

## Villa Livsglede

Lone Gamst mener å ha funnet en ny nisje. Side 46



## Kvikksølv- forgiftet

Side 10



## Borzoo på barseel

Oddas mannlige jordmor er en god muslim. Side 76



# Sykepleien

**LISBETH NORMANN:** Et politisk signal om redusert bruk av deltid og tilbud om hele stillinger var viktig nå!

**2** | 2011  
10. februar  
2011  
99. årgang

# Farlig praksis

Risikabelt, viser forskning.

Men sykepleiere knuser videre.



# TARGINIQ<sup>®</sup>

oksykodon/nalokson

# NYHET

## NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

**Refusjonsberettiget bruk:**

Palliativ behandling i livets slutfase.

**Refusjonskode:** 90 (ICPC og ICD)

**Vilkår 136:** Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

**Vilkår 194:** Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.



Det handler om effektiv **smertelindring** og **god livskvalitet**





## Dette er TARGINIQ<sup>®</sup>

- Til pasienter med sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika<sup>1</sup>
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen<sup>1</sup>

## NYE PRISER

28-63% reduksjon

Styrke oksykodon/nalokson	28 pakning		98 pakning	
	FØR	NÅ	FØR	NÅ
 5mg/2.5mg	310,80	<b>130,90</b>	930,20	<b>341,80</b>
 10mg/5mg	310,80	<b>221,80</b>	952,00	<b>636,10</b>
 20mg/10mg	562,30	<b>401,00</b>	1.824,60	<b>1.224,70</b>
 40mg/20mg	1.406,20	<b>754,50</b>	4.523,90	<b>2.401,90</b>

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



## 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 Hernæs  
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)

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

Deskjournalist Johan Alvik  
tlf. 92 60 87 06  
[johan.alvik@sykepleien.no](mailto:johan.alvik@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)

Repro og trykk  
Stibo Graphic AS



## SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

## Gjesteskribenter:



**Marit Gjerdalen**, advokat i Norsk Sykepleierforbund, forklarer hvorfor det har vært tvil om helsesøstrenes pensjonsavtale i Oslo. Men det er nå slått fast at de følger samme ordning som andre sykepleiere. Paragrafrytterne side 38.



**Marianne Synnes og Thomas Botilsrud Thoresen** skriver om hva samhandlingsreformen vil kreve av sykepleierutdanningen i fremtiden. Det er viktig at studentene opplever et samsvar mellom det de lærer og kravene de vil møte på arbeidsplassene. I dette bildet er ikke akademiseringen av yrket nødvendigvis negativt, skriver de i kronikken på side 72.



**Marie Aakre** skriver om hvor viktig det er å få inn verdighet som en del av kravene til forsvarlig pleie. Det vil gjøre det lettere for sykepleiere å ta opp etikken i jobben. Dilemma side 74.



**Anders Folkestad** er ikke begeistret for sentralistene som undervurderer betydningen av å ha et sykehustilbud i nærheten, til de mest vanlige og ukompliserte lidelsene. Side 82.



# Innhold

## Sykepleien

## AKSJONISTEN: «Sykepleierutdanningen

## Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
  - – Bør skape presedens
- 10 Kvikksølv ødela helsen
  - – Høy hangler videre
- 14 Høy lønn gir utholdende sykepleiere
- 16 Hverdag med raske og vanskelige avgjørelser
- 18 Kompetansekaos i sykehusene
  - Vil samle spesialiserte funksjoner
  - Treige på e-helse
- 21 Sinne på Rjukan
- 22 – Vil lytte til fagmiljøene
- 23 Vi bare spør Monica Falk

## Der ute

- 34 Flest korridorpatienter i Stavanger
  - Lover ikke tomme korridorer
- 38 Paragrafrytterne
- 39 Min jobb: Vibeke Dahl
- 40 El-melder til riktig tid og sted
  - Elin-k avsluttes
- 44 Øyeblikket
- 46 Går sin egen vei i eldreomsorgen



55



65



10

## Tema:

# Bli forskning brukt?

- 26** – Før Ulla-Britt kom, var det vel her som andre steder – mye knusing.  
**30** Disse må ikke knuses  
**31** – Ble overrasket  
**31** Fra mage til rygg på 25 år  
**32** Vil ha nasjonale prosedyrer  
**33** Fem på gangen

# 24



har manglet en katalysator, som kan hindre at de mest uegnete kommer ut av potta bak.»

**2 · 2011**

10. februar 2011 · 99. årgang

## Fag og bøker

- 50** Tryggere håndtering av medisiner  
**55** Overvekt gir fødselskomplikasjoner  
**58** Lærer å mestre sykkelig fedme  
**62** Forfatterintervju: Trond Aarre  
**64** Bokanmeldelser  
**65** Jeg elsker mitt jordmorstetoskop  
**66** – Må informeres om ultralyd  
**66** Quiz

## Mennesker og meninger

- 68** Lisbeth Normann om deltid  
**69** Meninger  
**71** Minneord  
**72** Marianne Synnes og Thomas Botilsrud Thoresen om utdanningen i fremtiden  
**74** Marie Aakre om verdighet  
**76** Tett på Borzoo Haddadi  
**80** Hør her: Lisbeth Normann vs. Anna-Sabina Soggiu  
**82** Refleks: Anders Folkestad

- 83** Stillingsannonser  
**90** Kunngjøringer

### GJESTESKRIBENTEN:

«Siste fakkelen er  
ikkje tent. Eg skaffar  
meg eit lager.»

Anders Folkestad

82

«Å være på  
tv er positivt  
for oss på  
fødestuen»

76



40



# NYE KIA SPORTAGE

# 7 ÅRS GARANTI

# HAR ALDRI SETT BEDRE UT

Det er ikke bare designet som vekker oppsikt på nye KIA Sportage. Det samme kan sies om det høye utstyrsnivået, det svært gode resultatet fra Euro NCAP, og det store utvalget av tilgjengelige modeller. På toppen av dette har KIA Sportage 7 års garanti, fordi en lengre garanti er mer attraktiv enn en kort.



**KIA - ENESTE MERKE  
MED 7 ÅRS GARANTI!**

KIA Sportage fra kun

**259.600,-**

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



Veil. priser inkl. frakt, lev. omkostninger og understellsbehandling (kr. 9.700,-) levert Drammen. Lokal frakt samt årsavgift tilkommer. Forbehold om avvik i annonsen. CO<sub>2</sub> utslipp fra 135 g/km, og forbruk fra 0,52 l/mil ved blandet kjøring. Importør: Bertel O. Steen.

**ALTA:** Alta Motorsenter 78 44 99 50. **ALVDAL:** Granrud Bilverksted AS 62 48 98 98. **BERGEN:** Kia Bergen 55 11 99 00. **DRAMMEN:** Buskerud Bilsenter AS 32 24 15 00. **EGERSUND:** Dalane Bil AS 51 49 62 00. **ELVERUM:** Park Auto AS 62 42 60 90. **FINNSNES:** Abil AS 77 85 10 20. **FREDRIKSTAD:** Bilbutikk1 AS 69 35 50 00. **GJØVIK:** Grefsrud Bil AS 61 13 18 00. **GOL:** Glitre Bil AS 32 02 95 90. **HAMAR:** Autostrada AS 62 58 57 00. **HARSTAD:** Salminen AS 77 01 32 00. **HAUGESUND:** Varden Bil AS 52 81 45 00. **HOKKSUND:** Bråtens Bilco AS 32 75 52 99. **HØNEFOSS:** KN Bil AS 32 17 98 80. **HØYANGER:** Høyanger Bil AS 57 71 32 77. **KIRKENÆR:** Trio Bilservice AS 62 94 76 55. **KR.SAND:** Motor Sør AS 38 12 36 30. **KR.SUND:** Autocentrum AS 71 58 09 70. **KVINNHEDAD/HARDANGER:** S. Rødsten Bilforretning AS 53 48 64 11. **LARVIK:** Larvik Motor AS 33 14 18 50. **LILLEHAMMER:** Lillehammer-Bil A/S 61 26 86 00. **LØRENSKOG:** Kia Lørenskog 67 91 42 00. **MOLDE:** Årø Bilsenter AS 71 20 34 00. **NARVIK:** Autocenteret AS 76 95 03 20. **NORDFJORDEID:** Vest Auto AS 57 88 98 00. **NORDREISA:** Reisa Bilsenter AS 77 77 02 80. **OPPAKER:** Bilsenteret r2 AS 63 90 11 11. **SKI:** Torp Auto AS 64 94 58 77. **SKIEN:** Star Bilsalg AS 35 90 04 90. **STAVANGER/SANDNES:** Kia Sør Vest AS/Ålgård's Auto 51 68 22 32. **STEINKJER:** Bragstad Bil AS 74 16 28 88. **SØR-AUDNEDAL:** Vigeland Bil AS 38 25 66 62. **TROMSØ:** Teknisk Bureau AS 77 60 78 00. **TRONDHEIM:** Kia Trondheim 73 82 41 20. **TRYSIL:** Trysil Bil AS 62 44 84 00. **TØNSBERG:** City Bil AS 47 88 40 00. **VOLDA:** Volda Bilsenter AS 70 07 98 00. **ÅLESUND:** Bilbutikken Ålesund AS 70 17 80 00.

## Barth Tholens om nye tider

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

**UT AV GRØFTA:** Det er på tide å tråkke gassen i bånd og tilpasse utdanningen til virkeligheten som vil møte studentene etterpå.



# Utdannings- revolusjonen

Skal hvem som helst kunne bli sykepleier?

Eller skal man ha en sykepleierutdanning for de litt glupere?

**D**agens sykepleierutdanning er som en gammel bil før EØS-kontrollen. Listen over mangler og defekter begynner å bli så lang at det kan være fristende å skrote hele greia. Ikke bare sliter utdanningsinstitusjonene med mye rust og utdaterte deler. Verst er det at utslippet til tider grenser til det uforsvarlige.

Hovedproblemet er at høyskolene som utdanner sykepleiere, har manglet en katalysator som kan hindre at de mest uegnede kommer ut av potta bak. Utdanningen stiller rett og slett så lave krav at hvem som helst kan slippe gjennom. Kvantitet framfor kvalitet. For de flinkeste betyr det at de må slite seg gjennom et uinspirerende studie som krever lite hjerneaktivitet. Men også for de svakeste studentene er utdanningen lite egnet. I verste fall får de slippe ut i et yrke de kanskje aldri burde vært i.

Det er derfor tid for en skikkelig utdanningsrevolusjon. En ny start. I forbindelse med en varslet stortingsmelding om velferdsutdanningene til høsten, er stemningen nå lettere kaotisk. Kanonene lades, men forsvarsskansene bygges også opp. Noen ønsker seg en ny «no nonsens-skole»: Ut med «luftfagene», inn med realfagene.

Utdanningen skal ikke lenger være en boble der alt går i slow motion.

Ut med unyttig praksis, inn med sertifisering av arbeidssteder som tilbyr praksisplasser. Ut med lokale kvasi-eksperimenter, inn med nasjonale studieplaner. Ut med de dumme, inn med karakterkravene for i det hele tatt å komme inn på studiet. Der skal studentene veies og måles, testes og steames ferdig gjennom casebasert undervisning i nærkontakt med klinikken. Utdanningen skal ikke lenger være en boble der alt går i slow motion, men en fartsfull disiplin som ligner på den virkeligheten studentene vil møte senere.

Utdanningsrevolusjonen har mye for seg, men er – som alle andre revolusjoner – ikke uten paradokser. Hvor lurt er det for eksempel å høyne terskelen til utdanningen når samfunnet allerede i dag sliter med å få rekruttering til yrket? Gjør man nåløyet trangere, blir det ikke nødvendigvis flere sykepleiere av det. Å

utdanne flinkiser er i seg selv heller ikke noen garanti for at man får akkurat de sykepleierne som samfunnet trenger i fremtiden. Man trenger ikke bare en solid bachelorstudie, men også et helhetlig løp mot masterstudier innenfor forskjellige spesialiseringer. Ikke minst trenger man å tenke helt nytt i forhold til nye sykepleierroller, for eksempel i form av et studium som leder mot en «nurse practicioner» etter amerikansk modell, hvor sykepleiere overtar noen av legens roller.

Et slikt bombardement av moderniseringsideer er nødt til å møte motstand. Høyskolene selv bekymrer seg for økonomien i reformplanene (kvalitet framfor kvantitet?) og personalet er lite lystent på såkalte kombistillinger mellom skolen og klinikken. Slitsomt, synes de. I kampens hete har også kunnskapsministeren kastet inn en brannfakkell ved å tenke tanken om et felles første utdanningsår sammen med sosionomer og barnevernspedagoger. Tanken blir bastant avvist av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Her er man redd at et slikt felles år ikke vil gi bedre studenter, men tvert om undergrave utviklingen av sykepleien som spesifikk profesjon hvis kompetanse vil trenge etter samhandlingsreformen. Myndighetene ser ut til å tro at reformen vil gi større etterspørsel etter generalister som kan fylle hullene, mens NSF står på barrikaden for at det i økende grad trenges spesialkompetanse. Når man ønsker å forebygge at små helseproblemer blir store, kommer man for eksempel ikke utenom helsesøstre. Når helsetjenesten skal ta hånd om stadig flere eldre, syke mennesker, trenger man haugevis av geriatriske sykepleiere som virkelig kan noe om alderdom og sammensatte diagnoser.

Jeg håper utdanningsrevolusjonen ikke blir avlyst og parkert. Altfor lenge har sykepleierutdanningen vært som en doning man egentlig ikke tør vise fram for sine venner. Sykepleien som profesjon fortjener et moderne utdanningssystem som gir en wowfølelse og en sterk faglig identitet. Det ville ikke forundre meg om til og med gutta kom mer på banen da!

## ... den som spiser gulrøtter

Helsedirektoratet anbefaler et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt, bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.

– Velg gjerne nøkkelhullsmerkede matvarer, skriver Helsedirektoratet.

Deres nøkkelråd for et sunt kosthold er følgende:

Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag. Halvparten bør være grønnsaker. Spis grove kornprodukter hver dag.



**LIKE SUNT:** De nye kostholdsrådene relanserer fem-om-dagen-slagordet.

Foto: Coulourbox

## Nytt prioriteringsråd

Helse- og omsorgsministeren har oppnevnt nytt nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, ifølge departementets hjemmesider.

– Jeg har nå valgt å utvide rådets mandat slik at det også omfatter omsorgstjenestene, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Det nye rådet består av 15 kvinner og 10 menn, og skal ledes av helsedirektør Bjørn-Inge Larsen (bildet). Direktør Geir Stene-Larsen i Folkehelseinstituttet blir ny nestleder.



**HELSEDIREKTØR** Bjørn-Inge Larsen. Arkivfoto: Stig Weston.

## Rimeligere sykehusparkering

Regjeringen krever at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet, og at rutiner for parkering skal begrense risikoen for å få gebyr.

– FFO er svært glad for at helseministeren nå har tatt tak i det som vi i mange år har oppfattet som en urimelig økonomisk byrde for personer som har mange og lange opphold på sykehus. Vi er også fornøyd med at hensynet til disse nå blir ivarettatt, framfor parkeringsselskaper og sykehus som har ønsket å tjene penger på denne urimeligheten, sier Berit Therese Larsen, rådgiver i FFO.

**DYRT:** Sykehusparkering kan gi dype innhogg i lommeboka, men det kan det bli slutt på nå. Illustrasjonsfoto: Coulourbox.

Kilde: Funksjonshemmedes fellesorganisasjon – FFO.

# Hva skjer

### Les mer om:

- 10 Kvikksølv ødela helsen ›
- 14 Fortsatt stress på Ahus ›
- 16 Vanskelige avgjørelser ›
- 18 Kompetansekaos på sykehusene ›
- 19 Vil samle spesialiserte funksjoner ›
- 20 Trege på e-helse ›
- 21 Sinne på Rukan ›
- 22 – Vil lytte til fagmiljøene ›

**sykepleien.no**

Følg saken om omstillingene på OUS og Ahus.



## Tre sykehus i kokkefinale



**NM I INSTITUSJONSMAT:** Tre lag går til finalen.

Kongsberg sykehus, Ålesund sjukehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus er alle representert i finalen i NM i institusjonskokkfaget. I tillegg er det en kokk som representerer kommunehelsetjenesten, nærmere bestemt Grande sykehjem i Frogn kommune.

Finalen går av stabelen denne uken, og lagene lager mat som skal serveres på en allmennpsykiatrisk sengepost. Råvarene skal ifølge Delta ikke overstige 55 kroner per porsjon for begge måltidene.

Fra Kongsberg sykehus stiller Christian Andersen Holden og Dag Rasmussen. Holden har fagbrev både som restaurantkokk og servitør og har tidligere deltatt i NM og fikk sølv for innsatsen i 2005.

Fra Ålesund sjukehus stiller Anita Dalseth Bernhardsson og Hilde Lehmann Valde, for første gang i NM i institusjonskokkfaget – lag.

Det tredje laget består av Silje Krogsæter fra Lovisenberg Diakonale Sykehus, og Merethe Haugerud, som er ansatt på Grande sykehjem. Begge har deltatt i NM to ganger tidligere.

Kilde: Delta

### GJENNOMSNTLIG AVTALT MÅNEDSLØNN:

for heltidsansatte i helseforetakene per 1. oktober 2010.

Kilde: SSB Lønnstatistikk 2010





## Blodig alvor i Egypt

Sykepleiere og leger bemanner provisoriske blodbanker i Kairo. Egypterne strømmer til de utendørs blodbankene, ifølge Aftenposten. Leger og sykepleiere har satt opp bord på gaten i Kairo og også andre steder i landet. Blodet behøves for å hjelpe skadede demonstranter. Mange sykehus er i ferd med å gå tomme for blod og oppfordrer blodgivere til å melde seg.

## Stiller ikke til gjenvalg

Anna-Karin Eklund, leder i det svenske Vårdförbundet, stiller ikke til gjenvalg.

Ved kongressen 5. mai skal det velges ny leder for forbundet. Eklund har vært leder i seks år, men gir seg i vår, på grunn av helseproblemer.

– I min tid som leder har forbundet jobbet for at den kunnskapen medlemmene våre har, skal komme befolkningen enda mer til gode. Det oppleves bra at det langsiktige arbeidet begynner å gi resultater. Det har vært spennende og intensive år.

– Nå må jeg ta ansvar for min egen helse, sier Eklund i en pressemelding.



## Flere får frikort

I 2010 ble det utstedt 1 170 000 frikort under ordningen med egenandelstak 1. Dette er en sterk økning sammenlignet med 2009, skriver Helsedirektoratet på sine nettsider.

Frikortet kommer nå automatisk i posten etter at egenandelstaket er passert. Tidligere måtte brukerne samle kvitteringer og selv søke for å få frikort.

– En økning på 36 prosent utstedte frikort sammenlignet med året før, betyr at det tidligere var mange som hadde krav på frikort uten at de fikk rettigheten innfridd, sier divisjonsdirektør Christine Bergland i Helsedirektoratet.

## TERAPI

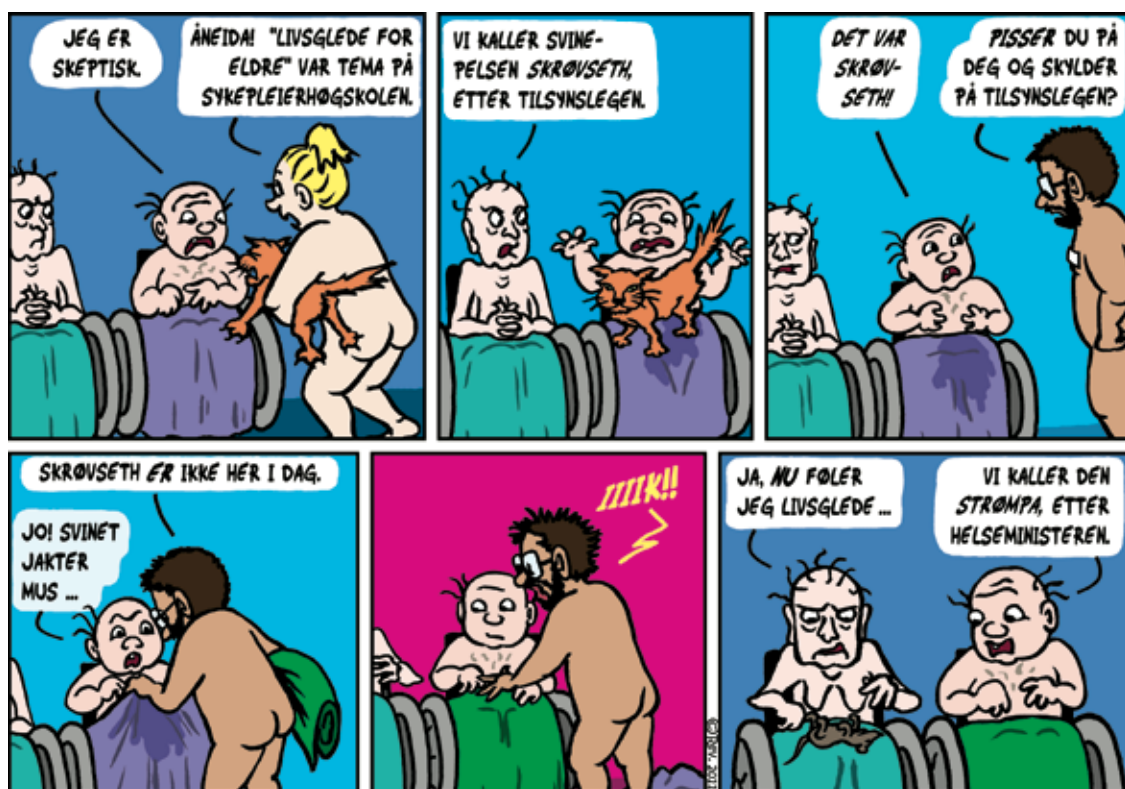


Foto: 1,6 millionerklubben

**FOR KVINNEHELSE:** (F.v.) Toppen Bech, Wenche Myhre, Alexandra Charles, Mari Maurstad.

## 1,6 millionerklubben

Å være kvinne er farligere enn du tror, sier den nystartede Norges-avdelingen av 1,6 millionerklubben. Med Wenche Myhre og Toppen Bech i front, vil de sette fokus på kvinnehelse.

Navnevalget spiller på at det var 1,6 millioner kvinner over 45 år da foreningen ble startet i Sverige i 1998. Den svenske avdelingen har i dag 34 000 medlemmer.

De norske kvinnene har ambisjoner om å spre objektiv informasjon om kvinners helse, bidra til økt forskning innen helseområder som spesielt angår kvinner, og å forbedre kvinners livskvalitet

basert på økt kunnskap og styrket helse.

1,6 millionerklubben har fått kjente norske kvinner som Wenche Myhre, Mari Maurstad og Toppen Bech med på laget.

De peker på at menn har vært normen i helsevesenet – medisinsk forskning er i overveiende grad utført på menn. Kvinner har for eksempel andre symptomer på hjerte- og karsykdommer enn menn, og klubben viser til at nærmere 40 prosent av kvinnene som får hjerte- og karsykdom dør av det, ofte fordi symptomene blir feiltolket.

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

### Tidlig ultralyd?

Hvorfor henger Norge etter i denne saken? Andre nordiske land har lenge hatt tilbud om tidlig UL (nakkefoldmåling). Det fødes fortsatt barn med forskjellige avvik i Finland, Sverige og Danmark, selv om disse avvikene kan avdekkes tidlig. Det er opp til de enkelte kvinnene (og familiene) å bestemme hva en vil gjøre. Denne valgmulighet burde alle kvinner få! Alle kan ikke takle barn med alvorlig avvik f.eks. pga. sine egne ressurser og ferdigheter.

Anonym

### Tiltaksplan for døende pasienter

Hei. Dette ser lovende ut, men mine tanker går mot de som har fremmedkulturell bakgrunn og har helt andre skikker og kulturer i henhold til livets sluttfase. Ønsker gjerne kommentarer på dette.

Spl stud Gry Ødegård, HiT

# Kvikksølv ødela helsen



Brita Rugland (73) hadde daglig nærkontakt med kvikksølv som laboratoriesykepleier. Nå er hun yrkesskadet. Kan det gjelde flere? Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M Sundt

**B**rita Rugland har fått konstatert yrkesskade av arbeidsmedisinsk avdeling ved Haukeland universitetssykehus, etter å ha blitt eksponert for kvikksølv. I seks og et halvt år på 50- og 60-tallet jobbet hun på to sykehuslaboratorier.

Siden 2006 har arbeidsmedisinsk avdeling i Bergen utredet 75 personer mistenkt for yrkesskade etter å ha vært eksponert for kvikksølv i arbeidssituasjonen. Kun sju av de 75 har fått

å ha blitt utredet ved en av de seks arbeidsmedisinske avdelingene i landet.

## Heshet, skjelving og hodepine

Rugland kremter før hun snakker. Stemmen er alltid hes. Noen ganger mister hun den helt. Men det er bare blåbær i forhold til det hun har vært gjennom av helseplager etter at hun startet på laboratoriet på Stokmarknes sykehus som nyutdannet sykepleier i 1958.

kvikksølv en del av hverdagen når hun skulle måle urinstoffet i blodprøver med et såkalt Van Slyke-apparat.

– Hodesmertene var som lyn, som elektriske støt. Og så var det voldsomme spenninger. Jeg ble sendt til Bodø for utredning og var innlagt på Stokmarknes sykehus uten at de fant årsaken til smertene, forteller hun.

Etter hvert fikk hun underlivsproblemer. Hun kunne også bli blå på beina og armene, men tenkte at hun bare hadde lett for å fryse.

## «Det var kaffeunderholdningen vår. Vi ante jo ikke at det var farlig.»

*Brita Rugland om da de lekte med kvikksølvet på laboratoriet.*

medhold fra de medisinske spesialistene der, og Rugland er en av disse sju. De andre er tidligere tannlegeassistenter, og temaet har blitt landskjent gjennom Brennpunkt-programmene på NRK.

Til sammen har rundt 40 kvinner fått godkjent yrkesskade av kvikksølveksponering etter

– Jeg tenkte ikke på at mange av plagene mine kunne skyldes kvikksølveksponering før jeg så det første Brennpunkt-programmet. Da de ramset opp symptomene på kvikksølvskader, sa mannen min: «Det er jo du!», forteller Rugland.

73-åringen tar imot Sykepleien i sin egen stue på Madla i Stavanger for å fortelle historien sin.

– Kanskje kan det være andre laboratoriesykepleiere der ute som har hatt helseplager etter at de jobbet med kvikksølv, sier hun.

Rugland skjenker kaffe i koppene. Heldigvis har den verste skjelvingen gitt seg. En periode måtte hun gå med gipsskinne på armen for i det hele tatt å kunne drikke.

I morges våknet hun med hodepine. I kveld vil hun gå til sengs med den, slik hun alltid gjør. Men hun tar sjelden smertestillende, vil ikke bli avhengig av noe.

## Kvikksølvet sprutet

Hodepinen meldte seg da hun var i begynnelsen av 20-årene, etter at hun hadde vært en stund på laboratoriet ved Stokmarknes sykehus. Der var


## Kvikksølv til kaffen

I 1960 begynte hun på laboratoriet ved Stavanger sykehus. Her var det treplanker på gulvene med store sprekker mellom og ingen ventilasjon eller avtrekksvifte over benken hvor Van Slyke-apparatet stod. Kvikksølvet sprutet daglig ut over benk og gulv når nivået ble for høyt i apparatet. De tok på det og sugde det opp med en slange som gikk til vasken. Det ble aldri luftet ut. I stedet tok de ettermiddagskaffen rundt bordet ved siden av, og lekte seg med de fascinerende kvikksølvkulene som trillet bortover bordet, etter at de hadde sprutet ut av apparatet.

– Det var kaffeunderholdningen vår. Vi ante jo ikke at det var farlig, sier Rugland.

De spiste og sov på vaktrommet ved siden av, hvor det ikke var noen tett dør imellom. Dørstokken var nedslitt. Vaktene på laboratoriet var lange. Åtte timer på dagvaktene og 22 og en halv time på nattevaktene. Ved høytider var det ekstra lenge. Rugland jobbet julehelgen fra klokka 12 på julaften til 13.30 på tredje juledag. En gang hun hadde sovet på jobb, besvimte hun.

Hun fikk alvorlige fordøyelsesproblemer som hun fremdeles sliter med. I dag har hun en streng diett for å holde intolerans-symptomene i sjakk.

– Vi kan ikke reise noe sted hvis vi ikke har egen mat med, og jeg får ingen støtte fra Nav til spesialdiett, slik cøliaki-pasientene får, forteller hun. 

### NSF hjelper



Norsk Sykepleierforbund (NSF) har hjulpet Brita Rugland å fremme krav om yrkesskadeerstatning. Forbundet kan hjelpe flere.

Hvis en sykepleier mistenker yrkesskade av kvikksølv, kan vedkommende ta kontakt med fastlegen sin eller Nav. Derfra kan det bli henvist til spesialist for utredning. Det er viktig at skaden raskt blir meldt Nav og forsikringsselskap.

– Medlemmer kan ta kontakt med oss. Vi hjelper og veileder, sier jurist Yvonne Frøen, spesialrådgiver i NSF.

NSF hadde i fjor 210 løpende yrkesskade/yrkessykdomssaker til behandling. Forbundet oppnådde over 16,3 millioner kroner i utbetalinger til medlemmene.



**VAN SLYKE-APPARAT:** Brita Rugland viser hvordan kvikksølvet i kolben rant gjennom slangen og sprutet opp over kanten i andre enden.

### Sliter med hukommelse

I 1964 sluttet hun på laboratoriet og fortsatte som sykepleier i ulike stillinger.

Etter noen år kom hukommelsesproblemene. I dag har hun vansker med å komme på enkelte ord, og det stopper ofte opp når hun snakker. Konsentrasjonsevnen, balansen og finmotorikken er redusert.

– Jeg har vansker med å følge med på tv og klarer nesten ikke å sy i en knapp. Håndarbeid har jeg måttet gi helt opp. Håndskrifta mi er dårlig. Av og til forstår jeg ikke hva jeg selv har skrevet. Kreftene er også borte.

– Når en pasient skulle ligge med føttene hevet, kunne jeg løfte pasientsengen i ene enden mens den andre sykepleieren satte klosser under beina på sengen. Nå må jeg samle alle kreftene jeg har for å skru på oppvaskmaskinbryteren, sier Rugland.

### Nav i Oslo sa nei

Rugland giftet seg og hadde problemer med å bli gravid. Hun aborterte en gang. De adopterte en gutt og en jente. Etter 12 år ble hun gravid, men

måtte ligge mesteparten av svangerskapet. I 1975 fødte hun en sønn fire uker for tidlig, på 1800 gram. Da hadde hun svangerskapsforgiftning.

I 1989 ble hun uføretrygdet på grunn av muskel- og leddsmarter, fordøyelse- og hukommelsesproblemer. Da var hun 52 år.

Kravet til Rugland om å få godkjent yrkesskade på grunn av kvikksølveksponeringen, ble innvilget hos det lokale Nav-kontoret. Men yrkessykdomskontoret, det sentrale Nav-kontoret i Oslo, sa nei. Det har det gjort til samtlige tannlegeassistenter som har fått saken sin behandlet hos Nav, selv etter å ha fått godkjent status som yrkesskadet av de seks arbeidsmedisinske avdelingene i landet.

– Nav sier jeg ikke kan være forgiftet fordi det ikke vises på noen blodprøve eller urinprøve, men det gjør det jo ikke for noen etter så lang tid, sier Rugland.

### Skjelving og visuell hukommelse

Halveringstiden for kvikksølv i blodet er cirka to måneder.

– Det er ikke mulig å måle noe kvikksølv fra

tidligere eksponering i blodet eller urinen mange tiår etterpå. Men studier har vist at kvikksølv samles mer i visse typer vev som hjernen, nyrene og skjoldbruskkjertelen, sier Endre Sundal, nevrolog og overlege ved yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland universitetssykehus.

Sundal er en av dem som har undersøkt Brita Rugland. Han forteller at autopsimateriale fra arbeidere i kvikksølvgruver og industri har vist at kvikksølvet særlig lagres i lillehjernen, bak-hodelappene og basalgangliene.

– Man ville forvente utslag på tremor og visuell hukommelse, men vi har ikke i vårt materiale fra tannlegeassistentene funnet at dette går typisk igjen, sier han.

Symptomene handler mye om tretthet, hodepine, konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker og tremor. Fra internasjonal vitenskapelig litteratur som omhandler andre yrkesgrupper eksponert for kvikksølv, er det dokumentert skader i sentralt og perifert nervesystem, samt skade på nyrene.

– Smerter i håndledd er et hyppig symptom der, men det er uvisst om dette kan være en in-

# – Bør skape presidens

Trygderetten har gitt to tannlegeassistenter medhold i at de er kvikksølvskadet.

Nå mener flere at kjennelsene bør skape presidens. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **NSF**

**S**tortingspolitiker Laila Dāvøy (KrF) har uttalt at Trygderettens kjennelser bør skape presidens. Det er jurist Yvonne Frøen, spesialrådgiver i NSF, enig i.

– Særlig den ene av de to kjennelsene. Retten slår blant annet fast at det er feil når Nav stiller et skjerpet krav til dokumentasjon av et «karakteristisk sykdomsbilde», sier hun.

### Anke til lagmannsretten

Det er imidlertid blitt signalisert at myndighetene vurderer å anke kjennelsen til lagmannsretten.

– Det vil være svært spesielt om det skjer. Så vidt jeg kjenner til har det ikke skjedd tidligere, sier Frøen.

I Norge er det praksis at Nav lojalt skal følge opp rettens kjennelser.

– Det blir helt urimelig om myndighetene skal saksøke en person fordi vedkommende har fått medhold i Trygderetten, gjerne etter år med saksbehandling i Nav-systemet. Det blir en enorm tilleggsbelastning for den enkelte, sier Frøen.

– Bør Nav gå gjennom sine rutiner og lage et nytt regime?

– Ja, helt klart. Det er svært betenkelig når Yrkessykdomskontorets leger overprøver de tunge, medisinske fagmiljøene i Norge i samtlige kvikksølvssaker. Det har de gjort uten å kunne fremvise seriøs vitenskapelig dokumentasjon for sitt syn, og uten å ha spesialkompetanse på området. Dette skjer også i andre typer yrkesskadesaker, forteller Frøen.

### – Lave krav

Endre Sundal, nevrolog og overlege ved yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland universitetssykehus, synes Trygderetten i de to ankesakene har stilt lave krav, og sier de to tannlegeassistentene ikke ville fått godkjent yrkesskade hvis de hadde blitt undersøkt av teamet på Haukeland.

– I den ene saken foreligger to spesialisterklæringer fra samme avdeling med motsatt konklusjon og i den andre saken konkluderer Trygderetten motsatt av den vurderingen spesialistene har gjort, sier han og fortsetter:

– Trygderetten har snudd 180 grader og stiller ikke en gang krav til relevante nevropsykologiske funn. Eneste krav er en relevant

eksponeringsbeskrivelse og symptomutvikling. Det er på tvers av de kravene vi må ha til dokumentasjon. Skal dette være standarden, må vi også få nye retningslinjer. I så fall er det flere enn de sju av våre 75 saker som skulle fått godkjent yrkesskade.

### Nav skal forbedres

Behandlingen av alle kvikksølvssaker ble stanset i Nav før jul, i påvente av at et utvalg fra Arbeids- og velferdsdirektoratet skulle gå gjennom etatens behandling av disse sakene. Utvalget kom med sin rapport den 1. februar, og her innrømmes det at det er rom for forbedring i behandlingen av kvikksølvssaker. Blant annet nevnes at Nav bruker for lang tid på å innhente opplysninger i en del saker og at etaten kan bli bedre på brukersamhandling. Det foreslås flere tiltak for å bedre på dette. De ønsker også et nærmere samarbeid med helseforetakenes spesialister.

– Hvis dette betyr at Nav nå vurderer en ordning der de automatisk følger erklæringer utarbeidet av spesialister ved helseforetakene, må det

direkte følge av nerveskade, forklarer Sundal.

Et laboratorium (X-lab) har vist at når kvikksølv varmes opp, slik det ble gjort når tannlegeassistenter skulle lage kobberamalgam, blir nivåene av kvikksølv i pustesonen cirka 500 ganger høyere enn nivåene målt på tannlegekontor der det brukes vanlig amalgam.

– Målingene deres er en av grunnene for at vi bestemte oss for å undersøke sakene til tannlegeassistenter, sier Sundal.

#### Diffuse lidelser

– Men Rugland varmet ikke opp kvikksølvet?

– Det er hovedsakelig tre grunner til at Rugland fikk godkjent yrkesskade av oss: Hun ble utsatt for en konstant eksponering ved at de nærmest bodde på laboratoriet. Det var mye sølv med kvikksølv, og det var ingen utlufting eller ventilasjon. Det er ikke påvist noen annen årsak til plagene hennes og symptomene hun utviklet oppstod i rimelig tid etter eller i forbindelse med eksponeringen hun ble utsatt for, sier Sundal.

Dette er krav som stilles til alle sakene de arbeidsmedisinske avdelingene undersøker. Yrkes-

skade som følge av kvikksølveksponering har et diffust utfallsmønster. Mange av plagene ligner symptomer som kan oppstå ved andre lidelser, og det er ikke dokumentert hvordan symptomene henger sammen med graden av eksponering.

## «Dette var en spesiell arbeidsplass.»

Neurolog Endre Sundal

Derfor blir det viktig med en bred differensialdiagnostisk utredning.

– Kvikksølvskade krever en vel så grundig utredning som løsemiddelskade. Vi tar blodprøver og nevropsykologiske tester på alle. På enkelte tar vi også MR og EEG. Noen er mer sårbare enn andre, derfor er det også individuelle forskjeller på hvem og i hvor stor grad noen rammes, forklarer Sundal.

Det stemmer for Brita Ruglands tilfelle. Da hun fikk godkjent yrkesskade fra Haukeland, samlet hun sine gamle kolleger fra laboratoriet i Stavanger og fortalte dem det. Ingen av de andre hadde opplevd lignende helseplager.

#### Små erstatningssummer

– Tror du det kan være flere gamle laboratoriesykepleiere der ute som har blitt kvikksølvskadet, Sundal?

– Jeg tror ikke det kan gjelde mange sykepleiere. Dette var en spesiell arbeidsplass ettersom

Van Slyke-apparatet med kvikksølv stod i de samme lokalene som ble benyttet til pause-, spise- og vaktrom. På den måten fikk hun i perioder en døgkontinuerlig eksponering. Neurologen kjenner heller ikke til andre lignende tilfeller.

Nå har Brita Rugland anket til Trygderetten. Før jul fikk to anker fra tannlegeassistenter medhold der. Det gir Rugland håp om at hun også kan få det.

– Det handler egentlig om små summer: Mellom 50 og 100 000 kroner i ménerstatning, noen tusenlapper ekstra i pensjon i året og gratis medisin, hvisker hun.

Stemmen har gitt seg etter to timers samtale. ■■■



**BETENKELIG:** Jurist og spesialrådgiver i NSF, Yvonne Frøen synes det blir svært betenkelig når Yrkessykdomskontorets leger overprøver de tunge, medisinske fagmiljøene i Norge i samtlige kvikksølv saker.

være et stort fremskritt. Men det gjenstår å se, kommenterer Yvonne Frøen.

Utvalget tar ikke standpunkt til om rutinen hos Nav bør legges om som følge av Trydretens kjennelser. I stedet sendes denne avgjørelsen videre til Arbeidsepartementet, der det bes om en vurdering av hvordan Nav i sin fremtidige saksbehandling skal forholde seg til denne kjennelsen.

I rapporten heter det at Trygderettens kjennelse innebærer «en betydelig endring av praksis, som etter arbeidsgruppens faglige vurdering, vil være i strid med det tydelige regelverket lovgiver har fastsatt».

Dette er NSF uenig i.

– Vi mener Trygderettens kjennelse gjenspeiler riktig lovforståelse og at Nav må legge denne til grunn for sin videre behandling av yrkessykdomsaker, sier Frøen.

Arbeids- og velferdsdirektør Joakim Lystad er imidlertid fornøyd med anbefalingene hans egetoppnevnte utvalg har kommet fram til.

– Jeg vil iverksette de foreslåtte tiltakene så snart det lar seg gjøre, lover han.

Velkommen til

INGA-LÅMI  
LILLEHAMMER SKIKLUB  
2011

Norges største jentelangrenn!

SKIGLEDE

INGA-LÅMI

Lørdag 12. mars 2011 • Lillehammer

www.inga-laami.no • post@inga-laami.no • Telefon 61 27 58 15

Lillehammer

# Fortsatt hektisk på Ahus

– Nå må vi finne en varig løsning på problemene, krever Kai Øivind Brenden, hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund ved Ahus. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

**B**renden kan fortelle om fortsatt høyt arbeidspress for sykepleierne ved sykehuset. Etter nyttår fikk sykehuset utvidet pasientgrunnlag og 750 nye helsearbeidere som gikk rett på opplæring. Stort tilsig av akuttpasienter førte til kaos i januar, og et svært tøft arbeidspress for de ansatte. Enkelte avdelinger hadde mange korridorpasienter.

– Det er fortsatt korridorbelegg på Ahus og pågangen av pasienter er høy. Dette fører til fortsatt økt behov for personell, sier han.

## Ekstraordinære tiltak

Avtalen om merarbeid for sykepleiere og spesialsykepleiere som ble inngått frem til 31. januar,

er nå blitt forlenget til midten av februar.

– Dette er ikke varige løsninger og etter hvert som personellet blir ferdig med opplæring, håper vi behovet for slike ekstraordinære tiltak opphører.

– Det er bekymringsfullt at arbeidspresset på sykepleietjenesten over tid er så høyt, derfor må NSF sammen med ledelsen arbeide for å finne mer varige løsninger på denne utfordringen, krever han.

## – Fordelt belastning

– Belastningen med korridorpasienter er nå mer jevnt fordelt på de ulike avdelingene, sier

Geir Lindhjem, kommunikasjonsdirektør ved Ahus.

– Avtalen om merarbeid er videreført i 14 dager for lungemedisinsk avdeling. Fem-seks avdelinger har brukt avtalen i januar. Det har lettet ressursituasjonen betraktelig, sier Geir Lindhjem.

Sykehuset har foreløpig ikke konkrete tall på hvor mange sykepleiere som jobbet ekstra i januar, men Lindhjem bekrefter at det ved enkelte avdelinger var veldig mange som benyttet seg av den ekstraordinære avtalen. Sykehuset har foreløpig heller ikke oversikt hvor mange eksterne vikarer som ble innleid i januar. ■■■

## Høy lønn gir utholdende sykepleiere

En palestinsk studie viser at jo mer fornøyd sykepleiere er med lønn og andre arbeidsvilkår, jo mer tåler de stressende turnusarbeid. Tekst Eivor Hofstad

**S**ykepleier Yousef Jaradat har utført en studie på Vestbredden hvor han har inkludert 422 sykepleiere i kommune- og spesialisthelsetjenesten for å se hvordan tredelt turnusarbeid påvirker den mentale helsen deres. Studien er gjort i samarbeid mellom Universitetet i Oslo og palestinske universitet og venter på å bli publisert i et internasjonalt tidsskrift.

Sykepleierne ble spurt om hvor fornøyd de var med jobben sin i form av lønn, anerkjennelse, om de overordnede brydde seg om dem og om de trivdes generelt på jobben. Blant sykepleiere som anga lav jobbtilfredshet, jobbet en stor andel tredelt turnus, med dag-, kveld- og nattevakter i samme uke. Motsatt viser resultatene at av sykepleiere som var godt tilfreds med jobben sin, jobbet en stor andel kun dagtid.

En av veilederne til Jaradat har vært psykolog Rita Bast-Pettersen, forsker ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami).

– Sykepleiere som jobbet turnus, rapporterte

flere psykiske plager og lavere velvære. De negative effektene av turnus ble avhjulpet dersom sykepleierne syntes de hadde gode arbeidsvilkår, sier Bast-Pettersen.

## Kjønnsforskjeller

I studien til Jaradat var det 38 prosent menn. Derfor har han kunnet se på om de to kjønnene takler turnusarbeid likt. Kvinner rapporterte generelt dårligere mental helse enn menn, men menn så ut til å tåle turnusarbeid dårligere enn kvinner.

– At kvinner rapporterer dårligere mental helse enn menn, er i overensstemmelse med andre studier, sier Bast-Pettersen.

