Det er synd. Jeg kunne ønske de heller hadde kommet med forslag om noe nytt og bærekraftig.

Rjukan er kjent for sin kamp for å beholde fødetilbudet. Men det ble lagt ned i 2009. Da var hun selv høygravid.

– Jeg ville vært skeptisk til å føde på Rjukan. Alle fagfolk sier at det ikke er forsvarlig med tilbud hvis man ikke får mengdetrening. Men det kapitlet er over.

## « Jeg ville vært skeptisk til å føde på Rjukan. »

Ann Iserid Vik-Johansen, foretakstillitsvalgt i Telemark

Hun har et annet eksempel:

– En dame skadet seg i skibakken på Rauland. På sykehuset får hun høre: «Du er heldig for i dag er det en dyktig ortoped her.» Det skal jo ikke være sånn. Ikke alle kan gjøre alt. Det gjelder å skape noe man kan leve med videre. Dette er for personavhengig.

Et ortopedisk sykehus ville vært genialt, for eksempel på Rjukan, mener hun.

– Mange lokale sykehus er pressa til rare og dyre avtaler om leie av helsepersonell. Også pasienter blir hentet fra andre fylker. Jeg reagerer på etikken i det. Et lokalsykehus kan ikke leve av å importere både leger og pasienter. Vi vil ha gode tilbud og klare oss selv. Tilbudene på lokalsykehuset må gjenspeile befolkningens behov.

### Må trå forsiktig

Sykehuset Telemark befinner seg både i Skien, Porsgrunn, Notodden, Rjukan og Kragerø og Seljord.

– Vi er et av de få foretakene som går i balanse i Helse Sør-Øst. Men underskudd på Notodden og Rjukan må dekkes inn i sykehuset for øvrig. Dette betyr uforsvarlig nedbemanning på sengepostene. Som tillitsvalgt er ikke dette bare bare å være med på.

– Hvordan er det for deg å ivareta alle medlemmene?

– Vanskelig. Det er mange nyanser. Jeg må trø forsiktig. Jeg ønsker ikke å legge ned tilbudet på Rjukan, men å bygge opp noe som er levedyk-

tig. Å drive brannsløkking med en lege her og en lege der holder ikke i lengden, sier Vik-Johansen.

### Verken ja eller nei til Aker

I Oslo har fylkesleder Eli Gunhild By erfart store omstillinger. Kampen mot nedleggelse av Aker sykehus har vært synlig og tydelig, også blant sykepleiere.

– Jeg har ikke kunnet si om Aker skulle leve eller ikke. Det handler om at pasientene skal få best mulig til-

bud. For å ivareta alle medlemmene i NSF, kan man ikke ta standpunkt til hvor avdelinger og poster skal ligge. Vi må prøve å ha et overordnet blick på tilbudet til pasientene i Oslo.

– Som kunne vært å ha beholdt Aker?

– Det går ikke å diskutere Aker som et enkeltsykehus: Vi må evne å se helheten. Men våre medlemmer er fri til å mene det de vil, sier By.

– Det er ikke alltid så lett for medlemmene å forstå rollen vår som fagforening i de store omstillingsprosesser. NSF's viktigste oppgave er å ivareta medlemmenes rettigheter.

### Fredelig i Buskerud

Buskeruds fylkesleder Einar Vik Andersen skjønner det er vanskelig å mene noe om lokalsykehusene siden fylkene har så forskjellig struktur og geografi

– Det som gjelder et sted gjelder ikke et annet.

– Hvordan er det i Buskerud?

– Foreløpig fredelig, men en del er urolige for hva som vil skje. Det kan komme om et år eller så.

– Er medlem mot medlem?

– Vi har valgt myk overgang for sykepleiere som kommer fra Asker og Bærum til oss i Vestre Viken. Det har vært en stille og fredelig prosess.

Andersen er fornøyd med at NSF sentralt ikke er så tydelig om lokalsykehus.

– Det er greit for oss at vi ikke er bundet opp i noe, mener han. ■■■

Tekst Marit Fonn

En kveld ringte sjefen: – Du er midlertidig suspendert, var sjokkmeldingen til den intetanende sykepleieren.

# Ble suspendert over telefon

**S**einere samme kveld kommer det skriftlig fra arbeidsgiver Kongsberg kommune at sykepleieren er suspendert med øyeblikkelig virkning, og ikke trengte møte på jobb neste dag. Fortsatt uten forklaring. Først dagen etter blir sykepleieren innkalt til drøftingsmøte. I brevet blir sykepleieren presentert en liste med svikt i behandlingen av pasienter som skal være bakgrunnen for suspensjonen.

## Pressekonferanse

Mens sykepleieren sitter lamslått hjemme, uten å ha fått mulighet til å kommentere eller imøtegå påstandene, inviterer personalsjefen i Kongsberg kommune Vegard Berntsen til pressekonferanse.

I pressemeldingen fra kommunen heter det at «Kongsberg kommune sitter på opplysninger som tyder på svikt i behandlingen av pasienter. Dette er så grovt at vi antar det er grunn til å tro at det kan føre til avskjed for de det gjelder. Derfor har Kongsberg kommune gått til det skritt å midlertidig suspendere tre ansatte i pleie- og omsorgssektoren.»

Lokalavisen og NRK Buskerud kjenner sin besøkelsestid, og neste dag er oppslaget i lokalavisen «- Grov svikt i pasientbehandlingen».

Hva har skjedd? Spekulasjonene var i gang både blant pårørende og i befolkningen.

## Løse påstander

Bakgrunnen for at Kongsberg kommune gikk til det drastiske skritt å suspendere tre ansatte viste seg å være en bekymringsmelding fra noen av kollegene. Samtidig med suspensjonene satte kommunen i gang intern granskning, og Helsetilsynet i Buskerud ble varslet om saken. Her

skulle kommunen vise handlekraft.

– Det er viktig at vi handler raskt og korrekt, uttalte personalsjef Vegard Berntsen til NRK Buskerud.

– Total mangel på dømmekraft, sier Norsk Sykepleierforbunds advokat Oskar Nilssen.

NSFs advokat deltok på drøftingsmøtet mellom sykepleieren og kommunen. Et møte som først kom i stand etter at NSF-medlemmet var blitt suspendert. Sykepleieren fikk ingen mulighet til å imøtegå eller kommentere

**«Total mangel på dømmekraft.»** Oskar Nilssen, advokat

påstandene om grov omsorgssvikt i forkant av suspensjonen slik Arbeidsmiljøloven krever.

Møtet med omsorgsledelsen og kommuneadvokaten endte med at suspensjonen ble opphevet med øyeblikkelig virkning.

Personalsjef Vegard Berntsen begrunnet vedtaket overfor NRK Buskerud med at det ikke var grunnlag for å gå videre med en avskjedssak mot sykepleieren eller de to andre ansatte. Personalsjefen hadde i drøftingsmøtet fått ny informasjon om påstandene som var satt fram mot de tre i bekymringsmeldingen.

– Å ta anklagene opp med vedkommende det gjaldt burde personalsjefen tenkt på før kommunen gikk til suspensjon. Det manglet ikke på tid og anledning, påpeker Oskar Nilssen.

## Rettslig etterspill

Advokaten sier at NSF har varslet retts-



**ETTERSPILL:** - Det er grunn til å se meget alvorlig på denne saken som etter vår mening har vært behandlet på en meget kritikkverdig måte, sier NSFs advokat Oskar Nilssen.

lig etterspill fordi mistankene om omsorgssvikt har gjort stor skade på omdømmet til den anklagede sykepleieren.

– Det er grunn til å se meget alvorlig på denne saken som etter vår mening har vært behandlet på en meget kritikkverdig måte. I drøftingsmøtet argumenterte vårt medlem sykepleie-

faglig godt for alle sine handlinger, og framstår som en meget dyktig og erfaren sykepleier. At sykepleieren har fått denne behandlingen av sine ledere, er både urettferdig og kritikkverdig, sier NSFs advokat Oskar Nilssen. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Marit Fonn

Det Lajla Mageli fryktet mest, var å finne mannen død i sykehussenga.

# Ingen sa noe

**D**et var 3. januar 2010 og Lajla Mageli og mannen hennes Harald Bøhn var nettopp kommet hjem fra nyttårsfeiring på fjellet.

– Jeg gikk og bar på noe opp trappa da jeg hørte et brak. Først skjønte jeg ikke hva det var. Jeg tenkte at det kanskje var sønnen vår som bråkte med noe i kjelleren. Men det var så nært.

Lajla Mageli gikk opp på kjøkkenet og der lå mannen hennes langflat på gulvet.

– Han hadde besvimt et par ganger tidligere så jeg gikk bort og ristet i ham og slo ham på kinnet, men det var ikke livstegn. Han var grågusten i ansiktet og jeg skjønte at dette var alvorlig.

Lajla er tidligere sykepleier og startet med hjerte-lunge-redning umiddelbart. Så ringte hun 113. Heldigvis var ambulansene stasjonert rett nede i gata.

– De kom veldig fort. Tre-fire rød-

kledde mannfolk kom trampende opp trappa med koffert og utstyr. De overtok for meg og satte i gang med all slags behandling. De fikk ikke noe kontakt med ham, men de fikk tydeligvis hjertet i gang da.

## Ingen sa noe

Ambulansen kjørte av gårde til Ullevål. Lajla satt framme, og de nådde sykehuset rundt halv ti om kvelden. Mannen hennes forsvant på en bære

og Lajla ble igjen, gående litt rundt seg selv. En dame kom og sa hun fikk legge seg på en benk.

– Der lå jeg lenge, men det var ingen som sa noe. Jeg visste ikke noe. Er han død? Lever han? Hva gjør de? Hva er det som skjer, tenkte jeg. Men jeg klarte ikke å spørre. Jeg visste ikke hvem jeg skulle spørre eller hvordan jeg skulle gjøre det.

Hun lå på benken sin bak et lite forheng. Sønnen og datteren var kommet til sykehuset og var sammen med henne på venterommet. Folk kom og gikk inn og ut av rommet, og en dame satt bak en skranke og pratet i telefonen. For andre gikk livet sin vante gang.

– Til slutt kom et hvitkledd vesen og sa at nå kan dere få se ham. Eller, jeg husker ikke helt hva hun sa, men jeg tenkte at det ikke var åpenbart at han levde. Vi gikk og gikk og gikk. Beveget oss av gårde gjennom korridorene. «Han ligger på hjerteovervåkingen», sa hun etter hvert. Da tenkte jeg at det kunne hende han var i live. Hadde han vært død, ville han vel ikke vært til overvåking. Så kom vi inn til ham, og der satt han i senga og var levende. Men fremdeles var det ingen som sa noe. På informasjonsmengden skulle du tro han var blitt lagt inn med et brukket bein eller noe enda mindre alvorlig.

To timer etter at de kom til sykehuset, var Lajla på vei hjem. Hjemme sov hun med mobilen i senga.

– Jeg var redd de skulle ringe til meg i løpet av natten og si han var død.

På ettermiddagen dagen etter ringte de og sa han hadde hatt et tilfelle av rytmeforstyrrelse. I løpet av natten fikk han to nye rytmeforstyrrelser.

– Den morgenen de ringte og sa det, da tenkte jeg at dette kommer ikke til å gå. Han kommer til å dø. Vi dro til sykehuset og jeg lurte på hva som ville møte meg. Men da vi kom til sy-



**EVIGHET:** Tiden på venterommet, som i virkeligheten varte i under en time, føltes som en evighet for Lajla Mageli.

kehuset, lå han i senga og var ganske fornøyd. Han bare kjedet seg litt. Jeg tenkte at nå har du hatt hjertestans fire ganger og så klager du over at du kjeder deg!

#### Øversett

Det viste seg at årene var tette og at Harald trengte en bypassoperasjon. Etter operasjonen hadde han en sykepleier som bare passet på ham.

– Det virker som om hjertepasienter har veldig høy status i systemet, men jeg tror ikke de pårørendes status er særlig høy. Jeg hadde ikke bruk for pleie eller behandling, men jeg var jo der. Jeg trengte bare at noen spurte meg om hvordan jeg hadde det oppe i alt dette. Som pårørende forventer jeg ikke noe stor oppvarning, men kanskje litt deltakelse.

– Virket det som om sykepleierne forsto at du var redd?

– Nei, jeg tror ikke de skjønnte det. Hvordan sier man sånt? «Jeg er så redd». Jeg kunne ikke si det. Jeg hadde mine barn der, og jeg skulle

det kunne også gått helt andre veien.

– Jeg tror de tenkte som så at hun der ja, hun klarer seg nok. Hun er jo oppegående og sier fornuftige ting. Henne er det ikke noe farlig med. Det er viktig å huske på at ikke alle

## «Jeg visste ikke hvem jeg skulle spørre eller hvordan jeg skulle gjøre det.» Laila Mageli

jo være der for dem selv om de er voksne. Nå visste de ikke på sykehuset at jeg er sykepleier, men ungene vet det. Og som sykepleier skal man jo vite litt, og kunne vurdere situasjonen. Jeg visste jo at dette kunne være veldig farlig. Det kunne gå veldig bra, som det viste seg å gjøre, men

som er redde får hysteriske anfall.

Lajla Mageli henvendte seg til Ulevål universitetssykehus med et brev der hun fortalte sin historie. Hun har fått et fint svar fra dem og opplever at hun er blitt hørt. ■■■

Tekst **Marte Skaara** Foto **Stig M. Weston**

# INNFRI DYRE SMÅLÅN!



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

Lån opptil kr 300 000 uten sikkerhet

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

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

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

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

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

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

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

nordax<sup>®</sup>  
FINANS

**www.nordaxfinans.no**

Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en epost til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no).

Du kan også gå inn på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) og finne svar på aktuelle spørsmål.



# Beholder sær-aldersgrensen

Hvordan blir pensjonsordningen for sykepleiere påvirket av den nye pensjonsreformen? Advokat **Marit Gjerdalen** i NSF svarer på spørsmål fra leserne.

**S**ykepleierpensjonsloven ble vedtatt i 1962 etter massivt påtrykk fra NSF som i lang tid hadde forsøkt å få til en avtalefestet pensjonsordning med sykehuseierne. Staten erkjente at de daværende pensjonsforholdene for sykepleierne var utilfredsstillende. Av hensyn til rekruttering, mobilitet og fleksibilitet for sykepleierne ville man bedre på dette og fremmet derfor forslag om pensjonsordning for sykepleiere.

**Fra 1. januar gjelder den nye pensjonsordningen. Vil dette påvirke den gamle Lov om pensjonsordning for sykepleiere?**

LoV om pensjonsordning for sykepleiere blir påvirket av pensjonsreformen på samme måte som de øvrige offentlige tjenstepensjonsordningene. De fleste sykepleiere kan derfor fortsatt gå av med AFP eller særaldersgrense/ 85-årsregel ved 62 år. I offentlig sektor har man beholdt brutto pensjonssystemet slik det var før pensjonsreformen. Ved 30 års opptjeningstid når man fyller 65 år (62 ved særaldersgrense), har man krav på 66 % av pensjonsgrunnlaget i tjenstepensjonsordningen.

**Hva er annerledes nå?**

Det som har blitt endret i Lov om pensjonsordning for sykepleiere og øvrige offentlige tjenstepensjonsordninger, er at det er innført en levealdersjustering. Ved 67 år vil pensjonene gradvis reduseres som følge av økt levealder i samfunnet. Det er gitt en individuell garanti for de som har mindre enn 15 år igjen til pensjonering pr.01.01.11 som innebærer at levealdersjusteringen **ikke** vil senke pensjonene lavere enn til 66 %. Fra i år vil det også bli en lavere oppregulering av pensjonene. De skal nå øke med lønnsveksten fratrukket 0.75%.

**Hva mener NSF?**

NSF mener at Grunnlovsvernet for opptjente rettigheter ikke er godt nok ivaretatt med den individuelle garantien. Det forventes at fremtidige rettssaker vil avklare dette spørsmålet. Dersom sykepleiere går av med AFP eller tjenstepensjon ved 62 eller senere kan de ikke tjene så mye de vil ved siden av full pensjon. De kan trappe ned med delpensjon og/eller jobbe så mye som ordningen tillater.

NSF mente det var viktigere å sørge for å beholde gode muligheter for tidligpensjon for de som har behov for det enn at man skulle ha full pensjon og full lønn samtidig. Med den modellen som Regjeringen ønsket ville mange av NSF s medlemmer miste retten til å gå av med AFP ved 62 fordi de ikke har tjent minst 300.000 i 40 år.

**Så vi får to forskjellige pensjonssystemer?**

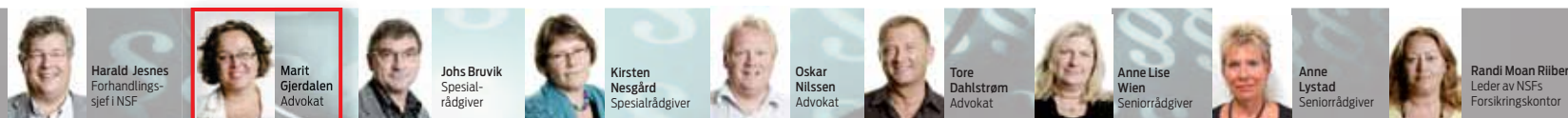
Det er ikke noe nytt at vi har to ulike pensjonssystemer i offentlig og privat sektor. Slik har det vært nesten i 100 år.



Sykepleiere som lurer på hvilke pensjonsvalg de skal gjøre, bør kontakte pensjonsordningen de er innmeldt i, for de fleste vedkommende KLP.

For nærmere informasjon om pensjonsresultatet i offentlig sektor, se [www.unio.no](http://www.unio.no) hvor du finner publikasjonene «Hva skjer med pensjonen min» og notatserie Nr. 6/2010: «Kombinasjon arbeid og pensjon».

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes  
Forhandlings-  
sjef i NSF

Marit  
Gjerdalen  
Advokat

Johs Bruvik  
Spesial-  
rådgiver

Kirsten  
Nesgård  
Spesialrådgiver

Oskar  
Nilssen  
Advokat

Tore  
Dahlstrøm  
Advokat

Anne Lise  
Wien  
Seniorrådgiver

Anne  
Lystad  
Seniorrådgiver

Randi Moan Riiber  
Leder av NSF's  
Forsikringskontor

## Unn Hammervold

Alder: 52 år

Yrke: Psykiatrisk sykepleier

Arbeidssted: Rogaland A-senter

## I endring

Det beste med jobben er å se pasienter reise med rak rygg.

**F**ør i tiden het dette «Kameratheimen», og var et sted for slitne og ensomme alkoholikere. Nå er navnet A-senteret, og a'en har gått fra å stå for alkohol til avhengighet.

De som kommer hit kan være nedbrutte, fortvilte og kjenne på håpløshet, men jeg ser at det er mulighet for endring.

Jeg leder behandlingsavdelingen. Vi har femten pasienter og bare elleve og en halv stilling. «Dette kan ikke gå bra», tenkte jeg da jeg begynte. Men det går faktisk veldig bra.

Pasientene må ha ganske høyt funksjonsnivå. De kan for eksempel ikke være psykotiske eller for styrt av impulser. Alle er her frivillig. Pasientene kan være alt fra dem som har misbrukt alkohol gjennom et langt liv og mistet det meste, som ektefelle og jobb, til dem som er i arbeid og i ferd med å miste grepet. Målet vårt er å få fatt i dem så tidlig som mulig. Særlig kvinnene. Vi vet det er mange som sliter med alkohol, også karrierekvinner.

Tidligere var tilnærmingen moralsk. Nå er den mer helsefremmende. Vi underviser om kosthold og trening. Hver mandag har vi langtur. Da kan vi gå opp til Prekestolen eller langs Jær-strendene. Pasientene trener også gratis i helsestudio så lenge de er her. Det er stas når en 60 år gammel dame bruker skattepengene til å kjøpe årskort på treningssenteret når hun skrives ut.

Men den moralske tilnærmingen er nok ikke helt borte. Da jeg begynte i rusfeltet, fikk jeg ikke bare positive reaksjoner fra mine medsøstre. «Vil du jobbe med dem», var det noen som sa.

Min erfaring er at det er meningsfullt å være psykiatrisk sykepleier i rusbehandling. Jeg har mye kontorarbeid, men møter pasientene i miljøet. I tillegg leder jeg en kvinnegruppe og er behandler.

Mange føler skyld og skam når de kommer. Det beste med jobben er å se dem reise rake i ryggen. 70–80 prosent gjennomfører oppholdet. Når de skrives ut, feirer vi med kaffe og kake, gave og tale. Talen blir veldig personlig. Fra psykiatrien er jeg ikke vant til å være så personlig i et så stort fellesskap. Jeg blir veldig rørt.

Når noen må avbryte forholdet, kan det være forferdelig trist. Jeg kan kjenne på behovet for å gjøre unntak. Men har en pasient ruset seg på huset eller eksponert andre for rus, er det veldig alvorlig. Har de derimot sprukket i en frihelg, og ringer oss og forteller om det, er saken en annen.

At jeg gikk fra psykiatri til rus, var litt tilfeldig. Men jeg har alltid likt å jobbe med kvinner som strever med destruktive mestingsstrategier. Skulle noe vært annerledes, ønsker jeg meg mer ressurser til ettervern. Det er utrolig mange som er ensomme og sprekker på grunn av det. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Marie von Krogh







**FLERE ABORT I KINA:** En sykepleier undersøker en ung kvinne ved en privat abortklinikk i Xian, sentralt i Kina. Kvinnen er tre måneder på vei. Offisiell statistikk viser at antallet abort har økt dramatisk de siste årene. Det er særlig unge, single kvinner som søker om abort. Kinesiske myndigheter innrømmer at mørketallene er store og mediene har vist saken adskillig oppmerksomhet. Den statlige kinesiske avisa China Daily har slått fast det årlig utføres cirka 13 millioner abort-inngrep i landet. En viktig årsak til de høye tallene er mangel på kunnskap om prevensjon.

- Seksuelt samkvem er ikke lenger tabu blant unge mennesker, og de tror de kan lære alt de trenger å vite på nettet, men det betyr ikke at forståelsen deres er adekvat og holdningene deres gode, sier gynekologen Yu Dongyan til avisa.

I 1979 innførte Kina sin såkalte ett-barnspolitik for å begrense den enorme befolkningsveksten. Politiken førte til svært mange aborter. Ekspertene regner med at cirka 400 millioner fødsler ble forhindret på denne måten.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Scanpix/AP Photo/Ng Han Guan**

På toppen av den kliniske stigen lager sykepleierne algoritmer og nye pro

# Ut med føleriet, inn



**TRINN TRE:** Fagsykepleier Tove Gjellum og seksjonsleder Heidi Ugreninov er selv kliniske spesialister.

# med forskning og fag



**H**ele 66 prosent av sykepleierne ved barneintensiven på Rikshospitalet har klatret til toppen av den kliniske stigen. Stigen har tre trinn. Når sykepleierne etter tre til fem år når det høyeste trinnet, blir de kliniske spesialister.

Heidi Ugreninov er seksjonsleder ved barneintensiven. Her er det ti år siden de begynte med klinisk stige. På den tiden har stigen blitt mer akademisk.

– Det gjør at de som utdanner seg til kliniske spesialister blir flinke til å lese forskningsartikler. De blir mer kritiske, og når de møter problemer i hverdagen, bruker de forskning for å finne svarene, forteller Ugreninov.

Tove Gjellum er fagsykepleier. Hun mener det har skjedd en kulturrendring på avdelingen. Tidligere ble praksisen ofte begrunnet med at «det er slik vi har gjort det i alle år». Nå hører hun ofte at sykepleiere viser til en ny forskningsartikkel.

– Vi får mer gjennomslag hos legene med slik argumentasjon, mener Gjellum.

To av sykepleierne på avdelingen skrev om nedtrapping av vanedan-

til den er ferdig til bruk. Det samme må resten av sykehuset som også er veldig spent på resultatet.

– Når vi tar i bruk forskning får vi resultater å vise til, ikke bare følelser og synsing, sier fagsykepleieren fornøyd.

## Internasjonal interesse

Med kunnskap kommer også nye oppgaver. De kliniske spesialistene blir satt både til å veilede, undervise og til å holde foredrag om det emnet de har spesialisert seg i.

– Det er mange som ikke liker det, men de blir utfordret alle sammen.

Ugreninov forteller at de underviser både sine egne kollegaer på barneintensivavdelingen, og internt på sykehuset. I høst hadde de også et eksternt kurs. Sykepleiere kom fra Trondheim i nord til Kristiansand i sør for å høre de kliniske spesialistene legge fram sine oppgaver. I ettertid fikk de henvendelser både fra Sverige og Danmark, så til neste år blir det også internasjonale gjester på kurset.

– Mange grudde seg veldig til å holde dette kurset, men når det var

## Klinisk spesialist-krav:

- › 120 timer veiledning
- › 75 timer med kurs/undervisning og litteratur
- › Faglig oppgave på 15 sider
- › 4000 sider pensum

Det finnes tre modeller for klinisk stige, dette er den barneintensiven på Rikshospitalet bruker. Den krever fem år med klinisk praksis, og videreutdanning i sykepleie.

## Antall søkere til NSF's godkjenning for kliniske spesialister:

2007: 115  
2008: 153  
2009: 158  
2010: 131

**«Vi får mer gjennomslag hos legene med slik argumentasjon»** Tove Gjellum

nende medisiner i sin oppgave. Nå har de utviklet en algoritme for nedtrappingen, som er under utprøving på avdelingen.

Nyfødtavdelingen kan nesten ikke vente med å få fingrene i algoritmen. De ringer og spør om de ikke kan få se den, og i alle fall få prøve den bare én gang. Men de må vente enda litt,

overstått og vi fikk gode tilbakemeldinger, da var de veldig stolte. Det er jo litt nytt for dem å stå fram og formidle kunnskapen sin på denne måten, sier Ugreninov.

Edith Slaastad er sykepleier på avdelingen og skrev oppgave om inhalasjon til barn på respirator. Ved forstøvning av medikamenter blandes



medikamentet sammen med saltvann og puttes i et apparat som lager små partikler av det. Slaastad fant den ideelle størrelsen på disse partiklene for at de skulle ha effekt også helt ytterst i lungene. Det førte til at forstøverapparatene på hele sykehuset ble byttet ut. Firmaet som leverte de nye forstøverapparatene har brukt oppgaven hun skrev, og hun har holdt foredrag om inhalasjon på en konferanse om pediatri og nyfødmedisin i London.

En annen klinisk spesialist på avdelingen, Kari Sørensen, har blitt invitert både til Italia og Østerrike. I Østerrike holdt hun foredrag for anestesipersonell om barn og smerte. Et par av sykepleierne har også skrevet kapitler i lærebøker om sykepleie.

#### Tøft for de ansatte

Tre ganger har de måttet avlyse kurs

for de ansatte i løpet av de ti årene de har holdt på med klinisk stige. Siste gang var under svineinfluensasaperioden.

– Da var det ville tilstander på avdelingen og helt umulig å ta ut folk for å sende dem på kurs, konstaterer Ugreninov.

Men å stryke kurs er unntaket.

– Det hadde noen ganger vært deilig å si at «du i dag har vi ikke tid, vi dropper det». Men det kan vi ikke. Fagutvikling må ikke bli en salderingspost.

Men Ugreninov innrømmer at det kan vært tøft for de ansatte:

– Når vi sender noen på kurs, kan det bli fryktelig mye arbeid for dem som står igjen på jobb.

Sykepleierne som vil bli kliniske spesialister må også bruke mye av fritiden sin på oppgaveskriving og research. Det er en forutsetning for å være med i programmet.

Hvis det er lite å gjøre på avdelingen, kan det bli litt tid til å studere i arbeidstiden. Det finnes ikke ukeblader på avdelingen. Er det litt tid til overs, så brukes det på fag.

Ugreninov er nesten litt overrasket over at ingen sier stopp.

– De sier jo litt stopp, kommenterer Gjellum.

– Jeg synes arbeidet med klinisk

med fagutviklingen, insisterer Ugreninov som forteller at da bærer det videre med andre faglige prosjekter.

De ansatte er fornøyde med å få lov å jobbe videre med det de har skrevet om i oppgaven sin.

Flere av dem som søker jobb på barneintensiven har hørt at avdelingen satser mye på fag, og Ugreninov mener at det gjør avdelingen deres til en attraktiv arbeidsplass for spesialsykepleiere. Hun mener også at det kan være noe av grunnen til at 100 prosent av de ansatte har spesialutdanning:

– Vi har et veldig sterkt fagmiljø på avdelingen. Det er masse kunnskap her.

Av de 55 sykepleierne som jobber på avdelingen er det nå bare tre stykker som ikke er i gang med stigen, eller allerede er kliniske spesialister.

#### Lønner ikke kompetansen

På tross av stadig strammere budsjetter greier de på barneintensiven å fortsette med fagutvikling. Ugreninov forklarer dette med at de har minimalt med utgifter til klinisk stige. Det som kreves er planlegging, ekstra arbeidsinnsats hos de ansatte, og at de er villige til å ofre en del fritid.

– De tar et stort ansvar. Det er

**«Det hadde noen ganger vært deilig å si at «du i dag har vi ikke tid, vi dropper det».»** Heidi Ugreninov

stige bare blir morsommere og morsommere, så innimellom tipper jeg litt over. Men da sier de fra om det. Det var en som lurte på når jeg ble pensjonist. Hun syntes kanskje det var på tide, sier Gjellum og smiler.