Men at menn ser ut til å tåle turnusarbeid dårligere enn kvinner, tror både hun og Jaradat kan ha med kulturen å gjøre.

– Palestinske menn har mer ansvar for familiemedlemmer som foreldre og søsken. De har et større økonomisk ansvar og deltar mer på møter ute i samfunnet, forklarer Bast-Pettersen.

I studien viste det seg at 76 prosent av mennene støttet andre familiemedlemmer økonomisk, mens tilsvarende tall for kvinnene var 24 prosent. I tillegg hadde 30 prosent av mennene en ekstrajobb ved siden av sykepleierstillingen. Blant kvinnene var det bare 8,7 prosent som hadde det.

## Barn gir ulik effekt

Et annet interessant funn var at antall barn hadde motsatt effekt på kvinner og menn.

– Når familien hadde 7–8 medlemmer, fant vi lavest stress hos kvinnene. For mennene sin del var det lavest stress når familien bare var mellom en til fire personer, sier Bast-Pettersen.

Hun antar at dette også skyldes kulturelle forskjeller.

– Det er mindre akseptert for kvinner ikke å ha barn hvis du er gift. Familiestrukturen er helt annerledes. De hjelper hverandre. Og de som ikke har barn må hjelpe de som har barn, sier Bast-Pettersen. ■■■

# En sikker beskyttelse mot eksponering av antibiotika\*

PhaSeal® er et lukket system som gjør at du på en sikker måte kan håndtere antibiotika uten å bli eksponert. Systemet er utformet slik at du enkelt kan tilføre legemidler både for infusjon og injeksjon.

PhaSeal anvendes i dag rutinemessig ved sykehus i over 30 land. Systemets effektivitet når det gjelder å forhindre spredning av legemidler i arbeidsmiljøet er bekreftet i en rekke uavhengige vitenskapelige studier.

For mer informasjon, besøk [PhaSeal.com](http://PhaSeal.com)



\*PhaSeal kan ved klargjøring og administrering også anvendes til andre typer farlige legemidler, f.eks. cytostatika.

**PhaSeal®**

# Hverdag med raske og vanskelige avgjørelser

» «3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø» er et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom Arbeidstilsynet, Nav og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, blant annet Norsk Sykepleierforbund. Målet med prosjektet har vært å forbedre arbeidsmiljøet, redusere sykefraværet og øke den reelle pensjoneringsalderen i blant annet sykehjemsektoren.

» Endelig sluttrapport kommer i mars 2011.

Fire av ti sykehjemssykepleiere opplever at arbeidet krever maksimal oppmerksomhet hele tiden. Tekst Bjørn Arild Østby

**D**et går fram av en spørreundersøkelse i forbindelse med prosjektet «3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø».

Jobbkraft er i undersøkelsen definert som alle hendelser, forhold og betingelser på arbeidsplassen som gjør at den enkelte må handle og reagere. Kravene er ikke nødvendigvis belastende i seg selv, men det kan bli resultatet når

kravene oppfattes som vanskelige eller umulige å håndtere for den enkelte.

Kombinasjonen av høye jobbkraft og liten grad av kontroll er forbundet med økt dødelighet, risiko for hjerte- og karsykdommer, utmattelse, redusert arbeidsevne, manglende arbeidslyst, samt redusert kapasitet til å hente seg inn igjen på fritida.

## Høyt tempo

Vel 10 prosent av alle ansatte ved sykehjemmene rapporterer at særlig høye kvantitative krav er en del av hverdagen. Det betyr ujevn arbeidsmengde, overtidarbeid og å ha for mye å gjøre. Blant sykepleiere svarer nærmere dobbelt så mange, «meget ofte eller alltid» på spørsmålet «Er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo?». På spørsmålet «Krever arbeidet ditt maksimal oppmerksomhet?» svarer vel fire av ti sykepleiere ja på svaralternativet «meget ofte eller alltid». Blant alle ansatte svarer rundt 30 prosent det samme. Svarene betyr at sykepleierne stadig opplever å måtte ta raske avgjørelser, vise maksimal oppmerksomhet og å ta kompliserte avgjørelser i arbeidshverdagen.

## «Arbeidet krever maksimal oppmerksomhet.»

Ansatte ved sykehjem som opplever særlig store krav i jobben høsten 2010 og høsten 2008 (prosent).

Krav	Totalt		Sykepleiere		Hjelpepleiere		Ufaglærte	
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
Kvantitative krav	10,2	12,0	18,0	21,4	7,6	7,5	7,0	11,3
Beslutningskrav	30,2	29,6	40,2	35,9	26,2	28,6	26,8	22,6

Kilde: 3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø. Stami Rapport nr. 9/2010

## Omfattende undersøkelse

I undersøkelsen er det også stilt spørsmål i forhold til kontroll over arbeidsintensitet, rollekonflikt, støtte fra nærmeste overordnede og kolleger, samspill mellom arbeid og privatliv, tilhørighet til organisasjonen og karrieremuligheter.

Sluttrapporten er ventet ferdig i løpet av mars. ■■■





Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

4-11

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

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

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

## OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

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

## UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

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

## TRYGT KVALITETSPRODUKT

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

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på [mollers.no](http://mollers.no)



VIL DU VITE MER?  
[www.mollers.no](http://www.mollers.no)  
grønt nr: 800 80 555

**MÖLLER'S**

GRUNNLAGT 1854



**ARBEIDSGIVERS ANSVAR:** NSF mener at et systematisk arbeid med kompetanseutvikling ikke burde være et individuelt ansvar, men et krav fra arbeidsgiver med medfølgende støtte og ressurser.

# Kompetansekaos på sykehusene

Spesialisthelsetjenesten aner ikke hvor mye den bruker på kompetanseutvikling for sine ansatte eller hva de ansatte faktisk kan. Kanskje er det noe å lære fra finanssektoren?

Tekst **Eivor Hofstad** Illustrasjonsfoto **Stig Weston**

**K**ompetanseutviklingen lider i norsk spesialisthelsetjeneste. Det er i dag ingen total oversikt over ressursbruk knyttet til kompetanseheving. Man vet verken hvor mye ressurser som brukes, eller hvilke områder som prioriteres. Nøkkelkompetanse er i liten grad definert.

Dette er en av konklusjonene i rapporten «Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge», som McKinsey&Company har laget på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Den norske legeforening.

Utredningen inneholder i tillegg en beskrivelse av dagens situasjon, planer og mulige gevinster knyttet til investeringer innen bygg, medisinskteknisk utstyr og ikt. Når det gjelder investeringene i medisinskteknisk utstyr, er Norge på nivå med resten av OECD-landene. Men på de andre feltene henger vi tydelig etter.

### Ad-hoc-aktig

Rapporten definerer kompetanse ikke bare som kompetanse innen hver profesjon i helsevesenet. Men også som god ledelse, systematisk arbeid med kvalitet og sikkerhet, optimalisering av drift og systematisk definering og utbredelse av beste praksis.

Konserntillitsvalgt for NSF i Helse Sør-Øst, Kirsten Brubakk, bekrefter inntrykket og påpeker at selv om utdanning er en av de lovpålagte oppgavene til de regionale helseforetakene, er

temaet altfor lite kommunisert i ledelseskommunikasjonen.

– Kompetanseheving for de ansatte skjer litt ad-hoc-aktig. Vi har ingen overordnet plan og det er ikke kartlagt hva folk kan utover den faglige kompetansen som kreves for den profesjonen de har. Det er et paradoks at vi kaller oss kunnskapsbedrift og så vet vi så lite om hva folk faktisk kan.

Meningen er at dette skal inn i medarbeidersamtalene, men Brubakk ser at det er krevende for mange ledere å prioritere dette i en svært travel hverdag.

– Dette er et krevende område å ta tak i fordi vi mangler en grunnleggende diskusjon om hva som er nøkkelkompetanse og hvordan vi skal forvalte og utvikle denne. Nå vet vi ikke hvilken ende vi skal begynne å nøste i, sier hun.

### Sentralavtale som verktøy

– Det viktigste er ikke hvilken ende man begynner i, men at man starter arbeidet med å få den nødvendige oversikten. Man kommer til samme stedet til slutt, uansett, trøster Pål Adrian Hellman.

Han er nestleder i Finansforbundet, fagforeningen til blant annet bank-, forsikrings- og it-ansatte. I sentralavtalen med Finansnærings Arbeidsgiverforening har forbundet vedtatt at kompetanseutvikling skal prioriteres og at det er bedriftens ansvar å kartlegge sitt kompetansebehov og initiere tiltak.

– Bedriftene bruker et sted mellom 10 000 og 20 000 kroner per hode på kompetanseutvikling i året. Sentralavtalen brukes av tillitsvalgte lokalt. Manglende kompetansekartlegging og tiltak er tariffbrudd, sier Hellman.

Eldar Kjendlie har ansvaret for kompetansehevingen til 500 ansatte i Sparebanken Hedmark.

– Vi legger til grunn at inntil 10 prosent av arbeidstiden i løpet av et år går med til kompetanseutvikling av ulik karakter, sier han.

### Laget autorisasjonsordning

For tre-fire år siden var Finansforbundet omtrent der NSF er i dag, ved erkjennelsen av at sektoren hadde for liten oversikt over hva de ansatte kunne og hvilke behov de hadde for kunnskapsutvikling satt opp mot et fremtidsbehov.

– I tillegg så man at antallet klagesaker økte, der kunder mente de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om kompliserte finansielle produkter. Sammen med arbeidsgiversiden innså vi at vi måtte gjøre noe, forklarer Hellman.

Det første de gjorde, var å definere rollene mellom kunde og rådgiver, samt hvilke produkter rådgiverne skulle selge. Så kartla de hva de ansatte kunne, og startet arbeidet med et kjempemessig kompetanseløft: Selv om ikke myndighetene påla dem det, laget de en autorisasjonsordning for finansielle rådgivere

(AFR) for å fremme og sikre nødvendig kunnskap, holdninger og ferdigheter hos finansielle rådgivere, slik at kvaliteten på den finansielle rådgivningen overfor kundene ble styrket.

Den 1. april er deadline for første runde. Da har 7 500 ansatte vært gjennom en teoretisk og en praktisk prøve som til sammen tar fra to til fire måneder å fullføre. Andre runde kommer når de skal reautoriseres etter to år.

– Finansieringen av AFR har ikke vært noe tema ennå. Hver institusjon betaler for sine

ansatte, og de har valgt å se på det som en investering, sier Hellman.

#### Kvalitetsmålinger øker

Snart kan finansnæringen begynne å måle resultatene av innsatsen.

– Vi vil fortsette å kjøre kundetilfredshetsundersøkelser hvor vi spør om kvalitet. Vi kan også se om antallet klagesaker går ned, sier Hellman.

Han ser likhetstrekk mellom finans- og

helsesektoren ved at begge i økende grad må forholde seg til kvalitetsmålinger.

– Da må kompetansen måles. Det blir vanskelig å behandle klagesaker dersom man ikke vet hvilken kompetanse de ansatte har. Dessuten er det en tiltrekningskraft i det å kunne legge midler til kompetanse på bordet når man skal rekruttere nye ansatte. 20-25-åringene i dag er mye mer opptatt av å bruke kompetansen sin og ha muligheter til å utvikle seg, enn før.



**BYGG:** Nye Akershus universitetssykehus stod ferdig 1. oktober 2008 til en prislapp på 14,2 milliarder kroner.

## Vil samle spesialiserte funksjoner

Med dagens bruk av sykehus trengs det 5 000 nye sengeplasser i 2030. Det vil si 7–8 nye sykehus på størrelse med Akershus universitetssykehus. Urealistisk og ikke ønskelig, ifølge ny utredning.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Marit Fonn**

**R**egnestykket blir presentert i rapporten «Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge» som McKinsey&Company har laget på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeförening. Ifølge rapporten vil investeringer i sykehusbygg gi gevinster både når det gjelder kvalitet og ressurseffektivitet. Det avhenger imidlertid av hvor og hvordan investeringene blir benyttet, ifølge utredningen. Den gir selv svaret:

– Den positive kvalitetseffekten ved å samle spesialiserte funksjoner på færre steder er godt dokumentert og faglig anerkjent, både i Norge og internasjonalt. Videre vil samling av funksjoner gjøre det mulig å utnytte knappe ressurser og infrastruktur på en bedre måte.

Utredningen baserer seg på offentlig tilgjengelig data og dokumenter, og er kvalitetssikret gjennom supplerende intervjuer med nøkkelpersoner innenfor ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

– Konklusjonene i utredningen står pro-

sjektgruppen ansvarlig for, kommenterer forbundslederne i NSF og Dnlf.

#### Økt etterspørsel

Det er Sintef som har anslått behovet for økning av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten til mer enn 30 prosent innen 2030, forutsatt dagens bruk av sykehus. Bakgrunnen er stor økning i andel eldre, endring i sykdomsbildet, teknologisk utvikling og økt forventning til hva spesialisthelsetjenesten kan tilby.

Ifølge utredningen fra McKinsey&Company vil imidlertid behovet for sengeplasser kunne reduseres hvis man lykkes med en overgang til mer dagbehandling, bedre intern logistikk og samhandling med førstelinjetjenesten. Økt investering i medisinsk-teknisk utstyr vil også redusere unødvendig tidsbruk og gi kortere liggetid.

#### Behov for vedlikehold

Det er i dag et stort vedlikeholdsetterslep på

bygningssmassen i norske sykehus, med det er uklart hvor stort det er.

I 2007 kartla Multiconsult bygningssmassen og kom til at utbedringsbehovet var på totalt 55 milliarder kroner, og at det var nødvendig med 20–25 milliarder for å løfte dagens bygningssmasse til en akseptabel standard.

McKinsey&Company mener det er et betydelig potensial for arealreduksjon i eksisterende bygningssmasse. Å ta ut 20 prosent av arealet vil for eksempel mer enn halvere det umiddelbare behovet for vedlikehold på 20–25 milliarder.

#### Viser til Danmark

I steder for å ta utgangspunkt i dagens bygningssmasse vil en mer rasjonell sykehusstruktur kunne gi både økonomiske og kvalitetsmessige gevinster. Det kan skje ved å samle spesialiserte funksjoner og en økt desentralisering av mindre spesialiserte funksjoner. Utredningens konklusjon er at en samling av akuttfunksjoner og spesialiserte funksjo-

ner vil gi betydelige stordriftsfordeler.

McKinsey&Company viser i denne sammenheng til Danmark hvor det har vært en forutsetning for nye investeringsplaner at flere funksjoner samles på færre steder. Begrunnelsen er sammenheng mellom volum og kvalitet av helsetjenestene, og at en samling av funksjoner vil bidra til en mer hensiktsmessig utnyttelse av knappe personalressurser, spesialisert kompetanse og utstyr.

– Gitt at Norge har en annen geografi enn Danmark må de skisserte verdiskapningsmulighetene

veies opp mot særskilte utfordringer knyttet til geografi og avstander i Norge. I debatten vil det imidlertid være viktig å synliggjøre at større nærhet vil gå på bekostning av kvalitet, utnyttelse av knappe ressurser og kostnadseffektivitet, heter det i utredningen.

### Bedre pasientforløp

Investeringer i bygg handler i bunn og grunn om å intensivere og optimalisere behandlingen i det tidsrommet pasienten oppholder seg på sykehus,

blir det påpekt i utredningen, som kommer med følgende anbefaling:

– For å legge til rette for et mer strømlinjeformet pasientforløp er fysiske rammer en forutsetning, for eksempel gjennom redusert behov for sengeplasser, men flere rom til akutt behandling. Samtidig er sykehus ofte organisert etter medisinsk spesialitet. En mer moderne sykehusstruktur kan muliggjøre en mer hensiktsmessig organisering av sykehusets ressurser inn mot behandlingsforløp.

# Treige på eHelse

Norge topper når det gjelder investeringer i helsetjenesten. Med ett unntak – ikt. Nabolandet Sverige bruker nesten 40 prosent mer på ikt per innbygger enn oss.

Tekst Bjørn Arild Østby Arkivfoto: Erik M. Sundt

I perioden 2005–2009 ble det i spesialisthelsetjenesten i snitt investert 149 kroner i ikt per innbygger i året. Til sammenlikning investerte banken DNB NOR 385 kroner i ikt per kunde i 2009. Tallene er framskaffet av McKinsey&Company og presentert i rapporten «Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge».

### Investerer lite

Norge har infrastrukturen som er nødvendig for et godt eHelse system, men det er lite koordinert satsning på dette. Sammenliknet med de beste landene i OECD har Norge mye å hente på å bruke elektroniske løsninger til

å støtte og effektivisere arbeidsprosesser og å øke helsepersonells vilje til å bruke ikt.

De siste fem årene har de regionale helseforetakene (RHF-ene) samlet investert 3 milliarder kroner i ikt. Utgiftene til dette utgjør omtrent 1,6 prosent av inntektene. Det er på nivå med råvareproduserende industrier som energi, byggeindustri og gruvedrift. Med det investeringsnivået som er planlagt i 2014 vil andelen i RHF-ene øke til rundt 2,1 prosent. Det er fortsatt svært lavt i forhold til mer sammenlignbare industrier som farmasøytisk industri og reiselivsnæringen. Ikt-drevne industrier som bank har ikt-utgifter som ligger over 5 prosent av totale inntekter.

### Mange utfordringer

Spesialisthelsetjenesten står overfor mange utfordringer knyttet til ikt, ifølge utredningen.

Den største utfordringen er kanskje i forhold til samhandlingsreformen. Et velfungerende ikt-system er helt avgjørende for å nå målet om bedre pasientbehandling og mer helse for hver krone. Spesielt viktig vil det være å bedre informasjonsutvekslingen mellom de ulike aktørene som yter helsetjenester, ifølge utredningen.

Videre krever Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet til RHF-ene at de skal erstatte papir med elektroniske løsninger, innføre e-resept og ta i bruk nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner.

Ifølge rapporter fra helseforetakene til-

fredsstiller enkelte av dagens ikt-løsninger ikke grunnleggende funksjonalitetskrav og bør erstattes. Og etter hvert blir det en stor utfordring å drive og vedlikeholde dagens utstyrspark.

### Mye å spare

I dag går en betydelig del av spesialisthelsetjenestens utgifter til administrasjon. Dette skyldes blant annet at helsepersonell bruker mye tid på ikke-pasientrelaterte arbeidsoppgaver. Ifølge utredningen vil økte ikt-investeringer medføre reduksjon av de administrative kostnadene.

Ved innføring av elektroniske løsninger og systemer kan man også unngå dobbelt- og unødvendig arbeid og dermed redusere de kliniske kostnadene. I Canada ble for eksempel antall dupliserte laboratorietester redusert med 15 prosent ved å innføre elektronisk billediagnostikk.

Til sist vil det øke den medisinske kvaliteten. Gjennom for eksempel kjernejournal, elektronisk kurveløsning og eResept er det mulig å hente ut betydelig gevinster i form av økt kvalitet. Tilfredsheten og kompetansen til helsepersonell vil også øke gjennom reduksjon av administrative oppgaver og mer tid hos pasienten.

I tillegg til økte ressurser vil innføring av nye ikt-løsninger kreve endringer av arbeidsmåter, holdninger og handlemønstre hos store grupper ansatte og at gamle arbeidsprosesser erstattes av nye, konkluderer McKinsey. ■■■



**IT-ULAND:** Norsk helsepersonell er mindre villige til å ta i bruk ikt sammenlignet med de beste landene i OECD.



# Sinne på Rjukan

Da forrige utgave av Sykepleien kom til Rjukan, reagerte sykepleierne. Tekst **Marit Fonn**

**D**et var utsagnet «jeg ville vært skeptisk til å føde på Rjukan», som var tungt å svelge – til og med uttalt av foretakstillitsvalgt Ann Iserid Vik-Johansen.

– Dagen etter kom henvendelsene fra mildt sagt sinte medlemmer som truer med å melde seg ut av forbundet, forteller Arild Standal, som er hovedtillitsvalgt ved klinikk Notodden og Rjukan.

– De opplever at deres foretakstillitsvalgte har uttalt seg på sviktende grunnlag og ikke kjenner sykehuset godt nok. De er også fortørnet over en tillitsvalgt som snakker negativt om vår arbeidsplass når fødetilbudet ble nedlagt i 2008.

Han påpeker at det paradoksale i uttalelsen er at som førstegangsfødende var det klare kriterier om hvem som skulle få føde her, nettopp

for å ivareta sikkerheten til kvinne og barn.

– Våre medlemmer kjenner seg heller ikke igjen i uttalelsen om manglende mengdetrening. Jordmødrene hospiterer regelmessig ved Ullevål, Sykehuset i Drammen og i Skien for å sikre kvalitet og kompetanse.

Nå er det ikke fødetilbud på Rjukan i det hele tatt. De fødende må dra til Skien eller Kongsberg.

– Savner folk fødetilbudet?

– Ja, det er klart, men jordmødrenes gode oppfølging på Rjukan og Notodden gir trygghet i svangerskapet.

– Vik-Johansen mener det er behov for å tenke nytt?

– Enig, vi er nødt til det. Men ikke dermed sagt at distriktene alltid skal være den tapende

part. Sentraliseringstanken lager problemer for oss med rekruttering og kompetanse. Skal vi ha robuste lokalsykehus i fremtiden, må eierne gi tydelige signaler i styringsdokumentene.

– Hva med et spesialsykehus for ortopedi, slik hun foreslår?

– Det ønsker jeg også. Rjukan har her et godt omdømme og vi ønsker i fremtiden å bli et kompetansesykehus innen dette feltet. Men jeg er ikke enig med Vik-Johansen i at det er dårlig etikk å ta imot pasienter fra andre fylker. Man kan snu på det og spørre: Er det god etikk å la pasienter vente når det er ledig kapasitet?

Vik-Johansen har takket ja til å komme på medlemsmøte til de provoserte Rjukan-sykepleierne. ■■■

# 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 eksempel 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  
husket din  
påmelding?

## 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.



Friskere og Gladere medarbeidere

dytt.no

## HVA SKJER HPV-KRANGEL

# – Vil lytte til fagmiljøene

Nå lover helseministeren å lytte til fagmiljøene i spørsmålet om hpv-testing av norske kvinner.

Tekst **Nina Hernæs** og **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Sykepleien har gjennom en rekke artikler skrevet om den faglige uenigheten rundt hpv-testing. Spørsmålet om norske kvinner skal testes for hpv i sekundærskanning har blitt skjøvet fram og tilbake mellom departement og direktorat.

Helsedirektoratet ønsket å endre retningslinjene for testing fra 1. februar. Til tross for sterk uenighet, fikk fagmiljøene bare noen ukers høringsfrist.

Nå etterlyser helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen en bred og åpen faglig dialog om nye retningslinjer for hpv-testing.

#### – Vil følge med

Dette kommer frem i et svar til stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli (H). Hun bad like etter jul om en redegjørelse fra ministeren. Sjøli lurte på hvorfor direktoratet hadde sånn hastverk i denne saken.

Helseministerens svar gjør det klart at retningslinjene ikke endres fra 1. februar, slik direktoratet ønsket. Ministeren sier i stedet at

«Det har nok gått litt fort i svingene.» *Sonja Sjølie (H)*

forslag til nye retningslinjer skal utarbeides i løpet av året og forutsetter at de blir gjenstand for en bred og faglig dialog.

Det er Sonja Irene Sjøli fornøyd med. Men hun vil følge saken nøye. Hun synes det er betryggende at helsemyndighetene nå tar seg tid til å vurdere saken grundig.

- Ingen er tjent med slik uenighet, sier hun.
- Aller minst kvinnene.

#### Frem og tilbake

Helsedirektoratet har i flere omganger forsøkt å endre praksisen med slike tester.

I sommer foreslo det å kutte dem helt ut, for så tidlig i høst å kutte ut bare den ene typen test. Før jul var igjen forslaget å stoppe all testing, men helseministeren satte foten ned og bad om en ny vurdering.

Få uker etter endret direktoratet premissene for hvilke tester som skal kunne velges, og utelukket dermed den ene typen. Direktoratet varslet nye retningslinjer for bruken innen 1. februar. Nå har altså ministeren igjen roet ned tempoet.

- Det er uvanlig at en sak sendes så mange ganger mellom direktorat og departement, sier Sonja Sjøli til Sykepleien.
- Det har nok gått litt fort i svingene. ■■■

# Monica Falk

Alder: 34 år

Aktuell som: Sykepleier som har vært på Haiti på oppdrag for Leger Uten Grenser.

### BAKGRUNN:

For andre gang har Monica Falk vært på Haiti for å drive nødhjelpsarbeid. Det er vel ett år siden det lille øylandet ble rammet av jordskjelvet som tok over 300 000 menneskeliv. Nå har koleraepidemien herjet og krevd nye liv. Falk var der fra 6. desember til 10. januar.

# Behandlet kolera på Haiti

### Hvordan står det til på Haiti nå?

– Jeg så mye av det samme som sist; ødelagte bygninger, mye søppel i gatene som ingen tok seg av og overalt internt fordrevne i telt og under plastpresenninger.

### Verre eller bedre enn i fjor?

– Ikke mye bedre. Gjenoppbyggingen etter jordskjelvet går svært langsomt. Det er uroligheter i forbindelse med valget, og koleraepidemien gjør situasjonen vanskelig.

### Hva gjorde du?

– Jeg var medisinsk ansvarlig for et behandlingssenter for kolera i slumområdet Martissant i Port-au-Prince.

### Med personale fra hele verden?

– Ja, men de fleste var nasjonalt ansatte.

### Hvorfor får folk kolera?

– Kolera smittes fekal oralt og spres gjennom forurenset drikkevann og kontaktsmitte. Med dårlig vann- og sanitærforhold sprer smitten seg fort når epidemien først har kommet. Folk lever tett og kjenner ikke kolera fra tidligere.

### Var du redd for å bli syk selv?

– Nei. Ved å drikke trygt vann og ta enkle hygieniske forholdsregler, er risikoen liten. Ingen av personalet ble smittet.

### Mange som dør?

– Ubehandlet kan 50 prosent dø. Med riktig behandling kan man komme ned i 1 prosent dødelighet. Derfor er det viktig med intervensjon. Men noen dør likevel, de kommer for sent.

### Hva dør de av?

– Kraftig og rask dehydrering. Selv unge friske folk kan dø i løpet av timer. Behandlingen er enkel; rehydrering.

### Blir man kvitt kolera på Haiti?

– Risikoen for at den kommer tilbake er stor.

### Hva synes du om medieinteressen for Haiti?

– Hører ikke så mye om det lenger nå.

### For lite?

– Ja, Haiti trenger oppmerksomhet i lang, lang tid framover.

### Hvordan er det å komme hjem?

– Godt å få hvile litt og ha tid for seg selv. Dette

var mitt sjuende oppdrag. Jeg er mer bevisst på overgangen nå.

### Noe som gjorde spesielt inntrykk?

– Haiti i seg selv gjør inntrykk: Hva folk har vært gjennom, bygninger fortsatt i ruiner, nesten en million hjemløse, avfallet i gatene. Kolera er en brutal sykdom som dreper. Noen pasienter kommer så å si med en fot i graven, halvt bevisstløse og med innsunkne øyne. Væsketapet kan være voldsomt. Noen kan trenge 20 liter intravenøs væske.

### Noe å lære som sykepleier?

– Absolutt. Ikke minst om organisering og oppfølging av medisinske aktiviteter – som oppstart av isoleringsenhet, opplæring av personalet i triage og raske tiltak ved alvorlig dehydrering.

### Du jobber på akuttmottaket på Ullevål sykehus. Noe du kan bruke der?

– Ja, teknisk kunnskap. Men aller mest lærer jeg noe personlig. Jeg får et nytt perspektiv på livet hjemme.

### Snakker du om dine opplevelser?

– Hvis folk er interessert, forteller jeg gjerne.

### Hvilke steder har du vært ellers?

– To ganger i Etiopia. I Zimbabwe da det var koleraepidemi. Jeg har vært i Vietnam, og sist høst var jeg i Pakistan under oversvømmelsen.

### Hva vil du trekke fram som en viktig egenskap i nødhjelpsarbeid?

– Først og fremst må man være veldig motivert. Min drivkraft er å se behovene på nært hold i felt og se hva vi får gjort. Det er utrolig hvor langt man kan strekke seg da.

### Blir det flere turer?

– Helt sikkert. Men hvor og når er opp til Leger Uten Grenser.



## Tema **Blir forskning brukt?**

26 Knuser ikke på Namsos sykehjem ›

31 – Ble overrasket ›

31 Fra mage til rygg på 30 år ›

32 Vil ha nasjonale prosedyrer ›

- Denne tabletten kan gi alvorlige etseskader om den knuses. Likevel knuser norske sykepleiere slike tabletter hver dag.
- Til tross for at det forskes mye mer i dag enn for 150 år siden, tar det like lang tid som den gang å få forskning omsatt i handling. Tablettknusing er bare ett eksempel på at praksis ikke er i tråd med etablert forskning.
- I Norge fins det kunnskap som både kan gi bedre smertebehandling, sikrere prøvesvar og mindre infeksjoner. Men den blir ikke brukt konsekvent.
- I snitt tar det 17 år før forskning endrer praksis.

# Forsker for



**NI AV TI:** En norsk studie viser at ni av ti sykepleiere knuser entero- eller depottabletter. Statens helsetilsyn mener dette er alvorlig.

# skuffen



# «Før Ulla-Britt kom, var det vel her som andre steder – mye knusing.

Jane Tingstad, avdelingssykepleier

Det er fem hundre meter fra Høgskolen i Nord-Trøndelag til Namsos sykeheim. En farmasøyt med jobb begge steder bringer forskningen til praksis.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Bo Mathisen**

**L**ave toner fra forgangne dager fyller dagligstuen på demensavdelingen ved Namsos sykeheim i Nord-Trøndelag. Solen utenfor de store vinduene kaster lyset på skrå innover rommet, og forteller at klokken er tolv. Det betyr medisintid.

Fagsykepleier Tove Haukø har ansvar for dagens runde. Den burgunderrøde trillevogna varsler pasientene om hva som er i vente. Ragna Alte (85) kommer tussende fra rommet sitt. På forespørsel poserer hun for fotografen, før hun setter seg pent ned og venter. Medisinutdelingen en stillferdig affære ved denne avdelingen.

## Lurer ikke

Ved Namsos sykeheim har det vært stor oppmerksomhet rundt riktig medikamenthåndtering. Derfor er behovet for å knuse tablettene lite. Pasienter som nekter, lures ikke med knuste tablettene under syltetøyet – uten først å ha fått informasjon om at den ligger der. Om noen har problemer med å svelge medisiner som ikke skal knuses, leter de ansatte etter andre løsninger.

Men slik er det ikke alle steder. Studier viser at det knuses tablettene over en lav sko ved norske sykehjem. Ikke bare uskyl-dige hodepinetabletter, men også piller som drastisk endrer virkning ved knusing.

## Ni av ti feilknuser

En studie utført av Wenche Wannebo ved Høgskolen i Nord-Trøndelag i 2007, viser at ni av ti sykehjem knuser depottabletter og/

eller enterotabletter. Disse tablettene skal ikke knuses.

Blant annet avdekket studien at den sterke smertestillende depottabletten Oxycontin og den blodfortynnende enterotabletten Albyl E knuses ved flere av sykehjemmene i Nord-Trøndelag. Det er en farlig praksis.

Oxycontin har et såkalt bifasisk absorpsjonsmønster. Det betyr at det er en dose som frigis med en gang tablettene svelges, mens resten av virkestoffet skal frigis gradvis over tolv timer. Ifølge Felleskatalogen skal tablettene svelges hel, og den må ikke deles, knuses eller tygges. Dersom den knuses, får pasienten hele dosen med en gang. Bivirkninger av overdosering av Oxycontin kan være respirasjonsproblemer og blodtrykksfall.

Albyl E er et annet vanlig medikament, som pasienten kan stå på over lang tid. Dersom den knuses, kan det gi alvorlige etseskader i svelg og mage.

## Forstår ikke Felleskatalogen

Ni av ti knuser altså i Nord-Trøndelag, og selv om funnene ikke automatisk kan generaliseres, er det ingen grunn til å tro at tilstanden er bedre i resten av landet.

Forskerne Øyvind Kirkevold og Knut Engedal har kartlagt knusningspraksisen ved 1037 norske sykehjemsavdelinger. Et funn i deres studie er at dersom sykepleieren er i tvil om et preparat kan knuses eller ikke, sjekker man Felleskatalogen. Problemet er at så mange som 60 prosent av avdelingene oppga at informasjonen om knusing i Felleskatalogen enten var vanskelig å finne, eller uklar. Studien viste også at 65 prosent av

**Sykepleien** har sett på ulik forskning og hva som er praksis i norsk helsevesen:



## Veier ikke pasienten

Forskning viser at mange pasienter går ned i vekt under sykehusopphold. Likevel er det ikke prosedyre alle steder å veie pasienten ved innkomst og under sykehusoppholdet.

## Har fast kateter

Forskning viser at infeksjonsfaren synker dersom pasienter blir engangskateterisert ved jevne mellomrom i stedet for å ha permanent kateter. Likevel brukes permanent kateter mange steder.



**GOD SLURK:** Ved Namsos sykeheim tenker man før man knuser. Sykepleier Tove Haukø passer på at Ragna Alte får i seg medisinen som forskrevet.

avdelingene aldri registrerte knusing eller deling av medikamenter som avvik.

I Helsepersonelloven heter det at «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.» Seniorrådgiver Bjørn Jamtli i Statens Helsetilsyn er ikke kjent med tilsynssaker om feilaktig knusing av medikamenter.

– Det er jeg ikke så forundret over, all den tid sykepleierne ikke engang skjønner at de har gjort en feil, og derfor ikke melder avvik. Da blir det veldig vanskelig å spore dette i ettertid, dersom pasienten blir syk, eller i verste fall dør. Dette er definitivt en alvorlig problemstilling, sier Jamtli.

Statens helsetilsyn har imidlertid flere eksempler på at helsepersonell har knust tabletter – som riktig nok kan knuses – men gitt dem feil, gjennom venekateter istedenfor ernæringssonde.

### Mye nytt

Knusing av medisiner er ett eksempel på at det tar lang tid før noe er etablert i forskning til det endrer praksis.

Jane Tingstad er avdelingssykepleier på en av Namsos sykehjems to demensavdelinger. I forhold til å ta inn over seg alt som kommer av ny forskning, erkjenner hun at det kan bli mye å skulle ha oversikt over.

– Det er så mye nytt hele tiden, vi har ikke sjanse til å holde oss oppdatert, sier hun.

Tove Haukø, som har ansvar for medisinutdelingen på demensavdelingen denne dagen, jobber sammen med Jane Tingstad.

– Medarbeidere som Tove er gull verdt. Hun holder seg oppdatert og starter fagdiskusjoner. Som leder kan man komme med pålegg, men det har en helt annen effekt når etterspørselen etter endringer som er mer faglig funderte kommer fra «gulvet», sier hun.



### Bruker heldekkende plast

Forskning viser at heldekkende plast under operasjoner ikke minsker infeksjonsfaren. Likevel er det prosedyre ved mange avdelinger å bruke heldekkende plast under operasjon.

### Pynter seg med smykker

Forskning viser at bruk av smykker gir grobunn for bakterier. Likevel glitrer det i ringe og andre pyntegjenstander på norske sykehus.





**ULLA-BRITT:** Sykehjemsfarmasøytten Ulla-Britt Ramberg som er ansatt både i kommunen og på høyskolen, passer på at medikamenter blir brukt og behandlet som de skal.

« Da jeg begynte, fantes rutinene bare i to permer – en på hvert medisinerom. De var langt fra oppdaterte. *Ulla-Britt Ramberg*

### Alle vil vite mer

Sykehjemsavdelingen i Namsos viser at det er mulig å la forskning gjøre noe med arbeidshverdagen. Men det tar lang tid.

Hvorfor det er så vanskelig å endre en så uheldig praksis som feilaktig medikamentknusing, har sykepleier og studieleder på farmasiutdanningen Wenche Wannebo forsket på. På høyskolen, fem hundre meter unna sykehjemmet, peker hun på tallene som flimrer over dataskjermen inne på det luftige kontoret.

– Her, sier hun.

– Og her.

Tallene er fra hennes siste undersøkelse som hun i disse dager sitter og siler ut resultatene av. Sykepleien får se de ferske tallene som viser at det er stort behov for å oppgradere kunnskapen rundt om på sykehjemsavdelingene i Nord-Trøndelag. Tallene er ennå ikke publisert.

99,3 prosent av de spurte sykepleierne mener det er behov for mer kunnskap om medikamentene de håndterer. Og igjen, det er ingen grunn til å tro at trønderfylket er unikt i denne sammenhengen.

Wannebo har i en tidligere studie pekt på årsaken til at praksisen med knusing er så vond å vende. En forklaring er at pasientene har svelgeproblemer og/eller demens. At man har rutine på at tablettene til disse pasientene knuses, kan føre til at feil tablett knuses uten at man reflekterer over det. Høyt arbeidspress og dårlig tid kan også være en forklaring. Men også manglende rutiner og dokumentasjon, som et mer grunnleggende systemproblem, er en årsaksforklaring.

– Jeg tror det er viktig at ledelsen setter disse spørsmålene på dagsorden. Ikke bare via skriv som henges opp på medisinerommet, men gjennom den daglige samtalen om fag, slik at alle får et mer bevisst forhold til hvor det er behov for endring, sier Wannebo.

### Registreres ikke som avvik

En norsk undersøkelse fra 2002 gjennomført på fem sykehus, fant at 81 prosent av 827 pasienter hadde legemiddelrelaterte problemer. I snitt var det problemer med litt over to medikamenter per pasient, og det hyppigste problemet var doserelatert.

En annen norsk studie gjennomført ved indremedisinsk avdeling på Sentralsykehuset i Akershus, fant at hele 18 prosent av alle dødsfall ved sykehuset i en toårsperiode ble assosiert med ett eller flere legemidler.

I klassifikasjonen av hva som er et legemiddelrelatert problem, er knusing eller deling av tabletter en sentral faktor, i tillegg til for eksempel bivirkninger og observasjon av bivirkninger. Når feilknusing så å si ikke registreres som avvik, er det umulig å si hvor mange dødsfall praksisen forårsaker. Det vi vet, er at konsekvensene av feilknusing kan være fatale.

### Magemaskin

I et rom på høyskolen står en maskin og skulper. Daniel Zeiss, forsker og førsteamanuensis i legemiddelteknologi, peker og forklarer. En av studentene hans jobber med en master hvor denne rumlende maskinen er helt sentral.

Maskinen er en simulert mage, som består av en gjennomskiktig kasse med glasskolber. Kolbene inneholder klare væsker som tilsvarer magemiljøet til et menneske, med magesyre og alt. Temperaturen er 37,5 grader. Oppi slipper forskerne forskjellige medikamenter. Hvor lang tid tar det før en depottablett oppløses? Hvor mye av virkestoffet frigjøres – og når – dersom tablettene knuses først?

På høyskolen ønsker de slettes ikke å knuge på kunnskapen alene.

## Sykepleien har sett på ulik forskning og hva som er praksis i norsk helsevesen:



### Bruker doble hansker

Forskning viser at bruk av doble hansker under operasjon ikke gir færre infeksjoner hos pasienten. Likevel brukes doble hansker under operasjon ved mange sykehus. En viktig grunn til dette er at sykepleiere ønsker å beskytte seg mot smitte.

### Har ikke alltid spesialmadrass

Forskning viser at pasienter som er utsatt for trykksår har effekt av spesialmadrass. Likevel får ikke alle slike pasienter tilbud om denne typen madrass.

**SKVULP:** Daniel Zeiss, førsteamanuensis i legemiddelteknologi, viser hvordan denne simulerte magemaskinen virker. Forskerne slipper forskjellige medikamenter opp i «magesyren» i kolbene. Når de knuser medikamentene på forhånd, kan de se de hvor mye av virkestoffet som blir frigitt, og hvor lang tid det tar.



Wenche Wannebo, som jobber med kartleggingsstudien av sykehjemmene, vil ha resultatene ut, gjøre forskningen kjent, slik at praksis kan endres dersom det er nødvendig.

– Det er et problem at vi, for å finansiere videre forskning, må publisere i smale, utenlandske tidsskrifter. Da treffer vi kun spesielt interesserte, selv om vi har resultater som angår veldig mange, midt i deres egen hverdag.

Svarene fra magemaskinen vil ha direkte relevans for både pasient Ragna Alte og sykepleier Tove Haukø på sykehjemmet. Men hvordan overføre kunnskapen mellom de to byggene, som bare ligger et litt langt steinkast unna hverandre?

#### Sykehjemsfarmasøyt

Farmasøyt Ulla-Britt Ramberg kan være et svar. Hun har 25 prosent stilling ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, 75 prosent stilling i Namsos kommune, blant annet ved Namsos sykeheim. En slik oppdelt stilling er et forsøk på å minske gapet mellom forskning og praksis når det gjelder medikamenthåndtering.

Fra 2008 har det ikke lenger vært krav om tilsynsfarmasøyt ved

norske sykehjem. Tilsynsfarmasøyten skulle drive opplæring, veiledning og tilsyn med medisinhåndteringen på sykehjemsavdelingene.

– Før Ulla-Britt kom, var det vel her som andre steder – mye knusing. Hva kan knuses? Hva kan det blandes i? Hvordan finne fram i Felleskatalogen? forteller avdelingssykepleier Jane Tingstad ved demensavdelingen.

Tanken med Ulla-Britt Rambergs stilling, er at sykepleiere og andre som har ansvar for medisinnutdelingen, skal kunne spørre henne dersom de lurer på noe. Farmasøyten skal også passe på at rutiner og retningslinjer er oppdaterte og faglig forsvarlige, og at alle kjenner til dem.

– Hun har gjort en kjempejobb med innføring av nye rutiner. Men jeg må innrømme at vi kanskje glemmer litt at hun er her og kan brukes. Det er av og til enklere å ty til en sykepleierkollega om man er i tvil, sier Tingstad.

– Hva med profesjonskamp?

– Vel. Dette er kanskje litt farlig å si, men det kan være at noen er litt redd for å miste arbeidsoppgaver. Det kan være en holdning om at dette med medikamenter har vi holdt på med lenge, så det

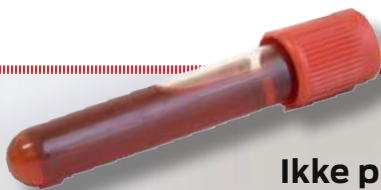


#### Måler ikke smerte

Forskning viser at pasienter blir bedre smertelindret dersom det brukes smerteverktøy. Slike verktøy er ikke standard, men brukes noen steder.

#### Tar ikke hb fra fingeren

Forskning viser at det er best å ta blod fra armen når det skal tas hemoglobin. Da er svaret mer til å stole på. Men mange steder tas hemoglobin fra fingeren.



#### Ikke prosedyre med støttestrømper

Forskning viser at bruk av støttestrømper etter operasjon minsker faren for blodpropp. Likevel er det ikke en fast prosedyre ved alle norske avdelinger. Forklaringer kan være at pasienten opplever det som svært ubehagelig og/eller smertefullt å bruke støttestrømpe. Hvis faren for blodpropp hos den aktuelle pasienten regnes som svært liten, kan sykepleier vurdere støttestrømper som unødvendig.



**ENGASJERT:** Forsker Wenche Wannebo ved Høgskolen i Nord-Trøndelag har tro på den daglige faglige samtalen ute i praksis.

kan vi. Kanskje må vi erfare i praksis hva en farmasøyt skal og ikke skal brukes til.

- Dette høres ut som noe det er viktig å snakke høyt om?
- Ja, det er det. Og vi må innse at veien blir til mens vi går.

### Multidose

En ting farmasøyten har jobbet med, er å innføre multidose. Håpet er at det vil minimere feilknusingen. På et ark som ligger bak hver multidose er det et bilde av tablettene pasienten skal få, og det står lett synlig hvordan den kan «tilberedes». Knuses, ikke knuses, åpnes, blandes i mat eller drikke.

« Det er så mye nytt hele tiden, vi har ikke sjanse til å holde oss oppdatert. Jane Tingstad

Innføringen av multidose skjer i disse dager, og er et ledd i å oppdatere pasientsikkerheten på rutine- og systemnivå.

– Da jeg begynte, fantes rutinene bare i to permer – en på hvert medisinrom. De var langt fra oppdaterte, og det var vanskelig å vite om alle hadde lest dem.

– Det var nødvendig at du kom?

– Ja. De ansvarlige hadde tidsmangel, de hadde ikke kapasitet til å oppdatere retningslinjene, og det var en viss grad av rot, pluss at de retningslinjene som faktisk fantes, ikke var kjent for alle.

Helsetilsynet hadde vært på besøk, og påpekt avvik i medikamentrutinene.

– Det var en del å ta tak i, ja.

### Æresfølelse

Ulla-Britt Ramberg mener fokus på medisinknusing har vært spesielt viktig.

– Det kan skje alvorlige feil ved knusing. Sykepleierens jobb er å gi medisinen. Vurderingen om knusing eller ikke knusing må være gjort på forhånd. Er det problemer med at medisiner som ikke kan knuses er vanskelig å få gitt pasienten på annen måte, er det opp til lege å vurdere en annen type, eller eventuelt ta pasienten av medikamentet. Det er ikke riktig at hver enkelt sykepleier skal ta den vurderingen.

– Hvordan er det nå? Jobbes det litt mer forskningsnært i forhold til medikamenthåndtering?

– Alt er ikke helt på stell ennå, men vi er underveis, sier Ulla-Britt Ramberg.

– Har du merket profesjonskampen?

– Vel, jeg har nok fått noen blikk over skuldra. Allerede mens jeg var student på HiNT merket jeg en viss kamp mellom sykepleiere og farmasøyter i spørsmål om medikamenthåndtering. Sykepleierne vil beholde arbeidsoppgaven, samtidig som det er en kjensgjerning at det skjer mye feil. Jeg var veldig bevisst på dette da jeg kom inn her. Vi må ha kunnskap og ydmykhet i forhold til hverandres profesjoner. Da blir det ikke så farlig å åpne opp for samarbeid, sier hun.

Ulla-Britt Ramberg mener det ikke bare handler om kunnskap når det gjelder feilknusing av medikamenter.

– Jeg tror sykepleiernes æresfølelse kan være en viktig forklaring. Det er deres jobb å gi den medisinen som legen har bestemt. Og inn skal den – uansett.

### Hel pille

Oppe på demensavdelingen ved Namsos sykehjem rekker Ragna Alte (85) ut neven og tar imot en liten, hvit – og hel – pille. Hun sender en god slurk rød saft ned i magen, og i løpet av to svelger er tablettene borte. Ikke antydning til verken besvær eller protester.

Sykepleier Tove Haukø klapper henne lett på armen og smiler.

– Godt jobba, Ragna.

### Må IKKE knuses:

Dette er et utvalg av medikamenter som absolutt ikke skal knuses. Sjekk Felleskatalogen eller spør lege om du er usikker.

► **Oxycontin depottablett:** Virkestoffet oksykodon er forbundet med alvorlige bivirkninger ved overdose.

► **Albyl-E (+ Magnyl-E) enterotablett:** Ikke livstruende bivirkninger, men et svært utbredt preparat som brukes over lang tid og vil kunne gi alvorlige bivirkninger lokalt i magen dersom enterodrasjeringen ikke fungerer

► **Asacol, Mesalal enterotablett:** Dette er preparater med et potent virkestoff (mesalazin) som skal virke lokalt bestemte steder i tarmen. Dersom disse deles/ knuses vil virkestoffet være fritt i magen/ for tidlig i tarmen. Dermed uteblir klinisk effekt, og det oppstår i stedet bivirkninger.

Kilde: Legemiddelverket



# – Ble overrasket

Studien til Øyvind Kirkevold viste at det knuses tabletter på sykehjemmene som absolutt ikke bør knuses. Så da var det vel bare å slutte med det? Tekst Nina Hernæs

**J**eg tenkte tablettknusing var så konkret at det ville være lett å endre, sier han.

– Men jeg tok feil.

Kirkevold har forsket på aldring og helse siden 1990-tallet. I 2010 publiserte han en studie som viser at tabletter jevnlig knuses ved norske sykehjem og at sykepleiere ikke brukte kunnskapen de enten hadde lært eller kunne tilegnet seg ved å bruke Felleskatalogen.

Han konstaterer at å endre praksis er krevende, og har ikke svar på hvordan man gjør det.

– Men det opptar meg mer og mer. Utgangspunktet for det er at jeg blant annet leste 30 år gamle bøker om geriatrisk sykepleie og tenkte at det er utviklet mye ny kunnskap. Likevel sliter man mange steder med de samme problemene som den gang. Det går fremover, men det går smått.

## Tar 17 år

Det har ofte vært slik med ny kunnskap. I dag er det for eksempel en selvfølge å vaske hender mellom pasienter. På 1800-tallet ble den ungarsk-østerrikske legen Ignaz Ziemmelweiss hånet da han dokumenterte en sammenheng mellom dårlig håndhygiene hos leger og antall tilfeller av barsel-feber. Det tok flere tiår å omsette til praksis den revolusjonerende ideen om at leger skulle vaske hender før de undersøkte gravide kvinner.

I artikkelen «Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement» fra 2000 pekes det på at det fremdeles tar like lang tid å omsette ny kunnskap til handling. I snitt tar det 17 år, heter det her. Dette tallet siteres stadig.

## Gjør som før

Kirkevold mener sjansen for å få til god kvalitet på omsorgen basert på forskning og fagutvikling er best på steder hvor det har vært engasjerte personer og velvillig ledelse.

– Men noen ganger henger alt på enkeltpersoner. Hvis ildsjelen slutter, eller ledelsen ikke lenger støtter opp om de som er engasjerte, ser det ut som om man mange steder faller tilbake til «gamle synder» og det som er oppnådd blir borte.

Likevel tror Kirkevold det er mulig å forbedre legemiddelhåndteringen.

– Setter man inn en innsats, har jeg tro på å få til en endring som varer. Det samme gjelder prosedyrer som kateterisering og sårskift.

Men han tror det er vanskeligere med endringer som fordrer en dypere forståelse for mindre konkrete ting.

– Det gjelder for eksempel personsentrert omsorg i demensomsorgen. Dette vil ikke bare gripe inn i hvordan pleiere forholder seg til den enkelte pasient, men i hvordan organisasjonen tenker om demensomsorg.

Kirkevold nevner også at pleiere kan tro de følger ny kunnskap, men at de i realiteten gjør som de alltid har gjort.

## Kulturens makt

Fagsjef Mette Dønåsen i Norsk Sykepleierforbund er enig i at lederne spiller en avgjørende rolle.

– Har ikke ledere på alle nivå forståelse for hvorfor praksis skal endres, vil ny kunnskap aldri få gjennomslag, sier hun.

Hun erkjenner at det å endre etablert praksis er utfordrende og ser det kan være en rigiditet i systemene.

– Kulturen på arbeidsplassen spiller en stor rolle. Og det er veldig ulikt i hvilken grad kulturen er åpen for å arbeide for kunnskapsbasert praksis. Det er ikke alltid lett å være ny på et sted og foreslå endringer når praksis er etablert.

« Det går fremover, men det går smått. Øyvind Kirkevold

Dønåsen er bekymret over at det stadig blir færre fagutviklings- og forskningssykepleiere.

– De raderes bort og det får ringvirkninger for fagutviklingen og pasientresultatene. Jeg tror det er viktig å sette av ressurser som kan konsentrere seg om fagutvikling og forskning.

## Handler mye om å forebygge

Dønåsen ser det å ta i bruk ny kunnskap i et forebyggingsperspektiv, som også er økonomisk besparende for samfunnet. Trykksår er ett eksempel.

– Det er vist at sykepleierens kompetanse og bruk av ny forskning er avgjørende for pasientresultatet.

Et annet eksempel er postoperativ kvalme.

– Settes det inn tiltak basert på forskning og oppdatert kunnskap, kan det redusere denne type kvalme, sier Dønåsen.



**HAR IKKE SVARET:** Øyvind Kirkevold er forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og førsteamanuensis ved fakultet for helse- og idrettsfag ved Universitetet i Agder. Arkivfoto: Stig Weston



**FOR PASIENTEN:** Mette Dønåsen er fagsjef i Norsk Sykepleierforbund. Arkivfoto: Stig Weston

## Fra mage til rygg på 25 år

Allerede i 1965 kom det forskning som tydet på at spedbarn som sov på magen hadde økt risiko for å dø i krybbe-død. I årene 1965 til 2004 ble det publisert 40 epidemiologiske studier om sammenheng mellom krybbe-død og sovestilling. Men først i 1992 ble det satt i gang offentlige kampanjer for å unngå mageleie i Norge. Da hadde alarmen for lengst gått om en mulig epidemi av krybbe-død.

I januar 1990 advarte barnelege Trond Markestad foreldre mot å la spedbarn sove på magen. Medisinsk fødselsregister registrerte kjapt nedgang i antall tilfeller av krybbe-død. Mens 154 barn døde i krybbe-død i 1988, var tallet 74 i 1990. Lignende tendens ble dokumentert i andre land som frarådet mageleie.

At foreldre tidligere ble rådet til å legge barna på

magen, var ikke basert på vitenskapelig dokumentasjon. Det var snarere snakk om en trend. En grunn til at denne tok så lang tid å snu, kan være at det var umulig å forstå hvorfor mageleie økte risikoen for krybbe-død.

Kilde: Nina Øyen: Spedbarn skal sove på rygg – en epidemiologisk suksesshistorie



# Vil ha nasjonale prosedyrer

– Det er ikke opptil den enkelte sykepleier å endre en prosedyre.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Bo Mathisen**

**E**lisabeth Jeppesen er sykepleier og forsker og ansatt i Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Hun bekrefter at det stort sett tar lang tid før forskningsresultater fører til endringer i praksis.

– Hva er det som gjør at det tar så lang tid før forskning får konsekvenser i praksis?

– Jeg tror hovedårsaken er at implementering av forskning i prak-

sis forutsetter endring og at endring tar tid. Det er svært vanskelig å endre menneskers vaner, sier Jeppesen.

Hun peker på at det i tillegg må skje endringer på mange plan før forskning får fotfeste i praksis. Og at barrierene er mange.

– Endringene må skje på individnivå, i yrkesgruppen og i organisasjonen. Det er ikke opp til den enkelte sykepleier å endre en prosedyre. Dette må komme ovenifra og implementeres på systemnivå.



# 5 på gangen

Tekst Nina Hernæs

## « Ikke all forskning er god forskning.

### Krever kunnskap

Jeppesen synes heller ikke at det skal være opp til den enkelte sykepleier å jobbe forskningsbasert. En sykepleier må kunne ha evne til å reflektere over egen praksis.

– Det må være lov å stille spørsmål og undre seg over om det man gjør er det beste for pasienten og om det er kunnskapsbasert. Men det ville være uheldig om sykepleiere må lete i forskningslitteratur på egen hånd uten den nødvendige kompetanse.

Hun mener det krever kunnskap å søke etter forskningsresultater og å vurdere forskning.

– Ikke all forskning er god forskning. For å ta forskningen i bruk krevers kunnskap og kompetanse. Her har ledelsen et klart ansvar.

Jeppesen understreker at sykepleierens viktigste oppgave er å være hos pasienten.

– Det er sykepleierens ansvar å følge avdelingens prosedyrer, men disse må til gjengjeld være forskningsbaserte.

### Viktig å diskutere

Hun ser gjerne at sykepleier bidrar til diskusjoner om forskning på avdelingen og mener slike diskusjoner er et viktig bidrag når det gjelder å ta i bruk ny forskning. Også undervisning er viktig for å øke kunnskapen om forskning blant studenter og i praksis. Men her er man flinke i Norge, ifølge Jeppesen.

– Vi underviser studenter og sykepleiere, men vi ser at kunnskap om forskning som skjer innad i organisasjonen gjennom intern informasjon og diskusjon lettere tas i bruk enn kunnskap som kommer utenfra, sier hun.

– Når forskningen viser at praksis bør endres må dette legges inn i prosedyrene.

### Barrierer

En annen barriere for at forskning kan implementeres i praksis er at sykepleiere heller spør en kollega til råds hvis han eller hun står overfor et problem, enn å lete i forskningslitteraturen. Lover og regelverk spiller også inn, og penger.

– Noen ganger kan det dessuten være viktigere å vurdere etiske hensyn kontra forskning. I møte med den enkelte pasient må både forskning, egne erfaringer, hensyn til pasientens ønsker og den kultur man er i spille sammen, sier Jeppesen.

– Forskningen alene gir sjelden et entydig svar, til det er situasjonen sykepleiere ofte står i for kompleks. Men forskningen skal bidra til å avgjøre hva som er god praksis og til det beste for pasienten. Spesielt når det hersker tvil om hva som er beste praksis, mener hun.

### Vil ha nasjonale prosedyrer

– Hvis forskningen viser at for eksempel et medikament eller en ny medisinsk metode er noe bedre, men svært mye dyrere, kan det være at man unngår å endre dagens praksis fordi økonomiske hensyn spiller inn. Konsekvensene kan være svært små og ulønnsomme, og da kan det hende man velger å se bort fra disse forskningsresultatene.

Elisabeth Jeppesen er svært engasjert i arbeidet for et nasjonalt prosedyrenettverk.

– Jeg tror et slikt nettverk vil føre til bedre behandling og større trygghet for pasientene, sier hun.

– Disse prosedyrene må selvsagt være kvalitetssikret og basert på solid og etterprøvd forskning. Hvis to sykepleiere gir forskjellig sårstell eller stell av en CVK vil dette føre til utrygghet og usikkerhet hos pasienten. ■■■



**LØSNINGEN?** Elisabeth Jeppesen i Kunnskapscenteret mener et nasjonalt prosedyrenettverk vil føre til at forskning raskere og mer konsekvent anvendes i praksis. Foto: Erik M. Sundt.

### Her kan du lese gratis om forskning

#### Sykepleien Forskning:

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)  
Tidsskrift for den norske legeförening: <http://www.tidsskriftet.no>

#### Helsebiblioteket:

<http://www.helsebiblioteket.no>  
På dette nettstedet tilbys mange ulike tidsskrift i full tekst, også sykepleietidsskrifter. Alle som har norsk sykepleierautorisasjon kan få tilgang. Det gjøres ved å opprette en brukerkonto. For å gjøre det trenger du ditt autorisasjonsnummer.

#### Helsebibliotekets beste tips:

1. Joanna Briggs Institute (Information Sheets, Evidence Summaries, Systematic Reviews)
2. Evidence-Based Nursing fra British Medical Journal
3. Abonner på nyheter fra McMaster Plus (utvalgte nye studier).
4. Cochrane Library
5. UpToDate – Whats'New

## Hvordan kan forskning få konsekvenser for praksis?



#### Annars Lerdal, professor ved Louisenberg diakonale høgskole og redaktør i Sykepleien Forskning:

– Forskning kan hjelpe oss til å beskrive, forstå og forklare fenomener som er viktige for å gi god sykepleie. Gjennom forskning kan vi blant annet sjekke ut om sammenhenger vi tror på muligens eksisterer.



#### Liv Merete Reinar, forskningsleder, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten:

– Forskning må formidles i en form som gjør at sykepleierne forstår den. Og sykepleierne må kjenne til og bruke forskning når de utarbeider prosedyrer og når de informerer pasientene.



#### Jens Henning Rygh, geriatrisk sykepleier, Træleborg bo- og behandlingssenter i Tønsberg:

– Forskning vil få konsekvenser for praksis når forskningen er tilgjengelig og relevant. Jeg mener Helsebiblioteket, McMaster PLUS eller tilsvarende fagformidlingstjenester bør integreres i data- og e-postsystemene som benyttes i helsetjenesten, siden funksjonaliteten de tilbyr vil øke både tilgjengelighet og praktisk anvendelse av forskning.



#### Steinar Olsen, sykepleier og avdelingsdirektør i Nødnett Helse i Helsedirektoratet:

– Godt dokumentert forskningsbasert kunnskap er viktig som motvekt mot stadig tøffere prioriteringer i en hektisk klinisk hverdag. Forskningsbasert kunnskap er med på å styre prioriteringene – den gir den enkelte sykepleier god ballast i sine prioriteringer, og gir organisasjonen bedre styringsverktøy.



#### Kari Mathisen, fagutviklings- sykepleier, Intensivheten, Nordlandssykehuset i Bodø:

– Forskning bidrar til å øke kunnskapen innenfor sykepleie. Anvendt forskning kan være en veiviser for valg i praksis og pasientnære situasjoner. Forskning bidrar til å sette fokus på områder som ikke har vært vektlagt i stor grad tidligere.

# Der ute

## Les mer om:

40 Elin-k på egne ben ›

46 Herskkelig ved Hønefoss ›



**sykepleien.no**

› Følg striden om lokalsykehusene på sykepleien.no



## DER UTE STAVANGER

I gjennomsnitt sov 45 pasienter på gangen per natt

# Flest korridorop

### tatus Quo for Helse Vest

De ferskeste nasjonale tallene fra andre tertial 2010 viser at Helse Vest lå på jumboplass med 4 prosent andel korridorpasienter. Helse Midt-Norge hadde til sammenligning bare 0,7 prosent korridorpasienter, Helse Nord-Norge hadde 1,6 prosent og Helse Sør-Øst hadde 1,9 prosent.

De eldste tallene er fra 2005. Da var også Helse Vest versting med 4 prosent, sammen med Helse Midt-Norge.

### Verst i Stavanger

› I 2008 hadde Stavanger Universitetssykehus 7,1 prosent andel korridorpasienter, mens landsgjennomsnittet var 2,6 prosent.

› I uke to i år var andelen korridorpasienter på 4,6 prosent.

› Til sammenligning hadde A-hus x prosent korridorpasienter i januar i år.

*Kilder: Stavanger Universitetssykehus, Samdata og Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, somatisk sektor.*

**A**nny Garpestad har jobbet ved Stavanger universitetssykehus (SUS) i nesten 30 år, og har alltid hatt korridorpasienter. Nå er hun assisterende avdelingssykepleier på hjertepost 3H på medisinsk divisjon. På 3H er det plass til 40 pasienter, men de har vært oppe i 52. I tillegg kommer fem-seks polikliniske pasienter som skal observeres hver dag. Garpestad synes det er slitsomt og at situasjonen presser grensene reint faglig.

### Taushetsplikten brytes

– Det er uverdigg for pasienten, gjør at taushetsplikten brytes og genererer masse ekstraarbeid for oss med vikarinneleie og flytting av pasienter. Dessuten gjør det hjertestansarbeidet vanskelig. Det er tungt å komme til med utstyr samtidig som det blir umulig å kjøre fort gjennom korridoren med senger, sier hun, og får anerkjennende nikk fra kollega Nina H. Saltvedt.

Siden 2005 har Helse Vest hatt høyest andel korridorpasienter i landet. Det er særlig Haukeland og SUS som trekker opp denne statistikken.

Samdata-tall for 2009 viser at Helse Vest hadde en andel korridorpasienter på 3,6 prosent, mens gjennomsnittet for de tre andre helseregionene var på 1,6 prosent.

I første tertial i 2008 tronet SUS på topp blant landets sykehus med 7,1 prosent andel korridorpasienter, mens landsgjennomsnittet var på 2,6 prosent. I år er det noe lavere (4,6 prosent i uke 2), men fremdeles har det vært 45 korridorpasienter i gjennomsnitt per dag i årets første to uker.

– Det er 45 for mange, sier Svein Skeie, direktør ved medisinsk divisjon, SUS.

### Driver med underskudd

Medisinsk divisjon har nesten bare øyeblikkelig hjelp, og sliter mest med korridorpasienter. Sykehuset har satt i gang flere tiltak for å avhjelpe problemet. ➔



i årets første to uker.

# asienter i Stavanger



**OPTIMIST:** Inger Helene Rye er korridorpatient for andre gang ved Stavanger universitetssykehus. Det er ikke det kjekkeste hun vet, men synes alternativet hadde vært verre. Anny Garpestad til venstre.

- Tiltakene har ikke løst utfordringen, men de hjelper, sier Skeie.
- Hva har dere gjort?
- Pasienthotellet bruker vi så mye vi kan. Vi har også foretatt en del omorganiseringer av avdelinger, blant annet har vi fått en observasjons- og behandlingsavdeling i 2008, med 24

## «Vi ønsker oss en avdeling til. Det blir bare flere eldre.»

Svein Skeie, direktør ved medisinsk seksjon

senger, hvor pasienter ikke ligger lenger enn tre dager.

– Dere har hatt korridorpasientrekorden i årevis. Er det ikke på tide å bygge ut?

– Jo, helt enig. I tillegg har vi få senger i forhold til befolkningen. Men

samtidig bruker befolkningen her mindre senger enn gjennomsnittet. Det er også problematisk å organisere oss ut av situasjonen fordi vi driver med underskudd. Helse Vest går med overskudd, men SUS driver altså med underskudd, og da blir det vanskelig å få rom for investeringer, forklarer Skeie.

En annen årsak til korridorpatientene er de mange utskrivingsklare pasientene som kommunen ikke klarer å ta imot.

– Vi har mellom 40 og 60 utskrivingsklare pasienter hver dag, omtrent like mange som korridorpatientene. Så hadde kommunen klart å ta imot disse pasientene, hadde vi også løst korridorpasientproblemet, sier Skeie.

### Bedre enn ingen hjelp

Når Sykepleien er innom hjertepost 3H, treffer vi Inger Helene Rye som har vært korridorpasient i nesten to døgn. Første natta sov hun ikke siden hun kom inn halv tre, men andre nat-

ta fikk hun sovetablett. Senga er plassert innerst i en korridor, med to hvite skjerm Brett i hver sin ende av senga.

– Til å være på gangen, har jeg det ikke så verst her jeg ligger i kokongen min. Jeg kan bare ikke love at det kommer ut en sommerfugl, sier hun humoristisk.

Toalettstellet må hun gjøre på fellestoalettet i korridoren.

– Det er selvsagt ikke så kjekt å ligge på gangen, men alternativet hadde vært verre. Da hadde jeg jo ikke fått hjelp, sier enken.

Dette er hennes andre gang som korridorpasient på SUS. Forrige gang var for ti år siden og da lå hun ikke så skjermet til som nå.

– Vi ønsker oss en avdeling til. Det blir bare flere eldre i årene som kommer, og dermed flere pasienter, sier Anny Garpestad. ■■■

Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M Sundt

# Lover ikke tomme korridorer

Helseministeren mener det er uakseptabelt at pasienter ligger i sykehuskorridorene, men vil ikke love at det skal bli slutt på praksisen.

Jeg tror at i helse-Norge vil vi i lang tid ha pasienter i korridorene, svarte helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i Stortingets spørretimen i midten av januar. Bakgrunnen for spørsmålet var opphopingen av korridorpasienter ved Akershus universitetssykehus etter at 160 000 nye pasienter fra årsskiftet fikk dette som sitt lokalsykehus.

### Krav om tiltak

– Plassering i korridor er ikke akseptabelt, og det skal normalt ikke være

pasienter plassert på korridor, slik jeg også påpeker i oppdragsdokumentet. For de fleste pasienter vil derfor plassering i korridor være en kortvarig løsning mens pasienten venter på at ordinær sengeplass blir ledig, ifølge helseministeren.

I oppdragsdokument 2011 til de regionale helseforetakene helseministeren referer til heter det blant annet:

«Krav om tiltak for å unngå korridorpasienter, blant annet ved samarbeid mellom sykehusene ved fare for korridorpasienter. Det skal ikke være

korridorpasienter hvis ledige senger på andre avdelinger kan tas i bruk.»

### Hva hjelper?

Også Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har hatt korridorpasienter på sakskartet, uten at det er blitt fattet noe vedtak.

Da Rådet diskuterte saken i november 2007 kan man i referatet lese følgende forslag på hvordan unngå det særnorske fenomenet korridorpasienter:

«En måte å oppnå varige løsninger på dette området vil være å sørge for at

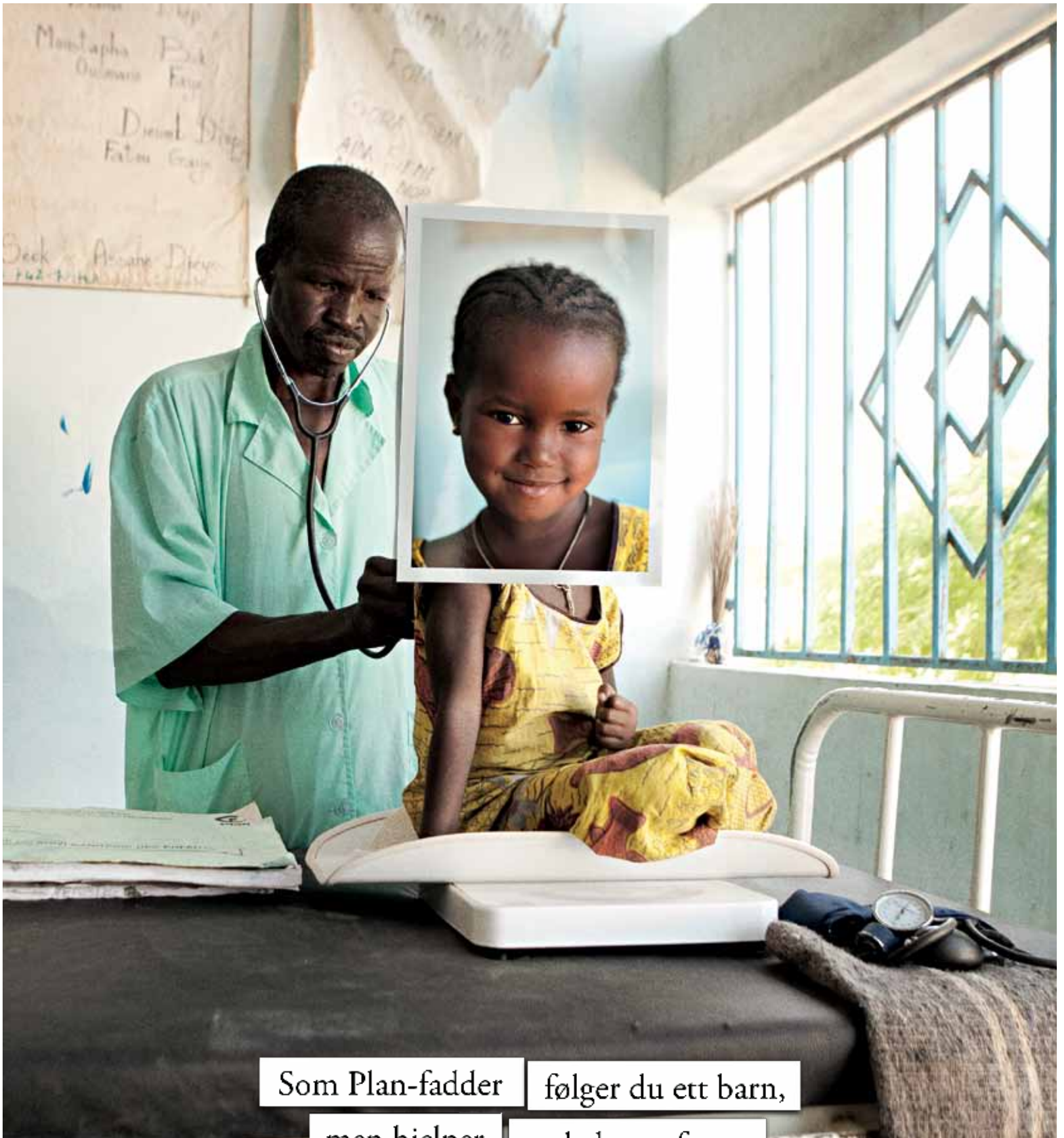
pasienten blir behandlet på riktig om-sorgsnivå. En annen måte vil være å utnytte sykehusets totale sengekapasitet bedre, for eksempel gjennom å etablere systemer for pasientlogistikk. Et tredje alternativ er å arbeide for å få til mer effektive pasientforløp ved at pasienten møter samme dag som innleggelse til det planlagte inngrepet.»

Saken ble den gang utsatt i påvente av nye tall om korridorpasienter. Siden er den ikke blitt behandlet av Rådet.

Tekst Bjørn Arild Østby



**HELSEMINISTER** Anne-Grete Strøm-Erichsen. Foto: Bo Mathisen.



Som Plan-fadder følger du ett barn,  
 men hjelper et helt samfunn.

Som Plan-fadder får du en jente eller en gutt du kan følge, ha kontakt med og besøke, men dine bidrag kommer hele fadderbarnets lokalsamfunn til gode. Du bygger skoler, graver brønner, utdanner helsepersonell og lærere. Med utgangspunkt i ett barn, hjelper du derfor mange barn. Bli Plan-fadder i dag og hjelp et barn, en familie, et lokalsamfunn.

Et fadderskap koster kun 8 kroner dagen. Se [www.plan-norge.no](http://www.plan-norge.no) eller sms FADDER til 03123



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.

# Særaldersgrense for helsesøstre

I Sykepleien nr 1/2011 skriver advokaten i Norsk Sykepleierforbund (NSF) at de fleste sykepleiere kan gå ved 62 års alder. Hvordan er det for helsesøstre å gå av ved 62 år? spør helsesøster Tove Selnes. Advokat **Marit Gjerdalen** i NSF svarer:

**H**elsesøstre har særaldersgrense 65 år og kan gå av ved 62 dersom vilkårene ellers er oppfylt. Dette er ikke tvilsomt og følger av forskrifter til lov om pensjonsordning for sykepleiere.

Problemstillingen ble imidlertid reist i Oslo kommune i fjor da flere helsesøstre hadde fått avslag på å gå av med særaldersgrense ved 62 år.

Sykepleiere i Oslo kommune har siden 1965 hatt unntak fra pensjonsordningen for sykepleiere fordi Oslo kommune har en

pensjonsordning som departementet har funnet å være likeverdig med sykepleierordningen. Helsesøstre har aldersgrense på 65 år etter sykepleierlovens forskrifter. Dette gir rett til å gå av ved 62 etter bestemte regler

NSF måtte ta opp saken med Arbeidsdepartementet fordi Oslo kommune avviste at helsesøstre har særaldersgrense på 65 år. I NSF's brev til departementet av 17 juni 2009 ba NSF om en vurdering av om begrepet «likeverdig» må forstås slik at aldersgrensene i Oslo kommune må praktiseres i tråd med


lov om pensjonsordning for sykepleiere og gjeldende forskrifter.


Svar fra både Oslo kommune og departementet gir NSF rett i at også helsesøstre i Oslo kommune har aldersgrense 65 år.

Departementet skriver: «På bakgrunn av redegjørelsen fra Oslo kommune legger Arbeidsdepartementet til grunn at kommunens praksis når det gjelder aldersgrenser for helsesøstre heretter vil være i samsvar med bestemmelsene i lov om pensjonsordning for sykepleiere med tilhørende forskrifter.»

## En pekefinger til arbeidstaker


Advarsel blir ofte benyttet i de tilfeller der arbeidsgiver ønsker å reagere på uønsket oppførsel fra en ansatt.

 Er en muntlig advarsel mindre alvorlig enn en skriftlig advarsel?

 Det finnes ingen formelle krav til hvordan en advarsel skal gis, eller innholdet i den. Arbeidsgiver kan velge å gi en muntlig eller skriftlig advarsel. Den kan med fordel gis i kombinasjon med et møte, så den ansatte får kommentert grunnlaget for advarselen. Dette vil sikre at advarselen gis på et riktig og opplyst faktum. Skriftlighet anbefales for å kunne dokumentere

tilrettevisningen, men dette kan skje både ved en formell, skriftlig advarsel eller ved et møtereferat.

Det viktigste ved valg av reaksjonsform er at man får gjort det klart overfor den ansatte hva som er uakseptabelt, og understreke at gjentakelser kan få mer alvorlige følger.

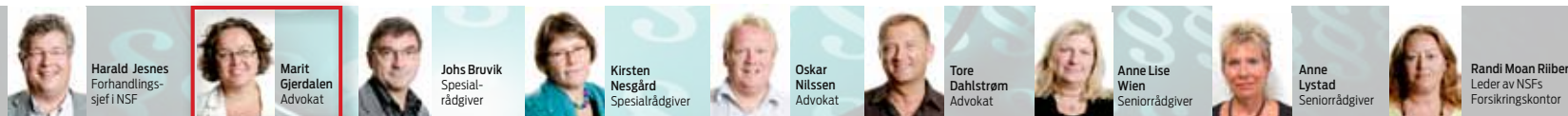
 Gir tre advarsler automatisk grunnlag for oppsigelse?

 Enhver oppsigelse må begrunnes sak-

lig for å være gyldig, uavhengig av om det er gitt advarsel eller ikke. Det er ikke noe vilkår at advarsel er gitt, men det kan gi en mer saklig oppsigelsesprosess, særlig hvis den ansatte har hatt mulighet til å korrigere atferden. En oppsigelse bør ikke komme som en overraskelse på den ansatte, og tilrettevisning i form av en advarsel kan være et viktig virkemiddel for å få den ansatte til å forstå alvorret. Gjentatte advarsler, for samme forhold, vil i så måte underbygge dette.

Kilde: Ukeavisen Ledelse

Passer på paragrafene:



## Vibeke Dahl

Alder: 39 år

Yrke: Rekrutterer medisinsk personell til feltarbeid

Jobber: Leger uten grenser i Oslo

# Finner de som tåler kaos

Jeg leter etter sykepleiere med en sterk humanitær motivasjon.

**J**obben min er å finne helsepersonell som egner seg i felt. Det er et stort ansvar. Leger Uten Grenser sender folk til de stedene hvor det er mest behov for hjelp. Det betyr hardt arbeid under til dels ekstreme forhold. Å reise ut er et livsvalg, og det må jeg prøve å få fram.

Mange sykepleiere har hørt om oss og ringer for å melde sin interesse. Jeg vil at de skal sette seg inn i hva feltarbeid innebærer før de søker formelt. Vi ber dem komme på informasjonsmøter, der noen finner ut at dette ikke er noe for dem. Det er helt greit. Jeg må finne de som virkelig vil.

Jeg har selv arbeidet som sykepleier i Kosovo, Kenya og Nigeria. Men jeg har små barn, og derfor er det ikke aktuelt for meg å reise ut nå. Å rekruttere andre er min måte å videreføre jobben jeg gjorde ute. Jeg treffer ikke pasienter lenger, men sørger for å sende dem dyktige fagfolk.

Vi vet hvor tøft det kan være ute, og derfor er det viktig å bruke tid på å rekruttere. Vi har en omfattende intervjurunde før vi avgjør om noen er egnet eller ikke.

Sykepleiere må være faglig dyktige og ha minst to års arbeids erfaring. Men mye handler om personlig egnethet. Man må blant annet takle å jobbe under kaotiske forhold, som er helt annerledes enn hjemme.

Fra man blir godkjent som feltarbeider, kan det på grunn av nødvendige forberedelser ta opptil ett år før man blir sendt ut. Det første oppdraget regnes som opplæring. Så for oss er det viktig å finne dem som vil reise ut igjen og bidra gjennom flere år.

I fjor sendte vi ut 93 helsearbeidere. 25 av dem var sykepleiere. Jeg følger dem hele veien. Fra første møte til de kommer hjem. Jobben min er på kontor, likevel får jeg bruk for min sykepleierkompetanse i møte med feltarbeiderne.

Jeg kommer på godt og vondt nær de som reiser ut. Vissheten om alvoret de er i gjør at det kan være vanskelig å legge jobben vekk. Jeg ser nyheter, og lurar på hvilke konsekvenser hendelser får for våre folk.

De aller fleste som drar i felt, sier at det er fantastisk å kunne bidra til å redde liv og lindre nød. Selv mener jeg det er den ultimate sykepleierjobben. Man får mulighet til å bruke alt man har lært og å arbeide under forhold som er utfordrende på andre måter enn i det norske helsevesenet. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Stig Weston

Når Harald Asmyhr overføres fra Ahus til Skedsmotun bo- og



**PÅ SYKEHUS:** Harald Asmyhr har vært inn og ut på Ahus flere ganger. Han skryter av sykepleierne - inkludert Hilde Bråthen Buuer.

# El-melder til rik

## Elektroniske meldinger

Sendt fra sykehus:

- › Melding om innlagt pasient
- › Melding om utskrivningsklar pasient
- › Avmelding utskrivningsklar pasient
- › Helseopplysninger ved søknad
- › Utskrivningsrapport
- › Forespørsel
- › Avvik
- › Svar på forespørsel

Sendt fra kommunen:

- › Innleggsrapport
- › Forespørsel
- › Avvik
- › Svar på forespørsel

**D**a Harald Asmyhr (82) ble innlagt på Ahus, fulgte det med opplysninger til sykehuset. Elektronisk.

Der kunne sykepleier Hilde Bråthen Buuer for eksempel lese at han bruker elleve ulike medisiner.

– Jeg får vandrivende. Enten har jeg fått for stor dose eller så for liten. Men nå har det stabilisert seg, forteller Harald Asmyhr, som har vært pasient flere ganger her på det nye sykehuset i Akershus.

Nå er han innlagt fordi har redusert allmenntilstand og en infeksjon. Han får antibiotikabehandling.

– De hvite englene kaller jeg dem, sier han mens han sitter på sengekan- ten på tosenstrommet.

Buuer hjelper ham med urinposen.  
– Sykepleierne står på som bare pokker! mener Asmyhr.

## Pilotsykehus

Ahus er et av pilotsykehusene i Elin- k, som nå avsluttes, men fortsetter i nasjonal regi (se s. 44). Det handler om samhandling mellom kommune og sykehus og fastleger. Målet er: Rett informasjon til rett tid på ett sted.

Det er bare noen avdelinger på syke- huset som er piloter. De samhandler foreløpig bare med piloten Skedsmo, som er hjemkommunen til Asmyhr. Fastlegene er foreløpig ikke involvert.

Sykepleier Buuer forteller at hun bare har brukt meldingene to eller tre ganger.

– Vi har ikke fått mengdetrening ennå.

– Hva gjør du?

– Kartlegger om pasienten har tjenester fra før. Meldingene skal jo erstatte A- og B-skjemaene på papir.

Hun ser fordeler og ulemper:

– Det er bra at informasjonen blir liggende i journalen. Vi kan for eksempel se hva hjemmesykepleieren forteller om hva som skjedde før pasienten kom hit. Vi kan også sjekke funksjonsnivået med et raskt blikk. Og listen over medisiner er oppdatert.

– Ulempene?

– Foreløpig er det kjappere for meg å sende papirskjema. De elektroniske meldingene har mer omfattende punkter å fylle ut.



behandlingscenter, følger informasjonen med elektronisk.



**PÅ SYKEHJEM:** Harald Asmyhr har fått korttidsopphold i Skedsmo. Sykepleier Per-Ivar Reitehaug viser vei til tomansrommet.

# tig tid og sted

Men hun regner med at etter hvert blir det tid å spare ved å sende forespørsler elektronisk i stedet for å vente på å få fatt i folk i telefonen.

– Men vi vet jo ikke hvor fort vi får svar på pc-en heller.

Snart skal også Oslo-bydelene Gro-rud, Alna og Stovner teste ut de elektroniske meldingene sammen med Ahus.

## Skår om funksjon

Hvis Buuer vil sjekke Asmyhrs funksjonsnivå, vil hun se i meldingen at han sliter mest med alminnelig husarbeid. Å bevege seg med rullator er heller ikke så lett. Syn og hørsel er ganske bra.

Skedsmo kommune har opplyst at

han får hjemmesykepleie og har trygghetsalarm. Medisinene han bruker er listet opp. To typer medisiner tåler han ikke, en av dem er Paracet.

Meldingene forteller at Asmyhr har vært inn og ut av sykehuset flere ganger siden desember.

## Meldte elektronisk

To dager senere blir han utskrevet og kommer hjem. Han er glad og fornøyd når hjemmesykepleieren kommer. Noen timer senere kommer en ny hjemmesykepleier til ham. Da er han blek, og både varm og kald. Hun tilkaller lege og Asmyhr blir innlagt igjen – samme dag som han ble utskrevet.

Hjemmesykepleieren har meldt

hendelsen elektronisk, og dette er med i vedtaket som kommunens tjenestekontor gjør en uke etter reinnleggelsen: Asmyhr er blitt tildelt korttidsopphold på Skedsmotun bo- og behandlingssenter.

Det er sykepleier Cesilie Aasen Zapffe som har gjort vedtaket. Hun

**«Vi har ikke fått mengde-trening ennå.»** Sykepleier Hilde Bråthen Buuer

er saksbehandler på tjenestekontoret.

– Under oppholdet skal hans omsorgsbehov avklares. Jeg håper han får bo hjemme, det er det han vil. Sønnen og datteren bor i nærheten.





**KOORDINERER:** Sykepleier Jeanette Wiger Maarud passer på at meldingene fungerer i praksis, både for Ahus og Skedsmo.

## «Utskrivningsrapporten kommer til å bli veldig nyttig.»

Samhandlingskoordinator  
Jeanette Wiger Maarud

Det er nytt at meldingene fra sykehuset om innlagt pasient nå går rett til hjemmesykepleierne.

– Da slipper de å gå bomtur. Og de kan straks sende medisinersikt.

I innleggelsesrapporten melder kommunen også blant annet om diagnoser, pårørende og funksjonsvurdering.

Zapffe gleder seg veldig til at også fastlegene er på samme nett.

– Ved alle søknader skal det jo være med legeopplysninger.

Det er mange fordeler med det elektroniske, synes hun.

– Vanligvis fordeler vi A- og B-skjema hver morgen. Nå sjekker vi også om det har kommet «e-linker», som vi kaller det, altså elektroniske meldinger. Lurer vi på noe, kan vi sende forespørsel.

Harald Asmyhr er «hennes» pasient også for framtiden.

– Han har verdensrekord i bruk av elektroniske meldinger i Skedsmo, ler hun.

Antallet er så langt 24.

### Drosjetur til sykehjemmet

Nå kommer Harald Asmyhr i drosje fra Ahus til Skedsmotun. Han har gåstolen og en stor bag med seg. I en snor rundt halsen henger mobiltelefonen.

Sykepleier Per-Ivar Reitehaug tar imot ham. De tar heisen ned en etasje.

– Vi har et dobbeltrom å tilby i dag, sier Reitehaug.

Asmyhr sier at det går helt fint, han er vant til det og liker selskap.

– Her kan du sette deg på sengen. Har du merket klærne dine? Du må dele på stangen i klesskapet her. Vi bruker merketusj.

Sykepleieren pakker ut klær, radio og tøfler og forteller om måltidene.

– Er det noe spesielt når det gjelder mat? spør han.

Asmyhr rister på hodet.

– Bare jeg slipper paprika, ler han.

Asmyhr får hilse på sin nye romkamerat, som sitter i rullestol ved vinduet.

– Hvor kommer du fra? spør romkameraten.

– Strømmen. Der har jeg bodd i 82 år.

– Ikke verst. Du kan i hvert fall gå med rullatoren, det kan ikke jeg, sier han vennlig.

### Vil fortsatt ha telefon

Reitehaug har plukket med seg konvoluttet med epikrisen til Asmyhr. Nå går han til pc-en for å se om det er kommet melding fra Ahus. Men nei, ingen symbol med gul konvolutt på skjermen. Den skulle ha vært her, på toppen av listen. Her er nå åtte meldinger fra 9. desember: Innlagt på Ahus, utskrevet, innlagt ... Den siste kommer vel snart.

Reitehaug har ennå ikke mye erfaring med disse meldingene, men påpeker at det ikke er nok bemanning til at de kan sitte og sjekke om det har kommet nye meldinger hele tiden.

– Vi må ha et varsel på et annet me-

dium. Før brukte man røyksignaler. Nå har vi vent oss til telefonen.

Ifølge rutine skal man sjekke meldinger minst to ganger daglig. Hvis noe haster, vil han gjerne fortsatt ha beskjed via telefonen.

– Vi må vite om det kommer en ny pasient.

At Asmyhr skulle komme i dag, viste han.

– Ja, vi leste vedtaket her i morges. Så vi kjenner hans historie.

Asmyhr er på rommet og venter på at datteren skal komme på besøk. Og snart er det mat å få.

### Barnesykdommer

Sykepleier Jeanette Wiger Maarud er samhandlingskoordinator på Ahus med ansvar for Elin-k.

Fra 18. oktober til 2. februar har det gått 164 meldinger mellom Ahus og Skedsmo. Maarud kjenner alle barnesykdommene.

– Vi ønsker for eksempel at funksjonsbeskrivelsene som skal sendes fra sykehuset ikke bare skal skrives i fritekst, men være mer skjematisk, slik at man kan huke av i vurderingen.

Maarud skjønner godt at det er slit somt å holde på med to parallelle systemer, slik det er nødvendig i pilotfasen. Ahus sender A- og B-skjema til øvrige kommuner og bydeler.