#### Det er verdt det

Men evalueringen viser at både gruppeveiledningene og kursene gir deltakerne så mye at de synes det er verdt alt strevet. Det er også et positivt tegn at de som utdanner seg til klinisk spesialist blir på avdelingen når de er ferdige.

– Men når de er ferdige med den kliniske stigen, er de ikke ferdige

personalet som bærer kostnadene, mener Ugreninov.

Med tittelen klinisk spesialist følger en lønnsøkning på 16 000 kroner. Ugreninov innrømmer at de burde fått mer igjen for innsatsen, men sier at det ikke finnes nok penger til å lønne slik kompetanse på en rettferdig måte. Hun er glad for at sykepleierne ikke prioriterer lønn høyest.

– Heldigvis ønsker de å jobbe med pasienter, for når vi bruker så mye tid på å utvikle kompetanse hos de ansatte, så er det litt krise hvis noen slutter. ■■■

Tekst Marte Skaara Foto Stig Weston



**TRINN TRE:** Fagsykepleier Tove Gjellum og seksjonsleder Heidi Ugreninov er selv kliniske spesialister.

# Fag & bøker

**GENERISK BYTTE:** Legemidler med samme virkestoff kan finnes i flere legemiddelformer med til dels svært forskjellige egenskaper. Les om byttbare medikamenter i fagartikkelen på side 57. Foto: Stig Weston.

**3**  
nye bøker

SURJIT SINGH GILL

### Tvang

Bruk av tvangsmidler i en psykiatrisk akuttavdeling

Et oppgjør med bruken av tvangsmidler i norske psykiatriske institusjoner. Er det mulig å redusere bruken av tvangsmidler for å bedre hverdagen for pasientene?



BENGT KARLSSON OG  
FRANK OTERHOLT (RED.)

### Fenomener i faglig veiledning

Beskriver veiledning nedenifra. Ser på fenomener som viser seg i veiledning og viser så til mulige metoder som kan brukes.



JOEL PARIS

### Medisinering av psyken

En kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri. En tilstandsrapport fra psykiatrien.





Elin Ose Velle, Volda Sjukehus, Helse Sunnmøre.



Ragnhild Øye Bjarkøy, Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen.



Marit Graue, Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen.

# Å meistre diabetes kan lærast

Pasientar med nyoppdaga diabetes type 1 treng støtte og vegleing frå sjukepleiar ved debut av sjukdommen.

**D**iabetes er ein utbreidd sjukdom og stadig fleire får diagnosen. Sjukepleiarar møter ofte denne pasientgruppa i debutfasa, ei fase der den som har fått diabetes opplever nye og uventa krav som vil påverke dagleglivet. Å forstå korleis den enkelte pasient taklar å ha fått diabetes, og å hjelpe han eller ho til å meistre og leve med diagnosen, er ei utfordring, men ei svært viktig oppgåve for sjukepleiarar. Helsepersonell må forsøke å redusere det kjenslemessige presset for den som har blitt sjuk, slik at han kan ta i bruk positive meistringstrategiar. Pasientane må lære tekniske ting som å sette insulin og måle blodsukker, men sjukepleiarar må være bevisst på korleis den enkelte taklar det å ha fått ein kronisk sjukdom og hjelpe han eller henne til eit godt grunnlag for å leve med diabetes.

## Lovpålagt opplæring

Å leve med kronisk sjukdom kan være ei stor påkjenning og kjelde til bekymring, og personar med slike sjukdommar har auka risiko for å utvikle psykiske helseplager. Dei som ikkje kjem i mål med behandlinga si slit ofte med depresjon, angst og motløyse (3). I samsvar med lova om spesialisthelseteneste er opplæring av pasientar og pårørande ei lovpålagt oppgåve for sjukehusa. Det leggjast vekt på at: «Like viktig som god medisinsk behandling er derfor god opplæring og meistring av sjukdomen. Mangel på opplæring er like alvorlig som mangel på medisinar og gode behandlingsformer. Opplæring er ein føresetnad for meistring av livet som kronisk sjuk, og for å forhindre forverring av sjukdommen og utvikling av alvorlige komplikasjonar.»(4).

Opplæring i å meistre stress, skade og sjukdom er ein av hovudstrategiane for å betre helse til befolkninga generelt, både nasjonalt og internasjonalt. Nyoppdaga diabetes stiller store krav til den som har fått sjukdomen, og det meste av det som skjer i kvardagen får på ein eller annan måte tyding for behandlingsevning og behandlingresultat (5). Eigenkontroll er viktig i kvardagen for menneske med diabetes (6). Sjukepleiarar møter desse pasientane ved diagnosetidspunktet. God behandling og tilrettelegging er viktig i dette tidsrommet

for at pasientane skal ha føresetnad om å møte desse krava og klare å handtere behandlinga i framtida (7). Det er difor interessant å sjå nærare på korleis sjukepleiarar kan møte desse pasientane på best mogleg måte, i det ofte korte tidsrommet dei er innlagde på sjukehus for utredning av sjukdommen og opplæring, til å meistre å leve livet med diabetes.

## Meistringssomgrepet

Lazarus & Folkman sin prosessmodell har vore under utvikling sidan 1960-talet. Teorien legg vekt på at menneske bruker ulike tilnærmingar for å meistre endringar avhengig av erfaring, samt grad og type stress. Meistring er knytt til oppleving av kontroll (8). Lazarus (9) skil mellom emosjonelt fokuserte meistringstrategiar, der ein forsøker å påverke si eiga oppfatning av situasjonen, og problemfokuserte meistringstrategiar, der ein prøver å påverke omgjevnaden.

Korleis vi handlar og kva meistringstrategiar vi vel seier noko om personlegdomen vår. Alle menneske har sin eigen måte å meistre ting på, avhengig av eigne ressursar og erfaringar ein har gjort seg gjennom livet, samt sosial støtte og samanheng. Dette betyr at hendingar og situasjonar ikkje per definisjon er stressande, men det er den enkelte sine personlege opplevingar av stress som er gyldige. I kva grad personen har tiltru til eiga meistringsevne er ein annan psykologisk ressurs Lazarus & Folkman beskriv. Lazarus framstiller sin modell for meistring som ein dynamisk prosess. Bevisst eller ubevisst vurderer vi alle om ein situasjon er farlig eller utfordrande for oss. Vi tek med i vurderinga korleis situasjonen vil påverke vårt velvære og kva ressursar som er tilgjengelige for å meistre utfordringane.

## Støtte og vegleing

Å leve med diabetes betyr å gjøre behandlingsevningar døgnet rundt. Det er vist at berre 20 prosent med type 1 diabetes klarer å oppnå behandlingsmål for HbA1c (10). Forsking har og vist at dei psykologiske forholda som ein skal meistre kan opplevast og handsamast ulikt frå person til person og at opplevingane

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Diabetes
- ▶ Meistring,
- ▶ Veiledning
- ▶ Undervisning





**TRENGER STØTTE:** Å meistre diabetes handlar om meir enn glukosekontroll. Pasienten skal og lære å hamsast med den emosjonelle påkjenninga det inneber å få ein kronisk sjukdom. Foto: Scanpix

#### Fakta om diabetes:

- › Definert av WHO i 2008 som ei av dei store utfordringane for folkehelsa i framtida.
- › Førekosten, både type 1 og type 2, er aukande både i Norge og resten av verda (1).
- › Talet på personar med diabetes i Norge er anslått til om lag 375 000 personar, vel 25 000 har type 1-diabetes og talet på born som får diabetes er dobla dei siste 30 åra (2).

personar har ved diabetesdebut kan påvirke resten av livet (7). Dette skapar store utfordringar for helsepersonell som møter pasientar med nyoppdaga diabetes. Det er difor viktig å reflektere over korleis helsepersonell generelt og sjukepleiarar spesielt kan støtte og vegleie pasientane til god oppfølging av denne livsvarige sjukdommen. Ifølge Peyrot og Rubin (11) er hovudoppgåva til helsepersonell som arbeider med menneske med diabetes å støtte dei og undervise i å utføre nødvendig eigenomsorg. Karlsen & Bru (12) hevdar at personar som klarer å planlegge, søke informasjon og støtte, lære eigenkontroll og fylgje behandlingsregime har betre glukosekontroll og erfarer lågare nivå av depresjon og angst. Det ser ut til å være stor semje om at helsepersonell må sjå på pasientane si psykiske helse i større grad, men at behandlarane ofte manglar ressursar for å gjere dette; særleg kunnskap, evner, tid og adekvate tilvissningsressursar (13).

#### Kompleks situasjon

Pasienten kan føle det er overveldande å ha fått ein kronisk sjukdom, og nokre slit med skuld kjensle og skam. Som sjukepleiar er det viktig at ein oppdagar korleis situasjonen opplevast for den enkelte pasient, slik at ein kan støtte og rettleie pasienten ut i frå hans eller hennar situasjon. Helsepersonell må gje informasjon om sjukdomen, om bakgrunn for sjukdommen, om behandling og stimulere til eigenkontroll. Men fordi situasjonen er kompleks er det viktig at sjukepleiar ikkje berre informerer, men også ser til at pasienten tilegnar seg kunnskapen.

Ved debut av diabetes type 1 er det vanleg med fysisk ubehag med stort vekt tap, ekstrem tørste, polyuri, slappheit og synsforstyringar. Ser ein dette i lys av Lazarus sin meistringsteori, gjer pasienten ein primærvurdering der han vurderer om dette opplevast som farleg eller utfordrande. Opplevinga ved sjukdomsdebut er avhengig av personen si subjektive vurdering av det som skjer. Kanskje fornektar ein både fakta og implikasjonar for å avslå vissheita om det verste, slik at ein kan handle som om det ikkje gjorde noko. For dei som i denne perioden nyttar emosjonsbaserte strategiar – med ein heller destruktiv tankegang – er det viktig å forklare at det er normalt å kjenne

det slik, men at kjenslene må bearbeidast for å kome vidare i meistlingsprosessen.

Både problem- og emosjonsbaserte meistlingsstrategiar kan være nyttige og utfylle kvarandre i meistlingsprosessen, og kanskje kan sjukepleiarar med hell hjelpe pasienten til å meistre denne perioden ved å rette fokus mot meir problemfokuserte strategiar. Til dømes kan ein gå inn for å lære mest mogleg om praktiske ting som følgjer med sjukdommen. Å forstå korleis blodsukkeret svingar, å lære seg å måle blodsukker og å sette insulin kan gjere at ein kjenner seg fysisk friskare, og dét skaper tryggleik. Dette er aspekt som kan føre til oppleving av kontroll og dermed gi pasienten positive opplevingar av meistring.

#### Meistlingsressursar

Mellom primærvurdering og meistring meiner Lazarus og Folkman at personen føreteik ei ny vurdering, sekundærvurderinga (8). I denne fasa vurderer personen kva moglegheiter han har for å takle stresset eller ubehaget. Personen sine meistlingsressursar er dei ressursar eller mangel på ressursar som er avgjerande for korleis han taklar påkjenninga. Korleis vert livet mitt no som

## Å leve med diabetes betyr å gjere behandlingsevurderingar døgnet rundt.

kronisk sjuk? Korleis kjem dette til å gå? Kan eg leve eit normalt liv? Her må sjukepleiar observere personen og samtale med han om korleis han opplever dette.

Karlsen et al. (14) har sett på om gruppebasert vegleieing medfører reduksjon i diabetesrelatert stress, auka grad av meistring, psykologisk velvære og glykemisk kontroll nærare eit akseptabelt nivå. Pasientgruppa er vaksne pasientar med type 1 og type 2 diabetes. Resultata viste at gruppebasert vegleieing kan ha potensiale. I Karlsen et al. (15) sin studie om gruppebasert rådgivingsprogram i diabetesrelatert stress såg ein signifikante forskjellar i problemfokuser og emosjonsfokuser meistring.



Deltakarane i intervensjonsgruppa som deltok på desse kursa rapporterte meir optimisme og tru på eiga evne til å meistre livet med diabetes. Deltakarane vart meir motiverte og aktive i å ta del i å regulere sin diabetes og dei hadde mindre skuldskjensle. Som eit tillegg til støtte og vegleiing av kvar enkelt pasient, kan det difor vere hensiktsmessig med grupperettleing. Kanskje kan pasientane også ha nytte av å oppleve at det er andre som har liknande utfordringar som dei sjølv.

### For stort medisinsk fokus?

Når ein person vert innlagt i sjukehus med nyoppdaga diabetes er helsepersonell opptekne av metabolsk kontroll, og hovudfokus i opplæring er gjerne på tekniske ting som blodsuktermåling, injeksjonsteknikk og korleis blodsukker svingar i høve til kost, insulin og aktivitet. Frå helsepersonell si side er meistring i denne fasen sett på som at personen klarer å sette insulin og måle blodsukker. Dette er rett nok viktig for at pasienten skal klare dette sjølv i etterkant av sjukehusopphaldet, men er det tilstrekkelege mål i behandling før utskriving?

Mange har det vanskelig etter utskriving frå sjukehus. Fleire studium viser at personar med diabetes, både vaksne og ungdommar, kan tene betydelig på å lære meistingsstrategiar som dei kan nytte ved å handtere sin diabetes (16). Sjukepleiarar kan motivere personar med diabetes til meistring på fleire måtar. Å bli innlagt på sjukehus kan vere stressande. Innlagde pasientar

### Pårørande bør inkluderas

Ein meistingsmodell som omfattar det akutte kan vere viktig for å oppdage korleis pasienten opplever debut av sjukdommen og hjelpe pasienten til eit godt grunnlag vidare. Karlsen et al. (15), såg på samanhengar mellom støtte frå helsepersonell og familie, diabetesrelatert meistring og psykologisk velvære blant vaksne med type 1 og type 2 diabetes. Funna frå denne studien indikerar at støtte frå familien er nærare knytt til diabetesrelatert meistring enn støtte frå helsepersonell. Dette antyder at sjukepleiarar bør inkludere personens pårørande i perioden pasienten er innlagd, dersom dette er eit ønske frå pasienten.

Pouwer et al. (17) såg i sin studie på kor ofte diabetessjukepleiarar registrerte emosjonelle problem hos personar med diabetes og fann at frekvensen av slike registreringar var lav. Det er eit tankekors når ein kjenner omfanget av slike vanskar. Diabetesrelaterte emosjonelle vanskar slik som frykt for hypoglycemi, bekymringar for komplikasjonar eller å ikkje akseptere at ein har fått diabetes kan gjere handteringa av sjukdomen vanskelig (11). Utfordringa i det daglige livet er å søke balanse mellom krava som vert stilte til god regulering og livskvalitet. Når vi skal vegleie personar med diabetes til eigenansvar og betre livskvalitet, er det difor viktig å ha kunnskap om dei faktorane som ser ut til å ha størst tyding for å betre metabolsk kontroll (18). Grey et al. (16) har forska på «coping skills training» (CST) blant ungdom med diabetes type 1 og funne samanheng mellom CST og effekt på metabolsk kontroll og livskvalitet. Tidlegare forskning gir dermed føringar om at også dei psykososiale aspekt bør inkluderas i møte med desse pasientane, då dei ulike aspekta påverkar kvarandre.

### Utfordringar i dagliglivet

Livet med diabetes kan være eit liv med håp og moglegeheiter, men også eit liv prega av alvor og utfordringar. Lustman et al. (20) fann ein klar assosiasjon mellom høgt blodsukker og depresjon. Diabetes doblar risikoen for å utvikle ein følgjetilstand med depresjon, og kvinner er meir utsette enn menn (21). Før personen med diabetes vert utskriven kan vi be han beskrive korleis han vanlegvis reagerer på ein vanskelig situasjon, og korleis dei ter seg i høve til vanskan dei møter med å ha fått diabetes (22). På denne måten kan vi kartlegge pasientar som nyttar lite konstruktive metode til å utvikle meir positive meistingsstrategiar. Meistring kan lærast! ■■■

## Diabetes doblar risikoen for å utvikle ein følgjetilstand med depresjon.

med nyoppdaga diabetes får mykje informasjon på kort tid og skal samstundes halde seg til at han har blitt kronisk sjuk. Det kan vere vanskeleg å tilegne seg den kunnskapen som kvardagen med diabetes krev. Det er helsepersonellet sitt ansvar å legge til rette for at den enkelte person skal inneha tilstrekkeleg kunnskap etter opphaldet på avdelinga. Korleis helsepersonell møter den enkelte pasient er difor viktig for å gje tilpassa informasjon. Det overordna målet for innlegginga er metabolsk stabilisering og kontroll. I løpet av den korte perioden pasienten er innlagt, får kanskje ikkje helsepersonell tid til å verte tilstrekkeleg kjende med personen.

### LITTERATUR

- Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global Prevalence of diabetes; estimates for the year 2000 and perceptions for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5): 1047–53.
- Diabetesforbundet, [http://www.diabetes.no/no/0m/Om\\_diabetes/](http://www.diabetes.no/no/0m/Om_diabetes/)
- Tuncay T, Musabac I, et al. The relationship between anxiety, coping strategies, and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Outcomes* 2008; 13(6): 79.
- Ot.prp. nr.10/1998–99. Om lov om spesialisthelsetjenesta. Oslo: Sosial – og helsedepartementet. 1998.
- Vaaler S.(red) Diabeteshåndboken, 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self Management approaches for people with chronic conditions; a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48(2): 177–87.
- Helsedirektoratet (2009): Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling IS-1674 [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale\\_faglige\\_retningslinjer/diabetes\\_forebygging\\_\\_diagnostikk\\_og\\_behandling\\_388234](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/diabetes_forebygging__diagnostikk_og_behandling_388234)
- Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
- Lazarus R. Emotion and adaption. New York: Oxford university press, 1991.
- Eeg-Olofsson K, Cederhol J, Nilsson P, Gudbjörnsdottir S, Eliasson B and the Steering Committee of the Swedish National Diabetes Register. Glycemic and risk factor control in Type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:496–502.
- Peyrot M, Rubin RR. (2007): Behavioural and Psychological Interventions in Diabetes. A conceptual review. *Diabetes Care*. 30 2433–2440.
- Karlsen B, Bru E. Coping styles among adults with type1 and type2 diabetes. *Health and Medicine* 2002; 7: 245–259.
- Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diab Med* 2005; 22: 1379–1385.
- Karlsen, B, Idsoe T, Dirdal I, Hanestad BR, Bru E. Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Educ and Couns* 2004b; 53: 299–308.
- Karlsen B, Idsoe T, Hanestad BR, Murberg T, Bru E. Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health and Medicine* 2004a; 9(1): 53–70.
- Grey M, Boland EA, Davidson M, Li JT, Amorlone WV. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *The Journal of Pediatrics* 2000; 137(1): 107–113.
- Pouwer F, Beekman ATF, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatient with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2006;60: 235–240.
- Karlsen B. Pasientopplæring, egenansvar, livskvalitet og metabolsk kontroll hos personer med diabetes. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning* 2005; 7(4): 18–28.
- Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sjøvik O. The Coping Styles of Adolescents With Type1 Diabetes Are Associated With Degree of Metabolic Control. *Diabetes Care* 2004; 27(6): 1313–1317.
- Lustman PJ, Anderson RJ, et. al. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23(7): 934–942.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. A meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6) 1069–1078.
- Folkman S, Moskowitz JT. Coping pitfalls and promise. *Annual Rev. Psychol* 2004; 55: 745–774.





Rolf Johansen,  
sykehusfarmasøyt,  
Sykehusapoteket  
Lillehammer.

# Hvilke legemidler er byttbare?

Bytte mellom likeverdige preparater med forskjellig navn er en svært vanlig problemstilling i helsevesenet.

sykehus er en stor del av legemidlene satt ut på anbud, og helseforetakene skriver i stor grad avtaler om bruk av preparat ut fra pris. Myndighetene legger også opp til at pasienter skal få det billigste alternativet ved forskrivning på blå resept, dels ved at apotekene pålegges å tilby pasientene billigste alternativ og dels ved at kundene selv må dekke mellomlegget ved valg av dyrere preparater. Generisk bytte i sykehus innebærer mange utfordringer (1). Hvordan kan for eksempel en sykepleier finne ut hvilke legemidler som er likeverdige? Det naturlige vil kanskje være å gå inn i ATC-registeret i Felleskatalogen og se om det er flere preparater som har samme ATC-nummer. Dessverre er det ikke så enkelt, og i denne artikkelen finner du mange eksempler på at preparater med samme ATC-nummer slett ikke er likeverdige.

## Preparater med samme virkestoff

Legemidler med samme virkestoff kan finnes i flere legemiddelformer med til dels svært forskjellige egenskaper. Metoprolol er en betablokker som vanligvis gis i form av depottabletter, men den finnes også som vanlige tabletter med mye kortere virketid. Originalpreparatene heter Selo-Zok depottabletter og Seloken tabletter, mens kopipreparatene heter henholdsvis Metoprolol depottabletter, fra Sandoz, og Metoprolol tabletter, fra NM Pharma eller Mylan. Det er med andre ord ikke så rart at feil kan skje av og til. I alle fall sendte Legemiddelverket i 2008 ut en melding om forvekslingsfaren etter at det hadde skjedd forveksling i sykehus (2). Det at preparater med samme virkestoff finnes som både vanlige tabletter og depottabletter er tilfelle når det gjelder en rekke preparater. Eksempler er betablokkeren propranolol med henholdsvis Pranolol tabletter og Inderal Retard depottabletter og kalsiumantagonisten nifedipin med Adalat tabletter og Adalat Oros depottabletter. Vi har også kalsiumantagonisten verapamil der vi har Isoptin og Veracard som vanlige tabletter, mens Isoptin Retard er et tilsvarende depotpreparat.

## Depotpreparater

Et depotpreparat frigir virkestoffet gradvis over tid, og depottabletter eller depotkapsler lages derfor slik at pasienten slipper å ta preparatet så ofte. Det er imidlertid flere måter å lage depotpreparater på og de kan være svært forskjellige med tanke på hvor raskt legemidlet frigis. For eksempel er Lasix Retard og Furix Retard begge depotpreparater av furosemid. Felleskata-

logen 2010 oppgir for Lasix Retard at diuresen vanligvis starter en halv time etter inntak og varer i cirka fire til åtte timer, mens det for Furix Retard oppgis at diuresen vanligvis starter to til tre timer etter inntak og varer i cirka 12 timer. Et annet eksempel er kalsiumantagonisten diltiazem som fins i form av to ulike depotpreparater, der Cardizem Retard skal gis to ganger daglig, mens Cardizem Uno gis kun én gang daglig. Det smertestillende middelet tramadol fins også i flere varianter. Tramadol og Nobligan er navn på hurtigvirkende preparater som doseres tre til fire ganger daglig, depotpreparatene Nobligan Retard og Tramagetic Retard doseres to ganger daglig, mens Tramagetic OD kun skal doseres en gang daglig.

## Preparater med erytromycin

Erytromycin er et antibiotikum som vil bli ødelagt ved kontakt med magesyre, og dette kan unngås på to forskjellige måter. Ery-Max kapsler inneholder små korn erytromycin omgitt av et magesaftresistent lag som ikke løses før i tynntarmen, men til gjengjeld vil nesten alt virkestoffet bli absorbert. Abbotycin ES tabletter inneholder derimot virkestoffet i form av erytromycinetylsuksinat – en inaktiv ester som tåler magesyre og omdannes til aktiv substans først når det absorberes over i blodbanen. Her

## Et spesielt problem er mangelen på gode oppslagsverk.

absorberes imidlertid bare omtrent halvparten. Dette gjør at preparatene må doseres forskjellig, og 250 mg Ery-Max kapsler tilsvarer 500 mg Abbotycin ES tabletter. Erytromycinetylsuksinat inngår i miksturen av både Ery-Max og Abbotycin. Bytter man mellom EryMax mikstur og Abbotycin mikstur så er doseringen den samme. Men dersom man vil bytte fra kapsler til mikstur så vil altså 250 mg EryMax kapsler tilsvare 500 mg EryMax mikstur, mens 500 mg Abbotycin ES tabletter vil tilsvare 500 mg Abbotycin mikstur. Det er slett ikke så merkelig om man blir forvirret.

## Intravenøse soppmidler

Det finnes tre parenterale preparater på det norske markedet med amfotericin B til behandling av systemiske soppinfeksjoner. Det eldste av dem, Fungizone, er en vanlig

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Legemidler
- ▶ Medisinhåndtering
- ▶ Sikkerhet
- ▶ Økonomi
- ▶ Medikament-håndtering





**FEIL FOREKOMMER:** Preparater med samme virkestoff finnes som både vanlige tabletter og depottabletter og Legemiddelverkets oversikt over byttbare legemidler egner seg dårlig som oppslagsverk. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

infusjonssubstans der virkestoffet løses i en infusjonsvæske. Et par nyere preparater har imidlertid mindre bivirkninger og er lettere å dosere. Abelcet er laget som infusjonskonsentrat der virkestoffet finnes som kompleks med fosfolipider, mens virkestoffet er innkapslet i liposomer i AmBisome. Normal døgndose for de tre preparatene varierer, og halveringstid for preparatene er så forskjellig som henholdsvis 15 dager (Fungizone), 173 timer (Abelcet) og syv timer (AmBisome). Her har vi med andre ord tre preparater oppført under samme ATC-nummer, der doseringen er forskjellig i tillegg til at de også må doseres svært nøyaktig.

### Preparater med diclofenac

Det fins seks perorale preparater med diclofenac i Felleskatalogen 2010. Ser man i ATC-registeret i Felleskatalogen står alle under samme ATC-gruppe, men preparatene skiller seg fra hverandre på flere måter. Den som skiller seg klart ut er Modifenac, som er kapsler med modifisert frisetting, det vil si depotpreparat der virkestoffet frigis gradvis over tid. Diclofenac og Voltaren er enterotabletter, som innebærer at tablettene først løses opp i tarmen. Disse inneholder natriumsaltet av diclofenac og maksimal effekt kommer først etter cirka to timer. Cataflam, DiclofenacKalium og Voltarol er derimot vanlige tabletter, inneholder kaliumsaltet av diclofenac og har maksimal effekt etter 20–60 minutter.

### ATC-nummer

I de aller fleste tilfeller vil preparater med samme ATC-nummer ha samme virkestoff, men det fins også unntak. ATC-nummeret

kan for eksempel angi en gruppe stoffer som er mer eller mindre lik. Hydroksyetylstivelse med ATC-nummer B05A A07, brukes som plasmasubstitutt og består av store molekyler med forskjellig størrelse og egenskaper. Det er fem preparater på markedet. HyperHAES er det preparatet som skiller seg klart ut ved at gjennomsnittlig molekylvekt er større, det har et høyt innhold av natriumklorid og er kun beregnet som engangsdosebehandling ved akutt hypovolemi og sjokk. De fire øvrige inneholder HES 130/0,4 og kan gis gjentatte ganger eller kontinuerlig. For Voluven og Venofundin er imidlertid HES gitt i en isotonisk løsning med saltvann, mens Volulyte og Tetraspan inneholder HES i en balansert elektrolyttløsning. For sammensatte preparater så kan det også tenkes at ATC-gruppen dekker preparater der bare ett av virkestoffene er like. «N04B A02 – Levodopa og dekarboksylasehemmer» er for eksempel en gruppe parkinsonmidler der alle inneholder levodopa. Men det varierer hvilken substans som er tilsatt som dekarboksylasehemmer for å hemme nedbrytningen av levodopa.

### Sammensatte preparater

Bytte mellom sammensatte preparater kompliseres av at man må holde rede på styrken av hvert enkelt innholdsstoff. Felleskatalogen oppgir tre preparater med lisinopril og diuretika: Zestoretic, Zestoretic mite og Lisinopril/Hydrochlortiazid. Den sistnevnte finnes dessuten i to styrker: 10 mg/12,5 mg og 20 mg/12,5 mg, der tallet over brøken står for innhold av lisinopril, mens tallet under brøken angir mengde hydrochlortiazid. Ved bytte må man derfor merke seg at Zestoretic har styrken 20 mg/12,5 mg, mens

Zestoretic mite har styrken 10 mg/12,5 mg. Man må også merke seg at man ikke kan gi to av den svakeste i stedet for en av den sterkeste, fordi innholdet av hydrochlortiazid er det samme per tablett for alle styrker. Paralgin forte og Pinex forte er to preparater som mange kanskje tenker på som likeverdige. Her må man imidlertid merke seg at selv om de har samme virkestoffer og begge inneholder 30 mg kodein, så inneholder Pinex forte 100 mg mer paracetamol per tablett.

### Hva kan man bytte?

Det kunne vært gitt mange flere eksempler enn det jeg har nevnt her, og det skulle være åpenbart at ATC-registeret er en dårlig kilde til å finne ut hvilke preparater som uten videre er byttbare.

Hvordan kan man så finne ut hvilke preparater som er byttbare? Generisk bytte har vært praktisert i mange år i apotek, og ordningen har vært basert på at bytte kun kan gjøres mellom preparater som Legemiddelverket har definert som likeverdige. Disse preparatene fins på den såkalte «byttelista» til Legemiddelverket og forutsetter at det foreligger dokumentasjon på at preparatene både inneholder det samme og oppfører seg helt likt i kroppen. Preparatene skal være bioekvivalente, det vil si at legemidlet skal absorberes like godt og like raskt, maksimal plasmakonsentrasjon etter samme dose skal være det samme og nås etter like lang tid.