– Meningen er å avvikle A- og B-skjemaene i løpet av 2012. Utfordringen i kommunen er dobbeltarbeidet; de må melde både på papir og elektronisk, de vet jo ikke på forhånd om pasienten kommer til en pilotavdeling eller ikke.

Utskrivningsrapport kan man ikke sende elektronisk ennå. Innholdet er ikke godt nok utviklet.

– Vi kan ikke bruke det før vi har fått ny versjon av Dips. Men den kommer til å bli veldig nyttig fordi fastlege og pleie- og omsorgstjenesten vil motta helt lik informasjon.

### Automatisk

Logistikkmeldingene ut av sykehuset går automatisk uten behov for fritekst. Men i de to store fagmeldingene – helseopplysninger ved søknad og utskrivningsrapport – må både sykepleiere og leger fylle inn en del i fritekst.

– Men også her hentes mye av informasjonen inn automatisk, for eksempel kritisk informasjon, pårørende og diagnoser, sier Maarud.

Tekst og foto Marit Fonn

# Elin-k avsluttes

**E**lin-k dreier seg om elektronisk samhandling i helsevesenet med stor vekt på sykepleietjenestens behov for informasjon. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har vært prosjektansvarlig sammen med KS.

Sykepleier Sissel Skarsgaard har ledet prosjektet i fire år. Nå avsluttes Elin-k-prosjektet.

– Hvorfor avsluttes Elin-k?

– Pleie- og omsorgsmeldingene mellom fastlege og kommune er ferdig utviklet og klare til bruk. Tilsvarende meldinger mellom pleie- og omsorgstjenesten og sykehusene er i aller siste piloteringsfase og vil bli klar til bruk i løpet av våren.

– Hvem skal nå følge opp arbeidet?

– Utbredelsen av løsningene mel-

## Disse har prøvd ut pleie- og omsorgsmeldinger i Elin-k:

Kommuner: Arendal, Sandefjord, Stavanger, Skedsmo, Drammen, Oslo, Trondheim, Bergen, Tromsø.  
Sykehus: Ahus, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Sunaas, Stavanger universitetssykehus, St. Olavs Hospital. I tillegg 16 legekontorer.

– Hva må de forberede?

– Skal man lykkes, må alle samarbeide – helsepersonell, it-personell og ikke minst ledelsen. De må blant annet være tilkoblet Helsenett. Og de må ha rutiner som sikrer at helseinformasjonen om pasienten er oppdatert og korrekt i elektronisk pasientjournal.

Helsepersonell må ha opplæring når de skal samhandle på en ny måte.

## «Man setter ikke bare strøm på papiret.»

Sissel Skarsgaard, prosjektleder i Elin-k

lom kommune og fastleger vil blant annet skje gjennom Meldingsløftet i kommunene (MiK). Dette er et prosjekt ledet av Helsedirektoratet. Men mange kommuner har også på eget initiativ begynt å bruke meldingene, eller har planer om dette i 2011.

– Hvorfor tar det så lang tid før alle kan bruke elektroniske meldinger?

– Det krever forberedelse. Og det er mange som skal være klar til å ta i bruk løsningen samtidig.



**ELIN-K-SISSEL:** Sissel Skarsgaard trekker fram at særlig Bergen har vært aktiv med å samhandle elektronisk med fastleger. - 40 legekontorer har tatt i bruk de nye pleie- og omsorgsmeldingene.

Man setter ikke bare strøm på papiret. Dette krever en viss omstilling.

– Kan det bli avleggs før alle har tatt det i bruk?

– Mange kommuner har planer om å ta det i bruk i år eller neste år. Det er stor aktivitet i både store og små kommuner. I Bergen er over 40 legekontorer med.

– Hvem er storbrukerne av meldingene?

– I kommunene er sykepleietjenesten den største brukeren. I tillegg saksbehandlere på bestillerkontorene, sykehjemsleger og fastleger. På sykehus vil både sykepleiere og annet helsepersonell bruke meldingene.

– Og hva skal du gjøre da?

– Jeg skal avslutte forprosjektet i Elin-h, som handler om fødselsprosjektet for mor og barn. Planen er å utvikle meldinger som skal gå fra fødeinstitusjoner til helsestasjoner og fastleger. ■■■

Tekst og foto Marit Fonn

# Bentap starter i 30 års alderen

## Floradix® Kalsium-Magnesium Kalsium + Magnesium + Sink

Naturlig kosttilskudd med essensielle mineraler for sterkere ben og tenner

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

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

REMA 1000



ditt naturlige valg  
**NATUR**  
import

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





**KAOS I KAIRO:** En Egyptisk sykepleier ved Quasr El Aini sykehuset bøyer seg over en av de mange skadede etter demonstrasjonene som krever president Mubaraks avgang.

Bildet er tatt 31. januar og situasjonen er i ferd med å spisse seg til. Opptøyene har allerede krevd over 100 døde og mange demonstranter må behandles for skader etter de harde sammenstøtene mellom tilhengere og motstandere av presidenten. På Tahrir-plassen har det vært demonstrasjoner i over en uke.

Egypt teller over 400 offentlige sykehus. Landet har cirka 238 000 registrerte sykepleiere på forskjellige nivåer.

Tekst **Barth Tholens**  
Foto **Scanpix**

Sykepleier Lona Gamst har startet herskaperlig kollektiv for hjelpetrequende over 60 år

# Går sin egen vei i eldreomsorgen

**Fakta:**



- ▶ Lona Gamst (46) er utdannet anestesisykepleier.
- ▶ Like før jul i 2010 sa hun opp jobben ved Ila fengsel og forvaringsanstalt for å vie seg helt for Villa Livsglede. Hun har tidligere jobbet på sykehus og pleiehjem.
- ▶ Villa Livsglede er et privat omsorgstilbud for eldre og holder til i en 650 kvadratmeter stor villa på toppen av Ringåsen ved Hønefoss.
- ▶ I 2007 sa Lona Gamst opp jobben på akutten på Bærum sykehus i protest. Hennes leserbrev «Unnskyld at jeg banner» ble trykket i flere aviser over hele landet og hun fikk en del oppmerksomhet i media.

**D**et er bare en uke til åpningen, og jeg sover som en stein, sier sykepleier Lona Gamst.

Hun står på marmorgulvet i hallen i den store praktvillaen hun har leid. Hun unnskylder at det er litt kjølig i huset. Peisen bak henne er uten liv, men om en uke skal det sprake koselig i kubber som varmer. Da skal de første gjestene stige inn på marmorgulvet, se seg om i de tre stuene og gå opp eiketrappen til andre etasje for å finne sine rom.

Lona Gamst viser vei til kjøkkenet. Hun finner frem kopper og skjenker i kaffe.

– Jeg har jobbet dobbelt i halvannet år for å få til dette, men nå er jeg endelig i gang, sier hun.

**Stor interesse**

Rett før jul i fjor skrev Lona Gamst leiekontrakt på villaen med seks soverom og plass til åtte gjester. 1. februar i år åpnet hun dørene. Villaen ligger høyt og fredelig til på Ringåsen, syv mil fra Hønefoss i retning Oslo.

Villa Livsglede har hun kalt stedet, som skal gi rekreasjon til mennesker over 60 år med behov for hjelp. Demente har hun ikke kapasitet til å ta seg av. En sykepleier vil være tilgjengelig hele døgnet, og flere ved behov. I første omgang er det korttidsutleie det er snakk om – folk fra hele landet

som skal bo der en uke eller to.

– Senest i dag fikk jeg mange telefoner fra folk som er interessert i å bo her, etter et oppslag i lokalavisen, men hvor mange gjester jeg får fremover vet jeg ikke. Jeg har også fått forespørsel om å ta inn to langtidsleieboere, men jeg må snakke med dem og kartlegge behovene deres først, sier hun.

Hun viser vei inn i spisestuen. Et stort, blankpolert spisebord i mørkt treverk står midt i rommet. Gjennom de store glassdørene er det utsikt mot hagen. Hun åpner den doble døren inn til biblioteket, og videre inn til den tredje stuen. Rommene har peis og parkett, og lyse vegger.

Lona Gamst ser for seg koselige kvelder i disse rommene. Gamle mennesker som spiller bridge, leser, prater. Men også gymnastikk i bassenget i hagen om sommeren, restaurantbesøk, utflukter til Hadeland Glassverk og kunstutstillinger. Alle kan delta, hvis de vil.

– Folk har ulike behov. Aller helst ville jeg ha satt sammen grupper med mennesker som passer sammen i alder og interesser. Tenk så koselig det må være for en på 90 år å sitte foran peisen i biblioteket vårt med en kopp te og snakke om været og krigen eller hva det måtte være, sammen med folk som har den samme erfaringen.

**Svein Olav Daatland:**

**Må holde hva hun lover**

– **JEG KAN IKKE SE** at dette har noe med omsorg å gjøre i tradisjonell forstand, snarere er det et tilbud om velvære, som det finnes en god del av, sier forsker ved NUPI Svein Olav Daatland.

Han ser ikke noe problematisk i at det gis slike tilbud så lenge de ikke lover mer enn de holder og ikke tar for drøy pris og ellers holder seg til loven.

– Saken stiller seg annertledes når det dreier seg om nødvendig helsehjelp eller omsorg, som er kommunenes ansvar. Det er ikke overraskende at kombinasjonen av mange enslige og god økonomi resulterer i et marked for denne typen tilbud, sier Daatland.



**SVEIN OLAV DAATLAND** er forsker ved NUPI.



Folk på 70 år vil kanskje heller ta en tur i operaen i Oslo eller gå tur. Det kommer til å foregå veldig mye her, hver uke – kanskje hver dag. Det er opp til både beboerne og meg. Vil de gå på epleslang hos naboen, så gjerne for meg, sier hun spøkefullt.

#### Behandling etter behov

– Her skal en del av behandlingen foregå, sier Lona Gamst og viser oss et rom i underetasjen.

Rommet er hvitmalt – og tomt.

– Vi har forskjellige typer behandlere, som fysioterapeut og ernæringsfysiolog, akupunktør og healer. Jeg snakker med beboerne før de kommer

hit, og kartlegger hvilke behov de har. Når de kommer inn døren får de en kontrakt som forteller hva de har krav på av behandling, sier Lona Gamst.

Jo mer behandling, jo dyrere blir det, men Lona Gamst benekter at dette er et tilbud for rikfolk.

– Hvis noen vil komme og bo her bare for å møte andre mennesker, så trenger de ikke benytte seg av helsetilbudene. Rommene koster fra 450 kroner per døgn, og det har mange råd til. Og, ja, er det en minstepensjonist som vil være her noen dager og synes det er for dyrt, så er det likevel bare å ringe.

– For å prute på prisen?

– Nei, ikke prute, men har jeg le-

dig kapasitet, finner vi vel alltid en løsning.

Hun vil ikke si mer om det, men legger til:

– Folk er hjertelig velkomne til bare å stikke innom på en kopp kaffe eller for å delta på aktiviteter. De må bare ringe først.

Lona Gamst har også planer om å arrangere seminarer en gang i måneden. Da vil hun ta inngangspenger av folk som kommer utenfra

– Kommer du til å tjene mye penger på dette?

– Er jeg heldig kan jeg få en inntekt jeg kan leve godt av, men jeg vet ikke det per i dag. Går det ikke,

**LONAS LUKSUS:** - Dette er kanskje det fineste soverommet, sier Lona Gamst. I tillegg til peis, har rommet stort bad, badstu og utsikt mot hagen.



Liv Wergeland Sørbye:

## Kan være liv laga

– **SLIK JEG FORSTÅR DET**, er Villa Livsglede i utgangspunktet et sted å være for folk over 60 år som ønsker forandring i hverdagen, og som fortrinnsvis er selvhjulpne. Et moderne pensjonat med en serviceformidler, som tilsynelatende har gode kontakter og kan skaffe til veie det som måtte trenge av helsetjenester, sier Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole. Hun har ikke besøkt Villa Livsglede, men baserer seg på det hun leser på [www.villalivsglede.no](http://www.villalivsglede.no).

Hun tror det vil ta tid før det viser seg om Villa Livsglede er «liv laga». At villaen ikke har en fast stab med helsearbeidere, dyre treningsapparater og oppvarmet

svømmebasseng hele året, gjør at stedet kanskje har muligheter for å klare seg uten å motta offentlig støtte.

Ifølge Sørbye er det mange godkjente rekreasjonssteder som sliter hardt for å overleve, og det stilles svært strenge krav til et «hjem» for å motta offentlig støtte. Hun er også opptatt av at private institusjoner i inn- og utland må levere hva de lover.

– Det er viktig at de eldre ikke blir forespeilet et tilbud om rekreasjon som ikke blir innfridd, sier Sørbye.

– *Tror du steder som dette vil bli en trend?*

– Konseptet med livsglede og alternative paramedisinske tilbud har så langt jeg kjenner til bare nådd en liten

gruppe eldre. Kanskje vil 68-generasjonen bli tiltrukket av nye kollektiv, når de nå er ute av arbeidslivet. Norske pensjonister er velstående, sammenlignet med eldre i andre land. I perioder med terrortrusler, kriger og usikre politiske strømninger, kan det være at en del eldre velger å holde seg i Norge, og noen vil kanskje velge et alternativ som dette, fremfor mer etablerte rekreasjonssteder. Men jeg tviler på at det vil komme så mange private tilbud som overlever uten driftsstøtte.



**LIV W. SØRBYE** er førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole.



**VAKKER VILLA:** Villa Livsglede ligger fredelig til i et boligfelt på Ringåsen utenfor Hønefoss, omkranset av en stor hage. Under snøen skjuler det seg et svømmebasseng som er i bruk om sommeren.

## «Går det ikke, så går det ikke. Da har jeg heldigvis en god utdanning å falle tilbake på.»

så går det ikke. Da har jeg heldigvis en god utdanning å falle tilbake på. Jeg har ikke investert store penger i prosjektet, og har lite å tape om det ikke skulle gå. Den største utgiften er husleien.

Vi går opp trappen til andre etasje. To av rommene er små enkeltrom, som deler en felles balkong. De to hjørnerommene er store. I tredje etasje er det enkle rom med skråtak. Bare de to store rommene har et eget bad og toalett. De andre må dele.

– Dette er vel det fineste rommet, sier Lona Gamst og setter seg på sengen i ett av hjørnerommene.

Rommet har peis og egen badstu, og koster 950 kroner per døgn.

– Jeg tilbyr roomservice, og om de heller vil spise her enn sammen med de andre i spisestuen, er det helt i orden. Og de må gjerne drikke medbrakt vin, sier hun.

### Kaller det et kollektiv

Lona Gamst kaller Villa Livsglede et kollektiv. En av grunnene er at hun ikke har fått endret bruksretten på huset fra privat bolig til næringsdrift. Derfor sier hun at hun fremleier rom til beboerne, som alle bor i kollektivet for kortere eller lengre tid. Det er bebo-

erne som kjøper tjenester av helsepersonell, sjåfør og kokke. Selv sørger hun bare for at de får det, ifølge henne selv.

– Det kan ta lang tid å få godkjent bruksendring, gjerne et år eller mer, sier hun.

– Men jeg starter opp likevel. Hvis kommunen ønsker å stikke kjepper i hjulene for meg, så må de bare gjøre det. Oppsigelsestiden på leiekontrakten er seks måneder, og skulle det gå så ille at jeg skulle stå uten gjester og likevel måtte betale husleie, så flytter jeg gjerne inn her med familien et halvår, sier Lona Gamst.

Hun stryker hånden over sengetøyet.

– Tenk å ha all denne luksusen for seg selv, sier hun. ■■■

Tekst **Johan Alvik** Foto **Erik Sundt**

Tidsskriftet Sykepleien har et opplag på 93 000 eksemplarer og utgis av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Redaksjonen holder til i sentrum av Oslo. Bladet blir redigert etter redaktørplakaten. Sykepleien ble kåret til Årets Fagblad i 2009.

# Sykepleien

## Layout-medarbeider (vikariat i 100% stilling)

Sykepleien utgis 14 ganger i året. I tillegg produseres bilaget Sykepleien Forskning fire ganger i året. I år blir det også startet opp et prosjekt med utgivelse av fire nisjeblad, i samarbeid med faggrupper innen NSF.

Vi søker nå en vikar i stillingen som layoutmedarbeider. Vikariatet varer foreløpig fram til mai 2012. Vedkommende vil inngå i et team sammen med 2 andre grafiske medarbeidere.

Det kreves relevant utdanning og erfaring fra magasin-produksjon eller lignende. Erfaring fra grafisk

nettproduksjon er også en fordel. Du må være kreativ, løsningsorientert og nøyaktig, like å jobbe selvstendig og i team. Du må beherske InDesign (på pc), samt de andre grafiske programmene fra Adobe. Vi bruker produksjonsverktøyet PagePlanner, så erfaring fra dette programmet eller liknende redaksjonelt system er en fordel.

Sykepleien har et stort og godt redaksjonelt miljø, med totalt 16 medarbeidere, de fleste med journalistisk bakgrunn. Tempoet er høyt. Du må derfor i perioder kunne jobbe under tidspress.

### Vi kan tilby

- › Et ambisiøst arbeidsmiljø
- › Lønn etter avtale
- › Pensjonsordninger i KLP
- › Reise- og ulykkesforsikring
- › Fleksibel arbeidstid

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf 408 52 179  
Søknad sendes snarest til:  
barth.tholens@sykepleien.no  
merket «Søknad»



FORFATTERINTERVJU:  
– Slutt å sutre over  
budsjetten! side 62

FAGARTIKKEL:  
Gravid og overvektig – en  
dårlig kombinasjon. Side 55

FAGARTIKKEL:  
Effektiv legemiddel-  
forsyning. Side 50

Om  
poesi og  
galskap  
**Se bokan-  
meldelser**  
side 64

Sykepleien

# Fag & bøker

**PÅ KURS:** Erfaringer fra Startkurs – På vei mot likevekt, viser at folk med sykkelig fedme trenger kunnskap om risiko ved fedme og hvordan hver enkelt kan endre livsstil. Men det meste av jobben gjøres etter kurset er ferdig. Side 58. Om risikoen ved fedme i graviditet og fødsel, side 55. Foto: Colourbox.

**3**  
nye bøker

EILI KNUDSEN INGNES  
OG HELLE KLEIVE

### I møte med unge overgripere

Opp mot tretti prosent av seksuelle overgrep begås av barn og unge. Denne boken skal være en praktisk veileder for fagfolk som møter barn og unge som har begått overgrep, som viser upassende seksuell atferd eller seksuelt utagerende og aggressiv atferd.



ANITA SKAFJELD OG  
MARIT GRAUE (RED.)

### Diabetes. Forebyg- ging, oppfølging, behandling

Denne boken er beregnet på sykepleiere i klinisk praksis. Skal gi innføring i teoretisk og praktisk kunnskap. Brukerperspektivet er med.



PER FØYN OG  
SHAHRAM SHAYGANI

**Psykodynamisk  
behandling av  
ruslidelser**  
Her presenteres en  
behandlingsmodell  
basert på psykody-  
namiske prinsipper.  
Skrevet for helsepersonell  
som jobber med ruspasienter.



**Ole Øivind SØberg,**  
Økonomisjef/prosjektleder,  
Sykehusapotekene HF,

**Jan Magne Linnsund,** avde-  
lingsoverlege Mottagelsesavd.,  
Ullevål universitetssykehus,

**Anne Dyvesveen,** avdelings-  
sjef varesalg prof, Ullevål  
sykehusapotek

**Per W Johansen,** klinisk far-  
makolog Klinisk kjemisk avd.,  
Ullevål universitetssykehus

**Nina Kristoffersen,** nestleder  
varesalg prof, Ullevål syke-  
husapotek

**Harald Platou,** jurist/sekreta-  
riatsleder Legemiddelkomite-  
en, Ullevål universitetssykehus

**Børre Storebakken,** logistikk-  
rådgiver Sykehusapotekene HF

# Tryggere håndtering av medisiner

Elektronisk legemiddelkabinett ga økt kvalitet i legemiddelhåndteringen.

**P**rosjekt «effektiv legemiddelforsyning» (ELF) ble etablert våren 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom Sykehusapotekene HF, Ullevål universitetssykehus (UUS) og Ullevål sykehusapotek. Prosjektets mål var å fremme forslag til mer effektive og rasjonelle løsninger for legemiddelforsyning til sykehus.

## Bakgrunn

Prosjektet satte opp en hypotese om at «forbedring og effektivisering av de ulike ledd i forsyningskjeden for legemidler og relaterte produkter, vil gi økt kvalitet og sikkerhet i legemiddelhåndteringen, økt leveringsdyktighet til sykehuspost eller -avdeling og bedre legemiddeløkonomi».

Innenfor rammen av en total vurdering av forsyningskjeden for legemidler til sykehus ble det etablert flere delprosjekter. Resultatene i denne delen av prosjektet omhandler utprøving av elektronisk legemiddelkabinett og er i totalprosjektet sammenholdt med resultater fra andre tiltak for å effektivisere forsyningskjeden. De øvrige delprosjektene omhandler standardisering av legemiddellager, elektronisk rekvirering og direkteleveranse fra grossist.

Både i USA og Europa er elektroniske medikamentskap aksepterte løsninger som blir brukt i stadig større grad, særlig for lagring av A- og B-preparater. Prosjektet tok derfor kontakt med aktuelle leverandører av kabinett for å prøve ut dette konseptet i Norge.

Hovedmålsettingen var å prøve ut og kartlegge effekter og konsekvenser av innføring av elektronisk legemiddelkabinett i mottakelsesavdelingen og sykehusapoteket samt vurdere kostnads- og nytteeffekter. Som delmål ønsket vi å se på konsekvenser for forsyningskjeden, prosedyrer knyttet til legemiddelhåndtering, tidsbruk og kartlegging av prosesser, kapitalbinding, ukurans eller retur, kassasjon, svinn eller feil på lagerbeholdning, servicegrad, leveringsdyktighet og resting, produktutvalg, medikamentutvalg, pasientsikkerhet (hendelser eller avvik) og muligheter for forbedring.

## Prosser og metode

Mottakelsesavdelingen har ikke et eget sentralt medisinerom, men medikamenter oppbevares på flere pasientundersøkelserom og lagerrom. På akutttrommene finnes bakkere med medikamenter som brukes ved hjertestans og intubering.

I forkant av utprøvingen ble legemiddelhåndteringsrutinene i avdelingen gjennomgått og nødvendige prosedyrer, retningslinjer

og delegasjoner for prosjektperioden utarbeidet. Medikamentutvalgslisten ble revidert og godkjent.

I utprøvsperioden overtok sykehusapoteket ansvaret for bestilling og påfylling av legemidler. Lister med hva som var blitt fylt på kabinettet ble sendt avdelingsoverlegen for ettergodkjenning.

Kun sykepleiere og hjelpepleiere fikk tilgang til å ta ut legemidler fra kabinettet. Farmasøyter og teknikere fra sykehusapoteket fikk nødvendig tilgang til blant annet påfylling av legemidler.

## Innhold i kabinettet

En ny basisliste med alle nødvendige medikamenter (i alt 175 produktnavn) ble utarbeidet i samarbeid med sykehusapoteket. Medikamentlisten ble supplert med plassering i kabinettet med ønskelige maksimum og minimumsverdier. Kabinettet ble konfigurert med såkalte «minidrawers», «cubies», «matrix»-skuffer og karuseller, som er skuffer som i ulik grad begrenset tilgangen til å ta ut flere preparater enn det som var angitt.

Minimumsbeholdningen måtte være så stor at den varte i tre døgn slik at det ikke var behov for etterfylling i løpet av en helg. Maksimumsbeholdningen ble vurdert ut fra forventet forbruk, plassforhold i kabinettet, holdbarhet og med den kliniske erfaringen som et viktig supplement.

Kabinettet vi fikk til utprøving hadde klare begrensninger, og det optimale hadde vært flere skuffer med høyere sikkerhetsnivå. Etter en omfattende kartlegging av mål og volum på medisinforkningene ble det utarbeidet en konfigurering av kabinettet. A-preparater ble lagt i miniskuffer med en ampulle i hver, slik at sykepleierne kun fikk tilgang til det antallet ampuller som de ønsket å ta ut. Alle varer på medisinstillingslisten ble plassert i kabinettet og et tilhørende kjøleskap for medisiner som trenger kald lagring. Låsen til kjøleskapet ble styrt gjennom kabinettet.

Akuttmedisiner måtte være tilgjengelig på akutttrommene og de samme medikamentene ble beholdt utenfor kabinettet i egne bakkere til intubering og hjertestans som tidligere. Dessuten ble det laget ytterligere en akuttkoffert med samme innhold som i bakkene.

## It-utfordringer

Kabinettet ble forsøkt integrert med sykehusets pasientadministrative system, men dette viste seg å være problematisk. Da overføringen av pasientdata ikke fungerte optimalt, måtte man legge inn pasientdata manuelt, og dette var tidkrevende. Noe av

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

## Søkeord:

- » Legemiddel
- » Medisinhåndtering
- » Administrasjon
- » Sikkerhet





**ØKT SIKKERHET:** Overgang fra manuell medikamenthåndtering til elektronisk legemiddelkabinettet ga bedre sikkerhet mot urettmessige uttak og misbruk av legemidler. Foto: Erik M. Sundt.

problemet var knyttet til at sykehusapoteket og sykehuset har atskilte it-systemer. Tilgangen på tvers av It-systemene var viktig for at sykehusapoteket kunne ha kontroll over medikamenter, bestillingslister, brukere og så videre. Med en permanent installasjon vil kommunikasjon mellom it-systemene løses, noe som vil gi sikrere sporbarhet til pasient, og redusert tidsbruk.

### Påfylling

Sykehusapoteket hadde direkte tilgang til innholdet i kabinettet og skrev ut påfyllingslister for legemidler når disse kom under anbefalt minimumsnivå. Kabinettet ble fylt opp av apotektekniker. Farmasøyt kontrollerte det som ble bestilt på vanlig måte. Vi forsøkte å fylle opp kabinettet i en periode på dagen med forventet lav pasientaktivitet, men det var umulig å unngå samtidighetsproblemer når kabinettet var plassert i et pasientrom og dette virket forstyrrende på apotekteknikerne.

Påfyllingsleddet i kabinettet ble tidlig identifisert som et svakt punkt når det gjelder sikkerhet og kontroll. Her måtte apotektekniker plukke frem riktig legemiddel og legge det på rett plass i kabinettet, noe som krever stor konsentrasjon og nøyaktighet. Det var heller ikke dobbeltkontroll for påfylling av narkotika.

Sykehusapoteket overtok kontrollen med narkotikaregnskapet i kabinettet i prøveperioden. Kabinettet krever vitne når A-preparater skal kontrolltelles. Ved alle slags avvik vil meldinger vise hvem som har logget seg inn, hvilken pasient det er tatt ut medisiner til og hvilke medikamenter, med angivelse av antall og konsentrasjon, som er tatt ut.

Hver gang man fylte på et legemiddel måtte man bekrefte det antallet enheter som lå der fra før. Dette førte til at saldo i kabinettet ble oppdatert kontinuerlig. Det var overraskende mange avvik i saldo ved påfylling. Etter at antall påfylte enheter var bekreftet ble man bedt om å skrive inn den eldste holdbarhetsdatoen. Der-

med fikk sykehusapoteket en god oversikt over hvilke medisiner som gikk ut på dato og dette gjorde holdbarhetskontrollen lettere.

### Måleparametere

Før utprøving av kabinettet målte vi den tiden sykepleiere i mot-takelsesavdelingen brukte på legemiddelhåndteringen fordelt på telling av A-preparater og narkotikaregnskap, medisinbestilling og på plassetting av medisiner. Under utprøvingen av kabinettet brukte vi ikke tid på månedlig regnskap for A-preparater, da uttak ble loggført elektronisk.

Det ble gjort casestudier over hvor lang tid man brukte på å ta ut medikamenter til noen av de hyppigste pasient- og diagnosegruppene, som for eksempel hjerteinfarkt til akutt stentbehandling (PCI), fractura colli femoris (FCF), hjertestans og KOLS med pneumoni.

Før utprøvingen hadde vi en brukertilfredshetsundersøkelse om samarbeidet med sykehusapoteket om legemiddelhåndteringen i avdelingen. Undersøkelsen besto av spørsmål og utsagn med seks

## *Ved påfylling har det ofte vært oppdaget avvik.*

mulige avkryssingsalternativer på hver. Etter utprøvingen ble det gjennomført en ny brukertilfredshetsundersøkelse. De fleste spørsmålene fra det forrige skjemaet var like aktuelle, men det ble lagt til nye spørsmål som omhandlet utprøvingen av kabinettet. Det ble også foretatt tidsmålinger i forhold til bestilling og ekspedisjon på sykehusapoteket. Tiden ble målt fra man skrev ut bestillingsforslaget til apotektekniker var tilbake på apoteket etter påfylling av kabinettet.



Legemiddellageret i mottakelsesavdelingen ble telt før kabinettet ble tatt i bruk og ved avslutning av prosjektet. Disse tellingene dannet grunnlag for beregning av kapitalbinding. Forbruket i utprøvningsperioden ble også sammenlignet med tilsvarende periode foregående år.

### Resultater

#### Tidsstudier

Før utprøvningsperioden brukte to sykepleiere i gjennomsnitt fire minutter hvert døgn på å telle A-preparatbeholdningen. Medisinbestilling tok gjennomsnittlig 25 minutter hver gang. Å sette på plass medisinene tok gjennomsnittlig 15 minutter for en sykepleier hver gang. Sykepleierne med spesielt ansvar for medikamentbeholdningen brukte 30 minutter på å kontrollere A-preparatene og 60 minutter på å gjennomgå A-preparatuttakene og gjøre ferdig regnskapet. Under utprøvingen telte to av prosjektsykepleierne A-preparatene første dag i hver måned og dette tok fem til ti minutter. Daglig telling av Oxynorm tok ett til to minutter.

To caser for akutt PCI viste at tidsbruken til medikamentuttak økte i utprøvningsperioden og at det var mindre variasjon i tidsbruken om pasienten lå på resusciteringsrommet i forhold til et vanlig undersøkelsesrom. I case A lå pasienten på rom 6 (lengst unna medikamentkabinettet) som ikke har medikamenter på rommet, mens pasienten i case B lå på resusciteringsrommet hvor det er medisiner. Gjennomsnittlig tok det 40 sekunder mer

## Det har blitt enklere å finne rett medikament.

å hente medisiner i case A i forhold til case B før utprøvingen. I utprøvningsperioden tok det lengre tid å finne medikamentene i begge casene med henholdsvis 51 sekunder på rom 6 og 52 sekunder lengre tid på resusciteringsrommet.

Case viste at for pasient med FCF (lårhalsbrudd) på rom 1 brukte en gjennomsnittlig 35 sekunder mer på å hente medikamenter i utprøvningsperioden med kabinettet. Case for KOLS-pasient med pneumoni på rom 4 viste at tidsbruken økte med 31 sekunder for henting av medikamenter i utprøvningsperioden. Case for hjertestans på resusciteringsrommet viste at det her tok 62 sek lengre tid å hente medikamenter under utprøvningsperioden.

#### Brukertilfredshet

Undersøkelsen ga en klar oppfatning om at det var tilnærmet like lett å finne rett medikament med kabinettet som før prøveperioden uten kabinett. Samtidig var det lettere å finne synonympreparater under utprøvingen av kabinettet. Det var også en entydig oppfatning at plasseringen av medisinkabinettet var uheldig i utprøvningsperioden, og at det hadde vært mer hensiktsmessig å plassere kabinettet utenom pasientrom og helst sentralt plassert i nærheten av koordinatorskranken.

Når det gjelder spesifikt bruken av kabinettet mente de fleste at det både var enkelt og raskt å logge seg på og at det var lett å bruke kabinettet. Det var mer delte oppfatninger om hvor raskt det var å bruke legemiddelkabinettet og dette er jo i samsvar med tidsmålingene.

Et klart flertall sier at de administrerte medisiner mer effektivt med kabinettet. De tingene som ble best likt med legemiddelkabinettet kan oppsummeres slik:

- › Positivt å slippe medisinbestilling, påfylling og rydde på plass medisiner
- › Mindre kapitalbinding

- › Enklere å finne rett medikament og synonympreparater.
- › Alle medisinene finnes på samme sted
- › Kvalitetsforbedring og bedre kontroll på forbruk og behov for påfyll, enklere påfyll. (Vi får de medisinene vi skal ha i de kvanta som er forhåndsdefinert, går ikke tom for medisiner, lite rot på rommene med medisiner, enkel narkotikakontroll, mindre rot og «vedlikehold», bedre oversikt, sikkerhet og kvalitets sikring.)
- › Kabinettet er driftssikkert uten nedetid, raskt å logge på, enkelt å bruke og at man slipper å gå rundt med nøkler til medisinskapene

De tingene man likte dårligst med kabinettet var:

- › Manglende overføring av pasientdata
- › Problemer med påloggingen/skanning av fingeravtrykket
- › Man opplever å bruke lang tid når noe haster. Man må fylle ut pasientdata selv og så vente på at skuffene åpner seg når man skal ta ut flere medikamenter samtidig
- › Stressende at man ikke kunne ta ut flere medikamenter på en gang
- › Det er lett å trykke på feil medikament, vanlig fysiologisk saltvann (NaCl) må tas ut gjennom kabinettet, det er lett å ta feil i antibiotikaskuffen, vi må gå fra dårlige pasienter for å hente medisiner, og det blir vanskelig å ta ut medikamenter for å ha i beredskap til akuttpasienter fordi returskuffen er liten

En stor andel ønsker flere medisiner plassert i akuttskrin på behandlingsrommene enn det som var tilfelle i utprøvningsperioden. Det gjaldt særlig Atrovent og Ventoline, men også Nitrospray, Afipran, Dispril, NaCl og Xylocain er nevnt. I tillegg foreslås å etablere «akuttbakker» til hjerte- og KOLS-pasienter samt etablere en egen utvidet akuttbok.

#### Sykehusapoteket

Sykehusapoteket brukte gjennomsnittlig 20 minutter per bestilling før utprøvningsperioden, etter innføring av kabinett utgjorde tiden 112 minutter og dette gir en økning i tid per bestilling på cirka 92 minutter. Dette forklares med at sykehusapoteket har overtatt mange arbeidsoppgaver som påfylling, håndtering av retur og holdbarhetsdatoer. I tillegg hadde sykehusapoteket etablert et eget tilleggs lager for mottakelsesavdelingen som ble brukt til påfylling av kabinettet, noe som medførte ekstra tidsbruk.

#### Kostnads- og nytteeffekt

Legemiddelforbruket i utprøvningsperioden ble beregnet til å utgjøre kr. 167 051, sammenlignet med kr. 145 351 i tilsvarende periode året før, og er altså cirka kr. 21 000 høyere. Dette kan skyldes variabler utenom selve kabinettet. Kapitalbindingen av lageret ved oppstart ble beregnet til kr. 86 821. Verdien av varer når kabinettet var maksimalt oppfylt utgjorde kr. 72 997. Reduksjon i kapitalbinding utgjør dermed i overkant av 16 prosent. Videre må man påregne at kabinettet eliminerer retur til sykehusapoteket på grunn av feilbestilling og lagersanering, noe som vil utgjøre en besparelse for avdelingen på cirka kr. 12 000 per år med utgangspunkt i gjennomsnittstall for sykehuset.

#### Urettmessig uttak

Når medikamentene ligger i et legemiddelkabinett, medfører det en høyere terskel for urettmessige uttak av medikamenter. Kabinettet gir sporbarhet til hvem som logger seg på kabinettet og hvilke medikamentskuffer vedkommende har tilgang til. I skuffene med størst sikkerhet gir dette også sporing av antall

uttak på enkeltpreparater. Når medisinnuttak knyttet til pasient, gjør det et mulig urettmessig uttak svært synlig.

### Oppsummering

#### Tidsbruk

Målingene av tidsbruk på å hente medisiner til pasienter i de fem definerte casene, viste oss at det gjennomsnittlig tok noe lenger tid å ta ut medisiner fra kabinettet, uten at dette ansees som kritisk. Man bør ta tidsbruken med i vurderingen om hvor den beste plasseringen av et permanent kabinett skal være. Det bør også tas i betraktning at med økt bruk og kjennskap til kabinettet, bør man kunne forvente en viss reduksjon i tidsbruk sammenlignet med de målinger man gjorde.

Det var tidsbesparende under utprøvingen av kabinettet at vi slapp å gå gjennom hvert uttak til hver pasient den aktuelle måneden. Også fordi sykepleierne slapp å bruke tid på å bestille og sette på plass medisiner. Det var ikke noe tid å spare på den daglige A-preparatkontrollen, men noe tid ble spart på den månedlige A-preparatkontrollen.

#### Ukurans

Problemet med ukurans er nærmest ikke-eksisterende med et medisinkabinett, fordi kabinettet fylles opp fra sykehusapoteket ut fra medikamentutvalg og forhåndsdefinerte minimums- og maksimumsgrenser. I avdelingen ble det ikke foretatt noen kassasjoner på grunn av holdbarheten i prøveperioden da farmasøyt eller apotektekniker sjekker dette ved påfylling.

Ved påfylling har det ofte vært oppdaget avvik. Noen ganger har dette skyldtes at det har vært lagt inn feil enhet, for eksempel esker i stedet for ampuller. Andre ganger har det vært reelt svinn. Det må sies at de fleste av disse avvikene er på ufarlige medisiner og sier noe om at de kanskje på grunn av sin beskaffenhet burde vært holdt utenom kabinettet. Kun en gang under utprøvsperioden ble det oppdaget kritisk feil på lagerbeholdningen da Ketorax og Afipran var byttet om.

#### Levering

I prøveperioden har avdelingen hatt hyppig og god kontakt med sykehusapoteket og det er blitt etablert gode relasjoner som både avdeling og sykehusapotek har hatt nytte av. Konklusjonene i spørreundersøkelsene er klare på at man i utprøvsperioden har sett gevinsten ved et tett og nært samarbeid med sykehusapoteket.

#### Medikamentutvalg

Rundt 175 medikamenter fikk plass i kabinettet. Kun en gang ble det problemer ved at man gikk tom for et spesielt medikament. Dette skjedde på grunn av opphopning av pasienter som spesifikt trengte dette medikamentet. I utprøvsperioden ble det uttrykt ønsker om å flytte flere medikamenter fra kabinettet til undersøkelsesrommene, men det ble ikke gitt etter for slike ønsker.

#### Brukervennlighet

Vi fikk et godt inntrykk av brukervennligheten under tidsbruks-testene da vi sto og observerte ved kabinettet. Noen hadde problemer med selve påloggingen samt enkelte brukerfeil. Det var av og til et problem med kø foran kabinettet, men dette har vi jo erfart også foran våre vanlige medisinskap.

I utprøvsperioden opplevde vi at det ble atskillig roligere å ta imot og behandle pasienter på akuttrommene, idet det var minimalt med forstyrrelser fra pleiere som skulle hente medisiner til andre pasienter. Ulempen har vært at pleierne på akuttrommene måtte gå ut fra behandlingsrommet for å hente medisiner utover

akuttmedisinene. Både sykepleiere og leger har gitt uttrykk for at det har vært uvanlig og følt litt utrygt. Løsningen ville sannsynligvis være flere akuttmedisiner som for eksempel Abbodop inne på akuttrommene.

Det ble oppfattet som lite brukervennlig at skuffene i kabinettet åpner seg mot deg. Du må stå nær kabinettet for å taste og blir «dyttet» eller hindrer at skuffen får åpnet seg om du ikke flytter deg raskt til siden. Loggen viser at noen pleiere har en lav prosent med vellykkede pålogginger, mens mange har 99–100 prosent suksess ved pålogging.

#### Pasientsikkerhet

I utprøvsperioden har medisinkabinettet vist seg driftssikkert. Det oppsto to kritiske hendelser i utprøvsperioden. En gang «frøs» hele systemet og det var ikke mulig å komme seg videre eller å få logget seg ut. Problemet ble løst ved å slå av hele systemet. Da det ble startet igjen, fungerte alt som normalt. Den andre kritiske hendelsen oppsto da «failed drawer»-ikonet kom frem på skjermen. Når man forsøkte å løse problemet kom det melding om manglende rettigheter. Problemet skyldtes antakeligvis at forrige bruker ikke hadde lukket lokket på «cubien» før skuffen ble lukket, og dermed låste hele skuffen seg.

Det har vært enkelt å finne medikamentene. Muligheten for å tilpasse brukeropsett ved å søke opp medikamenter etter generisk navn eller merkenavnet har vært brukervennlig. For nye sykepleiere i avdelingen og for ekstravakter har det blitt enklere å finne rett medikament.

#### Konklusjon

Den vesentlige gevinsten for avdelingen i utprøvsperioden var økt kvalitet i medikamenthåndteringen. For de medikamentene som var plassert i miniskuffer og «cubier», var vi sikre på å få ut medikamentet med rett konsentrasjonen og administrasjonsform, under forutsetning av at påfyllingen var korrekt utført. Når det gjaldt matrix-skuffene måtte vi fremdeles sjekke både medikamentnavn og styrke nøye. Avdelingen ønsker å ha flest mulige medikamenter i miniskuffer. Miniskuffer er den enheten med størst grad av sikkerhet.

Kabinettet og påloggingsrutinene gir kontroll over hvem som har logget seg på, hva de har gjort og hva de har tatt ut til den enkelte pasient. Kabinettet ga noe økt tidsbruk til henting av medisiner, men forskjellene var små og man forventer at dette utlignes ved en lengre utprøvsperiode. Plasseringen av kabinettet i mottakelsesavdelingen var ikke optimal og heller ikke konfigurasjonen av selve kabinettet. Dette hadde å gjøre med klare fysiske begrensninger i lokalet og at vi ikke kunne velge fritt i forhold til hvilket kabinett vi kunne prøve ut. Hvis man skulle gå inn i en permanent løsning med et medikamentkabinett, måtte disse elementene være på plass på forhånd og dermed bidra til en bedre totalløsning enn det som var mulig å prøve ut i vårt prosjekt.

Kabinettet gir betydelig bedre sikkerhet mot urettmessige uttak og misbruk av legemidler. En kabinettløsning åpner også for en interessant diskusjon rundt eierforholdene til de medisiner som ligger i kabinettet. Med et kabinett kan sykehusapoteket fakturere på grunnlag av det som faktisk tas ut fra kabinettet.

Ved å sammenstille disse observasjonene om legemiddelkabinettet med konklusjonene i hovedprosjektets øvrige delprosjekter, ser vi at vi får en større effekt av de enkelte tiltakene hvis de gjennomføres samlet enn om de gjennomføres hver for seg. Flere tiltak for å effektivisere legemiddelforsyningskjeden henger tett sammen. Eksempel på dette er standardisering av legemiddelsortimentet i en basisliste, som legges til grunn for konfigurering av et elektronisk legemiddelkabinett. ■■■

# 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.

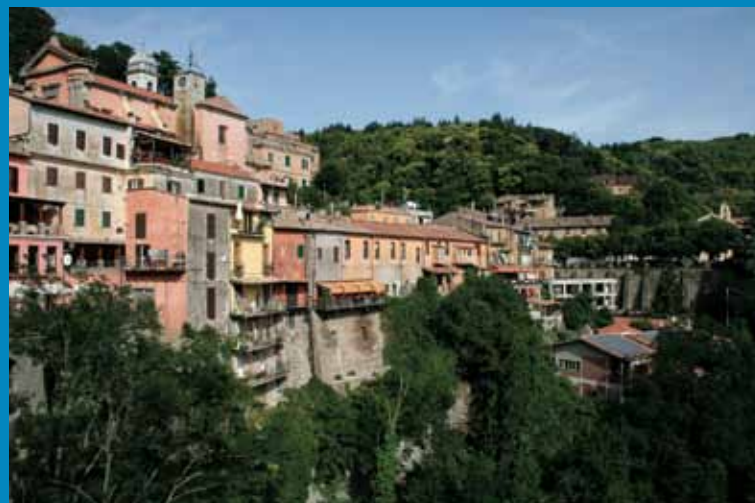
Det blir også tid til å få en følelse av det romerske livet i antikken i Ostia Antica: Vi avslutter med et besøk i den futuristiske og arkitektoniske byen EUR.

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

**Reis med Hjerte, hjerne og Holdning!**



Karen Irene Rishaug, jordmor ved Sykehuset Innlandet Helseforetak Lillehammer.

# Overvekt gir fødselskomplikasjoner

Økende forekomst av overvekt blant fertile kvinner innebærer økt risiko for fødselskomplikasjoner.

**A**rtikkelen er basert på den avsluttende oppgaven på jordmorstudiet ved Høgskolen i Akershus, desember 2009, som ble skrevet i samarbeid med Carina Gitmark Valeur, jordmor ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Veiledere for oppgaven og denne forkortede artikkelen var Ann-Karin Valle, stipendiat ved Universitetet i Oslo og førstelektor ved Høgskolen i Akershus, og Bente Spidsberg, jordmor og høyskolelektor/stipendiat ved Høgskolen i Akershus.

Problemstillingen for oppgaven var «Hvilken sammenheng er det mellom overvekt og fødselskomplikasjoner?» For å belyse dette undersøkte vi hvilken betydning overvekt i svangerskapet har for fødselsforløpet og -utfallet.

## Global epidemi

Overvekt har blitt en global epidemi. WHO anslår at innen 2015 vil 2.3 milliarder mennesker være overvektige, og mer enn 700 millioner voksne ha en KMI > 30 som indikerer fedme.

Nasjonale undersøkelser fra Folkehelseinstituttet gjennomført i perioden 2002–2003 rapporterte at den gjennomsnittlige 30-årige norske kvinnen var overvektig i fire av fem fylker (1). Henriksen (2), viser at andelen kvinner med fedme i alderen 25 til 30 år er to –tredoblet de siste 15–20 årene, og det er også vist at kvinner utvikler fedme i sammenheng med graviditet (3). Parallelt med den voksende andelen overvektige i befolkningen øker frekvensen av fødselskomplikasjoner (4).

## Metode

For å besvare forskningsspørsmålene identifiserte vi relevante vitenskapelige artikler gjennom et systematisk litteratursøk (5) for å oppsummere tilgjengelig kunnskap og implementere den i et jordmorfaglig perspektiv (6). Vi søkte etter oversiktsartikler, RCT, retrospektive- og prospektive kohortstudier hvor risikoen for fødselskomplikasjoner ved overvekt hos gravide ble sammenliknet med risikoen hos normalvektige gravide. Studier som ble inkludert var i hovedsak publisert senere enn 2004 og skandinaviske eller engelskspråklige.

## Konsekvenser for fødselsforløpet

Overvekt øker risikoen for manglende spontan fødselsstart. Dette kan føre til overtidighet og igangsettelse av fødsel, men kan også resultere i for tidlig fødsel. Kvinner med KMI > 30 har størst risiko,

ofte i sammenheng med sykdom hos mor eller misdannelser hos barnet (7,8,9,10,11,12,13,14).

Risikoen for både planlagt og hastekeisersnitt stiger parallelt med økende KMI (14,15,16), og kan være økt hos overvektige med 50 prosent (17). Fire studier vurderte om overvekt fører til økt forekomst av instrumentell forløsning, tre av disse viste sammenheng mellom fedme og stort foster (7,8,11,19). Et stort antall studier

## Risikoen for blødninger i forbindelse med fødsel er større ved overvekt.

viser sammenheng mellom et forlenget fødselsforløp og obstruktive årsaker som økt fettvev i bekkenet, stort barn, redusert evne til å trykke i frigjøringsfasen, og risvekkelse relatert til høye nivåer av kolesterol og leptin (2,15,20,21,22,23,24,25). To studier viste at økte kolesterolverdier kan føre til mangelfull inntrengning av kalsium i myometriet, noe som gir redusert rieaktivitet både i styrke og frekvens. Leptin, som produseres i fettvev, har i tillegg en hemmende effekt på både spontane og induserte kontraksjoner. Foruten beredskap på intervensjoner, kan behovet for epiduralbedøvelse også være økt relatert til et langvarig forløp i kombinasjon med et stort barn. Epidural kan igjen bidra til ytterligere risvekkelse (26,27,28).

## Konsekvenser for mor

Risikoen for blødninger i forbindelse med fødsel er større ved overvekt, og blodtapet stiger jevnt med økende KMI (7,8,9,10,11,30). Studiene viste ingen klar sammenheng mellom overvekt og perineale rifter (27,31), men fysisk inaktivitet er en risikofaktor for rifter grad 3 og 4 (8). Overvekt disponerer også for sårinfeksjon etter keisersnitt, og urin/genitaltraktinfeksjoner (7,30,32). CEMACH-rapporten (Confidential Enquiry into Maternal and Child Health) viser til at over halvparten av mødredødsfallene relatert til sepsis var hos overvektige kvinner (32).

En studie påpeker at overvektige kan være disponerte for traumatiske fødselsopplevelser relatert til forlenget forløp, smerter, intervensjoner og komplikasjoner (40). Videre er psykiske problemer mer vanlig hos kvinner med overvekt, fedme og sykkelig fedme sammenliknet med normalvektige (11). ➔

## www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

### Søkeord:

- Svangerskap
- Fødsel
- Overvekt
- Jordmor
- Keisersnitt



**Konsekvenser for barnet**

Overvekt og fysisk inaktivitet assosieres med utvikling av makrosome/LGA- barn (fødselsvekt > 4–4,5kg), uavhengig av diabetes hos mor. Fedme kan fordoble antall LGA-barn (32,34,35). Enkelte studier viser at risikoen for strukturelle misdannelser, hovedsakelig skade i sentralnervesystemet og perinatal død øker, men her er flere studier påkrevd (12,30,35).

Barn av overvektige mødre legges oftere inn ved nyfødttintensiv, noe som kan hindre kontakten mellom mor og barn og påvirke ammingen negativt (37). Forhold som feilernæring, livsstil og inaktivitet påvirker barnet intrauterint og gjør det mer utsatt for å utvikle fedme, diabetes og enkelte kreftformer senere i livet. Slike epigenetiske prosesser kan føre til en ond sirkel hvor barn av overvektige selv har økt risiko for utvikling av overvekt (6,35).

Funn i forhold til videre kunnskapsutvikling om jordmorfunksjonen i møte med overvektige gravide for å redusere risiko og fremme en god fødselsopplevelse

På bakgrunn av overstående resultater, etterlyser nesten samtlige artikler med jordmorfaglig relevans oppdaterte retningslinjer og prosedyrer for å kunne påvirke fødselsutfallet og redusere risikoen for skade (4,26,29). Når overvektige legges inn på fødeavdelingen foretar jordmor en kontinuerlig risikovurdering. Overvekt hos mor krever økt beredskap i fødselsforløpet da de nevnte forhold vanskeliggjør fødselsomsorgen og stiller større krav til kliniske og tekniske ferdigheter (4,29). Det er nødvendig med spesialtilpasset utstyr (37) og egne prosedyrer for ristimulering, trombose – og antibiotikaprofylakse

## En utfordring for jordmor er å skape en god atmosfære hvor kvinnen bevarer troen på egen fødekraft.

til overvektige (21,22,26,37). Konsekvensene av overvekt hos gravide kan med fordel drøftes med kvinnen før hjemreise for å forebygge risikoen for fødselskomplikasjoner i et eventuelt neste svangerskap (29).

**Diskusjon**

Studiene viser at overvekt representerer en betydelig økt risiko for fødselskomplikasjoner, parallelt med økende KMI. Temaets aktualitet forsterkes gjennom at «Royal College of Obstetricians and Gynaecologists» i samarbeid med Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE), i mars 2010 publiserte retningslinjene «Management of women with obesity in pregnancy». Disse retningslinjene skal bidra til å sikre fødselsomsorgen for overvektige gravide og baserer seg på at fedme er den hyppigste obstetriske risikofaktoren med konsekvenser som vi også har omtalt i vår studie. En begrensning er mangelen på tilgjengelige studier som beskriver kunnskapsbasert praksis innen feltet. Nettopp fordi forskningsfeltet er relativt nytt og denne kunnskapen for mange er ukjent, mener vi det er svært relevant å beskrive og diskutere problemstillingen.

Når spontan fødselsstart uteblir (11), øker risikoen for overtidighet og induksjon (10), som igjen fører til flere intervensjoner. Et dilemma er at hensikten med induksjon er å redusere risiko, samtidig som induksjon bidrar til økt risiko gjennom intervensjoner. Skal man indusere en overvektig kvinne, for eksempel ved mistanke om stort foster, fremfor å la svangerskapet bli overtidig?

Tendensen går i retning av å begrense vektøkningen i svangerskapet hos overvektige da fedme øker risikoen for keisersnitt (22). Kvinner som får råd og veiledning har større sannsynlighet for å gå ned i vekt enn de som ikke mottar slik informasjon (13). Mange har hevdet at vektreduksjon i svangerskapet er uforsvarlig, men det diskuteres om dette er en myte som bør avlives.

Resultatene, som viser et forlenget fødselsforløp og svekkede rier hos overvektige kvinner, er interessante med tanke på jordmortiltak. Et stort barn i kombinasjon med økt fettvev i bekkenet kan skape et mekanisk misforhold. Videre kan fysisk inaktivitet påvirke muskelkraft og utholdenhet i utdrivningsfasen og resultere i ineffektiv rotasjon og feilinnstillinger (2). Funnene som viser dårligere rier i åpningsfasen (30) og lengre åpningsstid ved fedme (23) kan bedres av jordmors tilstedeværelse og omsorg. Reduserte rier i styrke og frekvens hos overvektige kvinner, som et resultat av uhensiktsmessige kolesterol og lipidnivåer (23,24), kan forklare hvorfor overvektige kvinner oftere trenger oxytocinstimulering. Dette illustrerer også behovet for mer kunnskap om dosering av oxytocin i forhold til mors KMI. Syntocinon (oxytocin) benyttes ved cirka en tredjedel av fødslene i Norge og doseres uavhengig av vekt (21). Behovet for økt oxytocindosering, forsterkes av funn som viser at forhøyet lipidnivåer hindrer oxytocinets evne til å fremme gode rier (23,24,25). Ved epiduralbedøvelse kan lavere plasmakonsentrasjon av oxytocin føre til risvekkelse, noe som også nødvendiggjør egne prosedyrer for ristimulering under påvirkning av epidural (26). Det innebærer et dilemma å anbefale epidural tidlig i forløpet da det ofte medfører risvekkelse og et forlenget fødselsforløp (26).

Ved blødning i forbindelse med fødsel kan kvinnen miste et alarmerende stort blodvolum på kort tid. Risikofaktorer for blødning relatert til overvekt er forlenget fødselsforløp, oxytocinstimulering, epiduralbedøvelse, svangerskapsforgiftning, rifter, instrumentell forløsning og stort barn. Risikoen for blødninger øker, spesielt ved overvekt og sykkelig fedme (11), noe som understreker betydningen av beredskap og forebyggende tiltak i aktiv fødsel. Blødningsrisikoen kan være en grunn til at antikoagulasjonsbehandling ikke er rutine selv om det er kjent at overvekt også er en risikofaktor for utvikling av blodpropp. Alternativt kan bruk av støttestrømper i fødsel motvirke utvikling av blodpropp.

Overvektige er sårbare i et langvarig fødselsforløp, da oksygenbehovet er høyere enn hos normalvektige (24). To av tre studier viste en sammenheng mellom fedme, lav navlesnors pH og lav apgar score etter ett minutt (11,28, 31). Da amming har vist seg å fremme mors vektreduksjon samtidig som barnets risiko for å utvikle fedme senere reduseres (13) bør dette vektlegges, spesielt ved innleggelse på nyfødttintensiv avdeling.

Jordmors forebyggende perspektiv er viktig for å hindre fødselskomplikasjoner hos overvektige. Alle forhold som kan påvirke fødselsforløpet vurderes fortløpende, samtidig som et tverrfaglig samarbeid med fødselshjelpere, anestesio- og barnelege er nødvendig for å nå målet om en frisk mor og et friskt barn. En utfordring for jordmor er å skape en god atmosfære hvor kvinnen bevarer troen på egen fødekraft fremfor å fokusere på risiko for komplikasjoner. For mange overvektige kvinner kan forholdet til egen kropp være vanskelig. De kan oppleve å bli stigmatisert for vekten, for eksempel dersom fødestua mangler egnet fødeseng eller utstyr som store blodtrykksmansjetter. Kunnskap kan formidles uten å uroe kvinnen selv om forløpet krever intervensjon. Kommunikasjonen kan være direkte, samtidig som man styrer unna ord som risiko, komplikasjoner



# Skal man indusere en overvektig kvinne fremfor å la svangerskapet bli overtidig?

og uheldig utfall. På den måten kan bakgrunnen for intervensjoner som ristimulering og overvåkning formidles i et forsøk på å trygge kvinnen fremfor å uroe henne. Selv ved høy grad av overvekt er sjansen for et normalt vaginalt forløp stort (16), derfor må jordmorsens tro på kvinnens fødeevne formidles tydelig i forløpet.

## Implikasjoner for praksis

Økende forekomst av overvekt blant fertile kvinner representerer en stor utfordring og er assosiert med økt risiko for fødselskomplikasjoner, parallelt med økende KMI. Jordmor kan forebygge komplikasjoner gjennom et høyt kunnskapsnivå og god jordmorsomsorg. Det er behov for oppdaterte prosedyrer for ivaretagelse av overvektige kvinner i fødsel. Sammenhengen mellom overvekt og fødselskomplikasjoner bør få økt fokus med implikasjoner for forebyggende praksis slik at forekomsten av overvekt på sikt kan reduseres.

Gjennom våre søk så vi at kvalitativ forskning og randomiserte kontrollerte studier (RCT) manglet innenfor dette feltet. Forskning på helsefremmende og forebyggende arbeid hos kvinner i fertil alder vil ha stor nytteverdi da overvekt er blitt en alminnelig risikofaktor blant unge mødre. Samfunnsmessige tiltak som bidrar til normalisering av vekt blant unge jenter vil kunne redusere frekvensen av fødselskomplikasjoner relatert til overvekt på sikt. Da forekomsten av overvekt er forbundet med sosioøkonomisk status (11,30), kan det også være hensiktsmessig å inkludere dette forholdet i forebyggende arbeid og praksisnære studier.

Vi ønsker å takke jordmor Nanna Voldner og dr. Jacob Nakling for inspirerende faglig dialog og nyttige råd vedrørende litteratursøk. ■■■



**RISIKABELT:** Fedme hos mor øker risikoen ved fødselen, og for at barnet kommer inn i en ond spiral med økt risiko for å utvikle overvekt.

Foto: Colourbox

## LITTERATUR

1. Folkehelseinstituttet [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:44465:1:5647:30:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:44465:1:5647:30:::0:0) Lesedato: 06.10.09
2. Henriksen T. Nutrition and pregnancy outcome. *Nutrition Reviews* 2006; 64 (5 Pt 2): S19–23. discussion S72–91.
3. Helseidrettsrådet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
4. Kriebs JM. Obesity as a complication of pregnancy and labor. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2009; 23(1): 15–22.
5. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. (2. utgave). Stockholm: Natur og Kultur, 2008.
6. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
7. Usha Kiran TSU, Hemmadi S, Bethel J, Evans J. Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 112(6): 768–772.
8. Voldner N, Frøslie KF, Haakstad LAH, Bø K, Henriksen T. Birth complications, overweight, and physical inactivity. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009; 88(5): 550–555.
9. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering single-
10. Denison FC, Price J, Graham C, Wild S, Liston WA. Maternal obesity, length of gestation, risk of postdates pregnancy and spontaneous onset of labour at term. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008; 115(6): 720–725.
11. Schrauwers C, Dekker G. Maternal and perinatal outcome in obese pregnant patients. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2009; 22(3): 218–226.
12. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *American Journal of Public Health* 2001; 91(3): 436–440.
13. Castro LC, Avina RL. Maternal obesity and pregnancy outcomes. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 2002; 14(6): 601–606.
14. Jensen DM, Damm P, Sorensen B, Molsted-Pedersen L, Westergaard JG, Ovesen P. Pregnancy outcome and prepregnancy body mass index in 2459 glucose-tolerant Danish women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2003; 189(1): 239–244.
15. Roman H, Goffinet F, Hulsey TF, Newman R, Robillard PY, Hulsey TC. Maternal body mass index at delivery and risk of caesarean due to dystocia in low risk pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2008; 87(2): 163–170.
16. Sheiner E, Levy A, Menes TS, Silverberg D, Katz M, Mazor M. Maternal obesity as an independent risk factor for caesarean delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2004; 18(3): 196–201.
17. Poobalan AS, Aucutt LS, Gurung T, Smith, WCS, Bhattacharya S. Obesity as an independent risk factor for elective and emergency caesarean delivery in nulliparous women—systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Obesity Review* 2009; 10(1): 28–35.
18. Stotland NE, Hopkins L M, Caughey AB. Gestational weight gain, macrosomia, and risk of cesarean birth in nondiabetic nulliparas. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 104(4): 671–677.
19. Jolly MC, Sebire NJ, Harris JP, Regan L, Robinson S. Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 2003; 111(1): 9–14.
20. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Weiner CP. Intrauterine pressure during the second stage of labor in obese women. *Erratum appears in Obstet Gynecol.* 2004 May; 103 (5 Pt 1): 1019. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103(2): 225–230.
21. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Savitz DA, Siega-Riz AM. Maternal prepregnancy overweight and obesity and the pattern of labor progression in term nulliparous women. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 104 (5 Pt 1): 943–951.
22. Cedergren MI. Non-elective caesarean delivery due to ineffective uterine contractility or due to obstructed labour in relation to maternal body mass index. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 2009; 145: 163–166.
23. Zhang J, Bricker L, Wray S, Quenby S. Poor uterine contractility in obese women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114(3): 343–348.
24. Zhang J, Kendrick A, Quenby S, Wray S. Contractility and calcium signalling of human myometrium are profoundly affected by cholesterol manipulation: implications for labor? *Reproductive Sciences* 2007; 14 (5): 456–466.
25. Moynihan AT, Hehir MP, Glavey SV, Smith TJ, Morrison JJ. Inhibitory effect of leptin on human uterine contractility in vitro. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2006; 195(2): 504–509.
26. Kjærgaard H. Fagligt indstik: Vesvækelse hos førstegangs fødende. *Tidskrift for jordemødre* 2009; 9: SIDE? Crane JMG, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC* 2009; 31(1): 28–35.
28. Sarkar RK, Cooley SM, Donnelly JC, Walsh T, Collins C, Geary MP. The incidence and impact of increased body mass index on maternal and fetal morbidity in the low-risk primigravid population. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2007; 20 (12): 879–883.
29. Morin KH, Reilly L. Caring for obese pregnant women. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2007; 36(5): 482–489.
30. Sebire NJ, Jolly M., Harris J P, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, Regan L, Robinson S. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity* 2001; 25(8): 1175–1182.
31. Rode L, Nilas L, Wojdemann K, Tabor A. Obesity-related complications in Danish single cephalic term pregnancies. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(3): 537–542.
32. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003–2005. *CEMACH Children Safer*, 2007.
33. Olde E, Kleber R. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review* 2006; 26 (1): 1–16.
34. Voldner N, Frøslie KF, Bø K, Haakstad L, Hoff C, Godang K, Bollerslev J, Henriksen T. Modifiable determinants of fetal macrosomia: a role of lifestyle-related factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2008; 87:423–429.
35. Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 112: 403–408.
36. Kumari AS. Pregnancy outcome in women with morbid obesity. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2001; 73: 101–107.



**Tore Bonsaksen,**  
Høgskolen i Oslo,  
Avdeling for Helsefag,  
Ergoterapeututdanningen.



**Anne Lise Hustadnes,**  
Oslo universitetssykehus –  
Aker, Lærings- og  
Mestringscenteret.



**Per Møller Axelsen,**  
Oslo universitetssykehus –  
Aker, Lærings- og  
Mestringscenteret.



**Eva Bjørnsborg,**  
Oslo universitetssykehus –  
Aker, Lærings- og  
Mestringscenteret.

# Lærer å mestre sykkelig fedme

Mestringskurs kan hjelpe personer med sykkelig overvekt til å legge om livsstilen med sunnere mat og økt aktivitet.

**O**vervekt og fedme er et økende helseproblem i store deler av verden, ikke bare den vestlige (1). I Norge har gjennomsnittsvekten for både kvinner og menn i alderen 40–42 år økt i alle deler av landet i løpet av en treårsperiode på 1990-tallet (2). Tall fra Folkehelseinstituttet viste at menn mellom 40 og 45 år i gjennomsnitt veide 5,0 kg mer i 2000 enn de gjorde i 1985. For kvinner i samme alder var det en økning på 5,8 kg (3). Andelen av befolkningen med KMI på 30 kg/m<sup>2</sup> eller mer er ifølge tall fra perioden 2000–2003, 18,5 prosent for menn og 16 prosent for kvinner (4). Det synes som om utviklingen av overvekt og fedme i den norske befolkningen følger den internasjonale utviklingen, og at en voksende gruppe med stor overvekt representerer en viktig utfordring for helsetjenesten (3,5).

## Konsekvenser

Overvekt og fedme gir en forhøyet risiko for andre typer lidelser. Studier har vist at de vanligste sykdomstilstandene forårsaket av stor overvekt og fedme er diabetes II, gallesten, hypertensjon, søvnapné, hjerte- og karlidelser, hjerneslag og enkelte kreftformer (5-8). Det hevdes også at depresjon, redusert livskvalitet og arbeidsuførhet er utbredt blant overvektige (9). Risikoen for relaterte somatiske lidelser er imidlertid mindre for de som er fysisk aktive og i god form, til tross for overvekt (10). I tilknytning til dette har man stilt spørsmål ved hvilken rolle overvekt spiller i forhold til utviklingen av andre sykdommer, og om overvekt bør betraktes som symptom på inaktivitet og dårlig fysisk form snarere enn sykdomsgenererende faktor. Som konsekvens av dette har man foreslått at behandling i forbindelse med overvekt bør ha et like sterkt fokus på kostholdsendring, vanemessig fysisk aktivitet og bedring av fysisk form, som på vektreduksjon i seg selv (5).

## Subjektive erfaringer

Dagens samfunn legger stor vekt på kropp og utseende. Erfaringer fra intervjuer med mennesker med sykkelig fedme er at mange må forholde seg til at fremmede kan ha sterke meninger om deres kroppsvekt og kroppsstørrelse (11). Noen har opplevd diskriminering på grunn av sin kroppsstørrelse, og mange har opplevd andres sturring, fotografering og ufine tilrop. I tillegg presenteres vektreduksjon ofte i aviser, ukeblader og reklame som noe som er lett å få til: Spis mindre og beveg deg mer! En slik ensidig presentasjon kan lede til økt skyldfølelse og desperate forsøk på å gå ned i vekt. Denne typen ureflektert slanking er ofte ikke effektiv over tid, slik at resultatet kan bli slanking med påfølgende vektøkning

– såkalt «jojo-slanking». Mange med sykkelig fedme har erfart å gå ned flere kilo, for så å gå opp igjen tilsvarende eller mer.

En god del forteller at de har møtt uheldige holdninger hos helsepersonell de har hatt kontakt med, og at de har utviklet skepsis til helsetjenesten på bakgrunn av disse erfaringene. Skyldfølelse, skamfølelse, og en følelse av sosial stigmatisering – å være utstøtt fra og uønsket av samfunnet – synes å være sentrale erfaringer knyttet til stor overvekt i dagens samfunn (12).

## Anbefalinger

Sosial- og helsedirektoratet (4) har anbefalt at helsepersonell bør utdannes bedre på området, og at tiltak bør organiseres i form av tverrfaglig innsats. De har fremhevet et bredt spekter av profesjoner og uttrykt at forebygging og behandling av overvekt best skjer i form av tverrfaglig arbeid. Det ble pekt på at flere fagmiljøer, som de eksisterende Lærings- og Mestringscentrene (LMS), kan være aktuelle å involvere i planlegging og gjennomføring av tiltak for overvektige, og at tiltakene må følges opp i form av forskning.

Med denne artikkelen vil vi beskrive og diskutere lærings- og mestringsstilbudet «Startkurs – På vei mot likevekt» (heretter kalt Startkurs), slik dette tilbudet for sykkelig overvektige er utviklet ved LMS ved Oslo universitetssykehus – Aker (Aker LMS).

## Startkurs

### Startkursets formål

Aker LMS gikk i 2004 i gang med å planlegge et tilbud for pasienter med sykkelig fedme som ble henvist til sykehuset for behandling. Overvekt ble definert i tråd med WHO's definisjoner (13) (Tabell 1), og tilbudet ved LMS ble bestemt som et tilbud til pasienter med fedme grad 3, eller med fedme grad 2 med fedmerelaterte somatiske tilleggs lidelser. Disse kategoriene av overvekt beskrives heretter som uttrykket sykkelig fedme.

Arbeidsgruppen som ble nedsatt for å planlegge kurstilbudet besto av fagpersoner samt en representant fra en brukerorganisasjon og personer med brukererfaring fra ulike metoder for

**TABELL 1:** Definisjoner av overvekt

Betegnelse	KMI (kg/m <sup>2</sup> )
Undervekt	< 18.50
Normalvekt	18.50 – 24.99
Overvekt	25.00 – 29.99
Fedme	> 30.00
Grad I	30.00 – 34.99
Grad II	35.00 – 39.99
Grad III	> 40.00

Note. Tabellen viser WHO's definerte grenseverdier for de ulike vektbetegnelse (13).

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- Overvekt
- Ernæring
- Fysisk aktivitet
- Mestring
- Undervisning



vektreduksjon. Gradvis er Startkurs blitt til en 40 timers obligatorisk forberedelse til behandling for alle pasienter som blir henvist til sykehuset for behandling av sykkelig fedme, og betraktes som et ledd i en lengre behandlingsskjede. Formålet med kurset er at deltakerne skal få informasjon og kunnskap om hva behandling av sykkelig fedme innebærer, for å kunne ta et informert behandlingsvalg. Videre er hensikten å bidra til å sette i gang et endringsarbeid og styrke den enkeltes evne til å håndtere de utfordringer behandlingen vil innebære for å lykkes med varig livsstilsendring, uavhengig av hvilken behandling som velges. Dette innebærer flere elementer; blant annet etablering av et støttende nettverk, å bli bedre kjent med egne behov og ressurser, å utvikle ny kunnskap om tanker, følelser, kropp, mat og bevegelse, samt å skape bevissthet om muligheter for livsstilsendring.

#### Struktur

Kurset innledes med en presentasjon av deltakernes forventninger til tilbudet og ledes av en fagperson med helsefaglig kompetanse i samarbeid med en erfaren bruker. Det har vist seg at denne sammensetningen, av en fagperson og en som selv har erfaring med stor overvekt, er en side ved kurset som både inngir aksept for problemet og håp om endring. Mange av deltakerne på kursene har tilegnet seg mye kunnskap gjennom mange års erfaring med sykkelig fedme. De vet hva de bør gjøre annerledes, men de strever med å finne måter å omsette det i praktisk handling på og tilpasse det til eget liv. Når en erfaren bruker er til stede og formidler både egne og tidligere kursdeltakeres erfaringer gjennom hele kursopplegget, så bidrar dette til trygghet i deltakergruppen og til økt troverdighet med tanke på kursets innhold.

Kursopplegget har som mål å gi hjelp til selvhjelp for den enkelte og motivere hver enkelt til å komme i gang med sin endringsprosess. Kursopplegget er basert på deltakelse i en gruppe, og gjennom gruppen åpnes muligheten for støtte fra andre som er i en liknende situasjon. Gjennom kurset utveksles erfaringer deltakerne mellom, og dette fremstår som en viktig metode i endringsarbeidet. Deltakerne kan finne både gjenkjennelse og støtte, informasjon, nye ideer og utfordre seg selv gjennom aktivt å forholde seg til andres erfaringer. Motivasjon for egen endring kan skapes i et slikt fellesskap hvor det både er likheter og forskjelligheter i gruppen. Gruppene settes sammen med deltakere fra samme sted eller geografiske område, og de har en fast størrelse på omtrent 20 deltakere. I undervisningen er hele gruppen samlet, mens de er delt i mindre grupper når de arbeider med handlingsplaner eller har erfaringsdiskusjoner.

Mot slutten av kurset får deltakerne mulighet til å forme en selvhjelpsgruppe hvor de kan fortsette å møtes jevnlig, også etter at kurset er avsluttet. Det er ikke et krav å delta i selvhjelpsgruppe, men vi gir informasjon om selvhjelpsgrupper og anbefaler dette på bakgrunn av at mange tidligere kursdeltakere har hatt positive erfaringer med slike grupper. Mange har erfart at det kan være tungt å fortsette endringsarbeidet uten den støtte og hjelp de har fått i gruppen. De fleste av kursdeltakerne ønsker derfor å delta i en slik selvhjelpsgruppe etter kursets avslutning. Noen ønsker det så sterkt at de selv bringer temaet på bane. Aker LMS stiller lokaler fritt til rådighet for disse gruppene, som gjerne møtes en gang hver tredje uke. Alle kursene evalueres muntlig og skriftlig av kursdeltakerne ved avslutning, og evalueringene brukes i kvalitetsutviklingen av læringstilbudet.

#### Innhold

Kurset innledes med å orientere om de ulike behandlingsmetodene ved sykkelig fedme, hvor fagpersoner som representerer de



ulike tilbudene (medisinsk, kirurgisk og konservativ behandling) presenterer og besvarer spørsmål. Mestringsdelen fokuserer på livsstil og endring av vaner. Programmet vektlegger en kognitiv tilnærming for å bevisstgjøre deltakerne om hvordan egne tanker og følelser kan påvirke atferd. Temaene er «Mat, kropp, tanker og følelser», «Ernæring og kosthold», «Endring av vaner», «Fysisk aktivitet og mental helse» og «Motivasjon og selvhjelp». Kurslederne og eksternt tilknyttede fagpersoner med ulik utdanningsbakgrunn står ansvarlig for undervisningen. Representanter for ulike interesseorganisasjoner tar også del i undervisningen.

Kurslederne informerer også om kurs i livsstyrketrening og gruppebaserte tilbud om trening ved lokalt treningssenter, deltakerne får også tilbud om å delta i grupper hvor man driver med vannaerobic og stavgang. Disse tilbudene inkluderer bare folk med stor overvekt, slik at deltakerne får en arena hvor de kan utfolde

## Det er en møysommelig prosess å endre vaner og livsstil.

seg i fysisk aktivitet sammen med andre som også er overvektige. Dermed kan de slippe angsten for å bli kritisk gransket av andre deltakere, slik de ofte opplever i åpne tilbud.

Sentrale innholdsmessige elementer i Startkurs er, i tillegg til de spesifikke undervisningstemaene, utarbeiding av individuell handlingsplan, arbeid med hjemmelekser og gruppediskusjon om erfaringer. Den individuelle handlingsplanen sikter mot at hver enkelt kursdeltaker skal få bistand til å finne frem til metoder for endring som passer ham eller henne. Handlingsplanen er en plan

**BLIR SJIKANERT:** Mange med sykkelig overvekt opplever stigmatisering i form av granskende blikk og ufine kommentarer. Foto: Colourbox.



for hvordan endringsarbeidet skal omsettes i praktisk handling i den enkeltes miljø. Når deltakeren gir hjemmelekser til seg selv er dette en måte å forsterke forpliktelsen overfor egen endringsprosess. Det kan eksempelvis være i form av å gjennomføre planlagte aktiviteter, å lage en ny type mat, å besøke familie og venner, eller å være mer fysisk aktiv i hverdagen – for eksempel ved å parkere bilen litt lenger unna når man skal i butikken. Gruppediskusjonen vil ofte dreie seg om hvordan prosessen for den enkelte har forløpt siden forrige kursdag, og sikter mot å dele og undersøke

## Mange med sykkelig fedme har erfart å gå ned flere kilo, for så å gå opp igjen tilsvarende eller mer.

erfaringer sammen med de andre i gruppen. I diskusjonen vil den enkelte få innspill fra andre, samtidig som man kan bidra til andres endringsprosess.

### Endring av vaner

Det er en møysommelig prosess å endre vaner og livsstil. I en slik sammenheng synes ti uker med i alt 40 kurstimer lite – noe det også er. Erfaringen er at man i løpet av kurstiden kan skape og styrke bevissthet om og motivasjon for ulike aspekter som kan være av betydning for varig endring. Dette kan dreie seg om kunnskap om kosthold og mosjon, men også kjennskap til risikofaktorer som for den enkelte kan utløse trøstespising, «jojo-slanking», passivitet eller andre uheldige reaksjoner. Arbeidet med individuell handlingsplan skaper også bevissthet om hvordan man kan mestre vanskelige hendelser og situasjoner på en mer hensiktsmessig måte og gir derfor hjelp til selvhjelp. Den vesentlige delen av arbeidet med å endre vaner og livsstil vil foregå i tiden etter at kurset er avsluttet.

### Operasjon er ikke nok

Det kan stilles spørsmål om hvordan obligatorisk oppmøte for deltakerne henger sammen med eksplisitte målsettinger om brukermedvirkning og likeverdig samspill mellom brukere og fagpersoner. Tilnærmingen viser en pragmatisme på dette området fordi alle deltakerne har behov for å bli kjent med at atferdsendring og endring av livsstil vil bli nødvendig, uansett valg av behandlingsform. Det er ikke slik at en fedmeoperasjon løser hele problemet for godt. Også denne behandlingsformen vil medføre behov for en rekke nødvendige tilpasninger i livet når det gjelder både kosthold og aktivitet for å oppnå et varig resultat.

### Ulike faser

Deltakerne på kursene er i ulike faser når det gjelder både holdninger til og arbeid med endring. Bevisstgjøring av hvor den enkelte

står i forhold til egen endring er, står sentralt i kurset (14,15). Enkelte har ikke begynt å overveie om de vil endre atferd i forhold til mat, mosjon og andre livsstilsvaner. Noen overveier atferdsendring, men har ikke bestemt seg for valgene de vil ta. Andre igjen har bestemt seg for å gjøre endringer og er i en fase hvor de aktivt former planer for hvordan endringen skal skje. Noen kursdeltakere har allerede begynt å gjøre endringer i hvordan de spiser, beveger seg og ellers forholder seg til sin egen helse i hverdagen, og arbeider med å erstatte gamle mønstre med nye vaner.

Forskjell i motivasjon til å endre vaner og livsstil hos deltakerne representerer både en utfordring og en styrke ved organiseringen av kursene. Det er en utfordring med tanke på gruppebasert undervisning, hvor temaer som presenteres appellerer mer til noen enn til andre – avhengig av hvordan metodene som benyttes er tilpasset ulike nivåer av motivasjon. Samtidig kan gruppediskusjonene dra fordel av en uensartet gruppe, hvor deltakere i tidlige faser med lav motivasjon og stor ambivalens kan lære av de som har kommet lengre i prosessen. De som har kommet lengre kan bli styrket av å se at de selv har gjort viktige endringer. Det er ofte motiverende at deltakerne kan legge merke til og anerkjenne seg selv for at endringsarbeidet faktisk har ført til forandring, og at de opplever å være på vei mot målet. Dette styrker selvfølelsen.

### Utviklingsmuligheter

Vi har beskrevet og diskutert et kursopplegg for sykkelig fedme ved Aker LMS. Siden Startkurs begynte er kursmodellen nå i kontinuerlig bruk, også ved flere andre sykehus. Kursene er spesielt tilpasset de forholdene og ressursene som er tilgjengelig lokalt. Dette viser at behovet for kurs og behandlingsopplegg for denne gruppen er stort, og at kursmodellen som er utviklet synes å være relevant og samtidig mulig å tilpasse lokale forhold. Tilpasningen av kursene foregår også i et tett samarbeid med brukerne selv, som gjennom evalueringer gir viktige innspill til den videre utformingen av kurs. Etter at kursene er avsluttet er det viktig at det legges til rette for lokal oppfølging hos kommunehelsetjenesten i henhold til Samhandlingsreformen (16). På den måten kan man bedre integrere det spesialiserte helsetilbudet på sykehusene i kontakt og samarbeid med ressursene i pasientenes lokale miljø.

Vi vet lite om læringstilbudene bidrar til endring, og eventuelt hvilke endringer kursene bidrar til. Vi vet heller ikke for hvilke grupper kursene eventuelt viser seg nyttige, og hvilke prosesser som kan bidra til endring. Manglende forskning tydeliggjør et behov for å investere mer i kunnskapsutvikling og forskning knyttet til læringstilbudene ved LMS. Det pågår nå et forskningsprosjekt som er initiert av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS). Studien undersøker helserelaterede mål og endringer blant deltakere på Startkurs frem til ett år etter kursavslutning. ■■■

### LITTERATUR

- World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report from a WHO consultation. Genève: WHO; 2000.
- Tverdal A. Forekomsten av fedme blant 40 – 42-åringer i to perioder. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2001;121(6): 667–72.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. Overvekt og fedme hos voksne – faktaark. Nedlastet 18.03.2010. Available from: URL: www.folkehelsa.no
- Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskrift for den Norske Legeforening 2007;127(1): 34.
- Sosial- og helsedirektoratet. Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Rapport IS-1150. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003.
- Fogelholm M. Physical activity, fitness and fatness: relations to mortality, morbidity and disease risk factors. A systematic review. Obesity reviews 2009; Journal compilation: 1–20.
- James WPT. What are the health risks? The medical consequences of obesity and its health risks. Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes 1998;106, suppl 2:1–6.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Overweight, Obesity, and Health Risk. Archives of Internal Medicine 2000;160:898–904.
- Regionale helseforetak. Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten. Voksne. 2007.
- Strømme SB, Høstmark AT. Fysisk aktivitet, overvekt og fedme. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2000;120:3578–82.
- Hustadnes AL. Erfaringer etter fedmekirurgi – en kvalitativ studie. Upublisert. 2010.
- Puhl R, Brownell KD. Bias, Discrimination, and Obesity. Obesity Research 2001;9 (12): 788–805.
- World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. Nedlastet 18.03.2010. Available from: URL: http://apps.who.int/bmi/index
- Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endrings-
- fokusert rådgivning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviours. American Psychologist 2002;47(9): 1102–14.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.

# UTGIVELSESPLAN 2011

Nummer		Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	12. januar	20. januar
2	Sykepleien	2. februar	10. februar
3	Sykepleien	23. februar	3. mars
4	Sykepleien med Forskning	16. mars	24. mars
5	Sykepleien	6. april	14. april
6	Sykepleien	27. april	5. mai
7	Sykepleien	18. mai	26. mai
8	Sykepleien med Forskning	8. juni	16. juni
9	Sykepleien	10. august	18. august
10	Sykepleien	31. august	8. september
11	Sykepleien med Forskning	21. september	29. september
12	Sykepleien	12. oktober	20. oktober
13	Sykepleien	2. november	10. november
14	Sykepleien med Forskning	23. november	1. desember

I **Sykepleien** treffer du 201.000 lesere, og med en gjennomsnittlig lesetid på 64 minutter vet vi at både stoffet og annonsene blir lest.

Merkevareannonser har økt jevnt og trutt og stilling ledig er et godt alternativ for arbeidsgiver som skal rekruttere. Stillingsannonser annonseres i blad og nett, eller kun nett. Det er flere annonser på nett enn i blad, så husk og sjekke nettet om du er på jobb jakt. Vil du abonnere på stillinger kan du også gjøre det – både til e-post og sms.

Kontakt Ingunn om du vil ha mer informasjon om målgruppen, eller bestille annonseplass. E-post: [ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no) • Telefon: 22 04 33 70 • Mobil: 916 03 812



**Trond F. Aarre**  
 Aktuell med: Manifest for  
 psykisk helsevern  
 Yrke: Psykiater  
 Bosted: Nordfjordeid



# Aarres

Psykiater Trond F. Aarre ble bedt om å skrive bok. Han skrev en trosbekjennelse.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

**T**rond F. Aarre har skrevet boka Manifest for psykisk helsevern. En tittel som bringer tankene til Marx, Engels og italiensk futurisme. Og ikke nok med det; han kaller det en trosbekjennelse. De litterære referansene slutter heller ikke her. Bokas innledning åpner med en henvisning til Dantes guddommelige komedie. Midtveis i sitt yrkesliv begynte Aarre å tvile sterkt på sitt faglige ståsted.

– Jeg har vært tilhenger av den medisinske tilnærmingen innenfor psykiatrien siden jeg var student. Men erfaringene som psykiater ved Nordfjord psykiatrisenter, og særlig møtet med pasienter, har endret synet mitt, sier han engasjert.

I dag tror ikke Aarre at en medisinsk forståelsesmodell og medisinerings alltid gjør pasienter med psykiske lidelser bedre.

– Ved alvorlige psykiske lidelser kan medisiner være uunnværlige, men ved moderate til lettere psykiske lidelser vil ofte andre tilnærminger være vel så egnet. Og mange av pasientene kjenner seg ikke igjen i en diagnostisk og medikamentell tilnærming til plagene deres.

Som avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter kan han vise til gode behandlingsresultater. I løpet av de siste årene har oppholdsdoğnene blitt redusert med over 30 prosent. Dette har gjort det mulig å flytte midler og oppgradere andre deler av tjenesten. Brukerne opplever at tilbudet er blitt bedre.

– Min psykiatrierfaring stammer fra er et lite og håndterlig sted. Jeg er heldig som jobber i Nordfjord. I likhet med Jæren og Notodden DPS er Nordfjord blitt et foregangssted. Vi er begunstiget med ambisiøse fagfolk, og fordi vi er et lite sted langt fra storbyen kan vi heller ikke lene oss så tungt på sykehuset. Vi må håndtere de fleste problemene selv. Dette mener jeg har fostret en sjølbergingstanke som har vært viktig og som har gitt gode pasientresultater.

Aarre er redd for å virke selvgod, men skryter likevel uhemmet av Nordfjords mange gode forutsetninger for å lykkes med psykiske helse-tjenester.

– Vi har masse av det som skal til for å hjelpe brukerne våre: Stabilitet, nærhet og en godt fungerende kommunehelsetjeneste, understreker han.

– Boken min handler først og fremst om mentalitet, forklarer Aarre. Og legger til at mentalitet både er transportabel og gratis.

– Vi er sannsynligvis et av de land i verden som bruker mest penger på helsetjenester. Likevel blir det aldri nok. Helsetjenesten er et bunnløst sluk der vi kan pøse på med penger, men uten å oppnå de resultatene vi ønsker. Vi må slutte å sutre over dårlige budsjetter og heller forsøke å finne nye måter å nå våre mål på.

Aarre regner med at boka vil skape sterke reaksjoner og understreker at han selv har gjort alle feilene han beskriver. Men han er lei av å se på

# visjon

at alle andre enn fagfolk tar grep om psykiatrilivstjenesten.

– Som fagfolk bør vi ligge i forkant. Slik det er nå henger fagmiljøet etter, mens brukerne og politikerne kommer med stadig nye forslag til endringer. Vi må handle slik at vi er med på å påvirke utviklingen av våre egne tjenester.

– *Hva tror du vil møte størst motstand?*

– For det første har jeg begrenset tro på sentraliserte og høyteknologiserte tjenester. For det andre mener jeg at vi ikke har et ressursproblem, men at vi må tenke annerledes på hvordan vi forvalter de midlene vi får utdelt.

Aarre er heller ikke så opptatt av å beskytte profesjonsgrensene.

– Vi trenger flere engasjerte og motiverte mennesker inn i psykisk helsevern. Jeg er tilhenger av tverrfaglig samarbeid og ser gjerne at yrkesbakgrunnen er mest mulig variert.

– Når folk oppsøker oss for å få behandling legger de sitt liv i våre hender. Dette er et uhyre ansvar og det forplikter. Vi må i større grad la brukernes etterspørsel styre tjenestene.

Aarre mener at motstanden mot brukervedvirkning innenfor psykisk helsevern generelt er stor. Selv er han en sterk tilhenger av brukervedvirkning og mener det fungerer i praksis.

– Jeg har god erfaring med å la brukerne delta ved møtetbordet. Men det er viktig at de får reell innflytelse og ikke bare brukes proforma. Mange steder blir avgjørelsen tatt over hodet på brukerne som deretter blir bedt om å signere. Dette er ikke riktig bruk av den ressursen brukere og pårørende utgjør.

Et annet viktig tema for Aarre er ledelse.

– Jeg tror på verdibasert, faglig ledelse. Det er viktig å la seg begeistre og ha evnen til å begeistre andre. Til

## *Vi må slutte å sutre over dårlige budsjetter.*

Helst folk med helsefaglig bakgrunn, men det er ingen absolutt betingelse. Det viktigste er hvordan du møter pasientene, mener Aarre.

Han regner med å komme til nye erkennelser som et resultat av kritikken.

– Jeg er åpen på at jeg kan ha tatt feil på flere punkter, men det er et par ting jeg er sikker på at jeg ikke vil forandre mening om. Det viktigste er at vi må arbeide ut ifra en forståelse for brukerne. Vi må skape tjenester som disse kan kjenne seg igjen i. Brukerne vet hva de trenger og det må vi lytte til, sier Aarre.