Byttelista finner man på Legemiddelverkets hjemmesider, men den foreligger dessverre kun i form av et stort Excel regneark og som sådan er den uegnet som oppslagsverk (3). For at man skal kunne anvende den praktisk er man avhengig av at den søkes opp i et dataprogram, slik det gjøres i apotek, eller at man manuelt lager egnede lister ut fra opplysningene i byttelista. Det virker unektelig veldig tungvint å lage manuelle byttelister lokalt, og det burde ikke være noen vanskelig sak å integrere byttelista i programmer som allerede brukes i helsevesenet eller gjøre den tilgjengelig på håndholdt PC. Man bør også kunne forvente at myndighetene gjør lista lett søkbar på nett og tilgjengelig i en versjon som var hensiktsmessig å skrive ut på papir. Inntil videre bør man i alle fall konferere med farmasøyt om hvilke preparater som er byttbare og hvordan bytter kan håndteres hensiktsmessig.

### Hva sier lovverket?

Generisk bytte i sykehus og helsevesenet for øvrig er omtalt i Legemiddelhåndteringsforskriften fra 2008 (4). Denne forskriften gjør det klart at generisk bytte i helsevesenet er fullt lovlig, men det skal foreligge lokale prosedyrer på hva som kan byttes og hvordan dette skal håndteres. Generisk bytte skal skje i henhold til byttelista fra Legemiddelverket, og generisk bytte på preparater som ikke står på denne lista er ikke tillatt uten at legen selv endrer ordineringsen i hvert enkelt tilfelle. Forskriften forutsetter også at alle bytter skal dokumenteres, for eksempel ved at den opprinnelige ordineringsen settes i parentes, mens det man bytter til skrives over i kurven.

### Likeverdige preparater

Nå kan det være mindre forskjell også på preparater som myndighetene har godkjent som byttbare. Dette kan dreie seg om små forskjeller i hvordan preparatene absorberes eller forskjeller i hjelpestoffer. For eksempel kan det variere om preparater et tilsatt fargestoff og eventuelt hva slags, noe som kan ha betydning for allergiske reaksjoner. Ikke minst kan det være psykologiske mekanismer inne i bildet, ved at enkelte pasienter kan ha veldig tro på bestemte preparatnavn.

Det er imidlertid liten grunn til å tro at bytte mellom preparater som myndighetene har godkjent som likeverdige i seg selv innebærer noe helseproblem av betydning. I alle fall er konklusjonen etter en gjennomgang av 423 bivirkningsmeldinger ved likeverdig bytte fra 2005 at dette ikke ser ut til å representere et sikkerhetsproblem (5). Mer usikkert er det nok i hvilken grad generisk bytte bidrar til feil i legemiddelhåndteringen slik at pasienten får feil legemiddel.

En norsk studie viste i alle fall nylig at 75 prosent av sykepleierne ved et stort norsk sykehus oppfattet de hyppige byttene av

## Generisk bytte i helsevesenet innebærer en rekke utfordringer og feilkilder.

legemidler som et problem, og at 42 prosent hadde opplevd feil som skyldtes bytte (6). I tillegg er det velkjent at feil i legemiddelhåndtering generelt er et stort problem i helsevesenet (7). De mange utfordringene knyttet til håndtering av generisk bytte i helsevesenet burde tilsi at man fokuserer sterkt på å kvalitetssikre dette (1).

### Oppsummering.

Generisk bytte i helsevesenet innebærer en rekke utfordringer og feilkilder. At preparater er oppført under samme ATC-kode i Felleskatalogen betyr ikke at preparatene er likeverdige og uten videre kan byttes. Forskjeller på preparater kan skyldes at noen er hurtigvirkende tabletter mens andre er depottabletter. Det kan også være stor forskjell på virketid mellom ulike depottabletter og hvordan de doseres. Enterodrasjering er en annen ting som påvirker hvor fort de virker ved at de først løses i tarmen. Unntaksvis angir heller ikke ATC-koden et entydig virkestoff, men kan omfatte en gruppe beslektede stoffer. Enkelte preparater kan kreve spesiell oppmerksomhet ved bytte, dette gjelder for eksempel preparater med metoprolol, erytromycin og amfotericin B.

Et spesielt problem er mangelen på gode oppslagsverk som enkelt kan gi sikre opplysninger om hvilke preparater som er likeverdige og står på byttelista. Generisk bytte innebærer så pass mange muligheter for feil at både helsepersonell og myndigheter må ta problemet på alvor. ■■■

#### LITTERATUR

1. Johansen R, Fosnes GS, Holm H, Løken G, Englund K, Jørgensenborg K, Skovly Ø, Dybendal T, Strøm I. Generisk bytte av legemidler i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1232-3. [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1528909](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1528909)
2. Metoprolol depottabletter må ikke byttes til vanlige metoprololtabletter.

ter. Legemiddelverkets hjemmeside: [http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_77278.aspx?filterBy=CopyToMedecs](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_77278.aspx?filterBy=CopyToMedecs) (08.04.2010)

3. Byttbare legemidler. Legemiddelverkets hjemmeside: [http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_16454](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_16454)

[http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_16454.aspx?filterBy=CopyToMedecs](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_16454.aspx?filterBy=CopyToMedecs) (08.04.2010)

4. Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Rundskriv fra Helsedirektoratet, IS-09/2008. [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/legemiddelh\\_ndtering\\_for\\_virksomheter\\_og\\_helsepersonell\\_som\\_yter\\_helsehjelp\\_159584](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/legemiddelh_ndtering_for_virksomheter_og_helsepersonell_som_yter_helsehjelp_159584) (08.04.2010)

5. Reppe LA, Stenberg-Nilsen H, Harg P, Hegge AB, Lillefloth AK, Buajordet I. Bivirkninger ved generisk bytte i Norge i 2005. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128:2696-700. [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1773811](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1773811)
6. Håkonsen H, Hopen HS, Abelsen L, Ek B, Toverud EL. Generic substitution: a

potential risk factor for medication errors in hospitals. Adv Ther. 2010 Feb; 27(2): 118-26.

7. Bruheim M. Fatale feil. Sykepleien 2008 96(3): 36-40. [http://www.sykepleien.no/ikb/viewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_document\\_id=116946](http://www.sykepleien.no/ikb/viewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=116946) (08.04.10)



Lillian Lillemoen, førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag.



Ragnhild Ulseth Velund, høgskolelektor, Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag.



Elisabeth Østensvik, FoU-leder, Glemmen sykehjem, Utviklingssenter for sykehjem i Østfold.



# Tiltaksplan for døende pasienter på sykehjem skjerpet de ansattes forhold til hva som er god praksis.

Innføring av en tiltaksplan for døende pasienter på sykehjem skjerpet de ansattes forhold til hva som er god praksis.

Denne artikkelen beskriver vi et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Østfold og seks sykehjem, fra fem kommuner i fylket. Hensikten med artikkelen er å formidle erfaringer fra prosjektet «Implementering av Liverpool Care Pathway (LCP)». LCP er en tiltaksplan for døende pasienter og deres pårørende. Prosjektet ble finansiert av samarbeidsmidler og praksismidler fra Høgskolen i Østfold, og gjennomført i perioden 2008–2009.

## Bakgrunn

Omsorg for den døende og nærmeste pårørende på sykehjem har vært i fokus de siste årene både blant helsepersonell og hos helsemyndighetene. I Omsorgsplan 2015 er omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus et av satsingsområdene (1). Likeledes anbefales det i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2) at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon.

LCP er laget etter retningslinjer fra Marie Curie Palliativ Care Institute i Liverpool og er utarbeidet på bakgrunn av Ellershaw og Wards kunnskapsbaserte retningslinjer: Care of the dying patient: the last hours or days of life (3). Tiltaksplanen er anbefalt av National Institute for Clinical Excellence (NICE) Supportive and Palliative Care Strategy (4).

LCP er i utstrakt bruk i Storbritannia både på sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester. I tillegg er 18 andre land registrert som brukere av tiltaksplanen (5).

Hensikten med prosjektet er å:

- › styrke kvaliteten på pleie og omsorgstjenesten til døende pasienter og deres pårørende
  - › styrke praksisperiodene i sykehjem for bachelorstudenter i sykepleie og vernepleie med fokus på brukerorientert tverrprofesjonelt samarbeid, lindrende behandling og omsorg
- Selve innholdet i tiltaksplanen LCP er presentert i tabell 1.

## Oppstart

Prosjektets målsetting var faglig kompetanseutvikling i relasjon til døende pasienter og deres pårørende. I tillegg var vi opptatt av at høyskolens studenter både fra bachelor- og postbachelor nivå skulle bli kjent med LCP som et redskap for kvalitetssikring av omsorgen ved livets slutt.

Vårt første møte i prosjektgruppen fant sted i september 2008. Sammensetningen i prosjektgruppen sikret deltakelse fra partene, kompetanse i lindrende omsorg, pedagogikk og prosjektledelse. Sykehjemsrepresentanter fikk i oppgave å være ressurspersoner på sine respektive sykehjem med en sentral rolle i implementeringen

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- › Eldreomsorg
- › Sykehjem
- › Død
- › Palliasjon
- › Pårørende



# lan for sienter



**MOT SLUTTEN:** Ved å bruke tiltaksplan i palliativ behandling på sykehjem ble de ansatte mer oppmerksomme på pasientenes åndelige og eksistensielle behov i livets siste fase. Foto: Scanpix.

av tiltaksplanen. Som representanter fra Glemmen sykehjem, det nytnevnte undervisningssykehjemmet i Østfold, ble vi valgt til ledere av prosjektet.

## Tiltak

En av de første aktivitetene i prosjektet var en studietur for deler av prosjektgruppen til Løvåsen undervisningssykehjem og Sunniva klinikk i Bergen. Besøket ga oss anledning til å bli bedre kjent med innholdet i tiltaksplanen og til å se hvordan den ble benyttet. Noe av det vi lærte var: 1) opplæring av ansatte må gis høy prioritet, 2) informasjonsmateriell må finnes lett tilgjengelig i avdelingene, 3) oppfølging i bruk av tiltaksplanen er nødvendig, 4) og godt samarbeid med sykehjemmets lege er en forutsetning for bruk av LCP.

## Ressurspersoner

Selv om hvert sykehjem allerede var representert i prosjektgruppen gjennom sine ressurspersoner, så vi i tillegg behov for ressurspersoner

på hver avdeling for å styrke implementeringen av LCP ytterligere. På grunn av vaktordning valgte vi å skolere to ressurspersoner fra hver avdeling.

Disse ble valgt ut på bakgrunn av følgende kriterier:

- › En som er til stede i avdelingen og motivert for prosjektet
- › En alle kan henvende seg til for råd og hjelp
- › En person med faglig interesse og kompetanse innen palliasjon
- › En person med spesielt ansvar for oppfølging av LCP

For at ressurspersonene skulle fyller sin funksjon fikk de opplæring og veiledning. Innføring av nye prosedyrer vil alltid innebære en viss skepsis og motvilje hos enkelte. For å sikre at personalet på de ulike avdelingene hadde tilgang til nødvendig informasjon om LCP ble det laget en informasjonsperm. I tillegg til informasjon inneholdt permen behandlingsstrategier for smerter, kvalme, obstipasjon og dyspnoe. Innholdet i permen utviklet seg underveis i prosjektet og ble tilpasset lokale forhold og behov.

Styrking av ressurspersonenes motivasjon og kunnskap var sentralt for å ivareta undervisnings- og veiledningsfunksjonen overfor det øvrige personalet. I tillegg til to halve undervisningsdager, ble det

## *Personalet opplever å ha blitt mer samkjørte.*

gjennomført regelmessige nettverkssamlinger. Ved siden av undervisnings- og nettverkssamlinger fikk ressurspersonene tilbud om individuell veiledning fra en erfaren veileder med kompetanse innen lindrende behandling og omsorg.

## Opplæring av ansatte

Ressurspersonene fikk ansvaret for opplæringen av de ansatte på sine respektive sykehjem. Prosjektmedlemmene hadde også en betydelig rolle i opplæringen, ikke minst når det gjaldt motivasjonsarbeidet. Opplæringen av de ansatte var ikke et systematisk tiltak, men ble overlatt til det enkelte tjenestestedet.

Mot slutten av prosjektperioden ble det arrangert en fagdag for alle ansatte, som en del av opplæringstilbudet. Fokuset på fagdagen var tredelt: 1) Lindrende behandling og omsorg, 2) Når er pasienten døende? og 3) Erfaringer med bruk av LCP. I tillegg til ansatte, ledere og leger ved de berørte sykehjemmene ble også studenter og andre interesserte invitert.

## Samarbeid med sykehjemslegene

Bruk av LCP innebærer at helsepersonell må ha et bevisst forhold til når pasienten er terminal og tiltaksplanen skal iverksettes. Dette er en vurdering man må gjøre sammen med lege. Planen tilstreber en åpen samtale mellom alle parter; lege, sykepleier, pasient og pårørende, om døden som nær forestående. Undersøkelser viser at sykepleiere beskriver denne samtalen som viktig, men utfordrende, og at det er viktig for gjennomførbareheten at man samarbeider med lege (7). Det er særlig viktig at også sykehjemslegene støtter og deltar i bruken av tiltaksplanen. Dette temaet ble tidlig diskutert i prosjektgruppens arbeid.

Prosjektmedlemmene fikk i oppdrag å involvere sine respektive sykehjemsleger slik at:

- › LCP ble godkjent som dokumentasjonssystem
- › prosedyrer for behandlingsstrategier/algoritmer ved smerter, forvirring/uro, surkling i luftveiene, kvalme og oppkast og dyspnoe ble utarbeidet



### Informasjon til pasienter og pårørende

Det ble også utarbeidet en informasjonsfolder om LCP for å sikre god informasjon til pasienter og pårørende. Denne formidler på en enkel og oversiktlig måte hva tiltaksplanen går ut på og hvordan den har til hensikt å ivareta pasientens behov i den terminale fasen av livet. I tillegg til at informasjonsfolderen finnes i stativ med annet informasjonsmaterieell, blir den delt ut til pårørende ved de avdelingene som har tatt i bruk tiltaksplanen.

### Evaluering

Etter at prosjektperioden er avsluttet har vi mottatt mange positive tilbakemeldinger fra prosjektmedlemmer og ressurspersoner som har deltatt. Personalet opplever å ha blitt mer samkjørte og beskriver en større trygghet i møte med døende pasienter og deres pårørende. Samarbeidet med sykehjemslegene har lyktes i varierende grad. Noen avdelinger har erfart samarbeidet med sykehjemslegen som en utfordring, mens andre har hatt en tett dialog og et godt samarbeid. Mens noen sykehjem hadde fast ansatt sykehjemslege

## *Bruk av LCP synes å være en fin inngangsport for samtale med pasient og pårørende.*

i 100 prosent stilling, hadde andre sykehjem pasientenes fastleger, legevaktleger eller leger i små stillingsprosenter å forholde seg til. De som imidlertid lyktes med samarbeidet med sykehjemslegen vurderte dette som positivt.

### Positive erfaringer

På en av avdelingene ble LCP benyttet til 13 av totalt 15 personer som døde. Selv om dette tallet ikke er representativt og noen av avdelingene som deltok har et svakt grunnlag for vurdering av tiltaket, viser evalueringen at tiltaksplanen er et meget godt hjelpemiddel for å sikre god praksis. I tillegg til å skjerpe de ansattes oppmerksomhet på hva som er god praksis for den døende og hans pårørende, har innføringen bidratt til å tydeliggjøre hvor det er behov for ekstra innsats. Særlig blir pasientenes åndelige og eksistensielle behov, tiltak og dokumentasjon av dette, påpekt. Innføring av LCP synes også å gi ringvirkninger i form av kollegial støtte og opplevelsen av å dra i samme retning.

Allerede på nettverkssamlingen to måneder etter at LCP var tatt i bruk hadde ressurspersonene mange positive erfaringer å dele med hverandre. Erfaringene hadde de dokumentert ved hjelp av ukentlige logger. Ressurspersonene opplevde at bruk av tiltaksplanen sikrer god observasjon og symptomkontroll i terminalfasen. På den ene siden vurderte de at planen sikret kontinuitet i den lindrende behandling og omsorg samt en systematisk dokumentasjon. På den andre siden ble manglende elektronisk utgave sett på som en utfordring.

### Systematisk opplæring

Bruk av LCP synes å være en fin inngangsport for samtale med pasient og pårørende. Ressurspersonene rapporterer at man i større grad enn tidligere setter av tid til samtaler med pasient og pårørende. Flere ressurspersoner understreker at planen skjerper kvaliteten på lindrende behandling og omsorg. Døende pasienter og deres pårørende får større oppmerksomhet når de følges opp ved hjelp av planen og man har erfart større trygghet både hos pasient og pårørende.

På enkelte avdelinger tok det litt tid før LCP-planen ble tatt i bruk. Forklaringene var at ressurspersonene ikke hadde vært til stede.

Erfaringene fra prosjektet er det å lykkes avhenger sterkt av at ressurspersonene er til stede, både for igangsetting av tiltaksplanen, men også for veiledning i bruken av den.

Ingen av ressurspersonene benyttet seg av tilbudet om veiledning i løpet av prosjektperioden. Mulige årsaker kan være at de selv måtte gjøre en henvendelse for at veiledningen skulle utløses. Det kan hende de vurderte eventuelle problemer som for små til å be om veiledning. Noen utsetter det også fordi de opplever det som tidkrevende, eller finner løsninger gjennom samtaler med andre i kollegiet. Dette viser at dersom veiledning for ressurspersoner er et viktig tiltak bør også det tiltaket settes i system og ikke overlates til den enkelte. Selv om evalueringen av prosjektet viser mange positive resultater ser vi i ettertid at det ville vært en styrke dersom opplæringen av de ansatte hadde vært systematisk og ikke overlatt til ressurspersonenes alene. En strategisk tilrettelegging og systematisk opplæring ville, i tillegg til å sikre en tilnærmet lik opplæring, dempet noe av belastningen ressurspersonene opplevde.

### Standardisert skjema

Noe av kritikken mot LCP har vært at denne formen for standardiserte skjema plasserer omsorgen for pasient og pårørende innenfor en ramme som hindrer fleksibilitet og individuell tilrettelagt omsorg. Vi er enige i at et standardisert skjema ikke alene sikrer god praksis. God praksis handler ikke bare om hva, men også av hvordan omsorgen utøves. Omsorgsutøverens faglige og mellommenneskelige kvalifikasjoner vil, etter vår vurdering, alltid være av avgjørende betydning. LCP er med på å bistå omsorgsutøveren i hva det er som inngår i god praksis for den døende pasient og hans eller hennes pårørende – hvordan omsorgen kommer til uttrykk i den konkrete relasjon, vil fortsatt avhenge av partene i relasjonen og omsorgsutøverens fortrolighetskunnskap.

### Oppsummering

Vi kan konkludere med at samarbeide mellom de fem kommunale sykehjemmene, undervisningssykehjemmet og høyskolen har vært et lærerikt, fagutviklende og spennende prosjekt. Den viktigste suksessfaktoren har vært engasjerte prosjektmedlemmer på de respektive sykehjemmene. Uten deres støtte, veiledning og undervisning, primært til ressurspersonene, men også ansatte generelt, ville prosjektet neppe blitt vurdert så positivt. For prosjektmedlemmene har jevnlig møter i prosjektgruppen hvor man har delt erfaringer og hjulpet hverandre med å håndtere stedlige utfordringer vært viktig.

Selv om samarbeidsprosjektets målsettinger i stor grad er innfridd og prosjektet i sin helhet vurdert som positivt, ser vi områder med potensialer for bedring. Noe overraskende var det at ansatte uttrykte behov for at det ble opprettet grupper der man fokuserte på refleksjon over praksis og de faglig-etiske utfordringer omsorg for døende pasienter og deres pårørende innebærer. Dette er et signal om at det er behov for: 1) kollegiale møteplasser hvor faglig-etisk refleksjon er fokus, 2) at tiltak som krever tid og rom til ettertanke må være et systemtiltak.

Hva som ville bidratt til å styrke samarbeidet med sykehjemslegene er vi imidlertid fortsatt usikre på. Vi mener likevel å se tendenser i retning av et styrket samarbeid om fag- og kvalitetsutvikling med sykehjemsleger tilsatt i faste, hele stillinger.

Parallelt med vårt prosjekt har det vært arbeidet med en offisiell nasjonal oversettelse av Liverpool Care Pathway. Kompetansesenter i lindrende behandling i Helse Vest ved Grethe Skorpen Iversen, som har vært sentral i dette arbeidet, kan kontaktes for den offisielle norske utgaven av LCP. Vårt prosjekt viser et behov for å sikre at tiltaksplanen også finnes i elektronisk versjon slik at den kan bygges inn i et ordinært dokumentasjonssystem som benyttes. ■■■

## Liverpool Care Pathway (LCP)

LPC er en tiltaksplan som skal forbedre omsorg til døende pasienter og deres pårørende gjennom systematisk kartlegging av pasientens fysiske, psykiske og åndelige behov og samtidig ivareta de pårørendes behov. Tiltaksplanen består av tre deler/seksjoner med mål og delmål som skal oppnås.

TABELL 1

<b>Kriterier for å ta i bruk LCP er følgende:</b>	<b>1) Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.</b> <b>2) Det tverrprofesjonelle teamet (minimum lege og sykepleier) er enige i at pasienten er døende, og minst to av følgende observasjoner er gjort:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ pasienten er sengeliggende</li><li>▪ pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar</li><li>▪ pasienten klarer bare å drikke en liten slurk</li><li>▪ pasienten kan ikke lenger svelge tabletter</li></ul>
<b>Seksjon 1:</b> Første vurdering (ved inklusjon)	Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert. Eventuell subkutan medikasjon for følgende symptomer er skrevet opp etter avdelingens prosedyrer: smerter, forvirring/uro, surkling i luftveiene, kvalme og oppkast og dyspnoe. I tillegg vurderes pasientens fysiske tilstand (symptomer og funn), innsikt i egen situasjon og evne til å kommunisere på norsk, åndelig omsorg og kommunikasjon med pårørende. Ved inklusjon vurderes også om «uhensiktsmessige tiltak» (for eksempel blodprøver/antibiotika) skal seponeres.
<b>Seksjon 2:</b> Fortløpende vurderinger	Pasienten skal vurderes hver fjerde time og det skal dokumenteres om delmål er nådd på følgende områder: smerter, uro/forvirring, surkling i luftveiene, kvalme og oppkast, tungpusthet, munnstell, vannlatingsbesvær, medikasjon, liggstilling, tarmfunksjon, forståelse/innsikt, åndelig omsorg, ivaretagelse av pårørende.
<b>Seksjon 3:</b> Ved dødsfallet	<b>Inneholder følgende «sjekkpunkter»:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fastlegen er informert om dødsfallet</li><li>2. Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt</li><li>3. Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt</li><li>4. Pårørende er gitt informasjon om avdelingens prosedyrer</li><li>5. Avdelingens prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt</li><li>6. Offisiell informasjon er gitt til rette vedkommende</li><li>7. Skriftlig informasjon for etterlatte er gitt til pårørende</li></ol> <p>Hvis delmålene ikke nås, skal det fortløpende dokumenteres hvorfor målene ikke er nådd og hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målene. På denne måten bidrar LCP til kvalitetssikring av dokumentasjon, gir målbare resultater, gode prosedyrer og har fokus på tverrfaglig arbeid. Samtidig kan LCP være et instrument for å måle kvalitet, fordi det gis mulighet til å vise til målbare resultater, som indikerer høy kvalitet i palliasjon og mulighet til å identifisere områder hvor det er rom for forbedring og mulighet til å vise endring.</p>

### LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet (2006). St.meld. 25 (2006-2007) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Sosial- og helsedirektoratet (2007). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen IS 1529 Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
3. Ellershaw J, Ward C. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. *British Medical Journal* 2003; 326: 30 – 34.
4. National Institute for Clinical Excellence (NICE 2005) Supportive and Palliative Care Strategy. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgsmanual.pdf> (lesedato: 10.04.2010)
5. <http://www.mariecurie.org.uk/forhealthcareprofessionals/liverpoolcarepathway> (lesedato: 10.04.2010)
6. Helsedirektoratet (2009). Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensningsprosesser for livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende IS 1691. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet.
7. Watson J, Hockley J, Dewar B. Barriers to implementing an integrated care pathway for last days of life in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing* 2006; 12 (5): 234 – 240.

# TAKK til fagfeller!

Sykepleien Forskning vil gjerne takke alle som har bidratt til tidsskriftet i 2010. Spesielt gjelder dette fagfellene som vurderer og kvalitetssikrer alle de vitenskapelige artiklene:

Randi Andenæs, Ådel Bergland, Karen Bjørø, Ellen Blix, Lisbeth Borge, Marit Borg, Stig Brusset, Michael deVibe, Knut Dybvik, Anne Dørum, Rigmor Einang, Hilde Eide, Terje Engan, Janne Fossum, Brynjar Fure, Tove Aminda Hansen, Solveig Hauge, Kristin Halvorsen, Ragnhild Hellesø, Kristin Heggen, Sevald Høye, Mette H Ingeberg, Rita Jakobsen, Venke Johansen, Mary Kalfoss, Bengt Karlsson, Hege Kersten, Hege Kornør, Ragnfrid Kogstad, Øivind Kirkevold, Svein-Tore Kristiansen, Kari Kvigne, Nina Margrethe Kynø, Lillebeth Larun, Irene Lie, Geir Lorem, Borghild Løyland, Lars Mathisen, Lillian Marstein, Anne Moen, Hilde Tindholt Myrhaug, Kari Nordin, Tone Norekvål, Arne Johan Norheim, Per Nortvedt, Dagfinn Nåden, Kjell Sverre Pettersen, Irene Randen, Jan Rosenvinge, Tone Rustøen, Inger Schou, Ingeborg Strømseng Sjetne, Marit Skaug, Liv Wergeland Sørebye, Sven Olle Mårten Søderhamn, Ulrika Søderhamn, Trine Deichman Sørensen, Solfrid Vatne, Astrid Klopstad Wahl, Heidi Zangi, Siri Ytrehus.

Vi vil også takke vår statistiker Guri Feten for innsatsen.

sykepleien forskning



Anners Lerdal  
redaktør



Liv Merete Reinart  
ass. redaktør



### Jan Erik Grindheim

Aktuell med: I menneskets og samfunnets tjeneste. Nasjonalforeningen for folkehelsen 1910 - 2010

Yrke: Førsteamanuensis og redaktør

Bosted: Oslo

# – Sykepleier spilte en nøk

Ifølge Jan Erik Grindheim er det de frivillige hjelpeorganisasjonene som står bak velferdsstaten.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

**S**tatsviter Jan Erik Grindheim har skrevet historien til Nasjonalforeningen for folkehelsen. Her forteller han om en side ved organiseringen av velferdsstaten som det er skrevet lite om fra før.

#### Samfunnsbygger

– Jeg har valgt å fokusere på foreningens rolle som samfunnsbygger, sier han.

Sykepleierne spilte en viktig rolle i foreningens historie og dette er grundig beskrevet i boka. Selv mener Grindheim at kapitlene om sykepleie er blant bokas mest interessante.

– Sykepleiernes rolle har vært helt essensiell. De utgjorde krumtappen i foreningens arbeid mot tuberkulose, som var et av foreningens kjerneområder og indirekte årsak til at den ble stiftet i 1910.

På begynnelsen av 1900-tallet var det veldig få sykepleiere i Norge og behovet økte prekärt i takt med antallet tuberkuloserammede. I tillegg var fordelingen skjev geografisk, med særlig stor sykepleiemangel på landsbygda.

– Mangelen på sykepleiere resulterte i at foreningen begynte å utdanne egne sykepleiere, forteller Grindheim.

På landsbygda, gikk de lokale frivillighetsorganisasjonene sammen og samlet inn penger til å utdanne sykepleiere, i regi av foreningen. De som tok utdanning forpliktet seg til å tjenestegjøre i bygda etter endt utdanning.

#### Trist lesning

Grindheim synes historien om sykepleierne inneholder mye trist og sjokkerende lesning.

– Sykepleierne som pleiet tuberkulosepasienter ute i distriktene jobbet ofte døgnet rundt med husarbeid og fjøsstell, i tillegg til å pleie syke.

Den diakonale tradisjonen med sykepleieren som en tjener i kristen nestekjærlighet preget synet på sykepleien til langt uti forrige århundre.

– Dette bidro til at sykepleie ble sett på som et kall, snarere enn et yrke, påpeker Grindheim.

– Konsekvensen var blant annet at sykepleierne ble drevet rovdrift på. De fikk ikke alltid betalt for arbeidet de utførte, og de hadde heller ingen permisjons- eller sykelønnsordninger.

Nasjonalforeningen bidro i arbeidet med å sikre sykepleiernes rettigheter. Et sentralt punkt i foreningens plan for virksomheten fra 1918 til 1920 var blant annet spørsmålet om pensjon for sykepleiere.

– Ideen om profesjonalitet henger nøye sammen med utviklingen av velferdssamfunnet. Ønsket om og behovet for å videreutvikle den diakonale omsorgstradisjonen i retning av en mer medisinsk orientert og profesjonsbasert utdanning etablerte seg i foreningens statutter, forteller Grindheim.