å inspirere. Jeg tror de fleste som tar en helsefaglig utdanning i utgangspunktet er motivert av verdier. Skal vi få til forandring, er det viktig å vise hvordan nye måter å arbeide og organisere oss på kan bygge opp under de verdiene som førte folk til faget vårt. Min erfaring er at det kan gi krefter og arbeids glede, sier Aarre.

– Jeg sliter meg bare ut på å diskutere ting jeg ikke kan påvirke. For eksempel ressurser. Men vi kan velge hvordan vi prioriterer de midlene vi får, og dette kan vi diskutere. I stedet for å sutre over at vi har for lite penger. ■■■

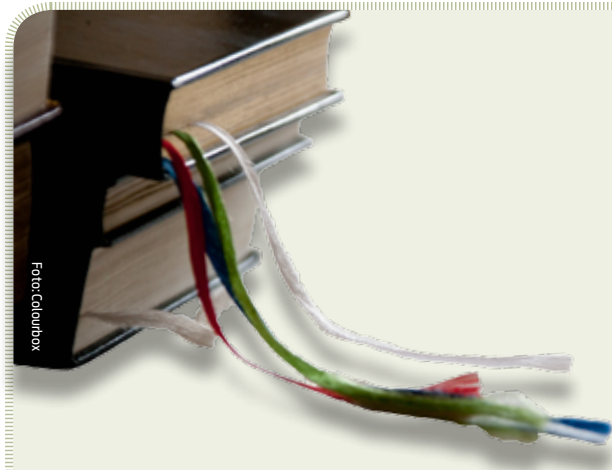


Foto: Colofonox

## Sterke livshistorier

**PÅ NATTBORDET MITT LIGGER TRE BØKER.** To av dem fikk jeg til jul; henholdsvis «Den gode kraften» av «Snåsamannen» Joralf Gjerstad og «Jeg lever!» av Nando Parrado. I den tredje boken, «Down At the End of Lonely Street», skildres livet til Elvis Presley av forfatter Peter Harry Brown.

Der Joralf Gjerstad tar leseren med til hjembygda Snåsa, og forteller om barndom, krigsår, sine helbredende evner og sterke møter med enkeltmennesker, skildrer Nando Parrado vår tids mest spektakulære overlevelseshistorie. Fredag 13. oktober 1972 mistet flyet han satt i kontrollen. Det styrtet over Andesfjellene. 32 av 45 overlevde, men da redningen kom 72 dager senere var de bare 16 igjen. De hadde overlevd i bitende kulde ved å spise av de døde. Brown tar oss med på Elvis' utrolige ferd fra fattige kår i sørstatenes Mississippi til herskapelige Graceland i Memphis, Tennessee. Drøye tretti år etter sin død anses Elvis fremdeles som selve arketyperen på en popstjerne.

De siste årene har jeg tatt meg i å stadig vende tilbake til (selv-) biografiene, når jeg vil koble av med en bok. Det er noe med menneskers ulike liv og skjebner som aldri slutter å fascinere og berøre.

I nyere tid har også mennesker som er oversett som informanter om eget liv, som personer med utviklingshemning, fått anledning til å fortelle om sine liv i bokform. «Livsløp og hverdagsliv med utviklingshemning» av Kirsten Thorsen og Vigdis Hegna Myrvang, er i så måte eksempel på en viktig bok. For det er kanskje ved å la oss opplyse om levd og erfart liv, at vi lærer mest.



*Geir Arne Johansen*



### Den profesjonelle sykepleier

Av Hilde Larsen Damsgaard  
206 sider  
Cappelen akademisk, 2010  
ISBN 978-82-02-32728-6  
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye.

## Sykepleie sett utenfra

**ANMELDELSE:** Forfatteren av denne boken er pedagog og ser sykepleiefaget fra sidelinjen. Hun ønsker å gi innblikk i aktuelle profesjonskrav og forpliktelsene til å utvikle en samlet profesjonell kompetanse. Hun presenterer data fra prosjektet Profesjonalitetens mange ansikter, åtte intervjuer med nyutdannede sykepleiere i kommunehelsetjenesten. De forskjellige kapitlene er illustrert med en fortelling sammensatt av erfaringer fra ulike informanter.

Forfatteren formidler sykepleiernes erfaring på en god måte og har integrert omfattende kunnskap om hva profesjonalitet innebærer. Likevel blir sykepleiefortellingene noe sprikende. I innledningen til kapitlet om profesjonskvalifisering sier en sykepleier «jeg ville starta opp i utdanningen med verdier og holdninger, med hva

som forventes, med etikk». En annen informant var ikke så fornøyd med utdanningen for «det første året handlet mye om etikk og holdninger».

De fleste informantene har behov for faglig utvikling, veiledning og gode modeller for profesjonell yrkesutøvelse. De beskriver hvordan de profesjonelle lederne blir gisler for de økonomiske rammene, mens den enkelte utøver får for liten tid til kvalitetsarbeid. Mange sykepleiere opplever at de står alene overfor den enkelte pasient.

I flere av beskrivelsene til informantene blir «jeg» benyttet som substantiv. «Jeg har store indre konflikter i forhold til hvordan jeg er nødt til å jobbe,» «(konflikter) i forhold til det som kreves av meg, og det jeg ser pasienten trenger». Dette er et viktig budskap. Men å bruke

ordet «jeg» blir for privat. Ordet «vi» kan illustrere en mer profesjonell væremåte. «Vi» representerer her en yrkesidentitet som går ut over enkeltindividet.

Boken har et tydelig helsepolitisk budskap. Den viser til at velferdsstatens ideologi er basert på «bakkebyråkratiet», som består av enkeltindivider. De må strekke seg langt med begrensede ressurser for å ivareta kvalitetskravene som er beskrevet i offentlige dokumenter.

Dette er en praksisnær bok myntet på nyutdannede, men boken kan absolutt anbefales til sykepleiere med lang erfaring.

Forfatteren benytter mange for meg ukjente begrep som det kunne vært nyttig å lære mer om. Det hadde også vært til god hjelp om boka hadde hatt et stikkordsregister.

*Mitt lykkeligste øyeblikk var da en mann sa til meg: «Jeg har lest alle bøkene Deres, og behøvde ikke en eneste gang å slå opp i ordboken.»*

Ernest Hemingway



### Skuggen og dronninga

Av Lars Amund Vaage  
153 sider  
Forlaget Oktober, 2010  
ISBN 978-82-495-0400-8  
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier.

## Poetisk om galskap

**ANMELDELSE:** Lars Amund Vaage har tidligere mottatt en rekke priser og vært innstilt til Nordisk Råds litteraturpris. Med god grunn, skjønner jeg, som ikke har lest noe av forfatteren før nå.

Å si for mye om handlingen i denne boken blir meningsløs bruk av plass. Den er for god og kompleks til det.

Helt kort: Vi blir kjent med mor, sønn og barnebarn gjennom vekslende tidsepoker, og deres tilværelse i en etter hvert brutal småbygd. Mor Sara, som påberoper seg et kongelig, eksotisk opphav, og sønnen Sam, blir oppfattet som gale. Et inntrykk jeg som leser kunne dele. De ender da også på «sinnssjukehus».

Barnebarnet Mikal vikles inn i det hele, og det mangler ikke på varme i forholdet mellom de tre. Inntil videre. Mikal forlater bygda, men han skal vende tilbake som lege, med et høyst,

og neppe erkjent, ambivalent forhold til bestemoren.

Jeg ble trukket rett inn en ladet og risikofylt atmosfære.

Teksten stiller det store spørsmålet: Hva er galskap, og hvordan blir den eventuelt fremkalt? Og hvor stort rom har vi for å tåle den? Boken gir ingen svar. Den spør oss ganske stillfarende. Her er både konkret handling, tilbakeblikk og refleksjon, mens Sara blant annet kommuniserer med de hinsidige. Bygdefolket – ikke uten også gode sider – konkluderer med at mor hadde for mye vett og sønnen for lite, men at «ravande sprø var dei begge». Sin klare, smertefulle opplevelse av innleggelsen har de begge.

Midt oppe i alt sjelig strev beskriver de geografiske omgivelsene så man tror man er der. Husrom, fabrikker, skogen, sjøen. Den mest hjerteskjærende vendingen finner sted nettopp i

kapittelet som henviser til boktittelen.

Dette er poetisk prosa, nærmest musikalsk. Leseren utfordres og må eller bør spørre seg: Hva er galskap og hva er kjærlighet – dysfunksjonell eller ikke. Og hvor går skjæringspunktet? Det var en, muligens to, forutsigbare hendelser i romanen. De finner sted i den siste av fem deler, og skal ikke røpes her. Boken er skrevet på vakkert nynorsk, og anmeldelsen burde vært skrevet deretter. Det ville med mine kunnskaper dessverre vært helligbrøde. Men når nynorsk først skal nevnes. – Kjartan Fløgstad og Ragnar Hovland er (velfortjent) nærmest obligatorisk å ha lest. Hvorfor Vaage ikke er det i samme grad er meg en gåte, for dette er stor litteratur. Og boken bør ikke leses i en fei. Den kan forskyndes i like liten grad som et musikkstykke. Hvis man tar seg tiden det tar, legger man den ikke fattigere fra seg.





### Camilla Andersen

Alder: 29 år

Stilling: Jordmor, Sørlandet sykehus Kristiansand

Favoritt: Jordmorstetoskop

Vi spør sykepleiere om hvilket hjelpemiddel/instrument som betyr mest for dem når de gjør jobben sin.

# Fortsatt på moten

«Jordmor Camilla Andersen kan finne ut mye ved å lytte gjennom et rør.»

Tekst **Johan Alvik** Foto **Marit Fonn** og privat

Jordmorstetoskopet ble oppfunnet i Frankrike tidlig på 1800-tallet. Camilla Andersen har jobbet som jordmor i to år, og synes det gamle instrumentet er uunnværlig.

#### Hva er så bra med jordmorstetoskopet?

– Det er enkelt å bruke og gir nyttig informasjon om fosterets helse.

#### Hva er et jordmorstetoskop?

– Det er et instrument som man bruker for å lytte til fosterets hjertelyd. Det er formet som en trakt og formen forsterker lyden. Stetoskopene lages av tre, plast eller metall.

#### Hvordan bruker du det?

– Jeg lytter til fosterets hjertelyd ved å sette stetoskopet i en rett vinkel over fosterets rygg på mors mage, og trykke det litt ned mot magen. Øverste del av stetoskopet holder jeg inn mot øret mitt. Normalt vil fosterets hjertelyd ligge mellom 110 til 150 slag i minuttet.

#### Har du et favorittstetoskop?

– Jeg foretrekker å bruke jordmorstetoskop av tre. Man kan få stetoskoper i forskjellige lengder. Det er avhengig av situasjonen om

jeg bruker et langt eller kort. Hvis kvinnen ligger i et badekar bruker jeg det lange stetoskopet.

#### Er det ofte du hører at noe er galt med barnet?

– Det hender selvfølgelig at jeg hører at hjertelyden er for langsom eller for rask, og da setter jeg på en lengre overvåking med ctg-registrering. Ctg registrerer hjertelyden ved hjelp av ultralydsignaler. Ved å bruke ctg over lengre tid får jeg innblikk i hvordan fosteret har det. Det kan være at fosteret er stresset, eller at hjertelyden faller under eller etter en ri.

#### Hva sier du til moren hvis du hører noe unormalt?

– Det er viktig at man ikke uroer kvinnen unødvendig. Jeg forklarer at jeg ønsker å kjøre en lengre registrering av barnets hjertelyd, og i de fleste tilfeller er alt normalt.

#### Noe annet du liker ved jordmorstetoskopet?

– Det kan brukes hvor som helst og tas med over alt.

#### Har alle jordmødre sitt eget?

– Nei, ikke her ved Sørlandet sykehus i



Kristiansand. Vi deler på dem vi har, og det finnes jordmorstetoskop i alle rom hvor vi har bruk for dem.

#### Når brukte du det sist?

– I dag faktisk. Og alt sto bra til med mor og barn.

# Quiz

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 Hvordan er pH'en i ørevoks?

- A Lav
- B Høy
- C Har ikke pH-verdi

## 2 Hvilken funksjon har pH i ørevoks?

- A Dreper bakterier
- B Gjør ørevoksen myk
- C Har ingen funksjon

## 3 Hva består en sene av?

- A Muskler
- B Fett
- C Bindevev

## 4 Hva er sfinkter?

- A Lukkemuskel
- B En spesiell type fistel
- C Sykdom som rammet sfinxer

## 5 Hvor i kroppen er astragalus?

- A I hodet
- B I foten
- C I baken

## 6 Hva er astragalus?

- A Bindevev
- B Knokkel
- C Sene

## 7 Hva er det norske navnet på astragalus?

- A Stjernebindevev
- B Rullebenet
- C Galesenen

## 8 Hvor mye hår er det normalt i hodebunnen?

- A Mellom 100 000 og 150 000 hår
- B Mellom 200 000 og 400 000 hår
- C Mellom 2 000 000 og 3 000 000 hår

## 9 Hvor mye hår er det normalt å miste i løpet av et døgn?


- A Hele hårmanken
- B 10 – 20 hår
- C 30 – 100 hår


## 10 Hva er hemokromatose?


- A En sykdom der jern avleires i ulike organer
- B En kvinnelig skipsmedarbeider
- C Bloddoping




**HÅRFAGER:** Hvor mange hår er det normalt i en hodebunn?

 **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

 **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

 **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

 **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**SVAR:** 1A Lav, 2A Dreper bakterier, 3C Bindevev, 4A Lukkemuskel, 5B I foten, 6B Knokkel, 7B Rullebenet, 8A Mellom 100 000 og 150 000 hår, 9C 30 – 100 hår, 10A En sykdom der jern avleires i ulike organer

## FAG NYHETER

**SORTERER  
ALLEREDE:**  
Eva Sommer-  
seth vil snakke  
om hva vi gjør.



# – Må informeres om ultralyd

Jordmorforbundet har ikke tatt stilling til tidlig ultralyd. Men leder Eva Sommerseth mener kvinner må informeres bedre om hva undersøkelsen kan avdekke.

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

**J**ordmorforbundet sier ikke ja til tidlig ultralyd, slik Aftenposten skrev i forrige uke.

– Vi har ikke diskutert saken ennå, sier leder Eva Sommerseth.

Men hun legger ikke skjul på at hun selv er for et slikt tilbud.

### Ser ikke realitetene

Aftenposten skrev i forrige uke at Arbeiderpartiet (Ap) vil gi alle kvinner tilbud om ekstra ultralyd i uke 12. Ap argumenterer med at det kan redde liv og øke trygghetsfølelsen. Dersom det avdekkes alvorlige utviklingsavvik som ikke er forenlig med liv, mener Ap det er bedre å få vite det tidlig. Kritikerne frykter et sorteringssamfunn.

– Det har vi allerede, sier Eva Sommerseth.

– Politikerne velger å ikke se det.

### Tidspress

Sommerseth mener politikerne ikke forstår hvor presis ultralydteknologien er.

– Ultralyd avdekker i prinsippet det samme som en fostervannsprøve, sier hun.

– Ved å vente til uke 18, bidrar vi til at de som får avdekket alvorlige utviklingsavvik får dårlig tid til å bestemme hva de vil gjøre. Et slikt ultralydfunn skal bekreftes ved fostervannsprøve og før endelig diagnose er stilt nærmer mange seg den absolutte grensen for abort som går ved 24 uker. Jeg tror det fører til at mange kvinner må gjøre vanskelige og eksistensielle valg under tidspress.

– Du er ikke redd for at det blir enklere å fjerne fostre med avvik?

– Nei. Dette er ikke noe kvinner

tar lett på. Men fostre med alvorlige utviklingsavvik blir fjernet allerede i dag. Det blir bare ikke snakket om. I stedet blir det kvinnes private sorg.

Eva Sommerseth har skrevet doktorgrad om uventet diagnostisk informasjon etter ultralyd i et ønsket svangerskap.

– I dag får de en liten brosjyre, det er ikke godt nok. Mange vet ikke hva de går til når de takker ja til rutinemessig ultralyd. De er helt uforberedt på at det kan avdekkes alvorlige utviklingsavvik. Det mener jeg er en stor utfordring. De må på forhånd informeres om hva undersøkelsen kan avdekke, så de kan beslutte om dette er informasjon de ønsker, eller ikke, sier Sommerseth.

### – Gir mer ro

Hun mener at det å tilby ultralyd i uke 12 vil gi kvinnene mer ro og tid til å reflektere over valgene de har.

– Kan hende vil flere velge å beholde barn med alvorlige utviklingsavvik, sier hun.

– Har du ingen betenkeligheter med tidlig ultralyd?

– Nei, ikke at den er tidlig. Men jeg er betenkt over utviklingen. Vi er ikke godt nok forberedt på å ta imot stadig mer presis informasjon om fosteret. Vi må begynne med å diskutere dagens praksis.

Aftenposten skrev også at Jordmorforbundet vil øke grensen for selvvalgt abort til 16 uker. Dette er ikke riktig.

– Heller ikke dette spørsmålet har vi behandlet, sier Sommerseth.

– Personlig mener jeg grensen kan flyttes til 16 uker i de tilfellene der det er avdekket alvorlige utviklingsavvik. Men det gjelder kun i slike tilfeller. ■■■

Hva mener vi egentlig med verdighet? side 75

Hvem kan ha ansvarsvakt? side 80

Holder logikken til lokalsykehusmotstanderne? side 82

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 BORZOO HADDADI

«Når de kommer til klinikken, blir det blod og bråk. Klart man kan bli svimmel.»

76

KRONIKK MARIANNE SYNNES OG THOMAS BOTILSRUD THORESEN

«Akademiseringen av sykepleierutdanningen behøver ikke være et onde.»

72



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

# Lær av de gode eksemplene

Det er mulig å kutte bruken av ufrivillig deltid. Vi kjenner til flere kommuner og sykehus som har klart det.

**H**else- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen krever i sitt oppdragsdokument til helseforetakene at sykehusene i løpet av året skal redusere ufrivillig deltid med 20 prosent. Hun argumenter på samme måte som vi har gjort hele tiden; ufrivillig deltid betyr at vi ikke utnytter god sykepleiekompetanse, vi klarer ikke å rekruttere yngre og menn til yrket og deltid hindrer faglig oppdatering. Flere hele stillinger vil bidra til bedre fagmiljøer og økt pasientsikkerhet, samt forutsigbarhet både for arbeidsgiver og arbeidstaker. Vi kjenner til gode eksempler på sykehus og kommuner som har klart å redusere deltiden i godt samarbeid med de ansatte. Nå må vi ta frem disse gode eksemplene, lære av

I hvilket mannsdominert yrke vil arbeidsgiver tilby 16 prosent stilling?

dem og kopiere det som viser seg å fungere. Vi sentralt i NSF og de tillitsvalgte vil bidra for å realisere målet om flere heltidsstillinger.

I vår kamp for likelønn har vi hele tiden hevdet at ulikelønn er et resultat av verdsettingsdiskriminering. Å tilby lave stillingsbrøker er et annet utslag av denne diskrimineringen. I hvilket mannsdominert yrke vil arbeidsgiver tilby 16 prosent stilling? Jeg håper og tror at økt fokus på deltidsproblematikken også vil bidra til økt likestilling og derigjennom gjøre muligheten for likelønn bedre. Vi har sett en uheldig utvikling med bruk av mer deltidsstillinger de siste årene, noe som er stikk i strid med utviklingen i resten av arbeidslivet. Et politisk signal om redusert deltid og tilbud om hele stillinger var derfor viktig nå!

Ikke overraskende kommer arbeidsgiversiden og krever fleksibilitet og mer ugunstig arbeidstid for å kunne gjennomføre flere heltidsstillinger. Vi er innstilt på å samarbeide med arbeidsgiversiden for å finne gode løsninger for våre medlemmer og pasientene. Her vil våre tillitsvalgte i foretakene spille en sentral rolle for å finne løsninger som er akseptable både med tanke på rekruttering, arbeidsmiljø, de ansattes helse og pasientenes sikkerhet.

En av våre tillitsvalgte, Knut Jørgen Rotabakk ved St. Olavs Hospital, skriver følgende i et leserinnlegg: «Blant de drøyt 3500 sykepleierne som arbeider ved sykehuset, er under halvparten ansatt i 100 prosent stilling. De deltidsansatte blir av arbeidsgiver omtalt som arbeidskraftsreserven, og det gjelder å holde de ansatte passe sultne slik at de stiller opp og tar ekstravakter når arbeidsgiver har behov for det. Og sultne er de. I løpet av de 8 første månedene i fjor, arbeidet de om lag 1800 deltidsansatte sykepleierne ved St. Olav i snitt over 130 timer hver ut over sin kontrakt med arbeidsgiver. Dette utgjør et totalt forbruk av sykepleierne som utgjør arbeidskraftsreserven tilsvarende 122 årsverk i løpet av de to første tertialene i 2010. Det er derfor betimelig at vår øverste eier og sjef, helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, nå erkjenner at det er et behov for å få flere sykepleiere inn i 100 prosent stilling.»

Videre skriver Rotabakk, og der har han solid støtte fra politisk ledelse: «Vi i Norsk Sykepleierforbund kommer til å følge opp denne saken tett gjennom 2011. Og så skal vi se til at gjennomføringen av helseministerens bestilling skjer uten at dette går på bekostning av opparbeidede rettigheter i forhold til vaktbelastning og antall helgevakter.»

Da statsråden i forbindelse med lanseringen av pålegget til foretakene fikk spørsmål om det fulgte penger med for å finansiere omleggingen,



**SER FREM TIL MINDRE DELTID:** NSF vil følge med på om helseministerens utspill blir omsatt i praksis i 2011. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

svarte hun at sykehusene i år fikk større overføringer enn året før, og at det dermed burde være midler nok. Det er nok riktig at det ligger muligheter for å finansiere omleggingen blant annet ved å redusere utgifter til en stadig voksende utgift til vikarbruk. Men statsråden bør ikke være fremmed for å stille midler til rådighet dersom partene finner gode løsninger som krever at det må statlig finansiering til.

Lite tyder på at andelen ufrivillig deltid er lavere i kommuner enn helseforetak, heller tvært imot. Tilsvarende arbeid må derfor settes i gang i kommunene.

## Den veldig vanskelige sannheten

Jon Hustad har skrevet et refleks-innlegg med overskriften «Den vanskelege sanninga» (Sykepleien 01/2011). Det fremstår kanskje (som mer treffende enn forfatteren har tenkt seg.

«Ingen har dokumentert at distanse til eit sjukehus aukar den samla dødsrisikoen i ein folkesetnad», skriver Hustad. Men det er jo godt dokumentert både ved alvorlige ulykker (jfr uttrykket «den gylnne time» i akuttmedisinen) og for andre situasjoner (som akutt hjerneslag og akutt hjerteinfarkt) at pasienter må diagnostiseres og behandles innen kortest mulig tid for å redde liv og funksjon. Så hvordan kan distanse til sykehus være irrelevant?

Så skriver Jon Hustad videre at det derimot er «godt dokumentert at små sjukehus har høgre fødselsmortalitet enn store sjukehus». Er det virkelig dokumentert? Så vidt jeg vet finnes det ikke undersøkelser som har påvist noen slik sammenheng. Det ville vært interessant å få oppgitt hvilken dokumentasjon det refereres til.

Videre skriver Hustad: «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 Larsen. 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.»

Dette er unøyaktig referert. Det var direktør Lars E. Hanssen fra Helsetilsynet som gikk ut med tallet 58 barn som døde under eller rett etter fødselen i Norge (og 23 hjernesker) i et brev til departementet i desember 2010. Tallet var faktisk ikke årlige tall, men tall for perioden 2006–2008. Det handler ikke om det totale tallet for barn som har dødd eller blitt skadet under eller rett etter fødsel i Norge, men hendelser som er meldt inn til Helsetilsynene i fylkene. Det er heller ikke påvist sammenheng mellom institusjonsstørrelse og disse dødsfallene/skadene. Sannsynligvis er de aller fleste av disse dødsfallene og skadene oppstått på større sykehus, ettersom det:

- a) er totalt antall saker i Norge og
- b) de fleste barn blir født på store fødeenheter. I de fleste tilfellene var det dessuten kjent risikofaktor, slik at:
- c) disse fødselene naturlig ville vært henvist til større sykehus.

Helsetilsynet er ikke villig til å opplyse hvordan de 58 dødsfallene (2006-2008) fordeler seg på institusjonsstørrelse. Så slutningen om «sårbarheten» fremstår inntil videre som ren synsing, eventuelt som et bevisst forsøk på å mistenkeliggjøre små fødeenheter.

Mange mennesker i Distrikts-Norge har erfaring med lange avstander, ras-stengte veier og stormstengte fjelloverganger i det samme været som forhindrer ambulanshelikopter fra å lande. Så ved en eventuell sentralisering blir vi stilt overfor risikoen med akutt sykdom, skade og fødsel som må håndteres på lokale legekontorer eller i bil på

vei til sykehus, med eller uten kvalifisert hjelp. Det finner vi oss ikke i!

Vi kjemper mot sentralisering av det vanlige, men har ikke problemer med sentralisering av det høyspesialiserte som virkelig krever volumtrening eller ekstremt dyrt utstyr. Det er enighet om at lokalsykehus kan ferdigbehandle 60–70 prosent av sykdommer og skader. Det vel ingen som protesterer på å reise lengre for planlagte, høyspesialiserte inngrep – f.eks. kreftoperasjoner?

I diskusjonen om sentralisering av sykehustilbud er det viktig at vi holder oss til sannheten. Men at «spreinga av ressursar» (altså en desentralisert struktur på fødeavdelingene) har ført til at over femti nyfødte årlig dør, slik Hustad hevder – det er rett og slett ikke sant!

Bente Oien Hauge,  
koordinatør i Folkebevegelsen for lokalsykehusene.

## DIAGNOSEN



Å BYTTE TIL LIKEVERDIGE LEGEMIDLER ER VANSKELIGERE ENN MAN TROER...

# Statistikk er viktig – når den er riktig

På [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) ble det den 24.01.11 publisert en artikkel av journalist Bjørn Arild Østby (som også var trykket i Sykepleiens papirversjon nr. 1/2001): «Mange studenter slutter». Det skrives at tre av ti studenter som ble tatt opp på sykepleierutdanningene fullførte ikke utdanningen på normert tid av. I denne artikkelen blir Diakonhjemmet Høgskole presentert med 55 prosent frafall for gjennomføring på normert tid for kull som startet i 2006 og fullførte i 2009.

Sykepleien hadde hentet sine tall fra Database for statistikk om høgre utdanning (DBH) knyttet til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Dette burde være en trygg kilde å hente opplysninger fra. I arbeidet med statistikk skjer imidlertid dataanalysen ofte atskilt fra lokale kunnskapskilder. I artikkelen viser Sykepleien til at høyskoler de har vært i kontakt med, er usikre på hva som er årsaken til at så mange studenter slutter eller ikke fullfører sykepleierutdanningen. Diakonhjemmet Høgskole skulle også gjerne ha sett tabellen som er gjengitt i Sykepleien, før den stod på trykk. Det er alltid en god regel at ulogiske tall må kvalitetssikres. Ofte kan intuisjonen om at noe er galt, raskt bli bekreftet.

For Diakonhjemmet Høgskoles del var årsaken til feilen konverteringen fra datasystemet M-STAS til FS i oktober 2009. I februar 2010 hadde Diakonhjemmet Høgskole ikke lenger tilgang til M-STAS og fikk dermed ikke

aggregert tall til rapportering og heller ikke kontrollert tabellen «Fullførte studieprogram på utvalgte utdanninger» fra 2009. Tabellen ble produsert av ekstern konsulent og levert manuelt til FS. Disse tallene ble derfor ikke kvalitetssikret av Diakonhjemmet Høgskole og avviker fra de øvrige innrapporterte tabellene som er aggregert fra FS. Korrekte tall er sendt til NSD DBH og vil forhåpentligvis bli korrigert i løpet av kort tid.

Artikkelen i Sykepleien differensierer heller ikke mellom høyskoler som tilbyr kun heltidsstudier og høyskoler som tilbyr både hel- og deltidsstudier i sykepleie. Det er ikke ukjent at deltidsstudenter har større frafall og at gjennomstrømningen går saktere. Når man som i denne artikkelen ser på frafall i forhold til gjennomføring på normert tid, vil dette få utslag og være i alle fall én forklaring på de ulike resultatene ved de forskjellige utdanningsstedene.

I 2009 var frafallet i forhold til gjennomføring på normert tid 14 prosent ved Diakonhjemmet Høgskole. Dette tallet inkluderer da både heltids- og deltidsstudiene i sykepleie. Det gir høgskolen en helt annen plass på rangeringen. Vi oppfordrer de andre utdanningsinstitusjonene til også å sjekke datagrunnlaget sitt.

*Ingunn Moser, rektor på Diakonhjemmet Høgskole.*

# Få organisasjonene på banen i varsler-saker

Med bakgrunn i den siste varslersaken som gjaldt Sykehuset Asker og Bærum (VG 170111 og Sykepleien nr. 1), samt andre varslere som har stått frem, er det igjen de samme problemene som kommer opp. Man er overlatt til seg selv, det er tøft og svært krevende. Ja, man må faktisk stille seg det spørsmålet om varslere må være ressurssterke mennesker med en stødighet og individualistisk drivkraft som ikke alle har. Dette må de inneha for i hele tatt klare å gjennomføre denne prosessen. Og da er vel ikke samfunnet tjent med hvordan varslerparagrafen virker i dag?

Frp har tatt sak om dette oppe i Stortinget, senest høsten 2010 – uten å få flertall for dette. Vi ønsket et varslerilsyn som var underlagt Arbeidstilsynet. Det viser seg nok en gang at dagens varslerparagraf ikke er nok.

Jeg etterlyser også engasjement fra verneombud, samt de ulike organisasjonene, i disse sakene. Det oppleves som de er totalt fraværende. Et viktig steg på veien er at nettopp disse er mer aktive og støttende overfor varsleren. Spesielt organisasjonene bør skaffe seg mer kompetanse på området, og bistå varsleren rundt lovverket – og ikke minst være støttende i prosessen.

Selv om ikke vi fikk gjennomslag for vårt forslag, så viser denne saken at det er et behov for å gjøre noe i forhold til varsling. Her bør organisasjonene gi sin støtte på veien.

*Laila Marie Reiertsen, stortingsrepresentant Frp.*

# Hvor er almanakken?

Kjære NSF, i år har dere virkelig gjort det lett for dere selv med hensyn til vår årlige fantastiske «gest» fra dere. Ja, jeg snakker om almanakken, som noe de fleste av oss medlemmer ikke har sett snurten av. Ja, men så sier NSF, det har faktisk stått i medlemsbladet at dere må gå inn på nettet for å bestille den gamle eller nye varianten av almanakken, da det var så stor misnøye med den mindre varianten, som vi fikk siste året. Unnskyld meg, men hva er dette for slags service?

Jeg jobber på en av de største avdelingene på Rikshospitalet, og ingen, ja jeg sier ingen av de kollegaene jeg har pratet med, hadde hørt om dette. Unnskyld meg, NSF, dette er virkelig for dårlig, vi betaler så mye i kontingent, at akkurat dette burde dere klare å håndtere på en annen måte. Nå er det kanskje noen som sier «men kan hun ikke kjøpe seg en almanakk istedenfor å bry forbundet med slike trivialiteter?» Selvfølgelig kan både jeg og mange med meg kjøpe oss en almanakk, men det er ikke

det det er snakk om. Det er faktisk snakk om å ta vare på sine medlemmer, for det er mange der ute som lurer på hvor den lille oppmerksomheten fra forbundet har blitt av i år.

Kan bare til slutt nevne at jeg i begynnelsen av januar måned ringte for å få tilsendt den gamle varianten, og jeg var også freidig nok til å be om å få den innbundet, men jeg har ennå til gode og ha mottatt den.

*Med vennlig hilsen Eva Helland*

## MINNEORD

### Peter Fredrik Holst Hjort



Foto: EIRIK M. SMITH

Peter Fredrik Holst Hjort døde 1. januar i år, 86 år gammel. Hans liv var fylt av stort engasjement for familie, venner, forebyggende helsearbeid, samfunnsmedisin, eldres velvære og omsorg ved livets slutt. For sykepleiere er han kanskje mest kjent som den eminente foreleser. Hans «kalde hjerne» og varme hjerte, klarte å formidle kompliserte tema ved hjelp av håndskrevne overheads.

Hjort var spesialist i blodsykdommer og i flere år dosent på Rikshospitalet. Han ble tidlig opptatt av helsepolitikk og var en av forkjemperne for et eget universitet i Nord-Norge. Av rettferdighetshensyn mente han at landsdelen burde ha en utdanning på høyeste nivå. I 1969 ble han oppnevnt som leder for interimstyret for oppbyggingen av Universitetet i Tromsø (UiT). Han var rektor i perioden 1972–73.

Hjort startet gruppe for Helsetjenesteforskning i 1976. For å få ideer til gode forskningsprosjekt, dro han på studietur til England, og besøkte Cicely Saunders på St. Christopher's Hospice. Hospicefilosofien la vekt på en helhetlig omsorg. Mens medisinsk kunnskap hadde satset alt på å forlenge liv, kom det pasienter til St. Christopher's hvor livsforlengende behandling ikke lenger hadde mening. Det pasientene trengte var god smertelindring, og nye metoder ble utviklet, ikke bare mot pasientens fysiske smerter, men også de psykiske, sosiale og åndelige smerter. Peter Hjort besøkte også forskeren Ann Cartwright som hadde gjennomført en større studie av folks opplevelse og holdinger til døden og hvilken hjelp de fikk fra det offentlige.

Tilbake i Norge hadde han planene klare for forskningsprosjektet Omsorg for døende. «Døden», sa Peter Hjort, «er noe som angår alle

mennesker.» Han mente at dersom en klarte å øke kvaliteten på denne helsetjenesten, ville mange ha nytte av den innsatsen som ble gjort.

Allerede i 1984 mottok Peter Hjort Karl Evang-prisen for sin innsats for folkeopplysningen. Dette inspirerte han til enda større engasjement. Hans faglige dyktighet, klokskap og praktiske erfaring gjorde at budskapet hans ble husket; som eksempler kan nevnes: «Ta ikke pille for alt som er ille», «Sex er bra, men en er best.»

I 1994 ble Peter Hjort professor i geriatri ved UiT. Nå kunne han konsentrere seg om eldres helse, fysisk aktivitet ble sentralt. Han kunne ellers forelese om et hvilket som helst tema. Han holdt mer enn 100 foredrag per år og mange sykepleiere satt under hans kateter.

I en artikkel han skrev for *Legetidsskriftet* i 2006 om Helsetjenesten mot år 2030 – tanker om utfordringene, tok han leserne med på en omfattende analyse. Han var skeptisk til makten som legemiddelindustrien hadde fått. Spesielt var han bekymret over bruken av dårlig dokumenterte og kostbare medikamenter mot Alzheimers sykdom og annen demens.

I de siste årene skrev Peter Hjort flere artikler om omsorgen ved livets slutt. Han var opptatt av at personalet måtte hjelpe pasienten til å bevare håpet, selv om sykdommen var aldri så alvorlig. Det kunne være håp om å få se sitt første barnebarn, håp om å møte en god venn, eller håp om en god natts søvn, håp om en fredfull død. I en artikkel om geriatri, påpekte Peter Hjort viktige utfordringer i møtet med eldre som er døende. Han la vekt på at mange har tanker om og spørsmål av åndelig karakter. Der det er naturlig bør prest eller en annen religiøs leder kontaktes. Mange velger å snakke med en de kjenner. Hjort mente at personalet må være villige til å ta slike samtaler, som kan være med på å gi trygghet ved livets slutt.

Peter Hjort fikk kreft og var den siste tiden avhengig av hjelp. Han hadde mange lovord å gi hjemmesykepleierne i Bærum, men han hadde tidlig bestemt at når tiden var inne ville han til Hospice Stabekk. Her fikk han dø med sine nærmeste rundt seg. Peter Hjorts arbeid som leder av Gruppe for helsetjenesteforskning har ført til en økt kvalitet på omsorg for døende: den siste helsetjeneste.

På vegne av sykepleiere som ble inspirert i møtet med Peter F. Hjort, lyser jeg fred over hans minne.

Liv Wergeland Sørbye, sykepleier, Phd

### Kjell Amundsen Lyshaug

Til minne om en kjær venn og kollega som vi mistet så altfor tidlig. Kjell ble født 4/4 1965 og døde 10/12 2010.

*Kjæreste herlige Kjell!*

*Hva skal vi andre gjøre;  
når en av de mest levende  
av de levende,  
ikke lever mer.*

*Hva skal vi andre gjøre;  
når en av de mest kraftfulle  
av de kraftfulle,  
har mistet sin kraft.*

*Hva skal vi andre gjøre;  
når den mest skinnende  
av de mennesker som skinner  
har slukket sitt lys.*

*Ja, hva gjør vi da?*

*Da skal vi lyse på ham,  
ved å tenke på ham med glovarme hjerter.*

*Da skal vi lyse på ham,  
ved å le av hans herlige humor og påfunn.*

*Da skal vi lyse på ham,  
ved smertelig å savne ham  
hver gang vi synes vi ser ham komme  
strålende imot oss.*

Irlin Troye

Vi vil alltid savne deg, Kjell!

Varm hilsen fra alle venner og kollegaer i akuttmot-  
taket, OUS, Ullevål.

Toril Sollie Bjerkelund



Dr. scient/førsteamanuensis og fagansvarlig for de medisinske- og naturvitenskapelige fagene ved Institutt for Helsefag, Høgskolen i Ålesund, Marianne Synnes.



Stipendiat/sykepleier ved Institutt for Helsefag, Høgskolen i Ålesund, Thomas Botilsrud Thoresen.

# Hvor forberedt er sykepleierne?

Hvilke krav vil samhandlingsreformen stille til sykepleierens kompetanse?

**D**a samhandlingsreformen ble vedtatt våren 2010, med planlagt iverksetting fra 2012, var det mange kritiske røster som hevdet at den aldri ville bli gjennomført. Målet med samhandlingsreformen er å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, samt å oppnå god og effektiv ressursbruk ved å sørge for at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide.

Signalene fra Helse- og omsorgsdepartementet er klare – samhandlingsreformen gjennomføres etter planen. Totalt 73 millioner ble i 2010 satt av til samhandlingsprosjekter, hvor kommunene kunne søke støtte til utbygging av lokalmedisinske sentre og samarbeid om helse- og omsorgstjenester. Tilskuddsordningen vakte stort engasjement ute i kommunene, og per juni 2010 var nesten alle midlene fordelt. I oktober samme år tok regjeringen et nytt skritt videre for å sette samhandlingsreformen ut i livet. Da ble to lovforslag, samt forslag til ny helse- og omsorgsplan sendt ut på høring, med den hensikt å legge til rette for et bedre

I en sykepleiers hverdag er det ikke tilstrekkelig å ha evne til å vise omsorg og empati.

og bærekraftig helsevesen, gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus, et bedre finansieringssystem og mer forebygging i kommunene.

## Hva med utdanningen?

Regjeringen er klar, kommunene er interesserte, men er nyutdannede sykepleiere klare for samhandlingsreformen? Er det på tide å se på hvilket fokus man har innenfor sykepleierutdanningen – vektlegges de nødvendige kvalifikasjoner som samhandlingsreformen forutsetter? Fremtidens sykepleiere vil trenge en type kompetanse som setter dem i stand til å imøtekomme samhandlingsreformens krav, nemlig i enda større grad å ta seg av akutt og kritisk syke på en forsvarlig måte, ute i kommunene.

De naturvitenskapelige fagene må etter vår mening få mye større oppmerksomhet i kombinasjon med fokus på den praktiske utøvelsen av faget. Dette for i det hele tatt å sette fremtidens syke-

pleiere i stand til å utøve forsvarlig praksis. Kunnskap om anatomi og fysiologi skal hjelpe sykepleieren til å gjøre observasjoner og vurderinger. I en sykepleiers hverdag er det ikke tilstrekkelig å ha evne til å vise omsorg og empati. Det er kjent at legen har det øverste ansvaret for den medisinske behandlingen, men det er ofte sykepleieren som tilbringer mest tid med pasienten, noe som gir en unik mulighet til å observere om det skjer endringer i pasientens helsetilstand. En av sykepleierens viktigste oppgaver er derfor å kunne observere pasienten, og ut ifra sin kunnskap i blant annet anatomi og fysiologi, kunne vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes.

## Stort kunnskapsgap

Noen mener akademiseringen av sykepleierutdanningen har gått for langt. Med dette i tillegg til krav om forskningsbasert undervisning, har det også blitt et økt fokus på forskning, ikke minst i forbindelse med Nokuts akkreditering av sykepleierutdanningene. Kritiske røster har hevdet at dette fokuset har gått på bekostning av tilknytningen til praksisfeltet. At det har skjedd en teoretisering av sykepleien som har gjort at studentene ikke er godt nok forberedt på den praktiske virkeligheten. Stjernøutvalget (Sett under ett – Ny struktur i høyere utdanning, NOU 2008:3) ga uttrykk for at utviklingen fra et praktisk og handlingsbasert studium til mer teoretiske undervisningsformer har ført til bekymring for at profesjonsutdanningene skal fjerne seg fra praksisfeltet og tilpasse seg akademiske normer definert av universitetene.

Stjernøutvalgets evaluering av sykepleierutdanningen avdekket flere problemer, deriblant at undervisningen i medisinske- og naturvitenskapelige emner, og til dels også i sykepleiefaglige kjerneområder, er for svak i flere tilfeller, og bør styrkes. Sykepleierne opplever et betydelig større kunnskapsgap i forhold til praktiske former for kunnskap og kompetanse enn legene, til tross for at sykepleierutdanningen er langt mer praktisk lagt opp enn medisinerutdanningen. Mange studenter gir uttrykk for nettopp det – at lærestoffet er lite tilgjengelig, og vanskelig å overføre til praksis. Det er ikke mulig å utdanne studenter til å ha både praktisk erfaring og teoretisk tyngde nok til å kunne møte alle tenkelige situasjoner i arbeidslivet. Men det er derimot viktig at sykepleierne føler det er samsvar mellom det de har lært under utdanningen, og det de møter i yrkeslivet. Akademisering behøver ikke være et onde – teorien er basis for å kunne tilpasse seg og tilegne seg ny





kunnskap i et stadig mer kunnskapsbasert og endringsorientert helsevesen. Utfordringen for oss som underviser blir heller å legge til rette for bedre innlæring.

#### Kliniske ferdigheter

En undersøkelse utført av Sintef Unimed på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, konkluderte med at det største skillet mellom teori og praksis synes å være misforholdet mellom utdanningens fokus på helhetlig og psykososial sykepleie, og sykepleierens faktiske arbeid innenfor et medisinsk og spesialisert helsevesen. De trenger mer medisinsk kunnskap og praktiske ferdigheter i kliniske prosedyrer. Det er mange sykepleiere der ute som er gode klinikere og gjør en utmerket jobb, men mye av deres kliniske kompetanse er tuftet på mange år med klinisk erfaring. I hvilken grad de var i stand til å møte de kliniske kravene da de var nyutdannet, varierte nok fra person til person mht. tidsepoke og lærested.

Flere av lærestedene har nå tatt dette på alvor, og satt fokus på å styrke de medisinske- og naturvitenskapelige fagene og knytte dem tettere til praksis. Det ser ut til at det ikke bare er her hjemme vi har disse utfordringene. Professor Patricia Benner, en mentor innenfor sykepleierutdanningen i USA, ga nylig ut en bok med fokus på nettopp dette: «Educating nurses – A call for radical transformation». Benner hevder at utdanningen svikter på mange områder, deriblant i de naturvitenskapelige fagene og inkluderingen av disse i praksis.

#### Mer selvstendig rolle

Endringene av helsetjenesten som skisseres i samhandlingsre-

formen, kan tolkes dit hen at også sykepleierens yrkesutøvelse vil bli påvirket, og gi dem en mer isolert og selvstendig rolle enn i dag. Dette stiller krav både til dagens sykepleiere og oss som utdanner morgendagens sykepleiere. Den greske filosofen Sokrates mente at rett kunnskap fører til rett handling og at rett handling fører til lykke. En lykke for både pasient og yrkesutøver. Dagens samfunn er regulert av lov, forskrift og norm. Normen for sykepleie må være at man må tilstrebe et kunnskapstilfang som er forenlig med forsvarlig yrkesutøvelse til enhver tid. Skal sykepleierne utøve faget i tråd med fremtidens krav, må kunnskapen hele tiden oppdateres i tråd med nyere viten.

Utdanning er en virksomhet som har til hensikt å sette den enkelte i stand til å utføre en gitt oppgave. Med samfunnets økende behov for sykepleiere vil vi fortsatt måtte legge opp undervisningen til et høyt antall studenter, og store deler av undervisningen må nødvendigvis fremdeles skje ved lærestedene. Samarbeidet med helseforetakene er uvurderlig, og vi er takknemlige for at leger fra sykehuset tar seg tid til å komme hit i en stresset hverdag og undervise sykepleierstudenter om aktuelle kasus i sykdomslære, og derved bringer praksisfeltet litt nærmere.

Som utdanningsinstitusjon må vi henge med på den rivende utviklingen som skjer innen medisin og helsevesen, for hvis utdanningen ikke setter den enkelte i stand til å utføre de forventede oppgaver, kan man godt si at utdanningen har feilet. Vi må derfor som utdanningsinstitusjon være forberedt på de utfordringer som tvinger seg frem, og være i forkant. ■■■

**KUNNSKAPSGAP:** De naturvitenskapelige fagene må få mye større oppmerksomhet i kombinasjon med fokus på den praktiske utøvelsen av faget, mener forfatterne. Arkivfoto: Stig Weston.



## DILEMMA

# Marie Aakre om verdighet som forsvarlighetsindikator

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetik

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

# Ja til verdighet

I et etisk perspektiv er det mye i helse- og omsorgsplanen som gjør inntrykk, både på godt og vondt.

**N**y Helse- og Omsorgsplan er på trappene og har nettopp vært til bred høring. Nå skal samhandlingsreformen konkretiseres og realiseres, og mange ideologiske og etiske spørsmål settes på dagsorden. Det er gode grunner til å følge med, og både Norsk Sykepleierforbund og Rådet for sykepleieetik har lagt ut sine høringsvar på våre hjemmesider.

Selv om både lovttekster og plandokumentet har vært til høring, vet vi faktisk ikke hvilket verdigrunnlag som skal legges til grunn for fremtidige helse- og om-

Derfor er verdighetsforslaget interessant og viktig.

### Bedre kvalitet?

Blir kvaliteten bedre med verdighet som del av forsvarlighetskravet?

Rådet for sykepleieetik sier et tydelig JA til dette spørsmålet. Kravet om verdighet må bli tydeligere i alle deler av helse- og omsorgstjenester, da eksemplene på krenkelser er altfor mange. Forslaget er primært fremmet for skrøpelige eldre og døende mennesker, men vi vil anmode om at verdighetskravet gjelder alle. Vi vet at mange eldre er i situasjoner med sårbar avmakt og har store pleie- og omsorgsbehov, men verdighet gjelder også mange som trenger forebyggende og helsefremmende helsehjelp, ikke minst utsatte grupper som barn, unge, psykisk syke, rusavhengige, kronisk syke.

Hva mener vi egentlig med verdighet? Begrepet defineres ofte som en subjektiv opplevelse av verdsetting, en bekreftelse av egenverd, respektfull anerkjennelse av hvem vi er og hensikten med våre liv. Begrepet er sentralt i vårt menneskesyn og understøtter bevissthet om selvaktelse og naturlig tillit. Men verdighet er mer enn dette. Tore Frost (1) skriver om verdenshumanismens idé om menneskets iboende verdighet i Verdenserklæringen, og henviser til det nye globaliserte menneskebildet med det presiserende ord «iboende». Det nye postulatet om hva det er som gjør mennesket unikt er at menneskets verdighet ikke lengre er å forstå som et resultat av eksterne garantister, tvert om er menneskets verdighet begrunnet på en naturgitt kvalitet som er iboende i menneskets natur. Uavhengig av så vel gudsautoritet som fornuftsautoritet er det et faktum at alle mennesker har verd kun i kraft av å

være menneske. Alle er bærere av iboende, ukrenkelig verdi uavhengig av rase, nasjonalitet, kjønn, alder, hudfarge, seksuell legning, livssyn.

Immanuel Kant sier at det som er over enhver pris, det har verdi! Verdighet er altså ikke noe vi kan frata et annet menneske, men vi kan krenke verdigheten både for oss selv og andre. Menneskeverd kan tilskrives og avskrives, og er avhengig av å komme til uttrykk i samhandling mellom mennesker for ikke å bli en abstrakt størrelse. Vi beveger oss med en annen verdighet når vårt verd bekrefte, og vi ser vel best hva verdighet egentlig handler om når det motsatte kommer til uttrykk ved kulde, avvsnning, krenkelser, tvang og umyndiggjøring.

### De gode intensjoner

Det autonome menneske preger vår tids markører for et menneskeverdige liv. Det handler om selvstendighet, språk og uttrykksevne, å kunne ivareta egne interesser og være handlekraftig. Autonomi gjør oss uerstattelige, mennesket får verd ved sin fornuft til selv å være lovgivende instans. Selv om alle har kapasitet for autonomi, er vi ikke alltid selvstendige. Autonomi gir få beskyttende rammer, skriver Sissel Roalkvam i boken «Godt, rett, rettferdig» (2). Sykepleiere møter ofte mennesker når de har mistet noe av sin autonomi og ikke makter å ivareta sitt eget beste. Selv den mest autonome tilskrives sitt verd fra andres hender og anerkjennende blick. Vi skal både vise respekt for autonomi og ta ansvar for sårbarhet.

Ideene om verdighet og likeverd har alltid vært på prøve, og vi har i norske helse- og omsorgstjenester fortsatt gode grunner til å etterspørre de praktiske konsekvenser av de gode intensjoner, der vi

## Kritikk og tilbakemelding er nødvendig for læring.

sorgstjenester. Vi finner heller ikke svar på helsetjenestens menneskesyn selv om begrepet «den nye type pasient» brukes aktivt. Vi har reagert sterkt på forslagene om profesjonsnøytral bemanning i kommunale helse- og omsorgstjenester, da vi ikke tror nøytralitet er mulig, og heller ikke kan forstå at samhandling kan fremmes uten tydelige fag- og ansvarsroller. Vi finner også radikale og etter vårt syn krenkende forslag om særlige betalingsordninger for eldre mennesker over 80 år hvis de skal innlegges i sykehus.

Men vi finner også mange gode forslag til samhandling og kvalitet, og et at dem er å presisere verdighet som del av forsvarlighetskravet. Vi har jo lenge hatt krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i alle helse- og omsorgstjenester. Erfaringer tilsier imidlertid at det er behov for ytterligere kvalitetsparametre.

### Faste bidragsytere



Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø  
**Berit Støre Brinchmann**



Professor ved seksjon for medisinsk etik, Universitetet i Oslo  
**Per Nortvedt**

dessverre stadig graderer hverandre med andre indikatorer.

### Etiske verktøy for å fremme verdighet

Vi har hatt menneskerettighetsklæringene lenge, vi har flere profesjonsetiske formuleringer om verdighet, vi kjenner til organisasjonen Global dignity, stiftet av kronprins Haakon i 2006, som årlig arrangerer «dignity day» og beskriver fem prinsipper for verdighet;

1. Et verdig liv er å kunne bruke sine ressurser som menneske. En forutsetning for dette er å ha tilgang til et tilfredsstillende nivå av helsetjenester, utdanning, inntekt og sikkerhet.
2. Verdighet er å ha frihet til å ta avgjørelser og treffe valg som berører eget liv, – og oppleve at denne rettigheten blir møtt med respekt
3. Verdighet bør være det styrende prinsipp for alle handlinger
4. Vår egen verdighet henger nøye sammen med andres verdighet

Vi har Verdighetsgarantien fra 1. januar 2011 som en ny forskrift om verdighet for eldre mennesker. Der heter det at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. I praksis betyr dette:

- » En riktig og forsvarlig boform
- » Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider
- » Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
- » Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- » Lindrende behandling og en verdig død
- » Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering
- » Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen
- » Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom

### Forsvarlighetsindikator

Spørsmålet er stadig hvordan vi realiserer alle disse gode intensjoner i travle hverdager. Vi mangler jo ikke verktøyene. I enhver

praksis er det både den enkelte helsearbeider og hverdagskulturen som avgjør den faglige og etiske standard. Det går an for oss alle å bli blinde, likegyldige, sløve, arrogante og kalde, og det er gode grunner til å spørre hvorfor vi ikke reagerer oftere, varsler tydeligere, eller er mer spørrende, nysgjerrige og lærende personer og organisasjoner for å sikre kvalitet. Kritikkk og tilbakemelding er nødvendig for læring.

Det etiske språk er for taust der tjenester utføres. Det etiske språk har kraft til å belyse andre perspektiver enn de faglige, juridiske, og økonomiske. Dette er vår viktigste grunn til å si JA til verdighet i forsvarlighetskravet. Hvis verdighet er en forsvarlighetsindikator, eller kanskje den aller helst burde vært en kvalitetsindikator, må den stadig være gjenstand for refleksjon og etterprøves i konkrete situasjoner og relasjoner i praksis. Det vi etterspør får vi mer av. Verdibevissthet gjør seg ikke selv, men er avhengig av kontinuerlig kulturbygging som må ledes frem og bevisstgjøres av en tydelig, tilstedeværende, tilgjengelig hverdagsleder. Rådet for sykepleieetikk mener at tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav heller ikke bør kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud.

Refleksjonskompetanse og etisk dømmekraft i praksis er vår mulighet for styrket verdighet. Vi lever med en alvorlig mangeltilstand i store deler av pleie og omsorgstjenester hva gjelder etisk refleksjon. Riktignok skjer det mye spennende i mange «etikk-kommuner», men det er en påfallende mangel på ansvarlig, systematisk, grundig og langsiktig refleksjonsarbeid både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale. Det vi vet om pleiekulturer og kompetanse burde tilsi obligatorisk etisk refleksjon for alle ansatte. Hvis det er sant at praktisk klokskap bare kan utvikles gjennom erfaringskompetanse og reflektert praksis, må vi snart ta denne kunnskapen på alvor. ■■■

### LITTERATUR

1. Frost T. Menneskeverd, hva er det? Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2009; 3
2. Roalkvam S. Godt, rett, rettferdig. Oslo: Akribe forlag, 2007.



Foto: Sigmund Weston



### Til refleksjon

- » Hva tenker du/dere om verdighet som forsvarlighetsindikator?
- » Hvordan utvikler dere etisk kompetanse og dømmekraft der du arbeider?
- » Hva skal til for å forløse og vedlikeholde etisk refleksjon for alle ansatte hos dere?

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.

## TETT PÅ Borzoo Haddadi

Hvem: Borzoo Haddadi

Yrke: Jordmor

Utdanning: Hjelpepleier-, sykepleier- og jordmorutdannet i Sverige.

Hvorfor: Fordi han i flere uker har vært på tv i NRK-serien Jordmødrene. Der er mange kvinner i aksjon, men bare én mann. Som også har en uvanlig bakgrunn.

# Forløser i Odda

Underbart å være jordmor i Odda! synes Borzoo Haddadi fra Iran. Fem onsdager har han vist seg fram på tv i beste sendetid.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Kai-Inge Melkeraaen**



*«Å lære svensk  
var inte als noe  
problem.»*

**N**RK-serien Jordmødrene er nettopp avsluttet. I seks episoder har jordmødre utenfor allfarvei heiet fram baby på baby på baby. På fødestuer, med og uten lege i bakhånd, håndterer de ras, askeskyer, flystans, styrtfødsler, setefødsler.

Jordmødrene i serien er mange. Men én skiller seg ut. En mann. Ikke nok med det; han er svarthåret, svensksnakkende og smykkebehengt.

«Fødestua i Odda. To timer med bil til nærmeste fødeavdeling.» Slik har innslagene om stedet innerst i Sørfjorden i Hardanger blitt annonsert. Det er der Borzoo Haddadi holder til.

Når Sykepleien ringer, står han blant elektrikere og byggematerialer i huset han snart er ferdig med å rehabilitere. Endelig har han fått brygge, båt og utsikt.

– *Hvordan er det å være kjent?*

– Å være på tv er positivt både for meg og kollegene mine som gjør sitt beste på fødestuen.

– *Er fødestuen i fare?*

– Ja, i mange år har man pratet om å legge ned. For tre år siden ble den organisert under sykehuset i Haugesund. Alt som lukter litt mer aktiv hjelp sender vi dit. Alle får ultralyd i uke 36 og så selekterer vi.

– *Du er ikke i tvil om at fødestue er bra?*

– Vi har en fungerende fødestue med all kompetanse vi trenger. Gynekolog som kan ta keisersnitt, jordmødre som alle kan ta vakuum.



**DA BORZOO HADDADI BLE FØDT**, hvisket mullaen (muslimsk prest) et navn i øret hans, slik skikken er i Iran. Hasan – morfars navn. Dermed forventet nærmeste slekt at gutten, som selv fikk det sjeldne navnet Borzoo, skulle bli som morfar. Og morfar var gynekolog, utdannet i Russland. Han lærte også nok obstettrikk til å være jordmor.

Siden de fleste iranske barn ble født hjemme, kunne den lille poden observere de gamle, flinke jordmødrene i aksjon. Han ble imponert.

13 år gammel visste han hva han skulle bli. Men yrkesdrømmen kunne ikke oppfylles i hjemlandet. Ingen menn var jordmødre i Iran på den tiden. Drømmen holdt han mest for seg selv. Men mor, far og mormor fikk vite at det ikke ble en ny Hasan – å sitte og skrive resepter var ikke noe for ham.

– *Hva syntes de om det?*

– Helt okei for dem. Jeg kommer fra en fordomsfri familie med både ingeniører og leger.

Etter 12 år på skole og to år i militæret var han klar. En eldre bror bodde i Sverige og ville at lillebroren skulle komme dit.

– Jeg måtte gå den lange veien: Først hjelpepleier, så sykepleier, så jordmor.

Å lære svensk var «inte als noe problem», påstår han. Det tok ham tre-fire måneder.

– Skal man bo et sted, må man lære språk og kultur om man vil lykkes med livet.

– *Fikk du bo i Sverige, sånn uten videre?*

– Dette var i sjahens tid. Så lenge jeg hadde penger, pass og billetter, var det greit. Vilkåret var at jeg klarte språket.

I starten måtte han vise at bankkontoen ikke var tom. Han fikk penger hjemmefra og hadde vaskejobb på sykehuset, hentet kvittering i banken og viste den til politiet. Så fikk han fornyet oppholdstillatelsen.

Han giftet seg med en svensk dame, og hans første barn ble født da han var hjelpepleier. Fødselen var en så stor påkjening at han spydde. Lite mat og synet av en diger bedøvelsessprøyte ble for mye for ham.

Ti år senere forløste han selv sitt fjerde barn, datteren Otilia, som nå er 23 år.

**HAN JOBBET FØRST I STOCKHOLM.** Så ville han til et mindre samfunn. Familien flyttet til Trelleborg sør i Sverige.

– Da kom bølgen. De begynte å legge ned de mindre klinikkene. Det var krav om minimum tusen fødsler. Men i Trelleborg var det bare nesten tusen. Klinikken ble lagt ned. Da ble jeg veldig deprimert.

Han bestemte seg for å flytte til et annet land – Danmark, Norge, samme hva. Han var nå skilt. I Odda sa de: «Kom neste helg.»

Han kom – i sid frakk, spisse boots, ringer i ører og på fingre, håret i hestehale. Forelsket seg i naturen, folket og fødestuen.

– Landskapet minnet meg om området jeg kom fra i Iran.

I et par år prøvde han ut andre steder i Norge og var vikar i Stavanger, Skien og Tønsberg.

– Men som vanlig: Skjebnen bestemmer. Jeg traff en fin Oddajente. Så nå har jeg vært her i 13 år.

Kari er fortsatt hans samboer.

## «Jeg har aldri ringer eller armbånd på når jeg forløser.»

**ETTER SPYINGEN** under fødselen bestemte han at ingen fedre skulle kjenne seg så dum og så i veien for jordmoren. Det skulle han sørge for.

– Fedre må også få kunnskap om hva som skal hende under fødselen.

– Ser du en endring?

– Ja! Ja! Når vi spør dem etterpå, sier pappaene at de har fått hjelp.

– Besvimer de? Spyr de?

– De kan bli veldig svimle. Men det kan skje hvem som helst. Jordmoren også.

– Oj – jordmoren?

– Ja. Til og med. Eller barnepleieren. Kroppen bestemmer det. Kanskje mor og far har jobbet hjemme i flere timer. De har verken spist eller drukket. Når de kommer til klinikken, blir det blod og bråk. Klart man kan bli svimmel.

Som oftest går det bra. Minst 90 prosent av babyene er friske.

– Men med rundt 5 prosent blir det mer komplisert fødselsarbeid.

Hardanger Folkeblad skrev sist sommer om babyen som ville ut etter bare 28 uker: «Fødselen gikk raskt og ambulanshelikopteret sto værfast i Bergen.»

Borzoo måtte trå til. Han ble vekket om natten og ble møtt med misfarget fostervann, navlestreng foran hodet og babyens ansikt opp ned. Keisersnittpersonalet sto klart utenfor fødestuen.

Han hadde hjertet i halsen, sa Haddadi til avisen. Men alt gikk bra, og foreldrene hyllet både jordmor og lokal fødestue.

– Blir du redd eller stresset i jobben?

– Man har alltid et visst ubehag i magen som jordmor, selv etter 25 års erfaring. Samtidig må man også ha is i magen. Man må allerede ha bygget opp trygghet når fødselen starter. Så når det er ferdig: En underbar kjensle! Og jeg kan nyte det som er gjort.

Over 3 000 har han forløst. Bare én gang har det gått riktig galt.

– Det var i Sverige. Barnet var for stort. De må ha misset på ultralyden. Skuldrene satt fast, og det var ikke mulig å forløse. Det var dessverre dødt.

**HAN HAR VÆRT TILBAKE I IRAN** flere ganger.

– Men dagens prestestyre er ikke etter min smak. Jeg kan ikke akseptere krav om kort hår og gjenkneppet skjorte med lange ermer. Dessuten er det nå bare eldste bror som bor der. Tre søsken bor i Sverige. Pappa er død, mamma i Stockholm er dessverre dement.

– Har noen reagert på smykkene dine?

– Jeg er som jeg er, fastslår han og kommer på en episode tidlig i karrieren da han søkte en jobb i Sverige.

– Alle var glade. Vi skrev kontrakt. Da vi var ferdig, sa legen: «Tror du at du kan ta av det anhenget?» Jeg svarte: «Om jeg hadde villet det, hadde jeg kommet hit uten smykker. Men jeg kommer som jeg er – med min utdanning, erfaring og personlighet.

Han ble ansatt. Og kom på jobb med smykkene sine.

– Men jeg har aldri ringer eller armbånd på når jeg forløser eller under keisersnitt. Det er ikke bra og heller ikke lov. Men når jeg måler blodtrykket har det ingen betydning.

Han er glad i oppmerksomhet. Derfor la han seg i selen for å

overtale de fødende til å delta i NRK-serien. I flere måneder hadde de tv-temaet rundt seg. Responsen er god og serien er det mest sette programmet på nett-tv.

– Vi har gjort noe som folk setter pris på. Underbart!

Han gir honnør til filmarbeiderne for at de ikke bare var opptatt av selve fødslene.

– De fikk med seg pappaene også, mange herlige øyeblikk. Og de filmet naturen. Stor berømmelse til dem. Jeg liker absolutt resultatet.

– Du er muslim?

– Ja, i mitt hjerte er jeg en riktig god muslim. Med det mener jeg et godt menneske, som også kan være en kristen.

Men kan han lese Koranen? Nei. Kan han be til Gud fem ganger daglig? Nei. Han kjenner ikke historiene, for han er ikke arabisk.

– Men jeg er muslim: Jeg lyver ikke, jeg er ikke slem, krangler ikke. Men islam har totalforbud mot alkohol, og sex utenom ekteskapet. Alt dette bryter jeg.

Riktignok spiser han ikke grisekjøtt. Men det er fordi han ikke liker smaken.

– Kunne du like gjerne vært humanetiker eller ateist?

– Nei. Muslim.

Uten føde- og akutttilbud frykter han for Oddas framtid. De unge vil flytte og de eldre får ikke nok hjelp. Men politikk har han ikke lyst til å bruke tiden på. Han vil heller male bilder og lese.

– Det er mye nakne kvinner i bildene dine?

– Jeg er litt farget av jobben. Men man må ha fantasi. Titter man etter, ser man en blanding av menn, kvinner og fugler. Frihet til å fly er fint.

## «I mitt hjerte er jeg en riktig god muslim.»

Han stiller heller opp på kjøpesenteret enn på et galleri med bildene sine. Der kan han jo snakke med folk.

– Du liker ikke å være alene?

– Nei.

Med fire barn og snart fem barnebarn har han gjort sitt, mener han.

– Det er ikke bare meg som skal berike befolkningen.

Han er 59 år.

– På papiret. I mitt hjerte er jeg 25.

Til sykepleierne vil han si at de har valgt et fantastisk yrke.

– Men vi trenger flere jordmødre, gjerne menn. Det er tusen ganger hyggeligere enn å være sykepleier. De som har lyst, må tenke på det. De kan godt ringe meg. Jeg tror det bare er fem mannlige jordmødre i Norge.

Ammeveiledning er ikke det han liker best.

– Når jeg jobber med fødselen er det ikke så spesielt med underliv. Men at jeg dagen etterpå skal sitte en halvtime og klemme på puppen – nei, der synes jeg kvinner er mer kompetente. Dette er en følelse jeg har.

– På Facebook kaller du deg jordfar. Liker du det best?

– Jordfar, jordmor, jordbær, mulla. Alt går fint. Bare det låter positivt. ■■■



Pasienter i akuttpsykiatrien har krav på å bli møtt av personell med fagkompetanse innen feltet.

**Lisbeth Normann,**  
leder i Norsk Sykepleierforbund

## Hvem kan ta an

**L**ærere, førskolelærere, sosionomer og andre med høyskole- og universitetsutdanning uten helsefaglig innhold, blir i akuttpsykiatrien satt til å ha ansvarsvakter. Det er ingenting i lovverket som i dag krever at kun sykepleiere kan ha denne type ansvarsvakter.

– Er det faglig forsvarlig å la personell uten sykepleiefaglig bakgrunn ha ansvarsvakter i akuttpsykiatrien?

**Lisbeth Normann:** Nei. Akuttpsykiatrien er en del av spesialisthelsetjenesten. Pasienter innskrevet i akuttpsykiatrien har krav på å bli møtt av faglig kompetent personell og være sikret vurdering av personell med fagkompetanse innen feltet. Slik er det i resten av spesialisthelsetjenesten. Hadde det vært snakk om en traumepasient eller en mann i 40-årene med hjerteinfarkt, ville problemstillingen om hvem som har ansvar aldri dukket opp. Pasienten ville blitt tatt hånd om av fagpersonell innen fagfeltet.

I akuttpsykiatrien har pasienter krav på å bli møtt på samme måte. Her er det kanskje enda viktigere ettersom denne pasientgruppen er ekstra sårbar, og kan være vanskelig å diagnostisere. Her kreves faglig kompetanse i forhold til å kunne observere, medikamentbehandling, å takle uforutsette situasjoner og raskt følge opp med nødvendige tiltak.

**Anna-Sabina Soggiu:** Ja. Det skal vurderes individuelt om de som yter helsehjelp er kompetente til å utføre oppgavene. Avgjørende blir

det derfor å definere hvilke oppgaver som tilhører ansvarsvakten. Er hovedoppgaven et koordineringsansvar, er sosionomer, barneverns- og vernepleiere godt skolerte. Om ansvarsvakten også har somatiske og medisinske oppgaver, kan dette begrense hvem som kan inneha funksjonen. Her kan vernepleiere stille på lik linje med sykepleiere. Mange av Fellesorganisasjonens (FOs) medlemmer er bekymra for et ensidig medisinsk fokus i psykisk helse. For å gi et godt tilbud er det viktig med tverrfaglighet, som også innebærer ulike faglige perspektiver. Faglige perspektiver som ikke står mot hverandre, men som er komplementære. Lovverk og organisering av tjenester må sikre dette, samt sikre et sosialfaglig perspektiv.

For FO er det viktig å påpeke at sosionomer, barneverns- og vernepleiere representerer differensiert kompetanse. Mange har videreutdanning som er direkte knyttet til psykisk helsearbeid. Det er underlig om ikke en klinisk sosionom med lang erfaring fra akuttpsykiatri er kompetent til ansvars- og koordinerende oppgaver.

– Bør akuttavdelingene selv kunne definere innholdet i en «ansvarsvakt»? Eller burde det være nedfelt i lovverket?

**Lisbeth Normann:** Her er det først og fremst snakk om ledelsesansvar. Mennesker med psykiske lidelser har en lovfestet rett til god og helhetlig helsetjeneste tilpasset individuelle behov.



FO er skeptisk til å lovfeste  
hvem som kan være ansvarsvakt.

**Anna-Sabina Soggiu**, leder for Seksjonsrådet  
for sosionomer i Fellesorganisasjonen

# svarsvakter?

Og det er lederens ansvar å sikre at pasienten til enhver tid er sikret faglig kompetanse og følges opp av kompetent personell.

Ansvar for dette kan ikke overlates til personellgrupper uten helsefaglig utdanning, erfaring og egnethet innen fagfeltet. Helsepersonelloven stiller krav om forsvarlighet i forhold til hvilke oppgaver som skal utføres og hvilke krav til fagkompetanse man må stille til de som skal utføre oppgavene. Det betyr at helsepersonell må holde seg innen sitt faglige kompetanseområde, og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner.

**Anna-Sabina Soggiu:** Organisering av tjenester skal gi mulighet for fleksibilitet og lokale variasjoner. Samtidig er det nødvendig å ha et lovverk som sikrer forsvarlige og gode tjenester. FO er for et lovverk som stiller krav til kompetanse knyttet til oppgavene som skal utføres. Vi er skeptiske til en økende tendens mot såkalt profesjonsnøytralitet. Tjenester kan aldri være profesjonsnøytrale. Profesjonene bidrar med ulik faglig tilnærming som til sammen gir gode tjenester og god behandling. Det er ingen motsetning mellom tverrfaglighet og et lovverk som framhever profesjonskompetanse.

FO er skeptisk til å lovfeste hvem som kan være ansvarsvakt fordi det kan gi uønskede utslag når man skal velge hvordan det er best å organisere avdelingene. Et lovverk som sikrer kvalifisert personell med høyskole og universitetsutdanning er av avgjørende betydning. Også sosialfaglig metodikk krever kompetent

personell. Sosialfaglige funksjoner kan ikke utføres av ufaglærte, slik noen synes å mene.

*– Har diskusjonen rundt ansvarsvakter innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet?*

**Lisbeth Normann:** Jeg tror ikke diskusjonen rundt ansvarsvakter vil innvirke på samarbeidet mellom de forskjellige faggruppene som jobber i akuttpsykiatrien. Men vi må ikke gå i den fellen at tverrfaglig samarbeid betyr at alle skal gjøre alt. Personell som jobber i akuttpsykiatrien har ulike roller, etter hvilke utdanning de har. Det er dette samspillet mellom dem som gir tverrfaglig behandling.

Vi trenger de forskjellige profesjonsgruppene rundt pasienten i akuttpsykiatrien. Men hver enkelt må ta det ansvar man har kompetanse til. I somatiske akuttmottak har leger, sykepleiere og fysioterapeuter sine klare ansvarsområder. Oppsiktsvekkende at det skal være annerledes i akuttpsykiatrien.

**Anna-Sabina Soggiu:** Dessverre gjør den nok det. I prinsippet bør et klart lovverk og tydelige regler knyttet til kompetanse og funksjon styrke det tverrfaglige samarbeidet. Samtidig er det viktig at yrkesutøvere anerkjenner andres kompetanse og bidrag i helsetjenestene. Organisasjonene må bidra til at dette ikke blir en profesjonskamp, men at det blir tilrettelagt for tverrfaglige, gode tjenester. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**





## REFLEKS

# Gjesteskribent Anders Folkestad

Navn: Anders Folkestad

Yrke: Leder i Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no

# Når folk tar fyr

No skriv eg om noko eg ikkje har særleg greie på. Og eg er i godt selskap.

**M**ange – svært mange – uttalar seg høglydt om kor mange sjukehus vi skal ha er til lands. Klare og folkelege meiningar om så viktige velferdstilbod er av det gode. Folk tar fyr når lokalsjukehuset er truga.

Meir forvirrende er det når politikarar har minst to standpunkt, ofte tilpassa stad, situasjon og målgruppe.

Også dei som arbeider i sjukehusa er ueinige. Syna er farga av kvar dei arbeider og kvar dei bur. Men er pakka inn i faglege vurderingar. Som ofte spriker.

Eg såg forresten at Gaza-kompisane Mads Gilbert og Erik Fosse er i tattane på kvarandre, nettopp om sjukehus – lokalsjukehus og sentralsjukehus, små og store. Begge kjendisane er fagleg kyndige. Men synspunkta er prega av kvar dei arbeider og bur – og erfaringane derfrå. Difor forsvarer Gilbert frå Tromsø lokalsjukehusa, medan Fosse i Oslo er sentralisten.

Eg høyrdessutan Fosse snakke om framtidsmedisinen på

## Er ikkje Oslo egentleg litt for smått til å realisere dette?

ein konferanse i Spekter-regi ein gong i haust. Med glitrande powerpointbilde tok han tilhøyrarane med inn i ei avansert medisinsk verd. Spesialisert handverk med preg av samleband. Fleire ingeniørar enn sjukepleiarar. – Vi må sentralisere for å drive så avansert, meinte han. – Og skal vi bli dyktige nok, må vi ha mange pasientar, slik at vi kan få praktisere hyppig og bruke det avanserte utstyret effektivt, var budskapet. Fasinerande! Og logisk – i ein viss forstand.

Men held logikken? Eg tok meg i å tenke, medan eg lytta til the brave new world: Er ikkje Oslo egentleg litt for smått til å realisere dette? Ville det ikkje vere betre og tryggare om norske pasientar sokna til eit storsjukehus i København? Eller Paris? Det ville jo vere endå større og meir «sentralt». Og dermed meir kompetent. Tryggare og?

Midt i mine kjetterske funderingar tikka det inn ein sms. Om

sjukdom. Mora mi var blitt brått sjuk. – Det er best du kjem så fort du kan, var meldinga. I staden for å få med meg konferansesluttan, blei det flytur med Widerøe.

Pasienten kom fort på lokalsjukehuset. Det var alvorleg. Men kort fortalt – det gjekk bra. Rask og effektiv behandling, etter det eg kunne skjøne. Ho var heime att etter ei knapp veke.

Kanskje hadde behandlinga vore endå betre på eit større og meir spesialisert sjukehus. Kanskje ikkje. Men det er trygt å ha hjelpa nær for hand.

Og det er vel slik at ikkje alle helseplager og sjukdomar treng den mest avanserte teknologien og medisinen? I somme tilfelle handlar det rett og slett om «vanlege» sjukdommar som treng behandling – ofte raskt.

Sjølvsagt kan ikkje alle sjukehus gjere alt. Det trengst faglege toppmiljø. Men det må då finnast andre og betre måtar å effektivisere sjukehusa på enn å legge ned mindre sjukehus, som også kan gje god og adekvat behandling. At helsepersonell driv meir om med helsearbeid og mindre papirarbeid for eksempel?

Heldigvis får dei overivrigaste sjukehussentralistane neppe fullt gjennomslag. Eg ser at ein annan gjesteskribent, Jon Hustad, er lei seg for det. Han meiner at dei gjennomsnittlege og dei middelmåtige har for stor makt. At dei er redde for konkurranse og hindrar sentraliseringa. Han er mellom dei som trur at kvalitet høyrer heime i store hus med mange folk. Og kallar det til og med sanninga. Dei middelmåtige har visst meir forstand enn Hustads sentralistiske elite.

Noreg hadde vore fattigare om sentralismen heilt fekk overta. Enten det gjeld sjukehus eller andre tilbod. Og gjennom livet trengst helsetenester. Også på sjukehus. Somme oftare enn andre. Vi veit ikkje kven. Og når.

Folk kjempar for lokalsjukehusa. Sjølv om dei blir kalla bakstrevske. Sjølv om dei blir truga med at dei ikkje veit sitt eige beste.

Siste fakkelen er ikkje tent. Eg skaffar meg eit lager.

### Øvrige gjesteskribenter 2011:



**Cathrine Sandnes**  
er redaktør av tidsskriftet Samtiden



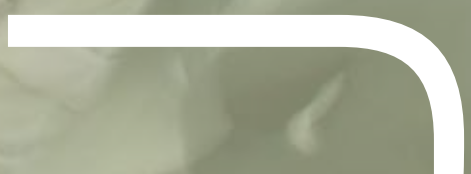
**Martine Aurdal**  
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



**Ingvar T. Skjerve**  
Sykepleier og forfatter



**Kristin Heggen**  
Professor i sykepleie ved seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo



**sykepleien.no**



## Bergen kommune

Landås helsestasjon, Årstad bydel:

### HELSESØSTER/GRUPPELEDER

100 % fast stilling ledig fra 1.03.

### HELSESØSTER

100 % stilling (60 fast og 40 vikar ut 2011) ledig fra 1.05.

Fullstendig utlysning fom 4.02.11 [www.bergen.kommune.no](http://www.bergen.kommune.no) og [www.finn.no](http://www.finn.no)

**Søknadsfrist 26.02.2011**



## Solund kommune

### LEDIGE STILLINGAR I SOLUND KOMMUNE

*Vi, eit lite øysamfunn, yst ut 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

- 70 % fast stilling som sjukepleiar ledig ved institusjon

**Søknadsfrist 27.02.11**

#### 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 27.02.11**

Fullstendig utlysningstekst er å finne på [www.solund.kommune.no](http://www.solund.kommune.no)  
Søknad vert å sende Solund kommune, postboks 73, 6921 Hardbakke



## Kristiansand kommune

### FERIEVIKAR SOMMER 2011

#### Legevakten Kristiansand

Vi søker sykepleiere med relevant erfaring, gode samarbeidsevner og evne til å jobbe selvstendig. Opplæring vil bli gitt.  
For nærmere info kontakt Clare Jørgensen 38 07 69 15 eller [clare.jorgensen@kristiansand.kommune.no](mailto:clare.jorgensen@kristiansand.kommune.no)

**Søknadsfrist.01.03.2011**



## OPERASJONSSYKEPLEIER som ønsker utfordringer og spenning

Ønsker du å jobbe ved et spesialisert sykehus i ortopedisk kirurgi og revmatologi, så ring oversykepleier, Ruth A. Moe, for nærmere opplysninger på telefon 67 52 17 90

**Fast ansatt operasjonssykepleier i 100% stilling** ved operasjonsavdelingen, dagvakter, ingen helg- eller høytidsvakter.

### Vi kan tilby:

- Utfordrende arbeidsoppgaver i et krevende og høykompetent miljø med stort engasjement og arbeidsglede
- Introduksjonsprogram m/kontaktsykepleier
- Pensjonsordning i KLP
- Fri gruppe- og ulykkesforsikring
- Gode velferdstilbud for alle ansatte
- Fri jul og nyttår
- Personalbarnehage
- Subsidierte boliger

### Her er det hyggelig å være

Ved Martina Hansens Hospital har vi et stabilt arbeidsmiljø. Det skyldes at vi, i tillegg til en spennende jobb, har mange utfordringer og har det fint sammen. Vi tror at arbeidsglede, samarbeid og effektivitet henger nøye sammen. Pasientene skal oppleve omsorg, trygghet og trivsel. Våre ansatte og pasientene trives på Martina Hansens Hospital.

Søknad sendes til Personaldirektør, Martina Hansens Hospital, Postboks 23, 1306 Bærum Postterminal.



### Hol kommune

Hol kommune ligger øverst i Hallingdal og har ca. 4500 innbyggere. Største tettsted er Geilo. Mulighetene for friluftsliv er unike gjennom hele året.

Ved Geilotun alders- og sykehjem på Geilo, har Hol kommune følgende ledige stillinger:

**100 % FAST SYKEPLEIER**  
**70-100 % SYKEPLEIER, vikariat 01.02.11-31.01.12**

For full utlysningstekst og mer info om Hol kommune, se [www.hol.kommune.no](http://www.hol.kommune.no) eller [www.hol.kommune.no/Tjenester/Omsorg-og-pleie/Geilotun/](http://www.hol.kommune.no/Tjenester/Omsorg-og-pleie/Geilotun/)

Søknad sendes: [postmottak@hol.kommune.no](mailto:postmottak@hol.kommune.no) eller Hol kommune, personalkontoret, 3576 Hol.

**Søknadsfrist: 15.02.11.**

## SIEMENS

Siemens Healthcares visjon er å være den ledende leverandøren av nyskapende og kostnadseffektive løsninger til helsevesenet i Norge. Vår kompetanse skal bidra til økt livskvalitet! Vi er i sterk fremgang, og produktspekteret omfatter røntgen, MR, CT, ultralyd, nukleær, stråleterapi og medisinsk tilbehør. Vi leverer komplette IT-løsninger som Electronic Patient Record (EPR), Patologisystemer, Picture Archiving and Communication Systems (PACS) og Radiology Information Systems (RIS) til det norske Helsevesenet.

Vårt produktområde Siemens Health Services omfatter DocuLive pasientjournal, DocuLive Patologi, Ultragenda, PICIS og Obstetrix Føde Journal. I nær fremtid er ytterligere kliniske løsninger på vei inn i vår produktportefølje. Til denne avdelingen søker vi:

### System / Supportkonsulent – Medisinsk IT

#### Arbeidsoppgavene

omfatter support av applikasjonene nevnt ovenfor, installasjoner hos våre kunder og kundeoppfølging i etterkant, testing av systemene internt før idriftsettelse ute hos kunden, spesifikasjon til og utvikling av produktene, samt ferdigstilling av dokumentasjon til kunden. Du vil også delta i prosjektteam ved utarbeiding og gjennomføring av nye IT-prosjekter

#### Du har

enten helsefaglig utdanning eller utdanning og erfaring fra databehandling. Gjerne har du kjennskap til DocuLive-database - erfaring fra NT-baserte miljøer er en fordel. I tillegg har du gode samarbeidsevner og er initiativrik. Du arbeider systematisk både i team og selvstendig, er praktisk anlagt og liker å se resultater av ditt arbeid.

#### Vi tilbyr

en spennende og krevende stilling med store faglige og personlige utfordringer i et dynamisk og uformelt arbeidsmiljø som er i stadig vekst. Du får gode karriere- og utviklingsmuligheter i Siemens, både i inn- og utland, samt varierte arbeidsoppgaver med mulighet til å forme din egen hverdag. Vi tilbyr konkurransedyktige betingelser med en god arbeidstidsordning.

Den viktigste grunnen til å velge Siemens er imidlertid at du lar deg engasjere. Om det nå er av nyskapende løsninger, inspirerende kolleger eller store prosjekter.

Arbeidssted er Oslo.

#### Opplysninger/søknad

For mer informasjon om stillingen kontakt supportsjef Annamarie Evanger, tlf. 905 32 762 eller HR-partner Christian Sørnes, tlf. 98 20 79 25

#### Søknadsfrist 1. mars 2011

Søknad rettes gjennom vår hjemmeside: [www.siemens.no/jobb](http://www.siemens.no/jobb)



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Gjøvik

### Avdelingsjardmor (ref. 915857372)

100% fast stilling, fødeavdelingen

**Kontakt:** Anja Døssland Holstad, tlf. 06200

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (WebCruiter).

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.





## Tysnes kommune

Tysnes kommune er ein øykommune i hjartet av Sunnhordland med ca. 2.800 innbyggjarar. Gode offentlege tenester, barnehage og skuletilbod, fleirbruks-hall og høve for friluftsliv ved sjø og fjell. Kommunen er landfast over Lukk-sund bru. Gode kommunikasjonar med hurtigbåt til Os, Bergen og Flesland. Ferje til Stord og til Halhjem. Reisetid til Bergen med ferje/bil er ca 1 t 15 min, til regionsenter på Stord er det ca 45 min. Rådhuset ligg på Uggdal der helse- og sosialetaten er lokalisert. I Uggdal ligg også base for heimesjuke-pleia og Tysnes sjukeheim med 39 plassar.

### SJUKEPLEIARAR – ta ei fagleg utfordring hjå oss!

Vert du ferdigutdanna sjukepleiar til våren eller er du i arbeid og ønskjer ei forandring, send oss ein søknad. Me har p.t. ledige stillingar ved Tysnes sjukeheim.

#### Dersom du tek utfordringa og sender ein open søknad er me opne for å drøfta:

- Tilrettelegging for heil- eller deltid, fast tilsetjing eller vikariat.
- Løn.
- Moglegheiter for kompetansebygging og vidareutdanning.

#### Me tilbyr elles:

- Hjelp til å skaffa bustad.
- Flyttegodtgjersle for faste stillingar.
- Fagkurs og rettleiing.
- God pensjonsordning gjennom KLP.
- Fagleg utfordring i eit triveleg arbeidsmiljø.
- Barnehageplass.

Me gjer også merksam på at Tysnes kommune har vedteke bygging av nytt omsorgssenter, dette er ein moglegheit til å vera med å leggja faglege premisar til grunn for drifta av eit nytt omsorgssenter.

Me ber om at du i søknaden gjer merksam på ønskja stillingsstorleik og eventuelt andre tilhøve som er relevante for handsaming av søknaden.

For nærare opplysingar, kontakt pleie- og omsorgsleiar Hildur Heie på tlf. 53 43 70 68 / 70 60/ 906 81 589, eller ass.pleie- og omsorgsleiar/styrar Helga Nilsen Boland på tlf 53 43 08 05 / 00.

Du kan få søknadsskjema ved å ta kontakt med etaten eller du kan henta det ned frå nettstaden vår. Søknad med rettkjende kopiar av vitnemål og attestar vert å senda Tysnes helse- og sosialkontor, Rådhuset, 5685 Uggdal **innan 01.03.11**.

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 pasientfokuserede og driftseffektive sykehus i Norge.

BUP Øvre Romerike

## Psykiatrisk sykepleier

Sterilforsyningen

## Operasjonssykepleier

Hjerteovervåking

## Spesialsykepleiere/Sykepleiere

Hjertemedisinsk sengeområde 1

## Sykepleiere

Les mer om stillingene på [www.ahus.no](http://www.ahus.no)

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

HELSE SØR-ØST



### Tjøme sykehjem søker

AVDELINGSSYKEPLEIER, 100 % fast stilling

Tiltredelse 22.01.11. **Søknadsfrist 25.02.11**. Mer info v/S. I. Høisæther tlf: 33067902, e-post: sho@tjome.kommune.no.



BÆRUM  
KOMMUNE

[www.baerum.kommune.no](http://www.baerum.kommune.no)

### Hospice Stabekk

## Team medarbeider med helsefaglig bakgrunn

Kreativ, fleksibel, faglig oppdatert medarbeider søkes til team som etableres rundt respiratorpasient, som krever oppfølging 24 timer i døgnet.

Fortrinnsvis helsefaglig utdanning; sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider, 3. års studenter innenfor medisin og sykepleie er også velkomne til å søke.

For mer info og innsending av søknad:

[www.baerum.kommune.no/jobb](http://www.baerum.kommune.no/jobb) - annonsenr. 5554



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 menneske

## SPESIALSYKEPLEIERE/ HJELPEPLEIER

### Vil du bli med oss inn i en spennende fremtid?

Vi går inn i en spennende fase og skal bygge opp og utvide staben vår på Operasjon, Anestesi og Dagkirurgisk overvåking.

Kontaktpersoner: oversykepleier Liv Aas Halse, enhetsleder Tone Pahle og oversykepleier Anne Devold, telefon 22 45 15 00.

Les mer om stillingene på [www.diakonsyk.no](http://www.diakonsyk.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist: 20. februar 2011**



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 menneske

## SYKEPLEIERE M/ VIDERE- UTDANNING I PSYKISK HELSE

Ved Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen, post B, er det ledig fast 100 % stilling fra 01.04.11.

Kontaktperson: Enhetsleder Anne-Lise Røstad, tlf. 66 78 86 21 / 22.

Les mer om stillingen på [www.diakonsyk.no](http://www.diakonsyk.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist: 27. februar 2011**



## Treff passive jobbsøkere i Sykepleien!

De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse.