#### Kjønnsdimensjon

Grindheim ble overrasket over den



# ne kelrolle

sterke kjønnsdimensjonen foreningens historie gjenspeiler.

– Nasjonalforeningens historie er fantastisk sett i et kvinnehistorisk perspektiv, understreker han.

– Behovet for faglige utdannede sykepleiere ble stadig sterkere også blant legene. På nasjonalforeningens møte i 1915 ble det nedsatt en sykepleiekomité bestående av leger som fire år senere leverte en innstilling om ny lov for utdannelse av sykepleiere.

Her ble det enstemmig vedtatt at alle institusjoner som ønsket å utdanne sykepleiere måtte ha autorisasjon fra Kongen.

– Men komiteen delte seg i to når det gjaldt synet på utdanningens lengde og innhold, forteller Grindheim.

– Den ene delen av komiteen mente utdanningen skulle være treårig og best

gjerning er ikke mottagelig for al den teori, der er foreslått. All denne masseballast av teori glir dem forbi. Deres hjerner kan ikke fordøye det.»

Og Provst Pettersen hevdet at: «for megen utdannelse gjør sykepleierskene for fine». Møtet førte til sterke reaksjoner, blant annet fra NSF som leverte et protestbrev til komiteen mot «de nedsættende uttalelser som faldt om den utdannede sykepleierske ved raadsmøtt i Kristianaia.»

## Færre medlemmer

På femtitallet hadde foreningen 200 000 medlemmer. I dag er antallet medlemmer på 35 000.

Dette gjenspeiler ifølge Grindheim hvordan velferdsstaten har utviklet seg i løpet av denne tidsperioden.

– På femtitallet var stat og kom-

## Sykepleie ble sett på som et kall, snarere enn et yrke.

mulig, mens motstanderne fryktet at dette skulle gjøre sykepleierne mindre underdanige og ikke så oppofrende. De var også redde for at utdanningen skulle gjøre det mindre interessant for sykepleierne å jobbe på landsbygden, og dermed føre til økt sykepleiemangel i distriktene.

Referater fra komiteens fjerde råds-møte i 1918 vitner om følelsesmessige innlegg og svært tradisjonelle holdninger til kvinner generelt og sykepleierens rolle spesielt. Stadsfysikus Wyller mente blant annet at: «En ung pike, der slutter sin folkeskole i 15 års alderen og saa begynder i 21 års alder paa sin sykepleierske-

mune lite inne i bildet når det gjaldt helse. Denne oppgaven, som vi i dag ser på som en naturlig samfunnsoppgave, ble ivaretatt av de frivillige organisasjonene, deriblant Nasjonalforeningen for folkehelse.

Andre viktige saker for foreningen er demens og hjerte- og karsykdommer.

– Nasjonalforeningen er den frivillige foreningen i Norge som har samlet inn mest penger til forskning på hjerte- og karsykdommer, opplyser Grindheim. – Og sykepleierne har hatt en viktig rolle i arbeidet med alle de tre sakene som har betydd mest for foreningen: tuberkulose, hjerte- og karsykdommer og demens. ■■■

Foto: Colourbox



## Et skjørt prosjekt

**HVORFOR VINNER JEG ALDRI I LOTTO?** Hvorfor vinner jeg aldri en flaske vin en gang i sangkorets ukentlige utlodning? Det kan kjennes urettferdig!

På den andre side. Fraværet av flaks veies de opp av et like stabilt fravær av uflaks. For eksempel er det lenge siden jeg krasjet bilen. Jeg er sjeldent syk, enda jeg har noen laster jeg burde ha kuttet ut. Sett i forhold til alt som kunne ha gått galt med meg, er jeg tilfredsstillende «normal». For livet er tross alt et skjørt prosjekt: Det skal så lite til før alt kan gå i knas.

I julen leste jeg Gaute Heivolls bok «Før jeg brenner ned». Her har han virkelig undersøkt livets små marginer. Han rekonstruerer hva som egentlig skjedde da en pyroman gikk løs og skapte panikk i det lille lokalsamfunnet der forfatteren selv vokste opp. Det brant hele elleve ganger før pyromanen ble tatt. Da viste det seg å være sønnen til brannmesteren. En gutt som var høyt elsket.

Hvorfor går det så galt med noen, mens de fleste av oss holder seg på rett side? Det er Heivolls fengende tema. Han viser langt på vei at det ikke finnes noe opplagt svar. Det kan gå galt med oss alle. Et sykt menneske er et friskt menneske med uflaks. En pyroman kan være et helt vanlig menneske med en sykdom som ikke synes.

En slik erkjennelse er både enerverende og beroligende. Når vi alle kan være et hårsbredd fra uflaksen, burde det gi oss større forståelse for dem som tipper over kanten. I dem bør vi se oss selv. Godt nyttår!





## Cathrine Sandø

Alder: 35 år  
Stilling: Sykepleier, St. Olavs Hospital  
Favoritt: Scop

Vi spør sykepleiere om hvilket hjelpemiddel/instrument som betyr mest for dem når de gjør jobben sin.

# – Scop er uvurderlig!

Uten scop måtte Cathrine Sandø klart seg med sitt kliniske blikk.

Når Cathrine Sandø skal overvåke pasientene på karkirurgisk avdeling på St. Olavs Hospital, er hun avhengig av scopsentralen. På sentralen overvåker sykepleierne skjermer som viser livsviktige verdier for intensivpasientene på avdelingen.

### Hvorfor er akkurat dette hjelpemiddelet så viktig for deg?

– Fordi det gir mye viktig informasjon om pasientene. Scopsentralen gjør at jeg har oversikt.

### Hva gjør den?

– Scop er et instrument som kontinuerlig overvåker pasientenes blodtrykk, EKG-rytme, O<sub>2</sub>-metning, sentralnervetrykk og respirasjonsfrekvens. Inne på scopsentralen har vi skjermer som viser oss verdiene til alle intensivpasientene som overvåkes av Scop.

### Hva er fordelene med den?

– Ut fra disse verdiene kan vi hele tiden vurdere hvordan pasienten har det. Og så får vi raskt indikasjoner på om noen verdier er for høye eller for lave.

### Hva brukte du før du fikk den?

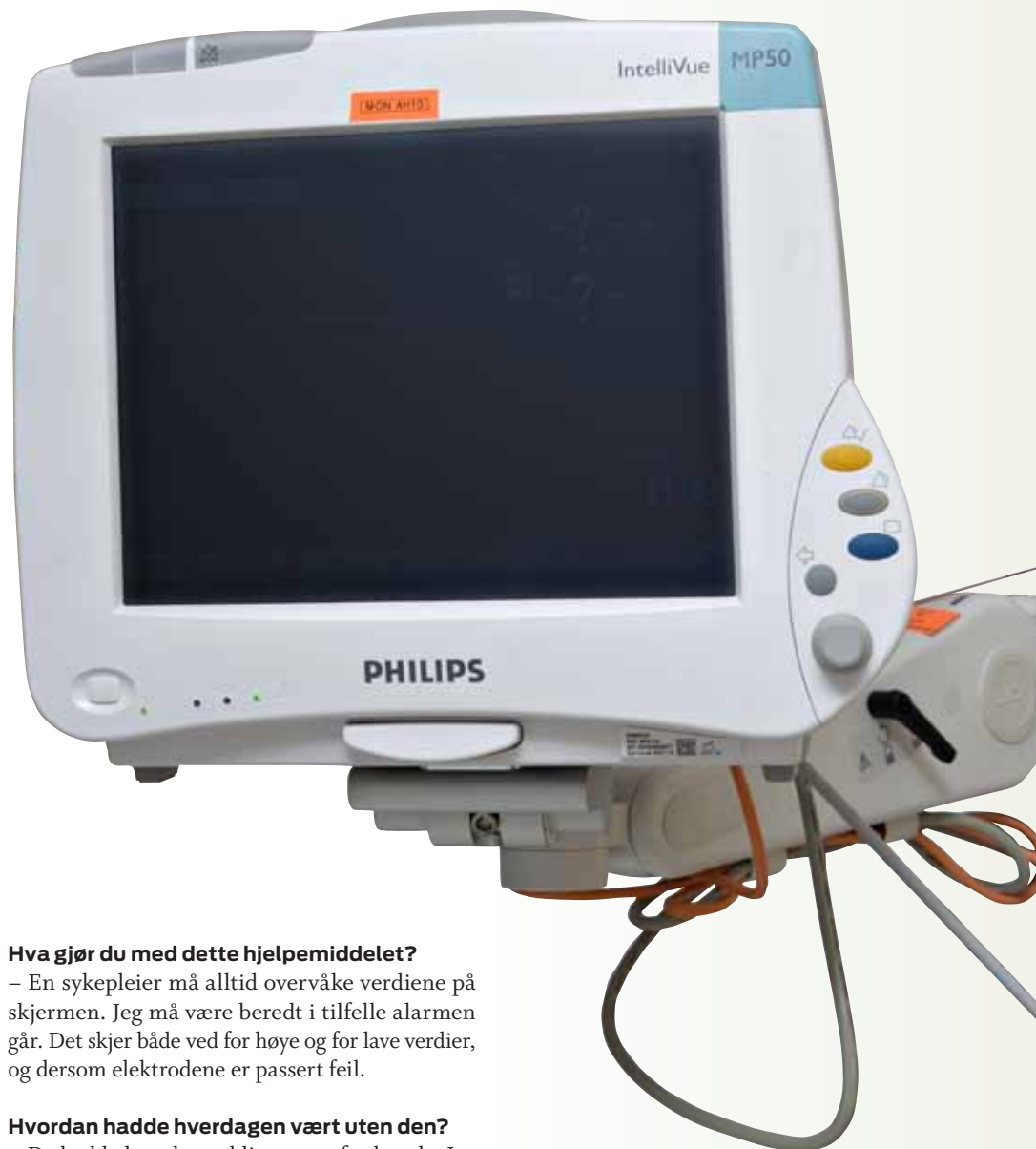
– Jeg har alltid hatt den. I de seks årene jeg har jobbet her har vi hatt scopsentralen. Hva de brukte i gamle dager har jeg ingen anelse om.

### Tror du pasientene dine liker den?

– Nei. Det er litt forskjellig fra pasient til pasient, men den er nok ikke like gunstig for dem som for oss. Pasienten er koblet til mange ledninger. Dersom pasienten ikke er våken gjør ikke det noe, men er pasienten litt oppgående kan det virke hemmende.

### Er det noen kollegaer som misunner deg den?

– Nei, de fleste er opplært til å bruke den. Det er et instrument som er knyttet til pasienten, ikke til meg personlig.



### Hva gjør du med dette hjelpemiddelet?

– En sykepleier må alltid overvåke verdiene på skjermen. Jeg må være beredt i tilfelle alarmen går. Det skjer både ved for høye og for lave verdier, og dersom elektrodene er passert feil.

### Hvordan hadde hverdagen vært uten den?

– Da hadde hverdagen blitt mer utfordrende. Jeg hadde manglet mye nyttig informasjon, og måtte ha basert vurderingen av pasientens tilstand utelukkende på mitt kliniske blikk.

Tekst Marte Skaara foto Lena Knutli



### Kreft og alternativ behandling

Av Terje Risberg (red.)  
312 sider  
Gyldendal, 2010  
ISBN 978-82-05-39520-6  
Anmelder: Thore K. Aalberg, cand. polit., fagbokforfatter og homøopat

## For leger av leger, med noen mangler

**ANMELDELSE:** Dette er en viktig bok, spesielt for kreftleger, hvor kunnskapsløsheten og ikke minst skepsisen mot alternativ medisin er størst. Sykepleiere og annet helsepersonell vil ha nytte av å lese den. For alternative utøvere er boken interessant på den måten at holdningene til de legene som har den selvoppfatning at de er åpne for alternativ medisin, blir synliggjort.

Skillet mellom komplementær og alternativ medisin er et viktig utgangspunkt for å forstå legenes ønske om å opprettholde sitt monopol. Boken definerer komplementær medisin til å gjelde behandling der hensikten er å lindre/bedre allmenntilstanden samt gi bedre livskvalitet.

Boken definerer alternativ medisin som udokumentert behandling som gis i stedet for konvensjonell behandling. Selv om boken gjennomsvyes av

begrepet vitenskap, blir ikke vitenskapssyn drøftet. Det er underforstått at vitenskap ikke er fenomenologi og hermeneutikk, men naturvitenskap, og det er i praksis dobbelt blindete utprøvinger. Erfaringsbasert vitenskap blir sett på som mindreverdig.

Boken gir en riktig fremstilling av homøopatien, men nevner ikke at den er offentlig godkjent og integrert i den offentlige helsetjenesten i flere land. Ved å trekke fram nyreligiøse terapier og alternativ medisin i samme åndedrag, sitter leseren igjen med at dette er representativt og i tillegg useriøst i forhold til skolemedisinen.

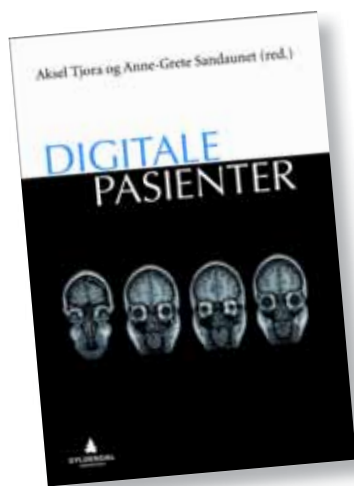
Boken gir en svært god oversikt over ulike oppfatninger av komplementær og alternativ medisin blant helsearbeidere. Den sier også noe om hva de ulike gruppene selv har erfaring med. Og det er vel neppe noen som blir forbauset over at kvinnelige

helsearbeidere har langt mer positive holdninger enn menn, yngre mer enn eldre, allmennleger mer enn sykehusleger og at hver tredje sykepleier er positiv, mens bare fire prosent av kreftlegene er det.

Boken er skrevet fra skolemedisinerens ståsted for dem som kommer i kontakt med kreftpasienter som vil vite mer om alternativ medisin. Noen kapitler og sitatene, som ikke er oversatt til norsk fra engelsk, passer best for professorer som er fortlørlig og vant til legekongresser utenfor Norge. Det nevnes ikke at Helsedirektoratet i 2004 utarbeidet studieplaner i akupunktur og homøopati – de mest vitenskapsbaserte og brukte alternative behandlingsmetodene på verdensbasis. Heller ikke at man arbeider for å sette i gang akupunkturutdanning ved universitet i Tromsø.

*Den beste tiden å planlegge en ny bok på, er under oppvasken.*

Agatha Christie



### Digitale Pasienter

Av Aksel Tjora og  
Anne-Grete Sandaunet (red.)  
273 sider  
Gyldendal akademisk, 2010  
ISBN 9788205399099  
Anmelder: Sturle J. Monstad  
sykepleier/M.Phil.Health Promotion

## Digitale pasienter mellom to permer

**ANMELDELSE:** Dette er en kunnskapsrik bok som gir innblikk i forskning rundt digitale pasienter.

Her grovdeles digitale pasienter inn i fire kategorier: Den første er den digitalt overvåkede pasienten som passes på av teknologi, den andre den digitaliserte pasienten som overvåkes i form av digitale bilder, elektronisk tekst og kurver. Den tredje er det mange av i de tusen hjem; det er den digitalt oppkoblede pasienten som surfer nettet etter helseinformasjon og bruker kunnskapen fragmentert og kanskje litt tilfeldig. Den fjerde er den digitalt dannede pasienten som derimot har større evne til å bruke helseinformasjon, relevant forskning og sosiale medier på en kritisk måte. En digital dannede pasient kan være en trussel mot helsearbeidere som ønsker å forvalte medisinsk kunnskap og be-

stemme hvor mye pasienten skal få lov å vite.

Boken illustrerer de ulike pasienttypene med gode norske case: RareICT/Minjournal.no gir pasienter med sjeldne sykdommer en sosial digital arena der de kan støtte hverandre og lage helseinformasjon sammen med fagfolk. Online støttegrupper for brystkreftrammede, kronikere og innen alkoholavvenning kan være bra for noen. Men ikke all forskning jubler effekten av tiltakene og en kritisk vinkling passer godt i et landskap med mange digitale evangelister.

Jeg savner likevel et kapittel om helsearbeidere og digitale pasienter som møtes i den uformelle websfæren. Hvordan skal en forholde seg til pasienter som skriver om deg som

helsearbeider på bloggen sin eller vil være venn på Facebook?

Det er en dyktig forfatterskare som for det meste skriver fra et medisinsk sosiologisk perspektiv. Dette kan gjøre at noen av kapitlene blir mest interessante om du føler deg vel med begreper som «senmodern kontekst», «konstruksjon av helse og sykdom» og «systemkritisk teori». Boken viser med tydelighet dilemma og utfordringer ved innføring av teknologi i helsevesenet. Ofte virker teknologien som den skal, men kultur, holdninger og rutiner kan gjøre innføringen vanskelig.

Uansett om en liker det eller ikke: De som arbeider i helsevesenet har et stadig økende behov for å bedre forstå elektroniske løsninger og digitale pasienter. Denne boken gir et godt grunnlag for å bli bedre kjent med ulike sider av digitale pasienter.

# Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

**1 Hva er det norske ordet for thymus?**

- A Brislingen
- B Brisselen
- C Brisen

**2 Og hva er thymus?**

- A Kjertel
- B Ben
- C Muskel

**3 Hva er det for mye av i blodet ved urikemi?**

- A Urin
- B Urinsyre
- C Urinstoff

**4 Hvor mye urin skilles normalt ut i løpet av et døgn?**

- A 1-1,5 liter
- B 1,5-2 liter
- C 15 liter

**5 Hvor mye tørrstoff er normalt oppløst i et døgnns urin?**

- A 5-15 gram
- B 35-60 gram
- C 5-15 kilo

**6 Hvilket stoff er det mest av urin?**

- A Urinstoff
- B Urinsyre
- C Kreatinin

**7 Hva er normal pH i urin?**

- A 4-6
- B 6-8
- C 8-10

**8 Hvor mye spytt dannes normalt daglig?**

- A 0,5 liter
- B 10 liter
- C 1 liter

**9 Hva heter stoffet som bidrar til å bløtgjøre maten i munnen?**

- A Spyttn
- B Salivin
- C Mucin

**10 Hvor mye sæd tømmer en voksen mann normalt ut ved utløsning?**

- A 0,5 milliliter
- B 2-6 milliliter
- C 2,6 liter



**URIN:** Hvor mye tisser disse i løpet av et døgn? Foto: Colourbox

**10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

**6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**SVAR:** 1B Brisselen, 2A Kjertel, 3B Urinsyre, 4A 1-1,5 liter, 5B 35-60 gram, 6A Urinstoff, 7A

4-6, 8C 1 liter, 9C Mucin, 10B 2-6 milliliter

## FAG NYHETER

**KLASSISK DYD:** Mot var ifølge Aristoteles, en av de moralske dydene et menneske måtte oppnå for å få et godt liv.



# Sykepleie krever mot

Det kreves mange former for mot å være sykepleier.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Scanpix**

**D**et konkluderer en gruppe svenske og norske forskere. De har studert hva klassiske filosofer legger i begrepet mot og sett på dette i sammenheng med en rekke publiserte og upubliserte undersøkelser av mot hos sykepleiere.

### Krever mot å varsle

Forskerne fant fire aspekter ved mot som kunne gi en dypere forståelse av egenskapen knyttet til sykepleiepraksis: Mot som et eksistensielt fenomen, en moralsk dyd, en egenskap ved en handling og knyttet til kreative evner.

En av forskerne bak undersøkelsen, Elisabeth Severinsson, professor ved Høgskolen i Vestfold, sier til forskning.no at mot også kan relateres

der sykepleierne, på tross av at det var ubehagelig, valgte å bli hos pasienten og dele smerten med dem, for så å kommunisere åpent om vanskelige emner, sier Severinsson til forskning.no.

Undersøkelsen viser at å utvikle mot er viktig både for sykepleiere og sykepleierstudenter. Dette kan forberede dem på den etiske og kreative handlingsevnen som kreves i profesjonell sykepleiepraksis.

### Modig nærvær

Marie Aakre, leder i Rådet for sykepleieetikk mener mot er en forutsetning for å ivareta sykepleiens mandat:

– Sykepleiefunksjonen foregår hovedsakelig i nærhetsetikkens tegn. Vi snakker gjerne om modig nærvær. Det krever mot å tilby seg inn i andres liv når dette livet er på sitt mest sårbare og utsatte. Å tørre å trå et annet menneske nær nok, å være hos pasienten i lidelsen og bli der selv om man ikke vet om man har noe å tilby, krever mot.

Ifølge Aakre må en sykepleier make det uforutsigbare.

– Som sykepleier må du tåle å stå i en situasjon der du ikke har kontroll. Du må være trygg nok til å være utrygg. Du må ha mot til å følge et menneske i døden. Til å se barn lide.

– Kan man lære å være modig av andre eller må det læres gjennom erfaring?

– Både i studiet, men særlig i praksis, er det ofte dannelsesarbeidet som svikter. Dette kan læres av andre, gjennom refleksjon og veiledning, men krever tydelig og tilstedeværende lederskap og gode tilbakemeldings-systemer, mener Aakre. ■■■

## Som sykepleier må du tåle å stå i en situasjon der du ikke har kontroll.

til sykepleieres engstelse, evne til å overkomme hindringer og vilje til å utsette seg for risiko.

Flere rapporter viser nemlig at sykepleiere risikerer mye ved for eksempel å melde fra om dårlige arbeidsforhold. Å varsle kan medføre stigmatisering og utstøting.

### Deler pasientens smerte

Også direkte samhandling med pasientene kan kreve mot.

– Noen studier peker på eksempler

Noen må lide for  
at flere får mer Side 78

Drømmer om egen  
helseplan for sykehus Side 70

– Jens snakker tull  
om pensjoner Side 72

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 HELGE STOKKA

«Det var en frustrerende opplevelse at jeg ikke klarte mer.»

80

KRONIKK INGVAR T. SKJERVE

«Sykepleierne var ikke primært ute etter en enklere hverdag, men å etablere seg som en profesjon.»

76



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

## Jeg har en drøm ...

Min drøm er at norske myndigheter vil bli inspirert av hva andre land gjør innen sykepleiertjenesten, og lærer av dem.

Jeg har av og til den gleden av å få reise ut og besøke våre søsterorganisasjoner. Et land jeg gjerne besøker for å få inspirasjon, er England. England er nemlig ett av de landene som har fått på plass det de kaller «Chief Nursing Officer», eller nasjonal sjefsykepleier oversatt til norsk.

Hvorfor er det viktig med en nasjonal enhet av sykepleiertjenesten?

Jeg henviser til den engelske nasjonale sjefsykepleieren Christine Beasley, som begrunner det på denne måten: «Sykepleie har endret seg radikalt med hensyn til roller og ansvar. Samfunnet har også endret seg; sykepleiere møter pasienter som oftere har behov for høyere nivå av kunnskap, omsorg og støtte.»

I England har en stilling som leder for nasjonal sykepleietjeneste bidratt til større forankring og forståelse for sykepleiernes bidrag i helsetjenesten blant sentrale beslutningstakere. Det ville ikke være dumt om politikere også her hjemme hadde fått en slik kunnskap og erkjennelse.

Her i landet arbeides det med oppfølgingen av samhandlingsreformen gjennom Ny helse- og omsorgslov med to tilhørende lover – Folkehelse- og Helse- og omsorgsloven. Samhandlingsreformens røde tråd er at flere oppgaver skal overføres fra sykehusene til kommunene. Det betyr at kommunene ikke lenger kun har ansvaret for de sykeste eldre, men etter hvert også vil måtte ta hånd om deg og meg når spe-



**ØNSKER OVERORDNET STANDARD:** Sykepleier har en strategisk viktig posisjon gjennom å ha et kontinuerlig observasjons-, koordinerings- og oppfølgingsansvar for pasientene - hele døgnet, alle dager i året, skriver Lisbeth Normann. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

– hele døgnet, alle dager i året. Og vi er den største fagprofesjonen i helsetjenesten. Nettopp derfor er det viktig med overordnede, nasjonale standarder og mål på hvordan sykepleiefaget skal utøves og utvikle seg til pasientens beste. En nasjonal enhet skal først og fremst ha kontroll på faget nasjonalt, og utvikle retningslinjer for faget, kompetanseplaner og rekrutteringsplaner for sektoren.

For myndighetene ville en slik enhet være en stor fordel i arbeidet med å oppfylle de politiske målene. Sykepleierforbundet har ved flere anledninger uttalt at regjeringen er avhengig av et godt samarbeid med sykepleierne dersom den skal klare å gjennomføre sine reformer og ambisjoner. Vårt mål er å bidra til å skape en enda mer kompetent helseledelse som samarbeider tett med myndigheter og tilsyn, så vel som med profesjons- og arbeidstakerorganisasjoner.

Jeg håper virkelig ikke myndighetene i sin angst for å snakke om sykepleie, vedtar det som

nå ligger i de nye lovene; profesjonsnøytralitet. I bilaget NSF Politikk begrunner jeg vår motstand mot dette. Mens andre land satser på sykepleiere og innser betydningen av profesjonstilhørighet for å klare å jobbe i team og sektorovergripende, er altså den sittende regjeringen villig til å utvanne profesjonene i norsk helsevesen, med unntak av legene. De ser ikke det andre lands politikere ser, at ethvert helsesystem har behov for sykepleiere som intellektuelt og emosjonelt er i stand til å kombinere kliniske ferdigheter med en dyp forståelse og evne til omsorg. Igjen kan jeg sitere Beasley: «Nursing may not always be easy to describe but patients know when they get good nursing, and when they do not.»

Jeg håper virkelig ikke myndighetene vedtar profesjonsnøytralitet.

sialisthelsetjenesten ikke lenger ser at vi er deres ansvar. Da blir det viktig for kommunene å ha kompetansen i «eget hus».

Sykepleiere har en strategisk viktig posisjon gjennom å ha et kontinuerlig observasjons-, koordinerings- og oppfølgingsansvar for pasientene

## Konflikt og menneskesyn

Det forplikter å være helsepersonell. Som utdannet fagperson er det din plikt å gjøre det du kan, ut i fra dine kvalifikasjoner, for å redde liv. Dette prinsippet er grunnleggende for vår praksis. Det skal sikre at alle får helsehjelp, uavhengig av kjønn, alder, legning, etnisitet, religion og politisk ståsted. Som et mantra gjentas denne tanken, helt til det blir en innarbeidet del av vår yrkesutøvelse. Det er en flott ideologi, som det også er lett å gjemme seg bak. For hvor reell er egentlig vår oppfatning om at vi møter alle pasienter på likt grunnlag? Til syvende og sist dreier det seg om møter mellom mennesker. Er det da realistisk å tro at din egen og pasientens bakgrunn overhodet ikke har innvirkning på relasjonen som skapes? Jeg er overbevist om at profesjonaliteten er høy nok til å sikre at forsvarlig hjelp tilfaller de pasienter som trenger det. Allikevel undrer jeg på om det er mulig å fristille seg fullstendig fra alle andre omkringliggende faktorer. Jeg tenker da spesielt på hvordan dette prinsippet opprettholdes i samfunn med stor splittelse og konflikt.

Tankene rundt denne problemstillingen ble vekket under praksis på pediatrike intensivavdeling, Al-Makassed Hospital, Jerusalem. Avdelingen har landets høyeste kompetanse innen pediatri, noe som innebærer at de alvorligste og mest kompliserte tilfellene blir sendt hit. Kritisk syke barn fra alle deler av Palestina havner her.

Klokken er ti, de faste morgenrutinene er utført og avdelingen er rolig. Jeg sitter bak skranken inne

på avdelingen. Jeg sitter i mine egne tanker og skriver i notatblokken min. De andre sykepleierne er på pauserommet og lager te. Med jevne mellomrom ser jeg opp for å følge med på monitorene som overvåker pasientene. De regelmessige lydene fra respiratorene har jeg for lengst blitt vant til. Jeg noterer fremdeles. Løfter blikket. Alt som før. Noterer videre. Løfter blikket igjen. Jeg kjenner et stikk i brystet. I døråpningen står to unge menn. De er uniformerte, begge er bevæpnet. Breibeint, og med et grep om geværet som viser at de er beredt til å ta det i bruk, står de som en mur foran meg. Nå kjenner jeg at hjertet hamrer. Synet av soldatene skremmer meg. Kontrasten de skaper mellom seg og de forsvarsløse barna, som kjemper for livet med hvert åndedrag, provoserer meg.

Jeg er klar over hvorfor soldatene er her. De skal eskortere en døende gutt tilbake til Gaza slik at fireåringen skal få være hjemme hos familien den siste tiden. Med ett er avdelingen i full aktivitet. Sykepleiere og leger fra posten kommer til, tre israelske ambulanspersonell triller inn en bære. Selve evakueringen går raskt, samarbeidet er profesjonelt. Jeg står på sidelinjen og observerer det hele.

Det blir så tydelig for meg hvordan konflikten mellom Israel og Palestina påvirker alle deler av samfunnet. Selv overflyttingen av et terminalt barn anses som en potensiell risiko og krever eskorte av militære. Hvordan er det å leve under slike forhold? Avstanden som skapes mellom de to

folkegruppene øker. Hvordan påvirker dette folks syn på menneskene rundt seg? Hvordan påvirker dette møtet mellom helsepersonell og pasienter? Jeg betviler på ingen måte ambulanspersonellens intensjoner. Deres profesjonelle holdning forsikret meg om at de skulle gjøre jobben sin. Allikevel kunne jeg ikke fri meg fra tanken på om denne pasienten, som en representant for fienden, vil bli behandlet med like stor respekt og verdighet som en av deres egne i en tilsvarende situasjon. Svaret får jeg aldri.

Jeg følte avmakt i det jeg så båren bli trillet ut av avdelingen. Det eneste jeg kunne gjøre var å håpe på at konflikten ikke har gjort så stor skade på folks mentalitet at man til slutt har akseptert at menneskets ukrenkelige verdi kan reduseres på bakgrunn av politiske faktorer i samfunnet.

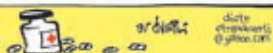
*Rebekka Dring, sykepleierstudent ved Diakonhjemmet Høgskole, i praksis på Al-Makassed Hospital, Jerusalem*

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



### Riskhospitalet



## Pensjonstull, Jens!

I radio, på VG Nett og i Aftenposten har Jens Stoltenberg i noen dager nå «åpnet» for en omgjøring av offentlig sektors gode forhandlingsresultat i mellomoppgjøret i 2009. Det er verdt å merke seg at dette er den samme regjeringen som ikke ville ta i 2010-oppgjøret med ildtang da det var «opp til partene i arbeidslivet å finne løsningen på likelønnsutfordringen i Norge». Nå, litt over 6 måneder etterpå, er Jens og regjeringen, med ett, noen å regne med i lønnsoppgjør igjen.

Argumentene for Stoltenbergs «tilbud» er at pensjonsordningene i offentlig og privat sektor er ulike. Offentlig sektor klarte å holde på sine gode vilkår mens privat sektor ga slipp på de samme gode vilkårene, og nå er det merkelig nok vi i offentlig sektor som «tilbys» omkamp. At vi i det offentlige greide å holde på 30-årsregelen er et problem for regjeringen. Det framstilles som om vi taper stort på denne regelen da vi ikke får noe for å jobbe mer enn 30 år. Dette er i beste fall tvilsom markedsføring for et ønsket sparetiltak fra regjeringens side. Jeg har tidligere i høst hatt en debattunde med arbeidsminister Bjurstrøm, som framsatte de samme argumentene. Det regjeringen vet, men hopper bukk over, er at for eksempel sykepleierne i offentlig sektor har en relativt høy

snittalder ved inntreden til arbeidslivet (ca. 27 år) og gjennomsnittsalderen når vi slutter er 54 år. Årsaken til at man slutter er ofte uførhet, at man ikke har kapasitet til hyppige skifter av døgnrytme lenger og lignende arbeidsmiljøpåførte skader. Det er fortsatt slik at ansatte i offentlig sektor i stor grad «privatiserer» lav bemanning og dårlig arbeidsmiljø ved å gå ned i stilling eller slutte helt å jobbe. Dette regnestykket gir 27 yrkesaktive år med relativt lav og diskriminerende lønn. Hvordan kommer Stoltenberg fram til at å gå bort fra 30-årsregelen vil gi meg bedre pensjon? Samme spørsmål ble stilt til Bjurstrøm etter at vi hadde utvekslet noen avisinnlegg, men jeg kan ikke se å ha fått tilsvaret på dette. Det kan se ut som om det er noen få grupper i offentlig sektor som kan tjene på en omgjøring til alleårsregelen, men disse er små og man har heller, i solidaritet med sliterne som MÅ ut av yrket og som ikke kan velge, valgt å holde på den ordningen som gir best pensjon til flest mulig, nemlig garantert 66 prosent av slutt-lønna. Det er det fagorganisasjoner er til for og tuftet på.

Hele debatten får et enda mer komisk skjær over seg når man i tillegg vet at våre tillitsvalgte som har forhandlet lønn og avtaler for oss i alle år, har møtt utsagn som viser til en meget god pensjonsordning som argument for ikke å gi oss høyere lønn! Er det nå slik, Stoltenberg, at det jeg

vil miste i en eventuell omgjøring av pensjonsordning kommer til å bli utbetalt i en høyere og ikke-diskriminerende lønn? Er det slik at du har penger å gi oss i lønnsforhandlinger likevel? For jeg regner med at vi vil få betaling for å gi fra oss pensjonen vi har spart opp?

Kenneth Grip, sykepleier

## Et møte

Etter snart ti uker i praksis er det helt klart flere ting jeg kunne reflektert over. I møte med mennesker skjer det alltid noe annerledes – selv om oppgaven er den samme. Å utøve sykepleie til pasienter – som av ulike årsaker har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten, krevder fokus og vurderingsevne, slik at kunnskapen vi har tilegnet oss gjør pasienten godt og ivaretar dennes rett til verdig og respektfull pleie.

Selv med alle sanser intakt kan det være krevende å oppfatte og å formidle budskap. Faktisk kan en sans motta et budskap og en annen sans noe helt annet – av det ene budskapet formidlet av det ene mennesket. Sier tonefallet mitt det samme som ordene? Eller er uttrykket i ansiktet mitt det samme som kroppsspråket mitt? Kjennes hendene mine ut

**SIDEN SIST** Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på [interaktiv@sykepleien.no](mailto:interaktiv@sykepleien.no)

### Villedende kronikkfremstilling

Jeg noterer meg at kronikken jeg skrev til Sykepleien – «Hvite» menn slutter – er på trykk i nr. 15, 2010. Dessverre noterer jeg meg også at den tekstbiten Sykepleien har valgt å utheve i fete typer og gyllen bakgrunn ikke finnes noe sted i kronikken min; det er en omskriving, ikke et sitat. Dette finner jeg skuffende og lite profesjonelt fra Sykepleiens side, ikke bare fordi det burde være en selvfølge at man journalistisk sett ikke omskriver deler av en kronikk (slik man kan gjøre med sitater fra et intervju), men også fordi leserne villedes fullstendig i hva jeg prøver å formidle, og hva min forskning handler om. I beste fall har Sykepleien ikke forstått innholdet i kronikken min; i verste fall foretar Sykepleien tolkninger av min forskning over hodet på meg. Det som utheves er dessuten ikke et funn overhodet, men en teori jeg stiller meg spørrende, ja, til og med tvilende til i kronikken.

Det en kjent ting at lesere ofte bare ser på overskriften, ingressen og den uthevede delen av kronikker og nyheter ellers. For å unngå å villedde eller feilinformere leserne, er det da svært viktig å fremheve det i teksten som er forfatterens poeng. Og mitt poeng er ikke at menn opplever å være en slags annenrangs omsorgsutøvere i sykepleien. At kronikkoverskrifter endres på desken er en ting, men at et blad som skal stimulere til meningsbrytning reduserer mitt innlegg til en stereotyp forestilling om menn i sykepleien var en overraskelse.

Min forskning er basert på registerdata, altså tallmateriale, fra Statistisk sentralbyrå, og egner seg ikke til å si noe direkte om hva det skyldes at menns frafall fra sykepleien er større enn kvinners frafall. Jeg undersøker om frafallet fra sykepleien er større blant etniske norske menn enn menn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn, og jeg finner at så er tilfellet. Så kan man, på bakgrunn av mitt funn, som også viser at de som

slutter i sykepleien opplever oppadgående mobilitet (høyere lønn og mer tekniske og administrative stillinger) spekulere i hva denne forskjellen mellom mannlige sykepleieres frafall skyldes. Jeg er imidlertid ingen stor tilhenger av teorien om at menn slutter fordi de blir stigmatisert, altså møtt med stereotyp, negative forestillinger om menn og «omsorgsarbeid», slik en leser kan få inntrykk av dersom han bare leser overskriften og den uthevede skriften i undertegnedes kronikk. (Ironisk nok vil leseren da heller ikke få med seg noe undertegnede har skrevet, siden ingen av delene er undertegnedes egne ord.) Snarere mener jeg det er lite sannsynlig at norske menn skulle oppleve slik stigmatisering i større utstrekning enn menn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn; vi vet jo at det vanligvis er ikke-vestlige minoriteter som har dårligst vilkår på det norske arbeidsmarkedet, og det er ingen rimelig grunn til at det skulle forholde seg annerledes i sy-





som det jeg sier? Ser du meg? Hører du meg? Kan du snakke med meg? Forstår du meg?

Den siste uken har det vært et privilegium å møte en gammel dame – alvorlig syk. Med HLR. Hun ser nesten ingen ting, hører bare litt på høyre øre, spiser ingenting og drikker nesten bare vann. Stell i seng, og har permanent kateter. Ved snuing har hun smerter i abdomen på grunn av et operasjons-sår som måler ca. 15 cm. Hun sover store deler av dagen og om natten.

Den første morgenen jeg var inne på rommet hennes var det til morgenmedisiner og morgenstell. Jeg banker på som vanlig selv om døra inn til rommet er åpen. Den står oppe for at vi skal høre om hun roper, for hun klarer ikke å bruke pasientklokka. Jeg går inn og sier hei – som jeg pleier å gjøre. Jeg sier det ikke så høyt, og jeg husker med det samme at damen ikke hører så godt. Jeg går helt bort til høyre side av senga; bøyer meg litt over og sier hei litt høyere. Nå registrerer hun meg for jeg tar tak i hånda hennes samtidig som jeg hilser. Hun skvetter litt når jeg tar hånda, selv om jeg synes jeg snakker høyt. Hun har allerede registrert meg via håndtrykket, men sier litt skjelvende: «Hæ-æ?» Jeg slipper hånda hennes og går på andre siden av sengen. Der tar jeg hånda hennes på nytt – klemmer litt raskt, men ikke hardt og sier: «Hei, jeg heter Heidi Anita – er student – og skal hjelpe deg litt med morgenstellet!» Jeg får ikke noe svar. Da går

jeg tilbake til den andre siden for å legge til rette det jeg trenger for å vaske henne. Jeg følte meg ikke bekvem med at pasienten ikke responderte på den tydelige hilsningen min.

Sammen med sykepleier begynner vi stellet. Jeg har allerede begynt å tenke på hva denne situasjonen gjør med pasienten. Hvordan føles det å ligge her uten å se hvem som begynner å ta i deg? Raske håndtrykk, knapt hørbare stemmer, utdelige ord? Hva skal de gjøre?

Hva må jeg gjøre nå? For hvordan ønsker jeg at pasienten skal oppleve denne situasjonen? Jeg vil trygge. Vil vise respekt. Ønsker å formidle omsorg, varme og skape trygghet – vinne tillit. Hjelpe med lov til å hjelpe. Få hennes aksept uten tvang eller i redsel.

Jeg beslutter meg for å hilse på nytt og fortelle henne hva jeg vil hjelpe henne med. Rolig, men fast og forsiktig lar jeg hånden min gli inn i hennes – da rekker hun å sanse min og gi gjensvar. Samtidig bøyer jeg meg rolig ned – inntil det høyre øret og sier rolig og tydelig de samme ordene. Men nå bruker jeg navnet hennes for å signalisere at jeg er her for å møte akkurat henne. Nå smiler hun, og responderer med en gang: «Ja. Jeg vil ha vann!» Jeg svarer, og bekrefter henne før jeg rolig lar hånda mi gli ut av hennes. Før hun får sugerøret i munnen forteller jeg henne at hun får vann. Hun drikker hele glasset på én gang. Da jeg skal stelle videre gjør jeg det samme

– enkelt og rolig, høyt nok og tydelig formidler jeg og leder denne gamle damen gjennom stellet. Hun er sensitiv og sårbar, snart ferdig med livet, men er like unik og har krav på den samme respekt som alle andre mennesker.

Dette stellet tar tid – men det som tar «lang tid» er å tilpasse handlingene til kommunikasjonen med denne pasienten. Den er – og må tilpasses den enkelte. Det er mer enn ord. Mer enn blikk og smil. Mer enn prinsipper og prosedyrer. Det som trygger denne damen er langsomheten, nærheten, tydeligheten – harmonien mellom hendene, stemmen, ordene og tonefallet.

«Den enkelte har aldri med et andet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd.» skriver Løgstrup i «Den etiske fordring» (1936).

I kapittel 15, s. 383 i Eide og Eide sin bok «Kommunikasjon i relasjon» (2. utgave, 2. opplag, 2008), fremheves verdighet, tid og aktiv lytting. Det er viktig og veldig nødvendig med refleksjon over hvordan vi møter hjelpetrengende mennesker. Selv om handlingene vi utfører i utgangspunktet er like, vil det aldri bli like handlinger – det er opplevelsen til pasienten som beskriver kvaliteten på handlingen. Kommunikasjon og samhandling mellom meg og pasient har stor betydning for hvordan pasienten opplever kvaliteten på min sykepleie.

Refleksjonsnotat av Heidi Anita Dahlén Nilsen

kepleien. Det virker mer sannsynlig at norske menn rett og slett gis bedre muligheter til å velge seg ut av sykepleien dersom de skulle ønske det, og det er tross alt et privilegium, fordi det ofte innebærer oppadgående mobilitet å slutte i sykepleien.

Per dags dato finnes det så vidt meg bekjent ingen norsk forskning som har avdekket hva, konkret, hovedårsakene til norske menns frafall er, og som tillater generalisering fra utvalg til populasjon. Trolig eksisterer det ikke bare én forklaring, men flere. Allikevel ser det ut til å være teorien om at mannlige sykepleiere stigmatiseres som har hegemoni. Inntil vi får utført mer forskning på området bør vi imidlertid ha litt is i magen når det gjelder å trekke konklusjoner, og Sykepleien bør holde seg for god til å fremstille forskningsfunn som bekrefte av teorier forskeren selv ikke finner støtte for.

Hilde Karlsen, stipendiat

## DIAGNOSEN



Illustrasjon: Oda Valle

## Ansvarsvakt i akuttpsykiatrien skal være sykepleier

Det er lett å lese frustrasjonen i Sykepleien nr. 15/2010 om ansvarsvakter på akuttpsykiatriske avdelinger på Ahus. Som svar på denne hevder leder av NSF's Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere at «tverrfaglighet er bra». Det er nok politisk korrekt, men kan kanskje bety at man har fjernet seg fra praksisfeltet (akuttpsykiatrien) og ikke kjenner aktuelle problemstillinger på kroppen. Tverrfaglighet er relevant i en akuttpsykiatrisk avdeling, for det kreves leger, psykologer, spesialsykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, ev. ergoterapeuter og kontorpersonale. Det er tvilsomt å regne irrelevante yrkesgrupper og såkalt ufaglærte inn i tverrfagligheten, selv om det er slik det fungerer i praksis. Mange ufaglærte kan ha et ønske om å jobbe i psykiatrien. Det er vel og bra, men jeg vil hevde at det passer bedre etter den akutte fasen og pasienten er utredet og videreført, f.eks. til distriktpsykiatriske sentra, langtidspsykiatrien eller annet. Det må imidlertid påpekes at mange uten sykepleiefaglig bakgrunn gjør en betydelig innsats, og er med på å trygge miljøet og er viktige i farlige utageringssituasjoner.

Forstått er det slik i Norge, og i resten av den vestlige verden for den saks skyld, at legen har hovedansvaret for behandlingen av pasienten i den akutte fasen av en psykisk lidelse. Dette skyldes blant annet at man ikke kan utelukke at tilstanden kan være organisk utløst. Her er det sykepleierne som står legen nærmest ut fra medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Det skjer ofte i akuttpsykiatrien at et psykiatrisk-medisinsk problem må løses omgående. Da må kompetent fagpersonell være på post. Dermed kan en fastslå at mangel på sykepleiefaglig kompetanse får konsekvenser.

Dette er noen eksempler fra eget praksisfelt i akuttpsykiatrien siste halvår:

En pasient, hvor det ikke er nedfelt tilsyn, blir likevel sett til og fulgt opp gjennom natten – regelmessig og på flere måter. Siste kontakt 05:30. Da man går til pasientens rom en time etter siste tilsyn, viser det seg at pasienten har klart å henge seg. Det som skjer i sekundene som følger kunne ingen håndverker, sosionom eller barnevernspedagog gjennomført med samme profesjonelle selvfølgelighet, dyktighet, hurtighet og kvalitet. Det er ikke nødvendig å gå i detaljer, men det sier seg selv at her skal man trykke på de rette knappene – både her og der. Jeg er umåtelig takknemlig for at mine kolleger da var sykepleiere. Uten dem ville man ikke i debrifingen med medisinsk akutteam fått tilbakemelding på at alt var gjennomført til punkt og prikke.

En pasient med et selvskadingsproblem skal revideres. Inngrepet blir utsatt ett døgn på grunn

av at en annen pasient måtte gå foran i operasjonskøen. Vi var to sykepleiere på vakt, og registrerte snart at pasienten ikke var tilstrekkelig fulgt opp medisinsk- og sykepleiefaglig siste to døgn. (Depresjon, hypertoni, kronisk lungelidelse, hjertelidelse, åpent sår under behandling, infeksjonsbehandling). Dette førte til flere medisinske og sykepleiefaglige tiltak gjennom natten. Legen ble konsultert to ganger og tredje gang anmodet om å se til pasienten. Pasienten ble stabilisert best mulig, med sykepleieres observasjoner og inngripen. Med sykepleiefaglig kompetanse beskyttes pasienten, gis hensiktsmessig behandling og det i seg selv er kostnadsbesparende.

Overlegen tar telefonisk kontakt rundt midnatt. Politadvokaten har brukt tvangsparagrafen og en pasient er på vei. Vedkommende har 10 voldsanmeldelser siste 12 døgn. Politiet vil være til stede i posten gjennom natten på grunn av høy farlighet, ifølge politadvokaten. Pasienten ankommer. Kort sagt: politiet går! (systemavvik). Vi er to spesialsykepleiere i akuttposten. Bare erfaring og god faglig kompetanse kan tilskrives at det lyktes godt å holde denne personen på plass en hel natt. Oppgavene som fulgte utelukket annet enn sykepleiefaglig spesialkompetanse, alternativt medisinsk. Tung medikamentell behandling og bruk av mekaniske tvangsmidler var nødvendig under innleggelsen.

Slik kunne man fortsette. Det handler om at pasientene har sammensatte lidelser. Forekomst av somatiske tilleggslidelser øker med årene, og mennesker med psykiske lidelser dør 15–20 år tidligere enn gjennomsnittet. Derfor innebærer mange innleggelse også en medisinsk utredning, med tanke på å utelukke organisk opprinnelse til sykdomsutviklingen og somatiske tilleggslidelser. F.eks. har jeg sett tilfeller hvor eldre innlegges med mistanke om depresjon og/eller forvirring, der pasientene har vært så sterkt dehydrerte at de uten medisinsk behandling, iverksatt av leger og i direkte samarbeid med sykepleiere, antakelig ikke ville ha overlevd. I flere situasjoner har pasienten utviklet delirium tremens (alkoholisk delir) med dertil behandling, som krever medisinsk og sykepleierfaglig kompetanse. I noen tilfeller ble situasjonen så alvorlig at pasienten måtte overføres intensivpost.

Det kan heller ikke forventes at personer uten spisskompetanse skal avdekke og følge opp tilstander av abstinens, delirutvikling, feilmedisinering, overdosering, eller for den slags skyld personer med symptomer på infeksjoner, belastninger, smerter og andre somatiske plager.

Vi ser også ofte medikamentintoksikasjoner med eller uten suicidal hensikt. Alvorlighetsgraden av

dette så som skade- og bivirkninger er et medisinsk anliggende som sekundært blir fulgt opp av sykepleierne.

I psykiatrien er det mye snakk om behandlingsmessig fundament, og det lykkes gang på gang å se pasienter i bedring, under godt samarbeid mellom leger og sykepleiere. Psykologer har en betydningsfull kompetanse og behandlerrolle. Likedan har sosionomer en viktig kompetanse for å avhjelpe pasientens sosiale og økonomiske situasjon. Barnevernspedagoger og håndverkere har derimot i utgangspunktet ingen ting i akuttpsykiatrien å gjøre. Men barnevernspedagoger med videreutdanning innen psykisk helsearbeid vil være aktuelle i et tverrfaglig team i barne- og ungdomspsykiatrien.

Det er bekymringsfullt at man kan ende opp med en personalgruppe som ikke kan delta i hele prosessen rundt pasienten, og at enda flere oppgaver legges over på færre sykepleiere. Det koster med kutt i kvaliteten. Kostnadene er ofte mindre effektivitet, langsommere prosess, færre utskrivelser, flere gjengangere.

Ved etablering av akuttpsykiatriske enheter bør det være et normkrav om et minstemål for stillingshjemler for sykepleiere. Flere kolleger jeg har snakket, leger inkludert, anslår at denne kvoten ikke bør være mindre enn 80 prosent i akuttpsykiatrien.

Den medisinske, sykepleiefaglige og psykologiske kompetansen skal opprettholdes i psykiatrien og følge behandlingen som hånd i hanske. Dette er nødvendig for at behandling og omsorg skal lykkes.

Medlem nr. 607492, psykiatrisk sykepleier.

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no





## Et lite hjertesukk

Etter noen lettere intense uker på jobb har disse tankene dukket opp:

Det er ikke lønna som plager meg med dette yrket, men usikkerheten på hvor mange jeg har å støtte meg til, konferere med når jeg møter opp til dagens vakt. Noen dager har veldig bra dekning av faste sykepleiere, mens andre dager har veldig dårlig. Jeg skal til en viss grad tåle å løpe som et piska skinn, ikke gå på do før vakta er over, ikke ha noe lunsjpause og minimalt med væskeinntak. Men når det i tillegg går ut over pasientene mine, da er det slutt på tålmodigheten min. Det skal sies at det ikke er ofte det står så dårlig til, og at jeg selvfølgelig har et ansvar selv også for å sette meg ned/spise/drikke, men det skjer allikevel for ofte til at jeg syns det er greit.

Kall meg gjerne idealist, men jeg kommer aldri til å gi meg som sykepleier med mindre Fru Kropp sier stopp og streiker etter det som føles som rovdrift. Jeg kommer heller aldri til å anbefale noen å ikke søke seg til sykepleien, men jeg kommer ikke til å rose male virkeligheten.

Jeg elsker yrket mitt, og det gir meg så mye mer enn månedlig penger på kontoen. Nettopp derfor blir jeg både forbannet og lei meg når jeg går hjem etter en fastende løpetur på jobb og vet at pasientene mine ikke har hatt det optimalt, fordi vi enten var for få eller hadde manko på faste sykepleiere. Det hjelper ikke med masse ekstravakter når en stor del av oppgavene krever sykepleiertittelen.

Når jeg setter meg på kollektiven, til alle døgnets tider, på vei til jobb, vil jeg føle meg trygg på at dette blir en vakt hvor jeg kan gå hjem med god samvittighet.

*Mvh. Christel Brurås-Leine*

## Normal eller ikke?

Samfunnet er i endring hele tiden. Det er for de fleste av oss en selvfølge at butikker er åpne til langt på kveld. Familiene er ikke som før, det er ikke lenger bare far som arbeider. Det gjør også mor. Barna er i barnehage. Og man forholder seg kanskje til både mine, dine og våre barn – og dermed også en økning av antall familiemedlemmer. Disse «normalitetene» må samfunnet rette seg etter på flere områder.

Bare det at butikker har lengre åpningstider gjør at det å arbeide i normalarbeidstiden er en saga blott. For skal vi egentlig bruke ordet normalarbeidstid? Som sykepleier og arbeidstaker i turnusordning har nettopp turnus med dagvakt, kveldsvakt og til tider nattevakt faktisk vært en slags normalarbeidstid for meg. Slik var det bare. Og så justerte man levesettet sitt deretter.

Det snevre normalarbeidstidsbegrepet bør moderniseres. Ja, for vi ser stadige nye behov. Det har vært stort fokus på nye turnusordninger tilpasset bruker, ansatte og arbeidsgiver i den siste tiden. Og det bør det være. For vi er da i endring, er vi ikke?

Men for at vi sammen skal få til disse endringene, så må man ha et ønske om å bidra. Det være seg en lokal fagforening – såfremt man ikke blir diktert ovenfra – eller som arbeidsgiver og ansatt. Vi må være åpne når det gjelder å tenke nytt om normalarbeidsdagen.

Ulike løsninger for de ulike og ulike menneskene som arbeider uansett bransje, må danne grunnlaget for videre diskusjoner om arbeidshverdagen i fremtiden.

*Laila Marie Reiertsen, stortingsrepresentant for FrP*

## MINNEORD

### Elisabeth Karin Aandahl



Vår kjære kollega Elisabeth Karin Aandahl er borte. Det var med ufattelig stor sorg vi mottok beskjeden den torsdagen at det ikke var noe mer legene kunne gjøre.

Elisabeth skulle begynne på jobb igjen etter ferien. Vi fikk så telefon om at hun var blitt akutt og alvorlig syk. Likevel hadde vi håp om at dette skulle gå godt. I stedet sitter vi her et med stort savn etter henne.

Elisabeth var en kjær kollega som hadde stor tillit. Elisabeth hadde hele sitt yrkesaktive liv i hjemmesykepleien fra hun begynte som ung sykepleierstudent. Hun var en svært kunnskapsrik og engasjert sykepleier som ønsket å gi det beste til brukerne. Hun var veldig godt likt og respektert av både brukere og blant kollegaene. Hun gikk alltid «stille», hadde et lunt og godt smil og en god latter. Det var alltid godt å være på jobb sammen med henne.

Vi vil huske henne som lojal og ærlig, og som alltid stilte opp når noen trengte ei ekstra hand.

Med samboer på havet store deler av året, kunne det bli travle dager med 3 barn. Selv om barna og familien alltid kom først, fant hun likevel plass til sin store hobby som var Averøy ungdomskorps hvor hun spilte klarinett.

Elisabeth etterlater seg et stort savn hos både brukere og kollegaer, men våre tanker går i første rekke til Inge, Hallgeir, Hanna, Håkon, foreldre og søsken.

Vi minnes Elisabeth i takknemlighet og lyser fred over hennes minne.

*Dine kollegaer i hjemmesykepleien.*



Ingvar T. Skjerve, sykepleier og medforfatter til boka «Deltakerne. En reise i demokratets framtid sammen med Audun Lysbakken.

# Profesjonelle og prole

Sykepleiere, sosionomer og lærere mister mer og mer muligheten til å bruke egen, faglig dømmekraft. Dette er en forutsett utvikling.

**E**t viktig kjennetegn ved profesjoner er at de har vært tilkjent rett til en høy grad av selvregulering og egen dømmekraft. Slik har det i alle fall vært.

I dag kan det virke som om utviklingen går i en ganske annerledes lei. Særlig de «nye profesjonene», de som mer eller mindre vokser fram med velferdsstaten, får stadig mindre rom til å bruke eget, profesjonelt skjønn. Profesjonsutøvere som sykepleiere og sosionomer må forholde seg til en stadig større mengde lovfestede rettigheter, krav til dokumentasjon og stadig mer såkalt målstyring. Artig nok ledsages de lovfestede rettighetene, kravene til dokumentasjon og målstyringsdokumentene av et stadig større fokus på å se det «enkelte menneske». En paradoksal utvikling vi kanskje kan kalle «standardisert individualisering».

## Tidlig til kamp

Sykepleierne har helt fra opprettelsen av Norsk Sykepleierskeforbund i 1912 kjempet for anerkjennes som profesjon.

Dette oppropet ble sendt ut i forbindelse med stiftelsen av Norsk Sykepleierskeforbund (Fra Kari Melbys «Kall og Kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie» fra 1990):

*Søstre!*

*Vi inbyr alle utdannede sykepleiersker til at slutte sig til landsforeningen for sykepleiersker. Vi vet at der lenge har vært trang hos os til sammenslutning. Sykepleien er et så stort kald, at den maa vernes om og ikke trækkes ned. Den lethed hvormed der f.eks. kan begyndes i privatpleie, uten forutgaaende utdannelse, gir kvinder anledning*

Snart er vi alle lønnsarbeidere og ikke så mye mer.

*til at paata sig sykepleie, som kun burde betroes den fuldt udtannede sykepleierske. At dette er til stor skade for baade den syke og sykepleierskestanden er noget som siger sig selv.*

Hensikten med moderne fagorganisasjoner er, som blant annet historikeren Harald Berntsen har påpekt, å etablere monopol på varen arbeidskraft, for slik å presse arbeidsgiverne til å betale mer for varen eller gi bedre vilkår til dem som selger den. Å lykkes med en slik strategi fordrer oppslutning fra så mange som mulig.

Stifterne av «sykepleierskenes» forbund var ikke ute etter å bygge seg en slik bred, solidarisk basis i helsesektoren, snarere

tvært imot. De ville splitte helsearbeiderne og monopolisere bestemte arbeidsoppgaver og funksjoner på sine medlemmers hender. Ved dannelsen an NSF var dette svært tydelig. Forbundet var ikke var særlig opptatt av klassiske fagforeningskrav, slik som høyere lønn eller normert arbeidstid. De utdannede sykepleierne var ikke primært ute etter en enklere hverdag, men å etablere seg som en profesjon.

Denne strategien har preget NSF, den kanskje mest sentrale aktøren i utformingen av den moderne, sekulære norske sykepleien gjennom hele forbundets historie. Undertegnede vil hevde at den har vært rimelig vellykket. Det er imidlertid ting som tyder på at den har sine begrensninger, og at den kanskje til og med er i ferd med å bli til noe av det som på nynorsk kalles et *baklash*.

## Profesjonene i skvis

Den maktstrategien som NSF's pionerer utviklet, å etablere sykepleien som profesjon, splitte omsorgsarbeiderne og monopolisere arbeidsoppgaver på sine medlemmers hender, har kanskje blitt offer for et stykke historisk ironi; sykepleien er etablert som profesjon, men profesjonenes makt er i ferd med å undergraves.

Stadig større deler av sykepleiernes hverdag er i dag styrt av lover, regler, forskrifter og kontrollregimer, der det før var deres eget skjønn (på individnivå) og profesjonens selvjustis på (kollektivt nivå) som styrte. Sykepleierne blir i dag en stadig mer vanlige lønnsarbeidere, folk som utfører rutinemessig og standardiserte oppdrag på vegne av sine overordnede, under streng institusjonell og statlig regulering og kontroll.

Sykepleierne er for øvrig ikke alene om å befinne seg i skvis. Hele sjiktet av det som en gang het «semiprofesjoner» opplever det samme. Hele dette lavere sjiktet av profesjonelle i middelklassen, som blant annet omfatter lærere og sosionomer, har de siste årene vært gjenstand for en reduksjon av profesjonell autonomi, relativt sett dårlig økonomisk uttelling og problemer grunnet kutt i offentlig sektor. Det siste vil si mindre ressurser til rådighet på arbeidsplassen.

## Proletarisering?

Det problemkomplekset som profesjonsetikerne kaller «profesjonene i skvis», kan kanskje oversettes til «proletarisering av profesjonene» i et klassepolitisk språk. Karl Marx og Friedrich Engels forutså i Det kommunistiske partis manifest (populært kalt «Manifestet») at kapitalismen ville forenkle klasseforholdene. De mente at folk i stadig større grad ville samles i to ho-

# tarer

vedklasser, gjennom at en stadig større del av befolkningen ble revet ut av førkapitalistiske produksjonsforhold hvor de selv eide de redskaper de trengte, og inn i den industrielle, kapitalistiske produksjonsformen – en produksjonsform kjennetegnet av at noen få, kapitalistene, eide produksjonsmidlene og at flertallet derfor var henvist til å selge sin arbeidskraft til dem. Folk flest ble eiendomsløse arbeidere, proletarer, med lite annet å selge enn sin muskelkraft og eventuelle kompetanse, og med lite makt over den arbeidsprosessen de var en del av.

Imidlertid så framveksten av en bred middelklasse, av grupper som stod utenfor det kapitalistiske utbyttersystemet eller inntok mellomposisjoner i produksjonslivet, lenge ut til å være et like fremherskende trekk ved den moderne kapitalismen som denne proletariseringsprosessen. Særlig i velferdsstatens vekstepoke, blant annet på grunn av utdanningsrevolusjonen og etableringen av profesjoner som de nevnte, så middelklassen ut til å vokse seg stadig større. (Kenneth Dahlgren og Jørn Ljunggren (red) 2010: «Klassebilder. Ulikhet og sosial mobilitet i Norge»).

Mange har derfor ment at Marx og Engels tok feil i denne ene hovedslutningen fra Manifestet. Den pågående proletariseringen av, ikke bare disse gruppene, men også etter hvert av øvre middelklasse, av de med enda lengre utdanning, kan lede en til å tro at disse sosiologiske pionerene allikevel kan få rett. Snart er vi alle lønnsarbeidere og ikke så mye mer.

## Bra eller dårlig?

Marx og Engels skriver i Manifestet om hvordan borgerskapet (det navn de gir den samfunnsklassen kapitalistene tilhører) har «forvandlet legen, juristen, presten, dikteren, vitenskapsmannen til sine betalte lønnsarbeidere.» Dette var, etter alt å dømme, en god ting i deres øyne. Det mente at det var med på å rive vekk sløret fra folks øyne, rive i stykker sentimentale ideologier og urettmessige privilegier. Og den prosessen man kanskje kan kalle proletarisering av profesjonene er, i mine øyne, slett ikke bare negativ. Det er en god ting dersom alt det småborgerlige, sentimentale og tilslørende som har heftet ved de aktverdige profesjoner rives i stykker. Jeg synes for eksempel at det hadde vært en svært god ting om kallsideologien en gang for alle kunne slippe taket i min egen profesjon.

Det man imidlertid kan spørre seg, er om de som driver fram denne prosessen er helt på høyde med hva den innebærer. Som jeg antydte innledningsvis er det et visst misforhold mellom virkemidler og målsetting. Jeg mener man kan argumentere for,



**PIONÉR:** Bergljot Larsson ble den første lederen av Norsk Sykepleierforbund etter stiftelsen i 1912. Pionérene i forbundet var ikke ute etter å bygge seg en bred, solidarisk basis i helsesektoren, men ville splitte helsearbeiderne og monopolisere bestemte arbeidsoppgaver og funksjoner på sine medlemmers hender. På bildet står Bergljot Larsson i hagen ved Ullevål sykehus sammen med sin søster Aagot, i 1907. NSF

at dersom man for alvor ønsker seg helse- og sosialtjenester som er tilpasset den enkelte pasient/bruker/klient (stryk det som for øyeblikket er politisk ukorrekt) så burde man satse på å utdanne selvbevisste, faglig dyktige profesjonsutøvere, og la dem få frihet og anledning til å utøve skjønn og bruke sin dømmekraft.

Dette er ikke, i alle fall ikke slik jeg ser det, et spørsmål om å kalle tilbake de dager da folk med ærefrykt underordnet seg søsters makt på sykestuen, men om å utvikle velferdsstaten slik at den kan overleve i en ny tid. Det lar seg ikke gjøre å lovfeste, målstyre eller regulere seg fram til god menneskelig samhandling. Og dette er vel, til syvende og sist, det som avgjør hvordan møtet med sosialkontoret, sykehuset eller sykehjemmet blir? ■■■



## DILEMMA

# Per Nortvedt om dilemma rundt ressursbruk

Navn: Per Nortvedt  
Bakgrunn: Professor ved seksjon  
for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo  
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

# Prioritering av helse-ressuser er vanskelig

Er det i det hele tatt mulig å komme fram til løsninger som både ivaretar den enkelte pasient og fellesskapet?

**E**n middelaldrende dame har en progredierende neurologisk sykdom. Sykdommen er langt framskreden og hun er fullstendig sengeliggende. I tillegg er hun nesten ute av stand til å kommunisere fordi hun bare så vidt kan bevege på den høyre pekefingeren. Hun har i lang tid ligget på en spesialavdeling for neurologiske pasienter, og

behov og hva som er til hennes beste. På den andre siden har man et ansvar for å ivareta de forpliktelser helsetjenesten har i forhold til å skape like og gode tilbud til alle pasienter med tilsvarende eller liknende behov for helsehjelp. Sykepleieren står midt i slike konflikter og må sammen med annet helsepersonell finne løsninger som er til alles beste. Men er det mulig? Og når man må velge, på hvilket grunnlag velger man?

Dydsetikeren sier vi skal bruke vårt fagligmorske skjønn. Omsorgsetikeren sier vi skal ivareta relasjonene og prøve å skape balanse mellom ulike interesser til alles beste. Men hvordan gjør vi det?

Med de beste hensikter og gode holdninger kan man flytte pasienten til en annen institusjon, men pasienten vil like fullt oppleve det forferdelig. Og at sykepleiere har gode relasjoner til pasientene er viktig både for pasienten og for sykepleieren og helt nødvendig for å kunne utøve god og forsvarlig sykepleie. Det betyr likevel ikke at den konkrete relasjon sykepleieren har til enkeltpasienter skal være til hinder for å kunne etablere terapeutiske relasjoner til andre pasienter.

Kanskje en kan se på liknende situasjoner en har vært i tidligere og bruke noen av de samme løsningsformer en brukte da? Men er situasjoner så like, og er ikke pasienter unike og forskjellige og må ivaretas ut fra sine forutsetninger?

### Prioriteringsetikken vanskelig

Som dere ser, er det mange ulike forutsetninger og også mange svar. Slike dilemma er av prioriteringsetikkens mange uløste og daglige problemstillinger. De er vanskelige. Man kan bli tvunget til å krenke noens interesser for å ivareta andre, men man må likevel handle. Jeg vil overlate til leseren å diskutere denne situasjonens mange fasetter, men jeg vil peke på to aspekter ved dette som jeg synes er prinsipielt viktige.

For det første, at man skal tilstrebe rett-

## Sykepleiens yrkesetikk gir oss liten hjelp.

det er spesielt to sykepleiere som kjenner hennes spesielle behov og kommunikasjonsform ut og inn. Hun er veldig avhengig av dem, og hennes opplevelse av livskvalitet er også særlig forbundet med relasjonen til disse sykepleierne. Sykepleierne er også blitt spesielt knyttet til denne pasienten som de har kjent og pleiet i flere år. De har fulgt henne gjennom sykdommens mange faser, og de ønsker sterkt at de år hun eventuelt har igjen å leve skal bli gode for henne. På grunn av mangel på plasser på avdelingen er det imidlertid nå blitt bestemt at hun skal flyttes til et sykehjem et godt stykke unna. For pasienten kommer dette som et sjokk, og mye av det livsmot hun hadde forsvinner ved tanken på flytting.

### Andre faste bidragstere



Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø  
Berit Støre Brinchmann



Leder Rådet for sykepleieetikk  
Marie Aakre

### Når en må velge

Liknende prioriteringssituasjoner er det mange av i dagens helsetjenester. På den ene siden har man en forpliktelse til å ivareta akkurat denne pasienten, hennes

### Hva er det rette?

Sykepleiens yrkesetikk gir oss liten hjelp. Den slår fast at vi må yte forsvarlig omsorg for den enkelte pasient, samtidig som vi skal ivareta en forsvarlig bruk av samfunnets ressurser til alles beste. Men disse hensyn kan være uforenlige, og de må balanseres og avveies mot hverandre. Hvordan gjøre det?

Konsekvensetikeren sier at en må ta hensyn til hva som gir best resultat i form av helsegoder for flest mulig, en kan ikke bare se på enkeltpasienters behov. Spørsmålet er da: I situasjoner med begrensede ressurser, står man ikke da alltid i fare for å gjøre enkeltindividet (pasienten) til et offer for interessene til et flertall av andre pasienter?

Normbasert etikk sier vi ikke skal krenke denne pasientens menneskeverd og integritet: Men er det det man gjør i denne situasjonen? Ivaretakelse av den enkelte pasients rettigheter kan uansett ikke bety at pasienter kan kreve behandling på en måte som krenker rettighetene til andre pasienter.

ferdig likebehandling og utnyttelse av ressurser som tilgodeser de med størst behov for helsehjelp og sykepleie, kan ikke bety at man aldri kan ta spesielle menneskelige og individuelle hensyn som favoriserer en bestemt pasient. Det er selvsagt mange forhold som må avveies for å ta en slik beslutning, slik som den særlige skade det vil innebære for pasienten å bytte omsorgsinstitusjon eller behandlingsplass. Kanskje er det også mindre drastiske mellomløsninger som kan forsøkes, som medfører at hun ikke trenger å flytte fra institusjonen.

For det andre, må man tilstrebe å skape ressursforhold i helsetjenesten som ikke innebærer at helsearbeidere i stadig større grad blir tvunget til å ta valg der de må gå på akkord med grunnleggende pasientrettede verdier for å ivareta en rettferdig fordeling av helsegoder. I dag ser det ut til at sykepleiere og leger i stadig større grad blir tvunget til å krenke enkeltpasienter fordi ressurser er begrenset og skal fordeles rettferdig. Vi ser det i hjemmetjenestenes vedtaksomsorg, og spesialisthelsetjenestens stadig krav til hurtigere gjennomstrømming av pasienter. Vi ser det når sykepleiere og leger må gå på akkord med tid til informasjon, ivaretagelse av psykiske og sosiale behov og når grunnleggende sykepleie forsømmes som følge av såkalt effektivisering.

### Åpne på prioriteringer

Jeg sier ikke at sykepleieren ikke må foreta vanskelige prioriteringer, men når hun gjør det skal hun være åpen på at det er det hun gjør og at hun da legger vekt på noen verdier og interesser framfor andre. Vi må være åpne på slike prioriteringer i møte med pårørende og pasienter og med kolleger. Men ikke minst må de som har et overordnet administrativt og økonomisk ansvar vite at de krenker noen verdier for å fremme andre. Og de må i sin politikk i størst mulig grad prøve å ivareta de mest sårbare pasientene, samt å skape betingelser så sykepleiere og andre som arbeider med pasienter har mulighet til å yte omsorgsfull helsehjelp som det står i helsepersonelloven § 4. ■■■



### Til refleksjon

- › Hvordan ville du løse situasjonen som er beskrevet?
- › Når kan man ta spesielle hensyn til en enkeltpasient som ikke bare er begrunnet i medisinske behandlingsbehov?
- › Kan det ha noen betydning, prioriteringsmessig, at helsepersonell også har spesielle forhold til sine pasienter?

Send din mening på epost til [interaktivt@sykepleien.no](mailto: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.

### VEIE FOR OG IMOT:

Yrkesetikken sier sykepleiere både skal ta hensyn til den enkelte pasient og fordeling av ressurser i samfunnet.

Foto:Scanpix

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) under fanen interaktivt.



# TETT PÅ

## Helge Stokka

Hvem: **Helge Stokka**

Alder: **49 år**

Utdanning: **Sykepleier. Videreutdanning i psykiatri, aldring og eldreomsorg og veiledning.**

Yrke: **Lærer i helse- og sosialfag på Time videregående skole i Bryne**

Hvorfor: **Fordi han har hatt en skjellsettende opplevelse.**





# Blandede følelser

Helge Stokka kunne følt seg som en helt.  
Men tenker mer på at han er feig.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Jonas Haarr Friestad/Stavanger Aftenblad**

## «Det gikk rasende fort.»



**D**et er lørdag 21. august og Helge Stokka har vakt som hjemmesykepleier. Kontoret ligger rett ved sjøkanten på Skogstøstranden i Stavanger. Han parkerer bilen for å gå til pause da kollegene roper til ham: «Helge, du må komme! Noen har ramlet på sjøen.»

Sammen løper de ned til bryggekannten og ser utover sjøen. Han ser ingen i vannet, men om lag 20 meter fra bryggen stiger det opp bobler.

Han river av seg klærne og svømmer det han er god for. Formen er ganske god. Han vet ikke hvem han ser etter, men holder fast ved boblene. Ser noe under vann. Dukker. Men det er en manet. Han vet at boblene når som helst kan ta slutt.

**HELGE STOKKA HAR VÆRT SYKEPLEIER** i 25 år. Til daglig er han lærer på Time videregående skole på Bryne. Hver tredje helg er han hjemmesykepleier i Stavanger kommune.

I julehelgen trykket flere norske aviser historien om hva som skjedde denne sommerdagen da Stokka ble én av de mange aktørene som handlet med samme mål: Å redde liv.

Jo da, han kan alltid fortelle Sykepleien sin versjon, samtykker han på telefon. Han vender tilbake til sjøen i Stavanger:

Han begynner å tenke: «Burde jeg prøve å dykke?» Han vet at her er dypt, minst ti meter, for store båter pleier å passere.

«Men vil jeg klare det?» tenker han videre. Han har dykker-

## «Sykepleiere er jo opplært til å reagere.»

sertifikat og vet at skal han ned på dypet, må han blåse all luft ut av lungene for å komme ned. Da vil det bli nesten umulig å komme opp igjen. Tanken på dette får ham til å føle seg støvsugd for krefter mens han svømmer rundt og ser etter tegn til liv. Pusten blir hivende og kraften i kroppen forsvinner.

Da ser han en båt like ved og kjenner en stor lettelse. Hører mannen i båten si i telefonen: «Ok, så dere på vei.»

Stokka kommer seg opp i båten. Den driver, og Stokka ber båtføreren holde seg ved boblene. Like etter kommer to brann- dykkere og han peker ut stedet der luften stiger opp.

Han ser de to plukke opp ett og ett barn. Tre til sammen.

På land løper en fortvilet far omkring. Han er flyktning fra Burma og var sjåfør i bilen som nå ligger på elleve meters dyp. To barn og en nevø ligger livløse på bryggen.

**STAVANGER AFTENBLAD SKRIVER DETALJERT** om alle involverte i redningsaksjonen. Dykkerne forteller at når de kommer til kaien, ser de en mann i bare underbuksen som står bak på plattformen til en dagcruiser. Det er Helge Stokka.

En av dykkerne forteller til avisen: «Han peker mot et sted i vannet. Vi hivner oss uti. Det er bare fem-seks meter sikt i vannet, men takket være anvisningen, svømmer vi rett på bilen.»

I en bildetekst står det om Stokka: «Han vrent av seg klærne

og stupte i sjøen. Men måtte gi opp redningsforsøket.»

De to dykkerne er kåret til årets navn i Dagbladet.

Stokka forteller videre til Sykepleien:

Han går og kikker etter brillene sine på bryggen, som nå er full av 30–40 ulike redningsfolk. Helsepersonalet jobbet veldig lenge med barna, legger han merke til. Men det ser ikke ut til å gå godt.

«De vet hva de gjør», tenker han. Brillene må han ha hatt på da han hoppet uti. De er vekk.

Barna blir tatt med i ambulanse. Stokka øyner lite håp. Men underveis til sykehuset begynner hjertet til gutten på tre år å slå. Så skjer det samme med jenten på seks. Og den 17-årige gutten. Men de har vært under vann i minst 20 minutter. Alle tre er nedkjølt.

Stokka har tre pasienter igjen på listen. Han fullfører vekten. Det er bare underbuksen som er våt. Han klarer seg uten den. Og uten briller.

På hjemveien stopper han hos søskenbarnet. Konen er ikke hjemme og han har behov for å prate om det som har skjedd. Siden begynner telefonene å kime. Dagbladet. VG. Hms-lederen. Alle vil snakke med ham.

Noen uker senere leser han det i avisen: Alle barna lever. Uten men.

**DET HAR VÆRT MYE TERAPI** i at det gikk så godt, sier Stokka.

– I den grad jeg kom til nytte, er jeg glad for det.

Men følelsene er blandet:

– Ja, det var en frustrerende opplevelse at jeg ikke klarte mer. Jeg følte meg veldig hjelpeløs. Jeg opplevde at jeg ikke gjorde nok. Jeg tok en rask svømmetur. Det var august og ikke kaldt, sier Stokka, som ikke har behov for å bli framstilt som heltmodig.

– Noe mer heroisk enn å peke til branndykkerne har jeg ikke gjort. Det gikk rasende fort. Det er det man kaller maks flaks.

– Har du truffet barna etterpå?

– På gledesfesten. De takket for livet.

Han synes han har fått veldig god oppfølging.

– Jeg tenkte ikke selv på at jeg trengte det. Men det gjorde kommunen.

Han fikk tilbud om psykolog. Han hadde én samtale der sammen med konen, som var livredd ved tanken på at han kunne ha omkommet.

– Det var godt å sette ord på de blandede følelsene. Også nå når jeg snakker om at jeg ikke prøvde å dykke, kjennes det vanskelig. Jeg kjenner hjelpeløsheten, en følelse av feighet: «Hvorfor gjorde du ikke noe?» Jeg klarer å forholde meg intellektuelt til at det var jo best at jeg ikke dykket. Likevel har jeg den følelsen av utilstrekkelighet.

– Men du hoppet i sjøen uten å tenke? Kan det knyttes til sykepleierrollen?

– Ja, vi er jo opplært til å reagere, sier han enkelt.

Han ble spurt om å være med på feiringen familien hadde i kirken.

– Det var litt vanskelig. Men de hadde kanskje behov for å uttrykke sin glede ved å ta folk i hånden og takk for det som

# Det er det man kaller maks flaks.»

var blitt gjort for dem. Det var i alle fall en gripende stund med refleksjon over hvor skjørt livet er.

Nå må læreren gå. Elevene venter på ham.

**DAGEN ETTER RINGES VI** igjen. Det er lunsjpause og Stokka sitter på lærerværelset med matpakken sin.

– *Hvorfor ble du sykepleier?*

– Min far var nattoversykepleier på et psykiatrisk sykehus. Han drev aktiv rekruttering når han kunne og er nok ansvarlig for at mange ekstravakter og ferievikarer endte opp som sykepleiere. I et kvinnedominert yrke ble han en god mannlig rollemodell.

Selv hadde han sin første ekstravakt på sykehuset da han var 17 år. Han var nattevakt på julaften.

– Jeg opplevde jeg hadde en fantastisk lønn denne natten.

Senere ble det flere nattevakter.

– Arbeidet var spennende og kjekt. Men lønnen ble under-

ordnet. Det måtte den bli. Dagene med 133 prosent tillegg er få gjennom året.

Han søkte lærerskolen, men kom ikke inn. Etter et år i psykiatrien begynte han på sykepleierskolen i Stavanger.

Det ble travelt. Han hadde giftet seg 19 år gammel, hadde nå som tjuetåring et barn på et halvt år, en kone med nyoppdaget epilepsi, mens han bygget hus. Han kuttet ut det minst krevende – lesingen.

– Jeg strøk i alle fag unntatt mikrobiologi. Men rektor viste forståelse for at det hadde vært tungt og vanskelig. Jeg fikk begynne om igjen og har ikke strøket siden.

Nyutdannet i 1985 begynte han å jobbe på akuttavdelingen i psykiatrien.

– Etter trekvart år ble jeg avdelingsleder, 24 år gammel. Klart at det ikke var spesielt gunstig, men det sier noe om den tiden.

**I 1992 BLE HAN LÆRER.** Først ved Åna fengsel. I dag underviser han i helse- og sosialfag på videregående skole.

– *Hva lærer du elevene?*

– Begreper. Holdninger. Kunnskap om kroppens oppbygging og funksjoner. Hva et omsorgsyrke innebærer. Læreplanen sier: «Å bli gagnlige mennesker». Det er et godt mål.

– *Går du i din fars fotspor og rekrutterer ivrig?*

– Ja, men han rekrutterte mer direkte mot sykepleiefaget. Jeg rekrutterer til helsefagyrkene generelt. Jeg håper elevene mine kan bli gode helsefagarbeidere, barne- og ungdomsarbeidere, ambulansesarbeidere, hudpleiere og fotterapeuter – hva de enn velger.

Yrkesvalget har han aldri angret på.

## «Det gjelder å holde seg i form selv.»

– Det å være sykepleier gir en god følelse. Det er der jeg skal være. Men det er jo trist at yrket ikke blir tilstrekkelig verdsett.

I stedet for å sutre over dårlig lønn, etablerte han et vikarbyrå da sykehusene ble foretak i 2002. Nå leier han ut seg selv i eget foretak og fakturerer når han arbeider ekstravakter.

– Men ikke så mye. Det blir noen helger innimellom og litt i ferier. Etterspørselen er større enn jeg kan dekke.

Stokka beklager at mens jenter ble oppfordret til å tenke utradisjonelt og velge harde verdier, ble ikke gutter anmodet om å velge mykt.

– Konsekvensen kan fort bli manglende rekruttering til omsorgsyrkene. Da står helsevesenet der uten tilstrekkelig tilgang på fagpersonell mens befolkningen blir eldre. Så det gjelder å holde seg i form selv.

– *Med svømming?*

– Innebandy. Jeg skal riktignok begynne å dykke sammen med min yngste sønn, men det blir vel heller kos enn trening. Nei, nå begynner timen.

– *Har du spist matpakken?*

– Nei.

Stokka røper at det er skive med banan i dag. Ellers kan det være honning. Epler. Mandarin.

– Fordi det er godt. Ikke en dyd. Jeg prøver å leve etter lystprinsippet. ■■■



**MAKS FLAKS:** Helge Stokka visste ikke at det var luftboblene til disse tre han pekte ut for dykkerne, som sparte tid. Manges innsats førte til et lykkelig resultat: 17 år gamle Biak Yung Hlawnceu med søskenbarna Van Uk Lian og Bawi Hnem Tial lever – uten men.



## REFLEKS

Gjesteskribent Jon Hustad

Navn: Jon Hustad  
Yrke: Journalist i Dag og Tid  
E-post: jon@dagogtid.no

# Den vanskelege sanninga

Sjølvsagt bør mange lokalsjukehus verta nedlagde, og sjølvsagt kjem dei ikkje til å verta det.

**K**unne du ha tenkt deg å føda eit barn på eit sjukehus som tek imot éin baby i veka? Eg plar stilla det spørsmålet til helsepersonell. Eg har enno til gode å møta ein kvinneleg lækjar eller sjukepleiar som svarar ja. Eller for å taka eit personleg døme: Far min døydde av føflekkreft før han var seksti. Hadde han vorte operert på Radiumhospitalet i staden for på det vesle lokalsjukehuset, fortalde lækjarar ved Radiumhospitalet, hadde han truleg overlevt.

Ingen har dokumentert at distanse til eit sjukehus aukar den samla dødsrisikoen i ein folkesetnad, derimot er det til dømes godt dokumentert at små sjukhus har høgere fødselsmortalitet enn store sjukehus. I USA er tommelfingerregelen at eit universitetssjukehus bør ha eit omland på minst fire til fem millionar innbyggjarar. Eit fullt ut spesialisert sjukehus som kan taka alt, bør ha om lag ni millionar. Norske helsepolitikarar veit dette.

Så kvifor seier så sjeldan norske helsebyråkratar, helsepolitikar, Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeförening dette enkle: «Vi veit alle at fotballspelarar vert betre av trening, at gongetabellen krev

## Vi sparer pengar på inkompetanse.

repetisjon og at framsteg er avhengig av stadig meir spesialisering, og slik det er i livet elles, er det òg i sjukehussektoren.»

Her er nokre tentative forklåringar: At fagforeiningane til lækjarar og sjukepleiarar konsekvent skulle gå etter kvalitet, er ein utopisk tanke. Dei tillitsvalde seier sjølvsagt at det er uhyre viktig med kvalitet, og at dei difor må få høgere løn og betre vilkår, for slik å trekkja til seg dei aller beste og så bortetter. Dette er i hovudsak ikkje sant. Fagforeiningar er laug, rolla til fagforeiningar er å verna medlemene mot konkurranse og mot press. I alle større grupper gjeld lova om gjennomsnitt; dei aller, aller fleste fagfolk, som folk elles, er gjennomsnittlege. Gjennomsnittlege menneske ynskjer ikkje å arbeida i høgt spesialiserte institusjonar med tungt kvalitetspress.

Dei tillitsvalde er dessutan sjeldan eller aldri dei verkeleg flinke. Dei verkeleg flinke ynskjer å verta endå betre, dei ynskjer ikkje å nytta tida til kranglar om timelister. Som den amerikanske sosiologen C. Wright Mills sa det: «Lauget er å slutta rekkjene på vegner av den middelmåtige.»

Mykje av den same mekanismen gjer seg òg gjeldande for poli-

tikarar. Helsesektoren er no Noregs største arbeidsplass og tek ti prosent av all verdiskaping. Tilsette ved lokalsjukehus er veljarar, veljarar som påverkar andre veljarar, som igjen påverkar andre veljarar. Politikarar har lite eller ingenting å tena på å fornærma veljarane ved å seia at lækjarane på lokalsjukehuset deira ikkje veit kva dei talar om. Dessutan: Om ein politikar seier til ein lækjar at han er inkompetent, syner dette at politikarane har late folk som ikkje tek rette helsefaglege vurderingar få stillingar dei ikkje burde hatt.

Då står vi att med helsebyråkratane, dei som er sette til å forvalta Helse-Noreg, dei som har ansvaret for å halda oppe kvaliteten. Den øvste av desse er Bjørn Inge Hansen. Han har prøvt seg og gått ope ut og sagt at vi må ha færre sjukehus, og at over femti nyfødde døyr i Noreg kvart år grunna spreinga av ressursar. Bra det, men alt dette seier han samstundes som han seier at norsk helsestell er særst godt, og at alle får ansvarleg behandling. Sanninga er at helsebyråkratar sit i eit skorfeste og langt på veg har ei umogeleg oppgåve. Engelskmenn kallar eit slikt mandat å snakka ut av bae munnvikane samstundes.

Det er diverre ikkje til å koma utanom: Kvalitet og oppfatninga av kva som er kvalitet, heng sjeldan saman. Den fremste oppgåva til byråkratane er å gje folk inntrykk av at dei får kvalitet, anten denne kvaliteten er reell eller ikkje.

Men om korkje politikaren, lækjaren og sjukepleiarane eller byråkratane kan fortelja folket sanninga om kva som skaper kvalitet, kven skal gjera det då? Svaret burde sjølvsagt vera den fjerde statsmakta, media. Men media er lite interesserte i å gje eit rett bilete; dei fleste medium er lokale og veit at det vil vera eit dødsline å seia at det lokale sjukehusstilbodet bør leggjast ned. Dessutan er temaet altfor godt til at det kan handsamast nokolunde nøytralt og objektivt.

Konklusjon: Norsk sjukehuslandskap kjem til å verta halde oppe nokolunde som det er i dag. Det er det dei sjuke i distrikta som betaler prisen for. Dei som er friske, er derimot godt nøgde med at arbeidsplassane vert haldne oppe.

Personleg ser eg eitt godt argument for å halda oppe lokalsjukehusa: Alle fusjonar er dyre, all spesialisering er dyrt. Vi sparer pengar på inkompetanse.

### Øvrige gjesteskribenter 2010:



Trude Aarnes  
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Anders Folkestad  
Leder i Unio



Cathrine Sandnes  
er redaktør av tidsskriftet Samtiden



Martine Aurdal  
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



**sykepleien.no**

St. Olavs Hospital HF er universitetssykehus for Midt-Norge og integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Helseforetaket er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men har også flere regionale og nasjonale oppgaver. Hovedtyngden av virksomheten ligger i Trondheim, hvor nytt universitetssykehus tas endelig i bruk våren 2010. Helseforetaket har om lag 8000 ansatte og eies av Helse Midt-Norge RHF. Mer informasjon finnes på [www.stolav.no](http://www.stolav.no).



## Ferievikarer søkes til St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital søker ferievikarer for sommeren 2011, kompetansen vi søker etter er:

**Jordmødre, spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere, bioingeniører, studenter, postverter, assistenter, portører, renholdere, sterilforsyningsteknikere, logistikkoperatører og lagermedarbeidere.**

Gå inn på [www.stolav.no](http://www.stolav.no), velg jobbsøk deretter ledige stillinger ved St. Olavs Hospital. Velg den klinikken/divisjonen hvor du ønsker å jobbe og som etterspør din kompetanse. Send din søknad i dag! Sykepleiere som ønsker jobb på Øya skriver kun en søknad rettet til ønsket klinikk/enhet. I søknaden anføres hvilke andre klinikker/enheter det kan være ønskelig å arbeide i som alternativ til førstevalget.

### ORKDAL SJUKEHUS:

- Klinikk for anestesi og akuttmedisin
- Medisinsk klinikk
- Kirurgisk klinikk
- Klinikk for Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

### ØYA:

- Klinikk for anestesi og akuttmedisin
- Medisinsk klinikk
- Klinikk for hjertemedisin
- Klinikk for kreftsykdommer
- Klinikk for lunge og arbeidsmedisin
- Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Nevroklivnikken
- Kirurgisk klinikk
- Klinikk for Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer
- Klinikk for ØNH, kjeve- og øyesykdom.
- Barne- og ungdomsklinikken
- Kvinneklinikken
- Laboratoriemedisinsk klinikk

### PSYKISK HELSEVERN:

- Avdeling Østmarka
- Avdeling Brøset
- Tiller Distriktpsikiatriske senter
- Nidaros Distriktpsikiatriske senter
- Orkdal Distriktpsikiatriske senter

### ST. OLAVS DRIFTSERVICE:

Assistenter, portører, renholder, sterilforsyningsteknikere, logistikkoperatører og lagermedarbeidere.

**Søknadsfrist 4. februar 2011**

Se [www.stolav.no](http://www.stolav.no) for fullstendig tekst.  
Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



Jobbnorge.no



**Dovre kommune**

## HELSESØSTERSTILLING

**100% fast stilling som helsesøster ledig fra 01.04.2011.**

Fullstendig utlysning på [www.dovre.kommune.no](http://www.dovre.kommune.no) og på [www.nav.no](http://www.nav.no)  
**Søknadsfrist: 30.01.2011**

Rådmannen



**Finnøy kommune**

Finnøy kommune, driftseining for helsetenester ref nr: 11/10

**HELSEØSTER, 100 % FAST STILLING**

**Søknadsfrist 28.01.11**

Sjå heimesida vår: [www.finnoy.kommune.no](http://www.finnoy.kommune.no) eller kontakt leiar Oddny Kjølvik på tlf: 99638687 for nærare info.



Compass Group er en verdensledende leverandør av måltidsrelaterte - og andre supporttjenester med 360 000 ansatte rundt om i verden.. I Norge drives virksomheten under varemerket ESS, Eurest, Eurest Services og Medirest. Kundene er representert både fra offentlig og privat sektor.

Er du sykepleier og ønsker å gjøre noe litt annerledes?

**Vi søker en leder og resepsjonister med sykepleierfaglig bakgrunn til Ullevål Hotell**

- Spennende stilling som resepsjonssjef 100%
- Fast 100% resepsjonist (deltidsstillinger kan vurderes)
- Svangerskapsvikariat resepsjonist 100% (deltidsstillinger kan vurderes)
- Ekstravakter og bakvakter

For mer informasjon gå inn på [www.finn.no](http://www.finn.no) eller [www.medirest.no](http://www.medirest.no)

Ullevål hotell er et pasienthotell som åpnet i mai 2000, og som drives av Medirest AS. Hotellet har 131 rom, fordelt på 7 etasjer. Vi har restaurant, cafe, bibliotek og et koselig oppholdssted med peis. De som bor her er både pasienter som ikke har behov for sykehusseng, pårørende, eller andre som har behov for et hotellopphold. For at gjesten skal føle seg trygg, er resepsjonen bemannet med resepsjonsmedarbeidere med sykepleierfaglig bakgrunn.



**ULLEVÅL HOTELL**

**FAGLÆRER REHABILITERING**

Folkeuniversitetet Øst søker **hovedlærer og timelærere** til fagskoletilbudet i rehabilitering.

Utdanningstilbudet, for bl.a. hjelpepleiere og andre med tilsvarende kompetanse, er godkjent av NOKUT, går på deltid og har undervisningssted i Lille-strøm

**Søknadsfrist:** 20. februar  
**Ansettelse:** medio mars

Ta kontakt for informasjon:  
[heidi.munthe-kaas@folkeuniversitetet.no](mailto:heidi.munthe-kaas@folkeuniversitetet.no)  
eller tlf: 41256650



**STIFTELSEN Renåvangen**

Stiftelsen Renåvangen er en institusjon for rusmiddelavhengige i Hedmark, og søker nå ny **daglig leder**. Se fullstendig utlysningstekst på vår hjemmeside [renavangen.no](http://renavangen.no). **Søknadsfrist 10.02.2011.**



Vi synes vi har en spennende jobb, og ønsker oss flere på laget!

Sollia-kollektivet har siden 1970 tilbudt voksne rusavhengige en medikamentfri rehabilitering. I naturskjønne omgivelser på Trogstad (Østre Toten) og Sollia (Søndre Land) driver stiftelsen to økologiske gårdsbruk, i tillegg har vi videreføringsboliger på Raufoss.

**Vi har nå en ledig stilling som NESTLEDER på Sollia snarest mulig.**

**Arbeidsoppgaver:**

- Nestleder med arbeidsoppgaver i administrasjonen.
- Medlever og rollemodell
- Vi ønsker en person med helsefaglig eller sosialfaglig bakgrunn

**Vi ønsker at du:**

- har livserfaring.
- har praktisk erfaring rusbehandling.
- kan tilslutte seg Sollia sin ideologi og rehabiliteringsmodell.
- Er motivert og engasjert.

**Har du i tillegg noen av disse egenskapene?**

- Uredd, trygg og selvstendig
- Initiativrik
- God til å kommunisere
- God til å lytte
- Aktiv og nysgjerrig

**Vi kan tilby**

- Nestlederstillingen på Sollia
- Bolig til deg og din familie
- En interessant hverdag i et hyggelig og lærerikt arbeidsmiljø.
- Boplikt, men fleksibel friordning for medlevere
- Veiledning

Høres dette spennende ut for deg? Kontakt oss for å få vite mer! Familier med barn i skolepliktig alder oppfordres til å søke.

Kontakt Tore Martin Helgesen eller Unni Hatlevoll på 61 12 87 00

Du kan også besøke oss på vår hjemmeside [www.sollia.no](http://www.sollia.no)



## Solund kommune

Vi, eit lite øysamfunn, ytst ute i Sognefjorden, med god kommunikasjon i ulike himmelretningar. No er vi på leit etter **deg**, som kan vere med på laget med å utvikle tenestene for våre innbyggjarar. Velkommen til Solund.

### Vi kan tilby

- 100 % avdelingssjukepleiar, vikariat, ved institusjon
- 70 % fast stilling som sjukepleiar ledig ved institusjon

**Søknadsfrist 27.01.11**

### Frå 01.08.11 er det ledig

- 200 % stilling som pedagogisk leiar ved Hardbakke barnehage
- Om lag 200 % undervisningstilling ved Hardbakke skule/Solund ungdomsskule

**Søknadsfrist 23.02.11**

Fullstendig utlysningstekst er å finne på [www.solund.kommune.no](http://www.solund.kommune.no)  
Søknad vert å sende til Solund kommune, Postboks 73, 6921 Hardbakke



## STORD KOMMUNE



### Sosial og førebyggjande tenester

*Stord er ein kommune i vekst og utvikling. Byen Stord har ca. 17 500 innbyggjarar, er region-senter i Sunnhordland og ligg mellom Bergen og Stavanger.*

### HELSESØSTER (ID 535)

**Det er ledig 100% fast stilling som helsesøster frå 01.04.11**

Nærare opplysningar hos einingsleiar Else Berit Helle tlf. 53 49 66 61 eller leiande helsesøster Else Berit Støle, tlf. 53 49 69 84.

Fullstendig informasjon om stillinga finn du på [www.stord.kommune.no](http://www.stord.kommune.no)

**Søknadsfrist: 04.02.11**

**Risvollen** er et bosenter for friske, oppegående eldre mennesker over 67 år, som kan stelle seg selv. Risvollen ligger i Heyerdahls vei 3 mellom Ris og Slemdal stasjon på Holmenkollbanen. Vi har 42 leiligheter, fordelt på fem paviljonger i to etasjer. 34 leiligheter er på 42 kvadratmeter og 8 leiligheter er på 56 kvadratmeter. I tillegg leies deler av hovedhuset ut til selskapsvirksomhet. Risvollen tilbyr et konsept hvor målet er å skape trygghet for beboerne. Vi har døgkontinuerlig bemanning og beboerne tilbys fast kontakt med våre medarbeidere inntil to ganger i døgnet om ønskelig. De får hjelp ved akutte skader og sykdom. Vi har moderne løsninger for kommunikasjon og varsling. Vi arrangerer fellessamlinger for beboerne en gang i uken og i tilknytning til høytider gjennom året.

Vi søker etter

## DRIFTSLEDER med sykepleierkompetanse

Nåværende leder går av med pensjon til sommeren.

Vi ønsker en erfaren sykepleier i alderen 45-55 år. Vedkommende bør ha et godt faglig nettverk i Oslo og praksis fra ulike institusjoner.

Leder har ansvaret for én medarbeider på dagtid, nattevakter samt én vaktmester på deltid. Økonomifunksjonen utføres på deltid av regnskapsfører.

Leder er også ansvarlig for daglig drift av eiendommen, bistår ved utleie og fremmer forslag om vedlikehold og andre tiltak overfor styret.

Lederen må trives med eldre mennesker og kunne bidra aktivt til å skape et trygt og godt miljø for beboere og ansatte. Arbeidstiden er 37,5 timer pr. uke. Lønn etter avtale.

Nærere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til leder Inger Fagerhus Hagen, telefon 22 14 30 01 eller mobil 97 666 491.

Søknad med kopi av attester sendes Styreformann Erik Schultz, Risvollen AS, Heyerdals vei 3A, 0777 Oslo, **innen 15. februar**.

Mer informasjon på [www.risvollen.no](http://www.risvollen.no)



HELGELANDSSYKEHUSET  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



## Helgelandssykehuset Sandnessjøen, søker medarbeider til følgende stilling:

### Intensiv avdeling

## Sykepleier/spesialsykepleier

Ved Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen er det fra og med dags dato, ledig 100 % stilling som sykepleier/spesialsykepleier.

Nærere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til avdelingsleder May Brit Larsen, may-britt.larsen@sasyk.nl.no, eller ass.avdelingsleder Geir Igeland, geir.igeland@sasyk.nl.no, begge har telefonnummer +47 75 06 52 52.

Vi ber om at du søker elektronisk via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no) eller [www.helgelandssykehuset.no](http://www.helgelandssykehuset.no), der vil du finne fullstendig utlysningstekst.  
**Søknadsfrist: 20. februar 2011**

Jobbnorge.no



## STRYN KOMMUNE Helse- og sosialetaten

### LEDIG VIKARIAT AVDELINGSSJUKEPLEIER

**Stryn omsorgsenter - ledig 100 % vikariat som avdelingssykepleier frå 04.05.11 til 24.04.12 - saksnr 11/68**

Sjå fullstendig annonse på [www.stryn.kommune.no](http://www.stryn.kommune.no), under Ledige stillingar.

For nærare opplysningar ta kontakt med områdeleiar Anette Frandsen tlf 57 87 69 51

Søknad skal sendast elektronisk via Stryn kommune si heimeside [www.stryn.kommune.no](http://www.stryn.kommune.no). Merk søknaden med 11/68 i feltet for Arkivsaknr. Send kopi av rettkjende attestar og vitnemål per post (vil ikkje bli returnert).

**Søknadsfrist: 02.02.2011**



Trasoppklinikken er en stiftelse som inngår i tverrfaglig spesialisert rus-behandling innenfor Helse Sør-Øst RHF. Målgruppen er alkohol- og medikamentavhengige/ blandingsmisbrukere og deres familier. Klinikken består av poliklinikk med vurderingskompetanse, døgnklinikk med 33 plasser hvorav 8 plasser er i mottaksavdelingen og eget familieprogram.

### Vi trenger oversykepleier til vår døgnavdeling

Vi søker etter en sykepleier som liker å jobbe i et tverrfaglig team, i en relativt hektisk hverdag. Oversykepleier må ha relevant praksis og/eller interesse for fagområdet, gjerne med videreutdanning innen psykisk helsearbeid, rusbehandling eller gruppevirksomhet. I tillegg er det ønskelig med administrativ utdanning/erfaring, gode leder-egenskaper og samarbeidsevner.

Oversykepleier skal faglig og administrativt lede sykepleiertjenesten ved døgnavdelingen og er ansvarlig for gjennomføring av Basisprogrammet (psykoedukativt behandlingsprogram). Oversykepleier rapporterer direkte til faglig leder.

#### Vi kan tilby:

- En engasjerende arbeidsplass
- Tverrfaglig personalgruppe
- Muligheter for faglig oppdatering, videre- /etterutdanning
- Pensjonsordning i KLP
- Lønn etter kvalifikasjoner

Den som ansettes må kunne arbeide i overensstemmelse med klinikkens vedtekter og formålsstruktur. Det forsettes at søker behersker norsk muntlig og skriftlig. Fast arbeidstid 37,5 t/uke.

#### Tiltredelse: 1. mai 2011

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til faglig leder John Agnar Johansen eller kliniksjeff Kari Nådland på tlf. 23 34 82 00.

Søknad sendes til: Trasoppklinikken, Trasoppterrassen 25, 0672 Oslo.  
**Søknadsfrist: 10. februar 2011**



### Tildelingsenheten for helse- og sosialtjenester

### FAGKONSULENT

Tildelingsenheten er det stedet innbyggerne skal henvende seg ved behov for helse- og sosialtjenester. Enheten har en tverrfaglig og helhetlig tilnærming til søkeren, som grunnlag for vedtak og tildeling av tjenester.

#### Sentrale arbeidsoppgaver:

Kartlegging, vurdering, rådgivning, saksbehandling, vedtaksfetting og behandling av henvendelser fra kommunens innbyggere, øvrige tjenesteområder og spesialisthelsetjenesten. Koordinering av tjenester til enkeltbrukere.

#### Kvalifikasjoner/egenskaper:

Vi søker etter en person med 3-årig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning. Du må ha bred klinisk erfaring / god medisinskfaglig innsikt / rehabiliteringskompetanse.

Fullstendig utlysningstekst finnes på våre hjemmesider  
[www.lillehammer.kommune.no/stilling](http://www.lillehammer.kommune.no/stilling)

**Søknadsfrist: 3. februar 2011.**

## Sykepleien

## Ledig stilling?

Her treffer du flest i riktig målgruppe.



Nordlysbyen Alta trenger dyktig leder:

## Virksomhetsleder - Elvebakken sykehjem

Kunne du tenke deg å bo under Nordlyset i de flotteste naturomgivelser og samtidig ha en utfordrende lederstilling i helse og sosialsektoren i Alta kommune?

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henv. til Marie Stavang, tlf. 78 45 54 45/ 970 63 984.

**Søknad sendes elektronisk via Alta kommunes hjemmeside [www.alta.kommune.no/jobb](http://www.alta.kommune.no/jobb) - her finner du også fullstendig utlysningstekst. Søknadsfrist: 06.02.11.**

I henhold til ny offentlighetslov kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten.

Jobbnorge.no



Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

Intensiv, Bærum sykehus

## Intensivsykepleiere – NATT

Har du lyst til å bli med i vårt team?

Sykepleiere med min 2 års erfaring er også velkommen til å søke.

**Kontaktinfo:** Inger Johansen, avdelingssykepleier, tlf. 67 50 90 21.

**Referansenr: 886274760. Søknadsfrist: 03.02.2011.**

Vi ber om at du benytter vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med fullstendig utlysningstekst på våre hjemmesider – [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)





## Psykiatrien i Vestfold HF

Dette er en henvisningsannonse, for fullstendig utlysningstekst se [www.piv.no](http://www.piv.no). Vi benytter elektronisk søknadssystem, informasjon finner du ved å trykke på linken «Søk på stillingen» i stillingsannonsen.



### Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA), Akuttseksjon Psykiatrisk sykepleier/sykepleier

- 100% stilling - natt

Kontaktinfo: Unni Halvorsrud, enhetsleder, tlf. 33 37 50 58

Referansenr: 861525538 Søknadsfrist: 10.02.2011

HELSE SØR-ØST

[www.piv.no](http://www.piv.no)

Jobbnorge.no

## Sykepleien

### Ledig stilling?

Her får du nettannonse med på kjøpet!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



## Universitetssykehuset har ledig følgende stillinger:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 5800 ansatte. Virksomheten skal bygge på respekt, kvalitet og trygghet.

- **OPERASJONSSYKEPLEIER, Operasjons- og intensivklinikken.**  
Faste stilling og vikariater ved Anestesi- og operasjonsavdelingen Harstad.  
**Kontakt:** Kari Tøshaug, tlf. 77 01 53 55, Kari.Toshaug@unn.no.
- **SYKEPLEIER, Medisinsk klinikk.** Fast 50 % + vikariat 50 % stilling ved dialysen, Nyremedisinsk seksjon - Sykepleieavdelingen Tromsø. **Kontakt:** Rita I. Johansen, tlf. 77 62 67 15 eller Anne-Grethe Johnsen, tlf. 77 66 93 74.
- **PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE/SYKEPLEIERE, Allmennpsykiatrisk klinikk.**  
2 faste stillinger på natt ved Akuttpost Sør, Allmennpsykiatrisk avd. Sør.  
**Kontakt:** Hans Yngve Bjerkås, tlf. 77 62 76 20.

Fullst. annonsetekst, e-postadresser og søknadsfrister m.m. finnes på [www.unn.no/jobbsok](http://www.unn.no/jobbsok) – Se også [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no). Søknad sendes elektronisk via en av disse sidene.

Har du problemer med å sende elektronisk søknad, kontakt Jobbnorges kundeservice, tlf. 75 54 22 29.

Vi ønsker ikke kontakt med annonsesølgere!

Jobbnorge.no



## Vestre Viken HF

Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

Ringerike sykehus er en del av Vestre Viken og ligger på Hønefoss, ca 1 time fra Oslo med kort avstand til en mengde natur- og fritidsaktiviteter. Sykehuset gir et allsidig behandlingstilbud innen somatikk og psykiatri til om lag 75 000 innbyggere i Øvre Buskerud. Vi har en visjon om å være et ledende sykehus, og vektlegger pasientfokus og kontinuerlig utvikling av nye ideer og metoder for medisinsk behandling, organisering og ledelse.

**Medisinsk/kirurgisk avdeling** har ansvar for de indremedisinske, generelle kirurgiske og ortopediske behandlingsprosesser ved foretaket. Avdelingen har moderne nybygg med enrom til alle innleggende pasienter.

### Ringerike Sykehus søker

## Sykepleiere

Medisinsk klinikk søker sykepleiere til vikarpool og andre faste stillinger.

For tilsetning i vikarpool tilknyttet avdeling med 18 senger:

- Mulighet til friere disponering av arbeidstiden
- Forutsigbar turnusplan
- Fleksibilitet mht til helge-/kvelds-/nattevakter
- Ekstra økonomisk kompensasjon for kortere arbeidsplaner
- Fast ansettelsesforhold i vikarpoolen

Krav til kvalifikasjoner som ved ordinære faste stillinger.

Vi søker også sykepleiere til faste stillinger i 50 - 75%-stillinger i tredelt turnus.

#### Kvalifikasjoner:

- Endringsvillig og endringsdyktig
- Norsk autorisasjon
- Omgjengelig og ha evne til rask omstilling
- Behersker norsk og bruk av PC
- Personlig egnethet vektlegges

#### Vi kan tilby:

- Arbeid i nye lokaler i trivelig og godt arbeidsmiljø
- Opplæring etter behov
- Mulighet for faglig utvikling
- Lønn iht. gjeldende overenskomster

Har du spørsmål kan du ta kontakt med fagsjef Hilde E. Bråten eller seksjonsleder Gunn Frydenberg på sykehusets telefon 32 11 60 00.

Søknadsfrist: 31.01.2011 Ref.nr. 807701876

Vennligst benytt vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med utlysningsteksten ved å gå inn i [www.vestreviken.no/Ringerike Sykehus under ledige stillinger](http://www.vestreviken.no/Ringerike_Sykehus_under_ledige_stillinger).

HELSE SØR-ØST



## Grimstad kommune

### FAGLEDER

Det blir ledig 100% fast stilling som fagleder ved helsesøster- og jordmor-tjenesten fra 27.06.11.

Nærmere opplysninger ved fagleder Berit Lemme, tlf 37250386.

Full utlysningstekst og elektronisk søknad på [www.grimstad.kommune.no](http://www.grimstad.kommune.no)

Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt lokalsykehus som yter spesialisthelsetjenester innen rammen av det offentlige helsevesen. Sykehuset har spesialfunksjoner i revmatologi og revmakirurgi.

engasjert for mennesket

## SYKEPLEIERE M/VIDEREUTDANNING I PSYKISK HELSE.

Ved Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen, post C, er det ledig 3 stillinger som sykepleier m/videreutdanning i psykisk helse.

Kontaktperson: Enhetsleder Rita Marit Sletteng Andersen, tlf. 66 78 86 30

Les mer om stillingen på [www.diakonsyk.no](http://www.diakonsyk.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist: 03.02.11**



Lenvik kommune

[www.lenvik.kommune.no](http://www.lenvik.kommune.no)



Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms har følgende stilling ledig

## Fagleder/avdelingsjordmor

Fødestua i Midt-Troms

100 % stilling fagleder/ avdelingsjordmor.

Pr. tiden er 50 % av stillingen administrativ og 50 % i utøvende tjeneste. Med 3 delt turnus. Stillingen medfører også bakvakter.

Nærmere opplysninger om stillingene kan fås ved henvendelse til konstituert fagleder Sissel Landset, tlf. 974 09 966 / 77 87 14 90 eller daglig leder DMS Midt-Troms, Hanne Ness Eidsvik, tlf. 474 87 577 / 77 87 13 12, e-post: [hanne.ness.eidsvik@lenvik.kommune.no](mailto:hanne.ness.eidsvik@lenvik.kommune.no)

**Søknadsfrist: 20.02.2011**

Søknader sendes elektronisk via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no) eller [www.lenvik.kommune.no](http://www.lenvik.kommune.no) – her finner du også full utlysningstekst.

*I henhold til ny offentlighetslov kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten.*



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,3 mrd.kr. og ca. 1200 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 152 000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO.

Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersiell formål. Se [www.LDS.no](http://www.LDS.no).

### Psykiatrisk akuttavdeling - Post 4 Psykiatrisk sykepleier/off. godkj. Sykepleier, Miljøterapeut (Ref.nr. 004-006-2011)

50,60 og 80 % faste nattstillinger.

Psykiatrisk Akuttavdeling består av tre poster. Inntaksposten er en lukket mottaks- og utredningsenhet med plass til 6 pasienter. Post 4 og Post 3 er en lukket akuttposter med henholdsvis 12 og 10 plasser. Vi har en egen dagenhet med plass til 10 pasienter.

Avdelingen tilbyr utfordrende oppgaver i et fagmiljø preget av godt tverrfagelig samarbeid, gode fagutviklingsmuligheter og bra lønnsbetingelser. Post 4 søker etter en faglig engasjerte og kreative medarbeidere.

**Kontakt:** Avdelingssykepleier post 4 Heidi Hetland, tlf. 23 22 61 04.

**Søknadsfrist:** Snarest

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, personalavdelingen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.



Rødøy kommune

## Har du lyst til å bli en del av vårt team?

Rødøy kommune ligger på Helgeland, og har ca 1300 innbyggere, fordelt på 8 skolekretser fra Myken mot Vestfjorden, til Svartisen inne i landet. FV 17 og leia langs kysten går gjennom kommunen, og det er daglig hurtigbåtforbindelse med ca 2,5 time til Bodø. Her er gode mulighet til friluftsliv, på fjorden og i mark og fjell. Kjente fjellformasjoner langs kysten som Hestmannen og Rødøylova ligger i kommunen. Kommunen har god barnehagedekning, og gir tilskudd til boligbygging. Administrasjonen ligger i Vågaholmen. Mer informasjon om kommunen finner du på vår hjemmeside: [www.rodoy.kommune.no](http://www.rodoy.kommune.no)

Vi søker nå etter

## Helse og omsorgssjef

Dette er en ny stilling som vil ha ansvar for å utvikle en sammenslått helse- og omsorgsetat.

Fullstendig utlysningstekst finner du på [www.rodoy.kommune.no](http://www.rodoy.kommune.no) eller [www.nav.no](http://www.nav.no)

Spørsmål om stillingen kan rettes til Rødøy kommune, Personalkonsulent eller rådmann, tlf. 75 09 80 00.

Søknad sendes til:  
Rødøy kommune, 8185 Vågaholmen.

**Søknadsfrist: 31. januar 2011**



frantz.no

Kystfolket under Polarsirkelen



## Operasjonssykepleier

### Akutt klinikken, Operasjonsavd. OP3

Vi har ledige stillinger, fast og vikariat.

**Kontaktinfo:** Marit Sverstad, seksjonsleder, tlf. 23 07 18 75,  
Marie Trost-Nielsen, ledende spesialist, tlf. 23 07 18 88,  
Bente Mortensen, ledende spesialist, tlf. 23 07 18 78

**Referansenr: 861518467      Søknadsfrist: 06.02.2011**

For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet (inkl. Radiumhospitalet) og Ullevål sykehus. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 18 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Jobbnorge.no



## Nordlandssykehuset har ledig følgende stilling:

2. gangs utlysning

### Rådgiver/regional diabetessykepleier

Medisinsk klinikk

• 100 % fast stilling.

Kontaktperson: rådgiver/regionaldiabetessykepleier Beryll Kristensen,  
tlf. 481 72 186, eller overlege Tor Claudi, tlf. 75 53 47 96.

**Søknad sendes elektronisk via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no)  
– her finner du også fullstendig annonsetekst.  
Søknadsfrist: 3. februar 2011**

Jobbnorge.no



## Oslo kommune Rusmiddelstaten

### Felttiltaket

*Oslo kommune ønsker å ha mangfold på arbeidsplassene som speiler befolkningen, og ha en jevn fordeling av menn og kvinner i alle stillingskategorier på alle nivåer. Personer med minoritetsbakgrunn oppfordres til å søke. Rusmiddelstaten har ansvar for drift av kommunale tiltak for rusmiddelmisbrukere, og for avtaler med private rustiltak. Etaten er også ansvarlig for byomfattende forebyggende arbeid og opplysningsvirksomhet. Info om Rusmiddelstaten finnes på hjemmeside med adresse: [www.rme.oslo.kommune.no](http://www.rme.oslo.kommune.no)*

*Felttiltaket tilbyr lavterskel forebyggende og kurative helsetjenester til rusmiddelmisbrukere, og består av smittevern, feltpleie, lavterskel tannhelsetilbud og sprøyteromsordningen. Sprøyterommet tilbyr rusmiddelmisbrukere med opiatavhengighet trygge og hygieniske rammer rundt injeksjonssituasjonen, samt annen helse- og sosialfaglig bistand og oppfølging etter behov.*

## Felttiltaket søker sykepleier til Sprøyterommet

**Utlysningsnummer: 0165519. 35,5 t/uke. Ltr. 21-34.**

Sprøyterommet har nå ledig en fast 100% stilling som sykepleier med arbeid hver 3. helg. Det kreves autorisasjon som offentlig godkjent sykepleier. Erfaring fra akuttarbeid innen psykisk helsevern eller somatikk vil være en fordel og kjennskap til infeksjonsmedisinske problemstillinger knyttet til injiserende rusmiddelmisbruk er ønskelig.

Vi søker en selvstendig, initiativrik og engasjert sykepleier med interesse for målgruppen. Personlig egnethet og evne til tverrfaglig samarbeid vil bli vektlagt ved ansettelse. Menn oppfordres til å søke.

Vi kan tilby en spennende og unik arbeidsplass med engasjerte medarbeidere, gode muligheter for faglig utvikling og interessante og utfordrende arbeidsoppgaver.

**Kontaktperson:** Institusjonssjef Joakim Hauge, tlf. 928 30 158.

**Søknad sendes:** Felttiltaket, Waldemar Thranes gate 70, 0173 OSLO

**Søknadsfrist: 03.02.2011**

Merk søknaden med utlysingsnummer. CV, kopi av attester og vitnemål vedlegges søknaden. Søknadspapirer vil ikke bli returnert.



## Rusmiddelstaten

Pilestredet 27, 0164 OSLO  
Tlf. 02 180. Faks 23 42 71 80.

[www.oslo.kommune.no](http://www.oslo.kommune.no)



## Rødøy kommune

Rødøy kommune er en kystkommune på Helgeland med ca 1300 innbyggere, fordelt på øyer og fastland. FV 17 og leia langs kysten går gjennom kommunen, og det er daglige forbindelser til Bodø og Sandnessjøen. Her er en variert og spennende natur, og rike muligheter til friluftsliv. Omsorgstjenesten gir tilbud i hjemmetjeneste, ved Alderstun omsorgssenter i Tjongsfjord, og Rødøya omsorgssenter (sykehjem) på Rødøy. Begge steder har legekontor, skole, barnehage og ulik næringsvirksomhet.

### Avdelingsleder/-sykepleier

**Rødøya omsorgssenter/hjemmetjenesten** - 100 % stilling fra mars 2011. Stillingen har også ansvar for hjemmesykepleien på øyene.

**Alderstun omsorgssenter/hjemmetjenesten** - 100 % stilling fra mars 2011. Stillingen har også ansvar for hjemmesykepleien på fastlandet nord i kommunen.

**Der er ledige sykepleierstillinger både ved Alderstun og Rødøya, fast og vikariat. Vi har også behov for ferievikarer sommeren 2011 begge steder.**

Fullstendig utlysning, se: [www.rodoy.kommune.no](http://www.rodoy.kommune.no) eller [www.nav.no](http://www.nav.no). Lønn og arbeidsvilkår i hht. lover, overenskomster og avtaler. Flere opplysninger om Rødøy kommune finner du på [www.rodoy.kommune.no](http://www.rodoy.kommune.no). Henv. til Rødøy kommune, omsorgssjefen, tlf 75 09 80 00 .

Søknad med CV sendes Rødøy kommune, 8185 Vågaholmen.

**Søknadsfrist: 30. januar 2011**




frantz.no

*Kystfolket under Polarsirkelen*



**Akershus universitetssykehus**




Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er en av Norges største virksomheter med 6 200 ansatte. Sykehuset har i hht. loven fire oppgaver; pasientbehandling, forskning, undervisning og utdanning. Ahus er et av de mest pasientfokusede og driftseffektive sykehus i Norge.

Barne- og ungdomsklinikken, Avdeling for Barn og Ungdom	<b>Spesialsykepleiere</b>
Kirurgisk divisjon, Anestesiavdelingen - Intensivseksjonen	<b>Intensivsykepleiere/sykepleiere</b>
Kirurgisk divisjon, Urologisk sengeområde	<b>Sykepleiere</b>
Medisinsk divisjon, Nyre- og endokrinologisk poliklinikk	<b>Diabetessykepleier</b>
Medisinsk divisjon, Dialyse	<b>Sykepleiere</b>
Medisinsk divisjon, Infeksjon og Hematologisk sengeområde	<b>Sykepleiere</b>
Medisinsk divisjon, Lungemedisinsk sengeområde	<b>Sykepleiere</b>
Enhet for helsefag, Lærings- og mestringscenteret	<b>Spesialrådgiver</b>
Div. for psykisk helsevern, Ungdomspsykiatrisk klinikk	<b>Postleder Fagstilling</b>


[Les mer om stillingene på www.ahus.no](http://www.ahus.no)

[www.ahus.no](http://www.ahus.no)





**UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NORGGÁ UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



## Universitetssykehuset har ledig følgende stilling:

*Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 5800 ansatte. Virksomheten skal bygge på respekt, kvalitet og trygghet.*

### Avdelingsleder

**Nevro- og ortopediklinikken,  
Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling**

Det er ledig stilling som Avdelingsleder. Tiltredelse: Snarest.

Avdelingsleder tilsettes for 4 år, med mulighet til å søke forlengelse for nye 4 år. Stillingstilknytning (fast) til aktuell avdeling vil bli vurdert ved tilsetning, avhengig av kvalifikasjoner. I tillegg gjøres oppmerksom på at funksjon som avdelings-overlege innen ortopedi er ledig.

**Rapporterer til:** Klinikksjef  
**Organisatorisk plassering:** Inngår i klinikkens ledergruppe

#### STILLINGENS VIRKEOMRÅDE, KRAV OG INNHOLD

**Arbeidsoppgaver:**

- Helhetlig drifts- og resultatansvar for å levere de tjenester som avdelingen er pålagt iht. oppdrag, budsjett, krav til faglighet og kvalitet
- Sikre at avdelingens oppdrag og målsetting innen pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell samt opplæring av pasienter og pårørende blir oppnådd
- Ivareta god samhandling internt, med primærhelsetjenesten, utdanningsinstitusjonene og andre sykehus i helseregionen
- Utøve og ivareta arbeidsgiveransvaret ved avdelingen som bla annet omfatter delegert myndighet til tilsetning, samhandling med tillitsvalgte og vernetjenesten
- Leder for avdelingens lederteam
- Bistå klinikksjefen i daglig drift

**Kvalifikasjoner:**

- Helsefaglig utdanning på universitet-/høyskolenivå
- Ønskelig med formell lederutdanning og/eller ledererfaring
- Det er ønskelig med undervisnings- og forskningskompetanse

**Vi kan tilby:**

- Faglig og personlig utvikling/lederutvikling
- Utfordrende og kreativt arbeidsmiljø
- Lønn etter avtale

**Personlige egenskaper:**

- Engasjement og evne til utvikling og omstilling
- Interesse for og personlig egnethet for ledelse
- God arbeidskapasitet
- Motivator og pådriver for gjennom sine medarbeidere å nå avdelingens mål

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Klinikksjef Jens Munch-Ellingsen, tlf. 77 62 82 82.

---

Søknad sendes elektronisk via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no) eller [www.unn.no](http://www.unn.no). Søknadsfrist: 31.01.11.

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

Jobbnorge.no

Treff passive jobbsøkere i Sykepleien!

De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse.

Sykepleien



BÆRUM KOMMUNE

www.baerum.kommune.no

## Helsesøster/ spesialutdannet sykepleier – smittevern og reisevaksinasjon

**80 % fast stilling**

Er du interessert i å jobbe i et aktivt og spennende fagmiljø?

Folkhelsekontoret trenger en dyktig helsesøster/ spesialutdannet sykepleier i teamet.

Søknadsfrist: 04.02.2011.

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finner du på vår nettside [www.baerum.kommune.no](http://www.baerum.kommune.no) velg Jobb i Bærum, annonsenr. 5503.

Bærum kommune – kanskje ditt viktigste valg



BÆRUM KOMMUNE

www.baerum.kommune.no

## Daglig leder for legevakten i Asker og Bærum

Fra 1.oktober 2011 overtar Bærum kommune igjen driftsansvaret for legevakten i Asker og Bærum. I den forbindelse er det ledig stilling som Daglig leder. Daglig leder vil ha ansvaret for den daglige driften av legevakten inkludert fag, personal, - og budsjettansvar. Det er ønskelig med tiltredelse i løpet av våren, slik at nytilsatt leder kan styre arbeidet med planlegging og organisering av den "nye" legevakten.

Vi søker en sykepleier eller lege med ledererfaring og gode lederegenskaper. Søker må ha solid erfaring fra legevaksarbeid eller akuttmedisin. Samarbeidsevner og personlig egnethet vil bli vektlagt.

Søknadsfrist: 11.02.2011.

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finner du på vår nettside [www.baerum.kommune.no](http://www.baerum.kommune.no) velg Jobb i Bærum, annonsenr. 5505.

Bærum kommune – kanskje ditt viktigste valg



## Spesialutdannet sykepleier/ operasjonssykepleier

**NEV - NEVROKIRURGISK OPERASJONSAVD.**

Ledig stilling ved Seksjon for nevrokirurgisk operasjon som er en del av Nevrokirurgisk avdeling.

**Kontaktinfo:** Tone Stallemo, seksjonsleder, tlf. 412 19 265, [tone.stallemo@oslo-universitetssykehus.no](mailto:tone.stallemo@oslo-universitetssykehus.no)

**Referansenr:** 864521941      **Søknadsfrist:** Snarest

For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet (inkl. Radiumhospitalet) og Ullevål sykehus. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 18 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Jobbno.no

TraumaCareEthiopia driver opplæring og kompetanseoverføring innen akutt skadebehandling i Etiopia, og har nå en lege og en sykepleier fra SUS utstasjonert ved akuttmottaket på sykehuset Myungung Christian Medical Center (MCM) i Addis Ababa. Vårt arbeid sørger for det eneste fungerende akuttilbudet for en befolkning på ca 85 millioner i landet.

TraumaCareEthiopia ønsker nå å rekruttere frivillige

# SYKEPLEIERE

For kortere eller lengre oppdrag i Addis Ababa trenger vi sykepleiere med spesialutdanning innen akutt sykepleie (akutt-, intensiv- eller anestesisykepleie) f.o.m. april 2011. Dine arbeidsoppgaver vil være knyttet til traumeenheten som er etablert ved MCM. Som frivillig med minimum 3 måneders engasjement vil TCE dekke kost og losji, reisekostnader, visum og vaksiner samt forsikringer for perioden. I tillegg vil du motta en liten godtgjørelse i form av et månedlig stipend. Interesserte bes sende en søknad med CV til Margareth G. Heggland, [gima@sus.no](mailto:gima@sus.no). For mer opplysninger ta kontakt på telefon 913 21 087.



TraumaCareEthiopia  
[traumacareethiopia.org](http://traumacareethiopia.org)

rebrandno

## Tredagerskurs for sykepleiere



Våre kursuker  
våren 2011  
6, 10, 14 og 19

### Forebygg utbrenning Nullstille for å omstille

Kursledere: Randi-Ann R. Hoffart og Sigrid Holm Larsen.

Kurssted: Ressursenteret Villa Sana, Modum bad, 3370 Vikersund.

**NY PRIS** kr. 5.500,- (Alle måltider, overnatting  
to netter samt kursmateriell.)

Også tilbud om individuell rådgivning  
Les mer på [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)



## INVITASJON

NORDISK KONFERANSE OM  
AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE

15. – 16. mars 2011  
Program og påmelding: [www.hibu.no/geroproff](http://www.hibu.no/geroproff)  
Arrangør: Nordisk nettverk Geroproff  
Sted: Høgskolen i Buskerud, Drammen

For nærmere informasjon:  
Ta kontakt med professor Lisbeth Fagerstrøm;  
Tlf: +47 45503873, [lisbeth.fagerstrom@hibu.no](mailto:lisbeth.fagerstrom@hibu.no)

## Jordmorforbundet NSF ønsker velkommen til generalforsamling og fagdager på Bårdshaug Herregård 15. - 16. sept 2011

Arr: Jordmorforbundet NSF Sør-Trøndelag

## Oppmerksomt nærvær

Dagskurs for helsearbeidere

Oppmerksomt nærvær (mindfulness) er et buddhistisk begrep for aksepterende oppmerksomhet på øyeblikket her og nå. Kurset gir innføring i begreper og metoder for dypere tilstedeværelse i møte med andre og parallell ivaretagelse av oss selv. Lær fra buddhister!



Kursledere psykolog Ani Könchog og psykologspesialist Katinka Salvesen har mange års buddhistisk praksis.  
Tid: fredag 11. feb. kl 10-15 (også 1. april).  
Sted: Paramita meditasjonsenter i Strøget i Oslo, adresse Storg 13.  
Pris: kr 1000 inkl lunsj (for medlemmer av KTL kr 800).

Arrangør:

Karma Tashi Ling (KTL) buddhistsamfunn,  
tlf.: 2261 2884, e-post: [post@ktl.no](mailto:post@ktl.no)

Påmelding nødvendig.

Mer informasjon og påmelding:

[www.tibetansk-buddhisme.no](http://www.tibetansk-buddhisme.no)

## ER DU ENGASJERT FOR ELDRE?

Ta masterstudium i helsetjenester til eldre.  
Deltid 4 år eller heltid 2 år.  
Mulighet for å ta enkelttemner.

Søknadsfrist:  
15.april 2011



LES MER:

[WWW.LDH.NO/ELDRE](http://WWW.LDH.NO/ELDRE)

[WWW.DIAKONHJEMMET.NO/ELDRE](http://WWW.DIAKONHJEMMET.NO/ELDRE)



LOVISENBERG  
DIAKONALE HØGSKOLE



Diakonhjemmet  
Høgskole



Universitetet i Oslo (UiO) er Norges største kunnskapsinstitusjon med 6.000 tilsatte og 26.500 studenter. UiO er Norges fremste allmennvitenskapelige universitet, med nasjonalt ledende og internasjonalt vel anerkjente fagmiljøer – og en viktig samfunnsaktør

# UiO : Universitetet i Oslo

Det medisinske fakultet  
Institutt for helse og samfunn  
Avdeling for helsefag

## Studentopptak høst 2011 Master i helsefagvitenskap

Master i helsefagvitenskap er et studietilbud rettet mot studenter med 3-årige helseprofesjonsutdanninger. Masterstudiet er i første rekke rettet mot sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Søkere med annen helsefaglig grunnutdanning og som forøvrig fyller opptakskriteriene, kan også søke. Det tas opp inntil 30 studenter under forutsetning av at det melder seg 30 søkere som er kvalifisert i henhold til reglementet.

Opptakskrav er bachelorgrad eller cand.mag.-grad med minst 180 studiepoeng/60 vektall innenfor helse- og samfunnsfag, eller annen grad eller utdanningsløp av minimum 3 års omfang som er godkjent som jevngod med ovennevnte grader eller utdanningsløp. Studiet forutsetter grunnutdanning i et av følgende helsefag: ergoterapi, fysioterapi, sykepleie eller vernepleie. Studenter med annen helsefaglig bakgrunn kan søke opptak etter særskilte regler. I spesielle tilfeller kan det godkjennes andre dokumenterte kvalifikasjoner som helt eller delvis likeverdig med utdanningsløpene nevnt ovenfor.

Ved fullført master oppnås graden Master i helsefagvitenskap. Normert studietid er 2 år på full tid. Studiet kan gjennomføres som deltidsstudium på 3 år.

**Søknadsfrist: 1. mars 2011**

Søkere som ikke er immatrikulert ved et norsk universitet, må immatrikulere seg ved Universitetet i Oslo. Skjema for studiekompetanse: <http://www.uio.no/studier/opptak/gsk/gsk-skjema.pdf>

**Informasjon om studiet og søknadskjema:**  
<http://www.uio.no/studier/program/helsevit-master>

Søknader merket Opptak helsefagvitenskap sendes til:  
**Avdeling for helsefag, Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo**

**Avdelingens besøksadresse:**  
Harald Schjelderups hus, 2 et., Forskningsveien 3 A, 0373 Oslo

**E-post:** [postmottak@ish.uio.no](mailto:postmottak@ish.uio.no) **Telefon:** 22 85 44 39



**Velkommen som søker!**  
For mer informasjon om å studere ved Universitetet i Oslo, se [www.uio.no/studier/](http://www.uio.no/studier/) og [www.uio.no/livet-rundt-studiene/](http://www.uio.no/livet-rundt-studiene/)

Det medisinske fakultet  
Institutt for helse og samfunn  
Avdeling for sykepleievitenskap

## Studentopptak høst 2011 Master i sykepleievitenskap

Masterstudiet i sykepleievitenskap sikter på å kvalifisere utdannede sykepleiere til fagutvikling, forskning og kliniske stillinger i helse-tjenesten, og til undervisning.

Studiet passer for sykepleiere som ønsker en faglig fordypning på universitetsnivå. Studiet kvalifiserer til opptak på ph.d. studier. Studiested i nærheten av Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Avdelingen utgjør et tverrfaglig miljø med fokus på kompetanse og kunnskapsutvikling innenfor sykepleie og helsefag. Seksjonen har to satsningsområder for forskning Gruppe for eldreomsorgsforskning (GEOF) og Kompetanse i sykepleien (KiS). Se linken: [www.med.uio.no/ish/forskning](http://www.med.uio.no/ish/forskning)

Grunnlag for opptak til mastergraden er oppnådd bachelorgrad i sykepleie/cand.mag. grad med sykepleie grunnutdanning, eller tilsvarende. Veiet gjennomsnitt av karakterene fra grunnutdanningen må være C eller bedre.

Det kreves generell studiekompetanse, god språkmestring og offentlig godkjenning som sykepleier i Norge. Normert studietid er 2 år på full tid. Studiet kan gjennomføres som deltidsstudium på inntil 4 år.

**Søknadsfrist 1. mars 2011**

For søknadsskjema og ytterligere informasjon om studieprogrammet, se: [www.uio.no/studier/program/sykepleievit-master](http://www.uio.no/studier/program/sykepleievit-master)

Her kan søknadsskjema fylles ut elektronisk eller lastes ned. Søknadsskjema kan også fås tilsendt ved henvendelse til instituttet. Ved elektronisk søknad må vedlegg ettersendes innen 1/3-2011. Søknader og vedlegg sendes til:

**Universitetet i Oslo, Avdeling for sykepleievitenskap**  
**Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo**  
Merkes med *Opptak sykepleievitenskap*

Telefon: +47 22 85 05 60  
Telefaks: +47 22 85 05 70  
Nettadresse: [www.med.uio.no/ish](http://www.med.uio.no/ish)  
e-post: [postmottak@ish.uio.no](mailto:postmottak@ish.uio.no)

## STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til *Stressmestringskurset Arbeid og avspenning* 31. mars - 2. april 2011 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; kr 3950,- i nklo vernetting på e nkeltrum, fullpensjon og kuravgift.

Se også:  
*Seniorkurset 55+; Helse, arv og pensjon*  
*Kom-i-form kurset; Trening, yoga og avspenning*

[www.halvorsbole.no](http://www.halvorsbole.no) [www.acem.no](http://www.acem.no)  
 eller 23 11 87 00 for info/påmelding

## Introduksjonskurs til kunstterapeut utdannelsen

ved Institut for Kunstterapi afholdes:

i Trøndelag den 19. og 20. mars 2011 samt på Ilseng ved Hamar den 20. – 22. maj 2011

Oppstart av nytt kull til kunstterapiutdanningen i Trønderlag 28. maj og på Hamar 18. september 2011.

Vi afholder Seminar i Kunstterapi den 1. – 4. oktober i Danmark.

Mer info: [www.kunstterapi.dk](http://www.kunstterapi.dk) eller på tlf. 0045 75884500



Avdeling for kompleks epilepsi – SSE ønsker velkommen til kurs:

**EPILEPSI OG ELDRE – et aktuelt tema siden epilepsiforekomsten nå er høyest blant personer over 65 år**

**Sted:** Epilepsisenteret, G. F. Henriksensvei 23, 1337 Sandvika.  
**Tid:** 31. mars 2011. Registrering og kaffe fra 08.30.

Målgruppen for kurset er ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Pris: 1300,-  
 For informasjon, tilsendelse av program og påmelding (innen 23. mars 2011):  
 tlf: 67 50 13 27 / 67 50 11 95, e-post: [nkl-kursadministrasjon@rikshospitalet.no](mailto:nkl-kursadministrasjon@rikshospitalet.no)

Programmet ligger også på: [www.oslo-universitetssykehus.no/sse](http://www.oslo-universitetssykehus.no/sse)



SYKEPLEIERE ØNSKES VELKOMMEN TIL

### 3. Nasjonale Konferanse om Hjerneprofylakse

Oslo Kongressenter, Folkets Hus, Oslo 24 og 25. mars 2011

Program og informasjon finner du på <http://www.hjerneslag.no/>

Teknisk arrangør:  
 Congress-Conference AS, P.O. Box 2694 Solli, N-0204 Oslo  
 Tlf: 22 56 19 30 - Fax: 22 56 05 4, email: [hjerneslag@congrex.no](mailto:hjerneslag@congrex.no)



## MEDISINSK YOGA

**Nå i Norge!**  
 1-termins grunnutdanning for helsepersonell.  
 Kursstart 15 februar 2011 i Oslo.

**INSTITUTET FÖR MEDICINSK YOGA**  
[www.mediayoga.no](http://www.mediayoga.no) +46 85 40 882 80



### Hvordan møter vi pasienter med lungesykdom?

**Dagsseminar: torsdag 24.mars 2011**

Kurs for helsepersonell i hjemmesykepleie, sykehjem, medarbeidere ved legesentre, samt andre interesserte

Program og informasjon:

<http://www.glittrelinikken.no>

Kurset er godkjent av NSF og Fagforbundet til klinisk spesialist





NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE  
I UNDERVISNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING

### Norsk – dansk fagkonferanse

## «Det Pedagogiske rom i Sykepleierutdannelsen»

Tromsø den 30.-31. mai 2011

ARKTIKA kurs og konferansesenter

#### Ønsker du å presentere en poster eller et prosjekt?

Kontakt: ingrid.synnove.berthinussen@uin.no

Frist for innsending av prosjekt er 10/2-2011  
Frist for innsending av posterpresentasjon er 1/4 - 2011

Spørsmål angående konferansen og påmelding sendes til Ingrid Vermaase,  
e-post til: IV@hive.no Telefon 48255961.

Se program på vår nettside: [https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/Fagmiljoer/Faggruppe?p\\_dimension\\_id=10519&p\\_menu\\_id=10519&p\\_submenu\\_id=5A4CDF2E2171D9A6E040000AC800187A](https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/Fagmiljoer/Faggruppe?p_dimension_id=10519&p_menu_id=10519&p_submenu_id=5A4CDF2E2171D9A6E040000AC800187A)



Oslo  
universitetssykehus

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR AMMING

### Ammeveiledning trinn III og IV

Dette kurset vil bidra til å øke din kompetanse slik at du raskere finner årsaken til et ammeproblem og kan gi forskningsbasert veiledning.  
Dette er kurs III og IV av fire som kan tas enkeltvis.

#### Hovedtema:

- Amming av premature barn og kengurumetoden
- Tiltak ved liten vekttoppgang og ved for lite melk

**Målgruppe:** Helsesøstre, sykepleiere, jordmødre, barnepleiere og andre som gir ammeveiledning.

**Tid:** Trinn III: 21.mars. Trinn IV: 22. mars 2011

**Sted:** Thon Hotel Vika Atrium, Oslo

NB! Nytt lokale fra tidligere kurs!

Program og påmelding, se: [www.oslo-universitetssykehus.no/ammesenteret](http://www.oslo-universitetssykehus.no/ammesenteret)  
velg: kurs og konferanser

Spørsmål om kursinnhold kan rettes til Nasjonalt kompetansesenter for amming ved Anna-Pia Håggkvist tlf. 23 07 54 09 eller [anna-pia.haggkvist@oslo-universitetssykehus.no](mailto:anna-pia.haggkvist@oslo-universitetssykehus.no)

Nasjonalt kompetansesenter for amming driver forskningsbasert arbeid for å fremme amming og kunnskap om morsmelk, blant helsepersonell, myndigheter og media, nasjonalt og internasjonalt.

## Nyhet!

**Dignus Care** - Medical Care AS er et bemanningsforetak som leverer kvalitetssikret og autorisert helsepersonell til kommune, sykehus og private institusjoner i det norske og skandinaviske markedet. Dignus er en totalleverandør i formidlingens tjeneste av helsepersonell generelt, samt spesialisert på rekruttering og utleie av spesialister og ledere med helsefaglig bakgrunn spesielt. Selskapet har Pt kontorer i Oslo og Malmö, samt et researchkontor i Slovakia.



### For kunder:

- Leveringsgaranti
- Avbestillingsgaranti
- Fakturerer ikke overtid
- Kostnadsfri opplæring/introduksjon ved behov
- Service/tilgjengelighet 24/7

Kontakt oss for mer info om betingelser knyttet til våre gode garantiordninger!

### For vikarer/kandidater:

**Vi tilbyr:** Gratis reise • Gratis bolig • God lønn • Forsikringsordninger • Oppdrag i hele Norge.

**Sommer 2011:** Høy sommerbonus fra 1. time. Ingen begrensninger.

Kontakt oss for mer info i forhold til betingelser for de ulike kompetansene.

**Innmeldingskampanje:** Alle som registrerer seg med en vikarprofil på [www.dignuscare.no](http://www.dignuscare.no) innen 01.05.11, vil være med i trekningen av et reisegavekort på NOK 10.000,-

**Dignus Care:** Tlf: +47 22871061 • Mail: [post@dignuscare.no](mailto:post@dignuscare.no) • Nettside: [www.dignuscare.no](http://www.dignuscare.no)

AMBIO Helse AS ble etablert for å bidra til kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom vikarformidling, rekruttering og fagutvikling. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.



Sommeren 2011

# Gå ferieavviklingen i møte med nok vikarer

## Reserver nå – Kostnadsfri avbestilling frem til 3. juni

Vi i AMBIO Helse er i full gang med sommerplanleggingen. Mange av dere har allerede reservert sommervikarer hos oss. Som alltid anbefaler vi å reservere vikarer så tidlig som mulig og heller avbestille hvis behovet viser seg å bli mindre enn fryktet eller egen rekruttering går bedre enn håpet. Hos oss kan du kostnadsfritt avbestille sommervikarer frem til og med 3. juni.

### Vi har ledige:

- Sykepleiere
- Legestudenter
- Sykepleiestudenter
- Hjelpepleiere/helsefagarbeidere
- Fysioterapeuter

Kontakt oss på 22 41 17 02 eller [helse@ambio.no](mailto:helse@ambio.no)

### MEDISINKURS

#### ■ Ønsker du å gjennomføre medisinkurs for dine ansatte?

Vi tilbyr nettkurs i legemiddel-håndtering utviklet i samarbeid med Apotekforeningen.

#### For mer informasjon:

Se vår nettside: [www.medisinkurs.no](http://www.medisinkurs.no) eller ring oss på telefon: 22 41 17 02

### STILLING LEDIG

#### ■ Ledig stilling som fagkonsulent – Palliativ omsorg

Vi i AMBIO Helse skal utvide vår avdeling for fagutvikling og søker sykepleier med spesielt gode kunnskaper innen palliativ omsorg. Mange av våre kommunekunder ønsker å heve sin kompetanse på dette området. Vi søker en sykepleier som brenner for sitt yrke, er uredd og fleksibel og kan reise rundt i Norge for å dele av sin kunnskap.

Vi tilbyr valgfri turnus etter "Nordsjø-modell" samt god fastlønn.

#### For mer informasjon:

Ta kontakt med Kristian Aune, daglig leder på telefon: 22 41 17 02 eller pr. mail: [kma@ambio.no](mailto:kma@ambio.no)





*Se vårt bilag  
i Sykepleien!*

## Den store Nyttårsmarsjen

**Start det nye året med en aktivitetskonkurranse på arbeidsplassen!**

Ansatte fra helsesektoren i hele Norge inviteres herved med på Dytt sin store aktivitetskonkurranse. Dytt sine konkurranser kjennetegnes av at de er engasjerende for alle, uansett fysisk form. Dette har ført til at mange avdelinger fra sykehus som: Akershus universitetssykehus, Rikshospitalet, St. Olavs Hospital, Haukeland Sykehus, Sørlandet sykehus og mange flere har deltatt. Felles for alle er økt aktivitet og engasjement på arbeidsplassen.

Få med dine medarbeidere du også, og sett fart på det nye året! Sammen skal man ta seg rundt Jotunheimen på 60 dager ved å utføre aktiviteter som tilsvarer 10 000 skritt per dag. Få opp stemningen på jobben og kom i form sammen!

**Klarer du å gå Jotunheimen Rundt på 60 dager?**

Konkurransen pågår mellom 11.februar – 11.april. Påmelding innen 7.februar. Pris kun 299,- per deltaker inklusiv skritteller. Prisen er oppgitt eks mva. Gjør din påmelding på: [www.dytt.no/nyttar](http://www.dytt.no/nyttar) eller ring: 22 33 59 00.

**“En enkel og morsom måte å komme seg i form på sammen”**

*Følg din egen og dine venners vandring på kartet.*

**LÆRDAL**

**LÆRDAL**

**FILEFJELL**

53 km

**BEITOSTØLEN**

124 km

**BESSEGGEN**

158 km

**LOM**

237 km

**FLÅKLYPA**

246 km

**GALDHØPIGGEN**

271 km

**SOGNDAL**

406 km

450 km

**Friskere og Gladere** medarbeidere

 **dytt.no**



## VOND LUKT, KLØE OG UTFLOD?

**PH-balansen i underlivet kommer lett i ubalanse, med lukt, kløe og utflod som ubehagelig resultat.**

Med kun én kapsel daglig både gjensker og bevarer Ecovag Balance® en sunn vaginalflora. Ecovag Balance® inneholder dobbelt så mange melkesyrebakterier som konkurrerende preparater. Vitenskapelige studier viser at melkesyrebakteriene i Ecovag Balance® gir svært gode behandlingsresultater\*.

**Gynekologer anbefaler Ecovag Balance®.**

Du får kjøpt Ecovag Balance® på apoteket og i Vitaflos nettbutikk [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net).



\*se dokumentasjon: <http://www.vitaflo.net/documentation/news/nD104.pdf>