Sykepleien

Voss operasjon og akutteininga søker:

### Avd. sjukepleiar til operasjonsavdelinga

**100% fast stilling, ledig frå februar 2011.**

Har du fagleg interesse av å være med på utvikling av det kirurgiske tilbudet ved sjukehuset? Er du ein nyskapande, kreativ og resultatorientert operasjon- eller anestesi-sjukepleiar? - Ja, då treng vi deg!

Avdelinga har 26 årsverk fordelt på spesialsjukepleiarar innan anestesi og operasjon, samt sterilforsynings- og reinhaldsassistentar. Operasjonsavdelinga held høg fagleg standard og har 4 operasjonsstover som er godt utrusta med moderne utstyr. Den kirurgiske aktiviteten er stadig aukande, og det vert planlagt for etablering av nytt Dagkirurgisk senter frå 2012.

#### Arbeidsoppgåver

- Hovudansvar for den daglege drifta og samarbeid om pasientflyt
- Direkte personalansvar, og budsjett og økonomiansvar
- Fagleg ansvar for ulike faggrupper i lag med fagsjukepleiar
- Medansvar for planlegging av operasjonsprogram
- Tilretteleggje for kompetanseheving og kvalitet
- Arbeide aktivt for trygg og sikker pasientbehandling

Kontaktperson: Leiar Borghild Strønen tlf: 56 53 37 92  
Referansenummer: 890049716 - Søknadsfrist: 26.02.2011

For å lese meir og å søkje på stillinga: [www.helse-bergen.no](http://www.helse-bergen.no)



### Ski kommune

"Ski skal være en kommune der innbyggerne har gode og stimulerende levekår og opplever tilhørighet".

Ski kommune har en organisasjonsstruktur med kommunalsjefer og virksomhetsledere. Innenfor kommunalområde Levekår er det ledig 100 % fast stilling som

#### Virksomhetsleder hjemmetjenester

Hjemmetjenesten har ca 77 årsverk fordelt på 3 soner. Virksomheten har ansvar for å yte praktisk bistand og opplæring ihht sosialtjenesteloven, og hjemmesykepleie ihht kommunehelsetjenesteloven. For tiden ytes det tjenester til ca. 500 brukere.

Virksomhetsleder vil ha ansvaret for driften av virksomheten med fullstendig økonomi- personal- og fagansvar. Virksomheten er én av 12 virksomheter innen kommunalområde Levekår. Samtidig med ansvar for egen virksomhet har virksomhetslederen ansvar for å legge til rette for, og aktivt bidra til samarbeid med øvrige virksomheter.

For fullstendig utlysningstekst se <http://www.ski.kommune.no/NYHETER-OG-KUNNGJORINGER/Ledige-stillinger-i-ski-kommune/>

**Søknadsfrist: 1. mars 2011**

## Ledige fagstillinger i sjukepleie

Vi har ledig tre faste og fleire mellombelse stillingar som førsteamanuensis/ førstelektor/høgskulelektor i sjukepleie frå 01.08.11. Stillingane er knytt til Avdeling for helsefag i Førde i Sunnfjord.

Fagområda som er ledig er kirurgisk-, medisinsk-, psykiatrisk- og operasjonssjukepleie. Du må ha offentleg godkjenning som sjukepleiar og relevant klinisk erfaring frå fagområde.

Meir informasjon får du hos dekan Eva Marie Halvorsen, telefon 57 72 25 55/41 56 14 66 eller rådgjevar Inger-Margrethe Hove Ås, telefon 57 72 25 11.

Full utlysing finn du på [www.hisf.no](http://www.hisf.no)

Søknadsfrist: 6. mars 2011



HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE  
POSTBOKS 133, 6851 SOGNDAL  
TLF: 57 67 60 00 FAX: 57 67 61 00  
post@hisf.no www.hisf.no

hisf.no

Jobbnorge.no

## Vestre Viken HF

Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

Operasjonsavdeling SAB

### Operasjonssykepleier

Vi har gjennom mange år hatt en stabil stab, men er inne i et generasjonsbytte i avdelingen. Derfor har vi nå et stort behov for positive og arbeidsvillige operasjonssykepleiere. Stillingsbrøk kan diskuteres.

**Kontaktinfo:**

Trude Rosvold, Avdelingsykepleier spesialavd., tlf. 67 80 96 40.

Referansenr: 908096348. Søknadsfrist: 27.02.2011.

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)

HELSE SØR-ØST



NORDLANDSSYKEHUSET  
NORDLÁNDLA SKIHPPJVIESSO



## Nordlandssykehuset HF har ledig følgende stilling:

### Enhetsleder

Regionalt senter for spiseforstyrrelser (RESSP)

- 100 % fast stilling.

Henvendelse: seksjonsleder Mildrid Valvik, tlf. 75 50 13 12 eller 913 17 226, mildrid.valvik@nlsh.no eller overlege Birgit Rydså, tlf. 75 50 14 24, birgit.rydsa@nlsh.no

Søknad sendes elektronisk via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no)

– her finner du også fullstendig annonsetekst.

Søknadsfrist: 24. februar 2011

Jobbnorge.no



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA 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.

- **SYKEPLEIERE, Medisinsk klinikk.** 2 vikariater ved Infeksjonsposten, Sykepleiavdelingen Tromsø. **Kontakt:** Anne-Grethe Johnsen, tlf. 77 66 93 74 eller Tone Cecilie Jensen, tlf. 77 62 68 79.

- **FERIEVIKARER – sykepleiere, kreftsykepleiere og dialysesykepleiere, Medisinsk klinikk.**

Sykepleieavdelingen i Tromsø har behov for ferievikarer i tidsrommet 20.06 - 30.08 ved følgende poster/enheter:

- Gastro, nyre og geriatrisk sengepost
- Infeksjonsmedisinsk sengepost
- Hematologisk og endokrinologisk sengepost
- Hemodialyseenheten

Sykepleierstudenter er også velkommen til å søke.

**Kontakt:**

Frank Gunnar Fredriksen (geriatri), tlf. 77 62 68 82, Marit Lorentzen (gastro/nyre), tlf. 77 62 69 04, Tone Cecilie Jensen (infeksjonsseksjonen), tlf. 77 62 68 79, Marit Bergh (hematologisk og endokrinologisk sengepost), tlf. 77 62 69 01, Rita I Johansen (dialysen), tlf. 77 62 68 57.

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 annonseselgere!**

Jobbnorge.no



VADSØ KOMMUNE

## Sommerjobb i Vadsø?

Vadsø kommune søker etter ferievikarer i helse- rehabilitering og omsorg (HRO) tjenestene for sommeren 2011. Hovedperioden er uke 25 til og med uke 33. Se fullstendig utlysning på [www.vadso.kommune.no](http://www.vadso.kommune.no) Søknadsfrist: 28.02.11

Jobbnorge.no



## Psykiatrisk sykepleier

Senter for familie og samliv, Avd. for familiebehandling

Avdeling for familiebehandling har ledig 100 % fast stilling for psykiatrisk sykepleier med tiltredelse 1. august 2011.

### Kontaktpersoner:

Behandlingskoordinator Gunvor Aarsland Lunde eller avdelingsleder Bente Barstad på tlf. 32 74 97 00.

**Søknadsfrist: 24. februar 2011**

Vi ber om at du søker elektronisk via [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no), hvor du også finner fullstendig utlysningstekst. Kopier av vitnemål og attester fremlegges ved intervju.

**MODUMBAD**††  
- en kilde til liv



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Gjøvik

## Operasjonssykepleiere (ref. 909350878)

Turnus evt. dagtid

100 % st., vikariater, kir. opr. avd.

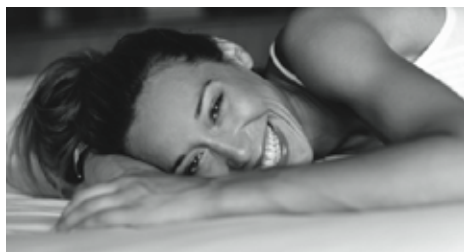
**Kontakt:** Lisbeth Walbye Fjellhaug, tlf. 61 15 71 48

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (WebCruiter). Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

**Søknadsfrist: 24.02.2011**

HELSE SØR-ØST

Jobbno.no



## ANESTESISYKEPLEIER 80% - fast HELSESEKRETÆR 100% - vikariat

Sørlandsparken  
Spesialistsenter

På grunn av økt aktivitet søker vi en erfaren anestesisykepleier til 80% stilling og helsesekretær i 100% vikariat.

Se også [www.sorlandsparken-spesialistsenter.no](http://www.sorlandsparken-spesialistsenter.no) for ytterligere informasjon om stillingen, eller kontakt daglig leder Terje Østlyng på 911 70 345 eller [sorlandsparken@teresklinikk.no](mailto:sorlandsparken@teresklinikk.no)

Del av Teres kjeden. Off. godkjent privat sykehus.  
For private, offentlige og forsikringspasienter.  
Plastisk kirurgi, ortopedi og kosmetisk hudpleie.

**SØKNADSRIST:**  
**28. FEBRUAR.**



Sørlandsparken Spesialistsenter  
Part of Teres Medical Group

Barstølveien 34, 4636 Kristiansand • tlf 38 04 99 20 • [www.sorlandsparken-spesialistsenter.no](http://www.sorlandsparken-spesialistsenter.no) • Ans lege Dr. Thom Topstad

## Helse Nordmøre og Romsdal HF

Helse Nordmøre og Romsdal HF omfatter Kristiansund sykehus, Molde sjukehus og den øvrige spesialisthelsetjenesten i Nordmøre og Romsdal. Helseforetaket yter et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innenfor de somatiske og psykiatriske områdene. Foretaket har et samlet budsjett på 1,9 milliarder kroner og totalt i underkant av 2.500 ansatte.

I henhold til ny offentlighetslov kan navn på søker bli offentliggjort selv om søker har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten. I så tilfelle vil søker bli kontaktet før offentliggjøring skjer.

Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer, Enhet for føde, barsel og poliklinikk, Kristiansund

### • Jordmor

Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer har ledig 50 % fast stilling for jordmor, arbeidssted for tiden ved Enhet for føde, barsel og poliklinikk i Kristiansund, 3- delt turnus DAN - arbeid hver 3.helg.

Vi er en kombinert føde/barselavdeling med ca. 450 fødsler pr. år. Vi kan tilby et faglig og sosialt godt arbeidsmiljø og en fin by med mange muligheter for ulike aktiviteter. Vi ønsker DEG velkommen som kollega.

Lønn og ansettelse for øvrig etter den til enhver tid gjeldende overenskomst. Ved interne rokkeringer kan annen stillingsbrøk bli ledig.

Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse til avdelingsjef Grete Teigland, mobil 995 07 632

**Søknadsfrist: 03.03.2011**

Søknad sendes elektronisk via [www.helsenr.no](http://www.helsenr.no) - hvor du også finner fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attester og vitnemål framlegges ved intervju.

HELSE MIDT-NORGE

Jobbno.no

Arbeidsgiver ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselere



**HATTFJELLDAL**

kommune  
O. T. Olsens vei 3a

8690 Hattfjelldal

«Hatten»  
- Ledige stillinger: -

## SYKEPLEIER

### Instusjonsenheten / Hattfjelldal sykeheim

I Hattfjelldal kommune med arbeid for tiden i Pleie-, rehabilitering- og omsorgsavdelingen er det ledig følgende stilling: Sykepleier, Instusjonsenheten / Hattfjelldal sykeheim.

**Arbeidsområde:** Individuell planlegging, pleie- rehabilitering og omsorgstjenester til personer i alle aldre.

Stillingsstørrelse: 100 % stilling, 1 årsverk (402.007).

Kvalifikasjonskrav: Autorisert sykepleier.

Arbeidstid: Arbeider etter turnus med bakvakt natt. Turnus er under omlegging.

Avlønning: Etter gjeldende tariff og avtale.

Nærmeste overordnet: Enhetsleder Instusjonsenheten.

Tiltredelse: Snarest.

Spørsmål kan rettes til avdelingsleder Sissel Marit Bue tlf. 75 18 48 52, eller enhetsleder Turi Thorsteinsen tlf. 75 18 49 03.

Søknaden med CV og bekreftede kopier av vitnemål og attester må være Hattfjelldal kommune, Pleie-, rehabilitering- og omsorgsavdelingen, O.T.Olsens vei 3a, 8690 Hattfjelldal i hende innen 20. februar 2011

frantz.no





Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Lillehammer

## Medisinsk avdeling 11 A

### Sykepleier/ geriatriisk sykepleier (ref. 904045764)

- Vikariat for sykepleier i ca. 50 % stilling fra snarest til 18.08.11, med mulighet til forlengelse.
- Fast 70 % stilling fra snarest, i denne stillingen er det ønskelig med videreutdanning i geriatri.

**Kontakt:** avd.spl. Gro Opsahl Falling, tlf. 61272237

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (WebCruiter).

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

**Søknadsfrist: 24.02.2011**



Jobbnorge.no

## Sentrum Reisemedisin



Sentrum Reisemedisin AS driver vaksinasjonsklinikker i Bergen, Grimstad og Oslo. Vi tilbyr reisemedisinsk rådgivning og vaksineringsrettet mot privatpersoner og bedriftsmarkedet. Klinikken drives av sykepleiere og leger med spesialkompetanse innen reise- og tropemedisin.

Ledige 50% stillinger i Oslo og Bergen som sykepleier. Mulighet for økt stillingsprosent.

Vi ønsker at du er engasjert, utadvendt, selvstendig og serviceinstit. Det er en fordel med egen reiseerfaring. Vi kan tilby en variert og spennende jobb, fleksibel arbeidstid, kurs og videreutdanning. Lønn etter avtale. Ønsker du ytterligere informasjon om stillingen, kan du kontakte Elin Brautaset på tlf. 37 04 71 00.

Søknadsfrist: 25. februar 2011

Søknad med CV og referanser sendes til [grimstad@reisemedisin.no](mailto:grimstad@reisemedisin.no)

[www.reisemedisin.no](http://www.reisemedisin.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 stillingsannonse.*

Psykiatrisk fylkesavdeling

### Psykiatrisk sykepleier/sykepleier/ vernepleier

- 100 % nattstilling som inkluderer arbeid hver 3. helg.

### Psykiatrisk sykepleier/sykepleier

- 2 x 75 % stillinger i to-delt turnus (dag/kveld) med arbeid hver 3. helg.

Stillingene er tilknyttet Akuttseksjonen, Allmennpsykiatrisk akutenhet og Mottak.

Kontaktinfo: Halstein Oskarsen, enhetsleder, tlf. 33 37 50 60/54/64

Referansenr: 909352270      Søknadsfrist: 03.03.2011



Jobbnorge.no

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

## Sykepleien

Sykepleien gir  
responsgaranti!

Får du ingen respons på  
annonse din, gir vi neste  
innrykk gratis.



FORSVARET  
Forsvarets sanitet

Forsvaret søker

## Sykepleiere og spesialsykepleiere

Vi har nå lagt ut flere ledige engasjementstillinger til våre avdelinger i Afghanistan. På våre nettsider kan du lese fullstendig stillingsannonser, samt registrere deg i vårt interesse-register for å motta fremtidige stillingutlysninger.

Besøk våre nettsider på [www.fsan.no](http://www.fsan.no)



Hva kan du gjøre i ditt daglige arbeid for å forebygge selvmord? Vil du bli kursleder for kurset Førstehjelp ved selvmordsfare?

VIVAT selvmordsforebygging inviterer til kurslederkurs 23. – 27. mai 2011, på Rica Hell Hotel, Værnes. VIVAT utdanner fagpersoner med forskjellig yrkesbakgrunn til å undervise på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Førstehjelp ved selvmordsfare er et kurs over to dager som retter seg mot alle som i sitt virke møter selvmordsnære mennesker. Deltakerne lærer å tolke fare-signaler og gripe inn i tilfelle akutt selvmordsfare. Kurset er brukt i Norge siden 1998 og har hatt mer enn 19 000 deltakere. VIVAT er forankret ved Universitets-sykehuset Nord-Norge HF og er finansiert av Helsedirektoratet. Førstehjelps-kurset er godkjent av en rekke fagforeninger knyttet til spesialisering. Opplysninger finnes på: [www.unn.no/vivat](http://www.unn.no/vivat) eller ved kontakt med VIVAT: [vivat@unn.no](mailto:vivat@unn.no), tlf. 77 62 78 19. **Søknadsfrist er 1. mars 2011.**

## Videreutdanning?

**TVERRFAGLIG VIDEREUTDANNING I ALDRING OG ELDREOMSORG**

**VIDEREUTDANNING I KREFTSYKEPLEIE**

**NASJONAL PARAMEDIC UTDANNING FOR AMBULANSEPERSONELL**



Søknadsfrist 1. mars - oppstart aug/sept. Info om videreutdanning og kurs/seminar:

**[www.betanien.no](http://www.betanien.no)**

Betanien diakonale høyskole

## MRSA i sykehus og primærhelsetjenesten

**Sted:** Store Auditorium, OUS-Ullevål, 0407 Oslo.

**Tid:** 30.03.2011 kl. 09.00-16.00

**Målgruppe:** Helsepersonell ved sykehus, sykehjem, hjemmesykepleien, legekontor, helsestasjoner mm.

**Kursets innhold:** MRSA (meticillinresistente *Staphylococcus aureus*) vil bli gjennomgått med hensyn til; forekomst og utvikling - nasjonalt og internasjonalt, klinikk og smittespredning med oversikt og tiltak i og utenfor sykehus, og laboratorieopvisning av MRSA smitte. MRSA – erfaringer ved sykehjem, hjemmesykepleie, fastleger, ambulanse og mottak i sykehus vil bli gjennomgått. Prøvetaking og screening (hvem, hva, hvor? – og når?) av smitteutsatte pasienter og personell vil bli gjennomgått, samt sanering og andre tiltak for å bli kvitt smitten. MRSA i helsevesenet skaper særlige plikter og ansvar både for arbeidsgiver og ansatte. Smitten kan ha store konsekvenser for helserelatert yrke og for pasienter – særlig i primærhelsetjenesten. MRSA er blitt et problem for samfunnet som helhet.

*Kurset blir søkt godkjent av Norsk sykepleierforbund, NITO: Bioingeniørfaglig institutt og Den norske legeforening som meritterende.*

*Faglig ansvarlig:* Bjørg Marit Andersen, professor dr med, sykehushygiener, avdeling for sykehushygiene og smittevern.

*Kursavgift:* kr 400,- for interne deltagere OUS, kr 900,- for eksterne deltagere (inkluderer lunsj, kaffe/te)

**Påmelding:** med fakturadresse sendes Morten B Steffensen [uxsmor@ous-hf.no](mailto:uxsmor@ous-hf.no), 22119984, avdeling for sykehushygiene og smittevern, OUS-Ullevål.

## Ledelse i helsesektoren



Ny oppstart 2011

## Master i Helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Deltidsstudium

**Forskningsbasert kunnskap og refleksjon om helselederes utfordringer: Organisasjons- og personalledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt økonomistyring og samhandlingsreformen.**

**Målgruppe:** Ansatte i helsesektoren med utdanning på minimum bachelornivå samt to års relevant praksis.

Mer informasjon finner du på: [www.via.uib.no](http://www.via.uib.no)

De tre emnene – som hver gir 20 studiepoeng – er frittstående og kan gjennomføres enkeltvis. Emnene inngår i en mastergrad der masteroppgaven på 30 studiepoeng kommer i tillegg (til sammen 90 studiepoeng).



UNIVERSITETET I BERGEN  
Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)

55 58 20 40 | [post@sevu.uib.no](mailto:post@sevu.uib.no)



## NÅR DET IKKE ER EPILEPSI – HVA DA? – psykogene, ikke-eleptiske anfall (PNES)

Sandvika 12. og 13. mai 2011

Kurset tar opp ulike forklarings- og behandlingsmodeller for psykogene, ikke-eleptiske anfall (funksjonelle anfall)

**Sted:** Avdeling for kompleks epilepsi - SSE, G. F. Henriksensvei 23, 1337 Sandvika.

**Målgruppe:** Sykepleiere, leger, psykiatere, psykologer og annet helsepersonell.

**Pris:** 2800,-

**Bindende påmelding innen 2. mai.**

Kurset er søkt godkjent av Norsk sykepleierforbund som 12 timer for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

For mer informasjon, tilsendelse av program og påmelding:

Telefon: 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)



## Treårig utdanningsprogram i GRUPPEPSYKOTERAPI

Institutt for Gruppeanalyse (IGA) tilbyr **grunnutdanning i gruppepsykoterapi** med et ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn. Utdanningsprogrammets **målsetting** er å sette kandidatene i stand til å kunne arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi i forskjellige kliniske sammenhenger. Programmene legger vekt på en integrering av gruppeanalytisk/dynamisk **teori, veiledning** på egen praksis og **egenerfaring** i smågrupper og storgruppe.

I tillegg til treårig grunnutdanning kan det være mulighet for påbygging/fordypning i forskjellige retninger: kvalifiserende trinn (to år) i **gruppeanalyse** (diplom), **mentaliseringsbasert** gruppepsykoterapi, gruppepsykoterapi ved rusavhengighet, eller andre spesifikke gruppepsykoterapeutisk relaterte former.

IGA starter høsten 2011 **nye ettårige grunnleggende trinn** ved to ulike kurssteder i Oslo: Scandic KNA Vika og Voksenåsen konferansehotell. Utforming og innhold er litt forskjellig avhengig av utdanningsstedets profil. Utdanningen består av fem delkurs à 3 dager pr.år. Mellom delkursene møtes kandidatene i kollegiale veiledningsgrupper lokalt.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider [www.iga.no](http://www.iga.no). **Søknadsfrist 15. april 2011.**

**Institutt for Gruppeanalyse**, Huitfeldts gate 9, 0253 OSLO  
Telefon: 22 56 16 46, E-post: [iga@iga.no](mailto:iga@iga.no)



## Gruppedynamisk basert utdanning i ORGANISASJONSANALYSE OG LEDELSE

Institutt for Gruppeanalyse (IGA) starter høsten 2011 nytt treårig utdanningsprogram i **Organisasjonsanalyse og ledelse** med et ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn.

Utdanningsprogrammet har som **målsetting** å utvikle ledelses- og organisasjonsforståelse ut fra et gruppedynamisk perspektiv. Det formidles kunnskap om organisasjonspsykologiske modeller og gruppeanalytisk teori. Fokus rettes mot rolleforståelse, irrasjonelle prosesser, konflikthåndtering, personalutvikling og annet grupperelatert arbeid. Utdanningen skal sette kandidaten i stand til å bruke denne forståelsen i sitt virke som leder.

Det første året i utdanningsprogrammet (grunnleggende trinn) formidler basale kunnskaper om gruppedynamisk og psykoterapeutisk teori og forståelse for prosesser i og mellom grupper. Utdanningsprogrammet er tverrfaglig og tilbys som blokk-kurs med 15 samlinger à 3(-4) dager over tre år.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider [www.iga.no](http://www.iga.no).

**Søknadsfrist 15. april 2011.**

**Institutt for Gruppeanalyse**, Huitfeldts gate 9, 0253 OSLO  
Telefon: 22 56 16 46, E-post: [iga@iga.no](mailto:iga@iga.no)

## Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – «mindfulness»

Kurs i Oslo, 2011

### 3 BASISKURS

(med samme innhold)

**25. – 26. mars, 20. – 21. mai og 7. – 8. oktober**

**OT:** En selvutviklingsmetode gjennom bevisstgjøring.

Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

**Læringsmål:** Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte, slik at vi holder hodet kaldt og hjertet varmt når det røyner på.

### UTDANNING SOM INSTRUKTØR I OT

(6 dager + egen trening)

**26 – 27 august, 30 sept. – 1 okt., 28 – 29 okt.**

**Læringsmål:** Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

**Kursleder:** Andries J. Kroese, dr. med., forfatter av flere bøker om OT, utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

**For mer informasjon kontakt:**

[ajkroese@online.no](mailto:ajkroese@online.no) eller tel.: 90151734

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



## Paedriatic Life Support

Vi skal starte opp igjen med Paediatric Life Support (PLS) kurs i Norge. PLS er et endagskurs som først og fremst tar for seg basal hjerte-lunge-redning og luftveishåndtering av barn. Kurset vektlegger praktisk trening og case-løsning. Kurset er spesielt egnet for allmennleger, sykepleiere og ambulanspersonell.

**Tid:** 7 juni

**Sted:** SAFER senteret i Stavanger

**Pris:** 2500 kroner inkludert lunsj

**Tid:** 8 juni

**Sted:** SAFER senteret i Stavanger

**Pris:** 2500 kroner inkludert lunsj

Påmelding **innen 28 april** med elektronisk søkeskjema som blir lagt ut på vår nettside 15 mars. For mer informasjon se [www.apls.no](http://www.apls.no)

Kontakt gjerne kurskoordinator:

Ingvild Tjelmeland, [ingvild@nakos.no](mailto:ingvild@nakos.no), telefon: 95801490 eller  
Leif Moen, [leif.moen@lyse.net](mailto:leif.moen@lyse.net), telefon: 95701348

APLS kurs fortsetter som før med to kurs i året, et om våren og et om høsten.

Kurset støttes av





NSFs LANDSGRUPPE AV  
PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE

## VELKOMMEN til landskonferanse 2011

First Hotel Ambassadeur, Drammen

25. – 27. mai



## Optimisme

- i møte med mennesket

Virksomme relasjoner, perspektiver, metoder og holdninger

Se mer informasjon om programmet:  
[www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere)

NORSK SYKEPLEIERFORBUND



## Stipend til forskning innen kvalitetsindikatorer for helsetjenesten

Norsk Sykepleierforbund vil gjennom prosjektet *Pasientforløp, Verdiskapning og Kvalitetsindikatorer* stimulere utvikling og implementering av kvalitetsindikatorer, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I 2011 deler NSF ut 'søkornsstipend' for å styrke forskning knyttet til to kvalitetsindikatorer: trykksår og fall. Det er totalt kr. 80 000 som kan fordeles, og stipendmidlene skal fortrinnsvis bidra til finansiering av prosjektsøknader til doktorgradsstudier (PhD). Stipendmidlene forutsettes brukt innen utgangen av 2011.

NSFs arbeidsutvalg vedtar tildeling av midler. I vurderingen av søknader vil det bli lagt vekt på:

- Prosjektskisse og eventuell tilknytning til forskningsprogram (maks 3 sider inkl referanser, 12 pkt enkel linjeavstand)
- Prosjektleders CV og publikasjonsliste
- Fagmiljø der prosjektet er forankret, inkl samarbeidspartnere innland/utland
- Dokumentasjon som underbygger gjennomføringsevne
- Annen finansiering av prosjektet (tildelt eller søkt)
- Der navngitt stipendiat finnes:
  - CV med detaljering av sykepleiefaglig kompetanse
  - Publikasjonsliste
  - Sammenhengende medlemskap i NSF, minst i de siste 3 år.

**Søknader sendes som pdf-fil til  
Samfunnspolitisk avdeling**

v/ [lars.mathisen@sykepleierforbundet.no](mailto:lars.mathisen@sykepleierforbundet.no)

**Søknadsfrist: 14.mars 2011 kl.1200.**

Spørsmål rettes til prosjektleder Lars Mathisen  
[lars.mathisen@sykepleierforbundet.no](mailto:lars.mathisen@sykepleierforbundet.no)



Nyutdannet?

## Norges første traineeordning for sykepleiere!

Kommunene i Vestfold trenger mange nye sykepleiere i årene som kommer. For å rekruttere dyktige medarbeidere har vi startet felles traineeordning!

I løpet av 18 måneder vil du få erfaring fra flere arbeidsteder. Du får jobbe med forskjellige arbeidsoppgaver og får en unik oversikt over kommunenes tjenester. Det blir også mulighet for hospiteringer hos blant annet Fylkesmannen.

En fagveileder følger deg opp i trainee-perioden. I tillegg får du personlig mentor med lang yrkeserfaring. Du får delta på studietur, kurs og fagsamlinger med andre traineer.

Du må ha fullført bachelor- eller mastergrad før oppstart i september 2011. Sykepleiere med inntil 2 års arbeids-erfaring kan også søke traineestilling.

Vil du prøve en annerledes start på yrkeskarrièren?

Søknadsfristen er 28. februar 2011.

**TRAINEE**  
VESTFOLD

Les mer og send søknad på:  
[www.traineevestfold.no](http://www.traineevestfold.no)

## Jordmorfaglige utfordringer i 2011

Jubileumsseminar 12. - 13. mai 2011 i Bergen

150 år etter oppstarten feirer vi med stort fagseminar med presentasjon av spennende fagutviklingsprosjekter og aktuell forskning, i tillegg til festmiddag.

Alle som har interesse for jordmorfaget er velkommen!

Program og påmelding:

**[www.hib.no/aktuelt/konferanse/](http://www.hib.no/aktuelt/konferanse/)**

Påmelding innen 13. mars



JORDMORUTDANNINGEN I BERGEN 150 ÅR

HØGSKOLEN I BERGEN

## ER DU ENGASJERT FOR ELDRE?

Ta masterstudium i helsetjenester til eldre.  
Deltid 4 år eller heltid 2 år.  
Mulighet for å ta  
enkeltemner.

Søknadsfrist:  
15.april 2011



LES MER:

[WWW.IDH.NO/ELDRE](http://WWW.IDH.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 jevngrad 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)

Høgskolen i Oslo tilbyr:

## Masterstudium i rehabilitering og habilitering

Ny studieplan fra høsten 2011:  
120 studiepoeng, deltid over 4 år

Studiet skal bidra til utvikling av forståelse og kunnskap om rehabilitering som fag- og sektoroverskridende kunnskaps- og virksomhetsområde. Denne forståelsen skal brukes til å utforske funksjonshemming og rehabilitering i et livsløpsperspektiv. Studiet gir solid skolering i forskningsmetode og vitenskapsteori. I arbeidet med masteroppgaven er det mulig å knytte seg til aktive forskergrupper som arbeider med henholdsvis barnehabilitering, eldre-forskning og rehabiliteringsprosesser i voksenlivet. Studiet kvalifiserer til utviklingsoppgaver og planarbeid innen rehabiliterings/habiliteringsfeltet, og til undervisnings- og veiledningsoppgaver ved høyskoler og andre institusjoner som driver rehabiliteringsrettet utdanning. Studiet kan også kvalifisere for å søke opptak til doktorgradsstudier.

**Opptakskrav:** Bachelorgrad, cand.mag.-grad eller grad eller yrkesutdanning av minimum 3 års omfang og minst to års relevant yrkespraksis etter endt grunnutdanning.

**Studiestart:** Uke 35 2011

**Søknadsfrister:**

1. mars for søkere med utenlandsk utdanning  
15. april for søkere med utdanning fra Norge

Mer informasjon om masterstudiet og søknadsskjema finner du på våre nettsider: <http://www.hio.no/Studietilbud>

høgskolen i oslo

www.hio.no

## Ønsker du økt faglig fordypning?

MASTERSTUDIER

- Master i klinisk sykepleievitenskap
- Master i psykisk helsearbeid

VIDEREUTDANNINGER

- Psykisk helsearbeid
- Anestesisykepleie
- Barnesykepleie
- Intensivsykepleie
- Operasjonssykepleie
- Kreftsykepleie

For mer informasjon om studiene, se [www.hio.no](http://www.hio.no) – studietilbud

Høgskolen i Oslo  
Avdeling for sykepleierutdanning  
e-post: [opptak@su.hio.no](mailto:opptak@su.hio.no)  
Tlf: 22 45 38 00

**Studiestart:** høsten 2011

**Søknadsfrist:** 15. april 2011

høgskolen i oslo

www.hio.no

AKUPUNKTUR  
HØYSKOLEN

[info@akhs.no](mailto:info@akhs.no)

## NORDENS ENESTE BACHELOR GRAD I AKUPUNKTUR

Heltid eller deltid  
Studiestart høsten 2011.  
Søknadsfrist 15. april.

Helsepersonell kan få godkjent tidligere medisinske- og VEKS fag.

Studietur til Nanjing University of Traditional Medicine, Kina.

Utdanningen kvalifiserer til medlemskap i Norsk Akupunkturforening - NAFO.

Studiet gir rett til stipend og lån fra Lånekassen.

Egen studentklinikk  
tlf: 22 70 19 03

Sognsveien 75 B  
0855 Oslo.  
Telefon 22 70 19 00  
Faks 22 70 19 02  
(09.00 - 15.00)

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

## Sykepleien

## Ledig stilling?

Her får du nettannonse med på kjøpet!

## Vurderer du ny jobb?

Du finner mange ledige stillinger i bladet,  
og enda flere på sykepleien.no



**sykepleien.no**

Kontakt Ingunn: [ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)  
Tlf 22 04 33 04



# NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS LANDSMØTE 2011

I henhold til NSF's vedtekter, § 8C, holdes landsmøtet hvert fjerde år innen utgangen av november måned.

**Landsmøtet holdes på  
Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo i dagene 07. - 11. november 2011.**

**Landsmøteåpningen er 07. november kl. 16.00.  
Forhandlingene starter 08. november kl. 08.30.**

## Av NSF's vedtekter § 8 D fremgår bl.a. følgende:

*"Prinsipielle saker som vedrører organisasjonens funksjon, arbeidsform og struktur skal behandles på landsmøtet.*

**Medlemmer som ønsker å fremme saker til landsmøtet, skal fremsende disse gjennom sitt fylkeskontor.** Sakene må være forbundsstyret i hende minst 6 måneder før landsmøtet holdes. Sakene skal være begrunnet/utredet."

**Medlemmer som ønsker å fremsende saker til landsmøtet må oversende disse til sitt fylkeskontor med nødvendig begrunnelse/utredning og forslag til vedtak innen 29.april 2011** for at fylkeskontoret skal kunne overholde frist for videresending.

Fylkeskontorene sender sakene videre til NSF's hovedkontor. **Sakene skal være forbundsstyret i hende senest 7. mai 2011.**

Fylkeskontoret sender sakene via e-post til flg. e-postadresse: **lm2011@sykepleierforbundet.no**

## Landsmøtet 2011 skal foreta følgende valg:

- forbundsleder
- nestleder
- 2. nestleder
- 6 forbundsstyremedlemmer
- 6 varamedlemmer til forbundsstyret
- leder av kontrollutvalget
- 3 medlemmer til kontrollutvalget
- 4 varamedlemmer til kontrollutvalget
- leder av rådet for sykepleieetikk
- 8 medlemmer til rådet for sykepleieetikk
- leder av nominasjonskomiteen
- 6 medlemmer til nominasjonskomiteen
- 6 varamedlemmer til nominasjonskomiteen

## Av NSF's vedtekter § 12 C fremgår bl.a. følgende:

*"Forslag til kandidater sendes nominasjonskomiteen fra fylkesstyrene, faggruppene, rådet for sykepleieetikk og kontrollutvalget senest to måneder før landsmøtet holdes. Medlemmer sender innen samme frist forslag via sitt fylkeskontor. Forslagene skal være begrunnet. Kandidatene som foreslås skal skriftlig ha erklært seg villige til valg før forslaget sendes. Valgkandidatene presenteres fortløpende i "Sykepleien"."*

Dette innebærer at skriftlige forslag på kandidater, vedlagt kandidatens villighetserklæring, skal være nominasjonskomiteen i hende **innen 7. september 2011**. Fra ca. 1. mars vil en elektronisk løsning for å stille forslag på valgkandidater samt villighetserklæring være tilgjengelig på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no).

Vi oppfordrer til at den elektroniske løsningen brukes. Papirversjon av skjemaene vil være tilgjengelig ved NSF's fylkeskontor som en tilleggstjeneste for de som eventuelt ikke har internetttilgang.

Enkeltmedlemmer skal sende forslag via NSF's fylkeskontor i eget fylke. Dette skjer automatisk dersom den elektroniske løsningen benyttes.

Annen informasjon i forbindelse med Landsmøtet vil fortløpende bli lagt på [www.sykepleierforbundet.no/lm2011](http://www.sykepleierforbundet.no/lm2011).

Martin Frank Olsen  
generalsekretær



# Oppfriskningskurs for sykepleiere og vernepleiere

## Nettkurs i legemiddelhåndtering og medikamentregning for sykepleiere og vernepleiere.

AMBIO Helse lanserer nå oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering og medikamentregning – utviklet i samarbeid med Høgskolen i Østfold. Etabler gode rutiner og øk kompetansen gjennom AMBIO Helses nettbaserte kurs.

### Kurset inneholder blant annet temaer som:

- Regelverk og avvikshåndtering
- Oppbevaring av legemidler
- Farmakodynamikk og farmakokinetikk
- Legemiddelformer
- Medikamentregning
- Felleskatalogen og ATC-systemet
- Antiinfektiva
- Fordypning i legemidler ved smerter

Se [www.medisinkurs.no](http://www.medisinkurs.no) for mer informasjon eller ring oss på 22 41 17 02

## SOMMERVIKARER

### ■ Gå sommeren i møte med nok personell på jobb!

Vi har ledige sykepleiere, hjelpepleiere / helsefagarbeidere, fysioterapeuter, legesekretærer, legestudenter og sykepleiestudenter.

### Før mer informasjon:

Kontakt oss på telefon: 22 41 17 02 eller pr. e-post: [helse@ambio.no](mailto:helse@ambio.no)

## STILLING LEDIG

### ■ Ledig stilling som fagkonsulent – ALS og MS

Vi i AMBIO Helse skal utvide vår avdeling for fagutvikling og søker sykepleier med spesielt gode kunnskaper innen ALS og MS. Mange av våre oppdragsgivere ønsker å heve sin kompetanse på dette området. Vi søker en sykepleier som brenner for sitt yrke, er uredt og fleksibel og kan reise rundt i Norge for å dele av sin kunnskap.

Vi tilbyr valgfri turnus etter "Nordsjømodell" samt god fastlønn.

### Før mer informasjon:

Ta kontakt med Kristian Aune, daglig leder på telefon: 22 41 17 02 eller pr. e-post: [kma@ambio.no](mailto:kma@ambio.no)





## UTFLOD? VOND LUKT?

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

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

Vitaflo Scandinavia AB NUF  
Fornebuveien 44,  
Postboks 107, 1325 Lysaker  
Telefon: 67 11 25 40  
Fax: 67 11 25 41  
Web: [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)  
E-post: [info@vitaflo.net](mailto:info@vitaflo.net)



**VITAFLO**  
Part of the Navamedic Group



## Calcigran Forte 1000mg/800IE

NYCOMED

### Kalsium + vitamin D

### Basis i all osteoporosebehandling<sup>1,2</sup>



1) Faglige Retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, SHDIR 2005  
2) Rizzoli R. et al, BONE 2008; 42(2) s.246-49

#### c Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

ATC-nr.: A12A X-

**TYGGETABLETTER 500 mg/400 IE og 1000 mg/800 IE:** Hver tyggetablett inneh.: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 500 mg, resp. 1000 mg, kolekalsiferol (vitamin D3) 10 µg, tilsv. 400 IE, resp. 20 µg, tilsv. 800 IE, sorbitol 390 mg, resp. 780 mg, sakkarose 1,5 mg, resp. 3,3 mg, aspartam, isomalt, hydrogenert soyaolje, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

**Indikasjoner:** Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for vitamin D- og kalsiummangel.

**Dosering:** Tablettene kan tygges eller suges. **Voksne og eldre: 500 mg/400 IE:** 1 tyggetablett 2 ganger daglig. **1000 mg/800 IE:** 1 tyggetablett 1 gang daglig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Preparatet bør ikke brukes hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

**Kontraindikasjoner:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon, høyt kalsiuminnhold i blod eller urin, nyresten, D-hypervitaminose, overfølsomhet overfor soya, peanøtter, kalsium, vitamin D eller noen av hjelpestoffene.

**Forsiktighetsregler:** Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum følges og nyrefunksjon bør monitoreres med serumkreatininnivåer. Monitorering er særlig viktig hos eldre pasienter som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika og hos pasienter med tendens til stendannelse. Ved hyperkalsemi eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen opphøre. Vitamin D skal brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyrefunksjon og kalsium- og fosfatnivåer bør kontrolleres. Risiko for kalsifisering av bløtvev må vurderes. Hos pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon metaboliseres ikke vitamin D i form av kolekalsiferol normalt og andre former for vitamin D bør brukes. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt metabolisme av vitamin D til den aktive formen. Disse pasientene må kontrolleres jevnlig med hensyn på kalsiuminnholdet i serum og urin. Preparatet skal ikke brukes hos immobiliserte pasienter med osteoporose pga. økt fare for hyperkalsemi. Ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, skal det tas hensyn til D-vitaminosen. Administrering av ytterligere doser kalsium eller vitamin D skal følges grundig opp av lege. I slike tilfeller er det nødvendig å kontrollere kalsiumnivået i serum og kalsiumutskillelsen i urin ofte. Samtidig inntak av tetrasykliner eller kinoloner anbefales vanligvis ikke, eller må kombineres med forsiktighet. Preparatet inneholder aspartam (en fenylalaninkilde). Kan være skadelig for personer med fenylketonuri. Preparatet inneholder sorbitol, isomalt og sakkarose. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet. Preparatet anbefales ikke til barn.

**Interaksjoner:** Tiaziddiuretika reduserer renal ekskresjon av kalsium. Pga. risiko for hyperkalsemi, bør serumnivået av kalsium kontrolleres regelmessig ved samtidig bruk. Kalsiumkarbonat kan påvirke absorpsjonen av samtidig administrerte tetrasykliner. Tetrasykliner skal derfor administreres minst 2 timer før eller 4-6 timer etter peroralt inntak av kalsium. Hyperkalsemi kan øke hjertets følsomhet for digitalis. Dersom bisfosfonater administreres samtidig, bør disse preparatene tas minst 1 time før inntak av Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Levotyrosins effekt kan reduseres ved samtidig inntak av kalsium pga. nedsatt levotyrosinabsorpsjon. Administrering av kalsium og levotyrosin bør skje med minst 4 timers mellomrom. Absorpsjon av kinolonantibiotika kan nedsattes dersom det tas samtidig med kalsium. Kinolonantibiotika bør tas 2 timer før eller 6 timer etter inntak av kalsium.

**Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Det daglige inntak av kalsium og vitamin D ved graviditet må ikke overstige 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D. Calcigran Forte 1000 mg/800 IE er derfor ikke egnet for bruk under graviditet. Calcigran Forte 500 mg/400 IE kan brukes under graviditet ved vitamin D- og kalsiummangel. *Overgang i morsmelk:* Preparatet kan brukes ved amming. Kalsium og vitamin D går over. Dette må det tas hensyn til dersom det gis tillegg av vitamin D til barnet.

**Bivirkninger:** *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi og hyperkalsuri. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Obstipasjon, oppblåsthet, kvalme, magesmerter og diaré. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Kløe, utslett og urticaria.

**Overdosering/Forgiftning:** Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. *Symptomer:* Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvekkelse, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversibel nyreskade og kalsifisering av bløtvev. *Behandling:* Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiaziddiuretika og hjerteglykosider må også opphøre. Magetømming hos pasienter med nedsatt bevissthet. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diurese skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentralt venetrykk) overvåkes. Se Ciftrinforbudsansbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 side d og vitamin D3 A11C side d.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Mineralpreparat med D-vitamin. *Virkningsmekanisme:* Kkontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoidhormon og dermed redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. *Absorpsjon:* Ca. 30% av tilført kalsium. Vitamin D3 absorberes raskt i tynntarmen. *Fordeling:* 99% av kalsiumet i kroppen er konsentrert i den harde strukturen i ben og tenner. 1% finnes i intra- og ekstracellulærvæskene. Ca. 50% av det totale kalsiuminnholdet i blodet er i fysiologisk aktiv ionisert form og ca. 10% er kompleksbundet til sitrat, fosfat eller andre anioner. De resterende 40% er proteinbundet, hovedsakelig til albumin. Kolekalsiferol og dets metabolitter sirkulerer i blodet, bundet til et spesifikt globulin. *Metabolisme:* Kolekalsiferol omdannes i leveren ved hydroksylering til den aktive formen 25-hydroksykolekalsiferol. Videre skjer omdanning i nyrene til 1,25-dihydroksykolekalsiferol. 1,25-dihydroksykolekalsiferol er metabolitten som er ansvarlig for å øke kalsiumabsorpsjonen. Vitamin D, som ikke metaboliseres, lagres i muskel- og fettvev. *Utskillelse:* Kalsium utskilles via feces, urin og svette. Renal ekskresjon avhenger av glomerulær filtrasjon og tubulær reabsorpsjon av kalsium. Vitamin D utskilles i feces og urin.

**Pakninger og priser pr 01.07.2010:** 500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) 141,20. 1000 mg/800 IE: 60 stk. (boks) 195,80.

Sist endret: 15.11.2010

Calcigran Forte®  
STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEIN