



**22. juli**  
 – Team-ånd  
 ga ekstra guts.  
 Side 10



**Aktiv praksis**  
 Studenter vil påvirke  
 egen læring. Side 68



**Godkjent!**  
 Anne Herseth skal sjekke  
 cv`en til utenlandsk  
 helsepersonell. Side 90



# Sykepleien

**NSF POLITIKK:** Valgkamp etter 22. juli: Det er nå man skal drive politikk og delta i debatten.

**9** | 2011  
 18. august  
 2011  
 99. årgang

**Velkommen  
 til Kongsberg**

# Les historien om en presset kommune

**SenSura<sup>®</sup> Mio**



## Passer til forskjellige kroppsfasonger Føles sikker

### En ny elastisk colostomipose

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

For mer informasjon, gå inn på [www.coloplast.no](http://www.coloplast.no)



Ostomy Care  
Urology & Continence Care  
Wound & Skin Care

 **Coloplast**

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

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

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

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



HØSTENS STORE

# AKTIVITETSKONKURRANSE!

Bestig Mount Everest på 60 dager!

15. september – 15. november



Se vårt bilag  
i Sykepleien



Norges største arrangør av aktivitetskonkurranser inviterer herved alle ansatte fra helse-sektoren med på en spennende og aktiv høst – Sammen skal vi bestige Mount Everest! Konkurransene til Dytt kjennetegnes av at de er engasjerende for alle, uansett fysisk form. Få med dine medarbeidere og gjør noe aktivt og morsomt sammen. Konkurrer mot andre fra helsesektoren i hele Norge!

*“En enkel og morsom måte å komme seg i form på sammen”*

Pris kun 299 kr per deltaker inkl. skritteller. Prisen er oppgitt eks. mva. Gjør deres påmelding på [www.dytt.no/host](http://www.dytt.no/host). Eller ring: 22 33 59 00. Påmelding før 12. september.

## 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:

Redaksjonsjef 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 Bjørg Nordstrand  
tlf. 22 04 33 56  
[bjorg.nordstrand@sykepleien.no](mailto:bjorg.nordstrand@sykepleien.no)

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

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

## Gjesteskribenter:



**Berit Støre Brinchmann** forteller at ungdommer som skal til psykiatrisk ungdomsavdeling blir fratatt i bil med sykehusets logo. Dette kan føles belastende, men sykehusets merkevarerbygging går tydeligvis foran dette hensynet. Dilemma side 88.



**Gunhild Rolandsen** mener de som synes sykepleiere kan ta i bruk såkalt nordsjøturnus, bør tenke seg om. Det er ikke det samme å jobbe 12 timer på sykehjem og 12 timer på plattform, hevder hun i kronikken på side 86.



**Kristin Heggen** er opptatt av den såre og vanskelige erfaringen det er å føle seg annerledes, og hvordan språk kan bidra til å trekke grensen mellom det som er utenfor og innenfor. Relevant og kjent for sykepleiere. Refleks side 94.



I spalten paragrafrytterne klargjør spesialrådgiver **Johs Bruvik** i NSF om minstelønn og ansiennitet. En leser får vite at hun ikke kan forhandle om lønn på grunn av ansiennitetsregler. Side 54.



# Innhold

## Sykepleien

AKSJONISTEN: «En «garanti» som

## Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 På vakt 22. juli
- 12 Sykepleiere tjener mindre enn hjelpepleiere
- 14 Verst på sykehjem i sommerferien
- 16 Hvorfor så taust fra Ahus?
- 18 Kritiske til helsereformen
- 20 Fødselsangst fra overgrep
- 22 Når den svarte tåka kommer
- 23 Vi bare spør Anna Mohn Sneve

## Der ute

- 40 Tospannet
- 44 Astrids lillesøster
- 48 Omstridt direktør fikk viljen sin
- 53 Populært før det står ferdig
- 54 Paragrafrytterne
- 55 Min jobb: Line Bjørne-Larsen
- 56 5 minutter er nok
- 60 Vil finne smarte hoder i kommune-Norge
- 62 Skadet på kropp og sjel



55



44

64



## Tema:

# Historien om en presset kommune

- 26 – Måten suspensjonssaken ble gjennomført på, skader omdømmet til kommunen.
- 28 – Ga ikke kake til kaffen
- 36 Teknologi skal hindre avvik



# 24

ikke garanterer noe, er strengt tatt bare et løfte.»

9 • 2011

18. august 2011 • 99. årgang

## Fag og bøker

- 64 Hjelp til røykeslutt
- 68 Aktiv praksis
- 72 Teori gir reflektert praksis
- 74 Forfatterintervju: Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik
- 76 Bokanmeldelser
- 77 Jeg elsker min ... respirator
- 78 Fjerner overtidige svangerskap
- 78 Quiz

## Mennesker og meninger

- 80 Lisbeth Normann om 22. juli
- 81 Siden sist og meninger
- 83 Riskhospitalet
- 86 Gunhild Rolandsen om nordsjøturnus
- 88 Dilemma: Berit Støre Brinchmann
- 90 Tett på Anne Herseth
- 94 Refleks: Kristin Heggen

- 95 Ledige stillinger
- 100 Kunngjøringer

### GJESTESKRIBENTEN:

«Sykepleiere vet at språk kan fremmedgjøre.»

Kristin Heggen

94



«De blir bleike og besvimer, eller de går og tar seg en røyk.»

56



40

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





## Barth Tholens om garantier

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

# Aldri si alltid

Hvor mye er regjeringens verdighetsgaranti egentlig verdt?

Veien til helvete er som kjent brolagt med gode intensjoner. Det var derfor med bange anelser jeg hørte at landets statsminister i fjor lanserte en garanti som skal sikre at eldre pasienter framover skal behandles med verdighet. Fra før har vi et regelverk som sikrer dem et faglig forsvarlig tilbud. Regjeringens garanti går nå et skritt videre: Akkurat som en bilprodusent som utsteder en kjøregaranti som gir rettigheter utover det som allerede står i kjøpsloven, skal verdighetsgarantien gi eldre mennesker mer enn bare det som bare er forsvarlig: Den skal gi oss «en verdig, trygg og meningsfull alderdom», heter det i forskriften som trådte i kraft fra 1. januar i år.

Betyr dette at det er håp for 90-åringer som ikke får sykehjemsplass? For bestemor som må bo på et kott? For ektepar som blir ufrivillig skilt på grunn av byråkratiske irrganger? Ja, det er det grunn til å håpe. Men trolig ikke på grunn av selve garantien.

Jeg er redd for at garantier er politikernes svar på negativt mediefokus på områder der de har tabbet seg ut. Når vi forstår at garantien egentlig bare er et mål som det skal jobbes mot (jfr kreftbehandlingsgarantien), mister hele greia sin glans. For den som venter på førsteklasses pleietjenester, kan skuffelsen bli desto større.

I Storbritannia avsa Høyesterett rett for sommeren en interessant dom. Det gjaldt 67-årige Elaine McDonald, tidligere danser ved Scottish Ballet. Hun ble i 1999 rammet av slag. Kommunen innvilget henne pleietjenester, blant annet hjelp til å komme seg

helt opp til det britiske Høyesterett. Der var det imidlertid stopp. Flertallet mente at kvinnen ikke kunne påberope seg noen rett til nattlig hjelp for å kunne gå på do.

En dommer var uenig. Hun viste til at kommunen brukte en ikke-medisinsk, økonomisk begrunnelse for å frata kvinnen en tjeneste som hun faglig sett trengte hele døgnet, men nå bare fikk innvilget om dagen. Følgene av dommen kan derfor være alvorlig for mange mottakere av pleietjenester i vårt naboland.

Jeg vil tro at mange i Norge vil nikke gjenkjennende når de hører Elaine McDonalds historie. For hva gjør det med menneskers livskvalitet når kommunen leter etter nødgrep for å få budsjettene sine til å gå opp? Og, hvor lovlig er det egentlig å yte gamle mennesker tjenester på et nivå som er lavere enn at det kan opprettholde folks subjektive følelse av livskvalitet?

Det er her Stoltenbergs verdighetsgaranti kommer inn i bildet. Den skaper en forventning om at regjeringen nå trekker en klar linje mellom hva som er akseptabel og hva som er uakseptabel eldreomsorg. Problemet er bare – og det viser også dommen i Storbritannia – at denne linjen ikke er nøyaktig målbar. Og uten å kunne måle den er den kanskje mest egnet til å produsere skuffelser?

Denne triste sommeren har, om ikke annet, lært oss at også ord kan være svært viktige. Om arbeidet med garantien kan føre til at regjeringen setter alle klutene til for å høyne kvaliteten på eldreomsorgen, er ingenting bedre. Men personlig mener jeg den kunne ha brukt et annet ord. En «garanti» som ikke garanterer noe, er strengt tatt bare et løfte. Og er verdighet egentlig noe som man i det hele tatt kan ta fra mennesker?



**RESPEKT OG VERDIGHET** lover regjeringen. Forhåpentligvis blir ikke bestemor tuppet utfor i neste sving. Illustrasjon: Sykepleien.

## Er den kanskje mest egnet til å produsere skuffelser?

på badet om natta når hun trengte det. Men etter noen år ombestemte man seg: McDonalds hadde ikke blitt det grann bedre, men kommunens økonomi hadde blitt mye dårligere. I stedet for nattlig hjelp til å gå på do, fikk hun nå utlevert inkontinensbleier. Hun måtte både urinere og ha avføring i bleien inntil en pleier kom på dør neste morgenen.

Den indignerte kvinnen anket avgjørelsen. Hun følte seg alvorlig krenket i sin verdighet ved at hun ble tvunget til å gå med bleie uten å være inkontinent. Det var bare beina som var problemet. Bleien, som påførte stort ubehag og risiko for å få infeksjoner, var ikke hennes, men kommunens behov. Det fikk henne til å føle seg ydmyket.

Den vevre kvinnen var ikke snauere enn at hun kjørte saken

## Unge vet lite om lønn

En undersøkelse blant 500 ungdommer i Bergen avslører at unge ikke aner hva de kommer til å tjene. De fleste tror at jurister og sykepleiere har lik inntekt. Forsker Bertil Tungodden ved Norges Handelshøyskole står bak undersøkelsen. Han er overrasket over at majoriteten tror at jurister og sykepleiere tjener det samme, mens det faktisk er slik at en advokat i snitt tjener over dobbelt så mye som en sykepleier.

Til høsten har 13 950 har fått tilbud om studieplass innenfor helsefag, 2856 i jus.

Kilde: Dine penger

## Få kandidater

I skrivende øyeblikk er det foreslått kun 3 kandidater til det nye forbundsstyret i NSF, som skal velges i november. Fristen for å sende inn forslag går ut 7. september. **Toril O. Fjørtoft** fra Sogn og Fjordane er en av kandidatene. Hun jobber på høyskolen i fylket, ved avdelingen helse i Førde. Hun sitter også i fylkesstyret for NSF. Fjørtoft er opptatt av utdanning og arbeidsvilkårene i framtidens helsevesen.

**Anne Margrethe Haukås (35)** stiller også som kandidat til forbundsstyret. Hun er i dag oversykepleier på Haugesund sykehus. Det er fylkesstyret i Rogaland som har foreslått henne. Hun har fire års styreerfaring fra Helse Fonna HF og er nå vara til styret i Helse Vest RHF.

NSF Oppland har foreslått **Sigrid Wangensteen (56)** som nytt medlem i forbundsstyret. Hun har siden 1999 jobbet på Høgskolen i Gjøvik. Hun var fylkesleder fra 1990 til 1998 og har et godt nettverk. Utdanningspolitikk er kanskje det som står henne nærmest.

Kandidater til forbundsstyret og andre verv i NSF blir løpende lagt ut på Sykepleierforbundets nettsider, under menyen «valg». Foreløpig går det altså smått. Leder av NSF's nominasjonskomité Kirsten Gujord Meese håper fylkene nå kjenner sin besøkelsestid.

Sykepleien vil gi en fylldig omtale av alle kandidatene så snart det foreligger en fullstendig oversikt.

## Råd for håndtering av tragedien i Oslo og på Utøya



Foto: Colourbox

Helsedirektoratets råd til publikum i forbindelse med tragediene i Oslo og på Utøya er samlet på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no). Her finnes informasjon om følgende tema:

- ▶ Hvordan snakke med barn om katastrofen
- ▶ Hvordan snakke med barn om medieinntrykk
- ▶ Sorg og sorgreaksjoner hos barn og unge
- ▶ Råd til familie og venner av de som har opplevd katastrofen
- ▶ Råd til deg som har opplevd katastrofen

Helsetilsynet

# Hva skjer

### Les mer om:

- 10** På vakt 22. juli ▶
- 12** Lavere lønn enn hjelpepleierne ▶
- 14** Verst på sykehjem i ferien ▶
- 16** Taus Ahus ▶
- 18** Kritisk til helsereformen ▶
- 20** Nytt jordmorblad ▶
- 22** Forsker på suicidale ▶

**sykepleien.no**

Snart valg: Aktuell helsepolitikk på sykepleien.no



## Hpv-avgjørelse utsatt

I over ett år har fagfolk vært sterkt uenige om hpv-testing i Norge. Nå har Helse- og omsorgsdepartementet bestemt at det ikke gjøres endringer i dagens praksis før den er evaluert. En evaluering vil etter det Sykepleien kjenner til være klar i løpet av året.

Helsedirektoratet har i flere omganger forsøkt å fjerne den ene typen hpv-test som er i bruk, til voldsomme protester fra deler av fagmiljøet. Da saken var på høring før sommeren, argumenterte mange for at det ikke burde gjøres endringer før den varslede evalueringen er klar. Dette valgte departementet altså å lytte til.

Hpv-tester brukes for å identifisere kvinner med risiko for livmorhalskreft.



**JOB?** Mange må jobbe litt i ferien. Foto: Colourbox

25 prosent av norske arbeidstakere regner med å måtte jobbe i ferien. Av disse sier 40 prosent at de ikke får kompensasjon for innsatsen fra arbeidsgiver. Dette kommer frem i en landsdekkende undersøkelse Xtra personell har fått foretatt.

Selv om feriejobbing er vanligst i privat sektor, sier 21,4 prosent av offentlig ansatte at de forventer feriejobbing. Av disse sier 45,3 prosent at de ikke får noen kompensasjon for arbeidet. Og i det offentlige helsevesen jobber 51,4 prosent, altså over halvparten, uten å bli kompensert. Xtra.no

## Personer med helse- og sosialfaglig utdanning i arbeid, 4. kvartal 2010.

Sykepleier	91 109
Hjelpepleier	72 844
Omsorgsarbeider	17 736
Sosionom	13 411
Leger med spesialitet	12 276
Vernepleier	12 601
Leger uten spesialitet	11 446
Fysioterapeut	10 984
Aktivitør	4 044
Ergoterapeut	3 836
Helsefagarbeider	1 206

Kilde: Helse- og sosialpersonell SSB.



## Mammografi skal evalueres

Ikke alle forskere er enige i at mammografi programmet som ble innført i 2004 har den effekten man håpet.

En ny studie fra franske, britiske og norske forskere, publisert i British Medical Journal (BMJ), slår fast at innføring av screening ikke ser ut til å ha påvirket langsiktige trender for dødelighet av brystkreft i Norge og Sverige.

Mammografi programmet skal nå evalueres i regi av Norges forskningsråd. Oppdragsgiver er Helse- og omsorgsdepartementet.

Tendensen de siste tiåra er at færre kvinner dør av brystkreft. Denne positive trenden har gått over en årrekke, og screening med mammografi har ikke gitt noe markert utslag. *Kilde: Forskning.no*

## Vanskelig å bli godkjent

EU-borgere i regulerte yrkesgrupper som blant annet sykepleier, opplever det som svært vanskelig å få godkjent sine yrkeskvalifikasjoner når de vil arbeide i et annet land enn sitt eget, ifølge rapporten EU Citizenship Report 2010. Nå vil EU bedre systemene for godkjenning og venter på innspill om hvordan dette bør gjøres. Europakommisjonen melder at innen 2020 vil det være behov for 16 millioner flere personer i høyt kvalifiserte yrkesgrupper. Mobilitet av arbeidskraft er viktig for at det indre markedet skal fungere, og for Europas konkurransevne.

## Stjal morfin

En sykepleier er dømt for å ha stålet morfin fra pasienter som døde på Hospice Stabekk. Sykepleieren meldte selv fra og har frivillig gitt fra seg sin autorisasjon. Hver måned snek kvinnen unna mellom 30 og 50 tabletter. I løpet av to og et halvt år oppbevarte hun 900 tabletter hjemme i boligen sin. Kvinnen fikk 60 dagers betinget fengsel. *NRK Østlandssendingen*



**MASSEUNDERSØKELSE:** - Vi kan undersøke opp til 300 mennesker på én dag, sier Hussein Ali Adan. Foto: Redd Barna/ Tugela Ridley.

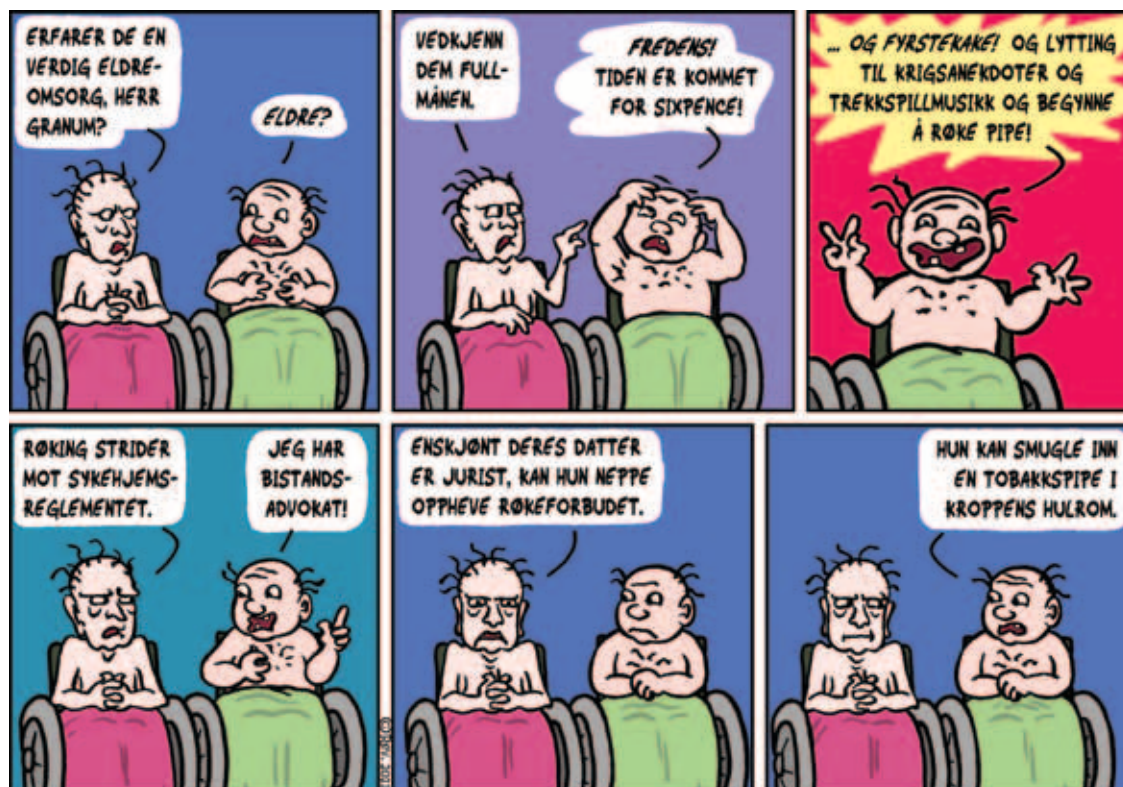
## Mangler 3,5 mill helsearbeidere

Over en milliard mennesker mangler grunnleggende helsetjenester. 350 000 mødre og 8,1 millioner barn dør hvert år, melder Redd Barna. Ifølge FNs generalsekretær mangler det hele 3,5 millioner helsearbeidere i verden – inkludert en million lokale helsearbeidere og 350 000 jordmødre. Redd Barna har nå i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund, Den norske jordmorforening, CARE, Kirkens Nødhjelp, Yngre legers forening og

Press – Redd Barna Ungdom, bedt om én ekstra bistandsmilliard til helse, som en storsatsing fra den norske regjeringen. Det trengs et globalt løft for å få flere helsearbeidere og å styrke helsevesenet i utviklingsland.

Redd barna oppfordrer nå sykepleiere til å signere oppropet på [www.reddbarna.no/allesomen](http://www.reddbarna.no/allesomen). Underskriftene overrekkes regjeringen før årets bistandsbudsjett vedtas.

## TERAPI av Bodil Rønhaug



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

### Vil ha karakterkrav

” Både opptakskrav og lærerkompetanse For å høyne status på utdanningen og kunnskapsnivå er det både opptakskrav til utdanningen og lektorenes kompetanse som teller.

(Kari Skrautvol, førstelektor HiOA)

### – Det faktiske problemet...

” ...Problemet ligg i lærernes kompetansenivå. Majoriteten av lærerne har ingen relevant erfaring fra praksis (erfaring av nyere dato), og lagt til seg en uvane der de isolerer seg selv på høgskolen godt fordypt i Kari Martinsen og de myke hendene....

» Hele innlegget finner du på: [www.sykepleien.no\\_debatt](http://www.sykepleien.no_debatt)

# På vakt 22. juli

Alarmen går. På Oslo universitetssykehus, Ullevål, strømmer ofrene for terrorangrepene inn. Totalt 32 pasienter med skuddsår eller andre skader blir lagt inn. Tre sykepleiere som var på jobb denne svarte dagen, forteller her hva som skjedde.

Les også Lisbeth Normanns kommentar på side 80 og helseministerens takk på side 85.



– Jeg har sett mye, men dette var grusomt.

## I akuttmottaket

Da Jens Christian Holmberg og kollegene senket skuldrene etter å ha tatt seg av de hardest rammede etter bombeeksplosjonen i Oslo, veltet det plutselig inn hardt skadde ungdommer i sjokk etter Utøya.

Tekst Eivor Hofstad Foto Stig M. Weston

**S**ykepleier Jens Christian Holmberg er teamleder. Han har jobbet på akuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål i ti år. Den 22. juli har han akkurat kommet hjem på Bislett etter dagvakt da bomben smel-

Holmberg har ansvaret for å kalle inn nok helsepersonell. De er vanligvis 12 på vakt. Ytterligere 15 blir innkalt i løpet av kvelden.

– Vi skjønnte hva som hadde skjedd, men hadde ikke tid til å tenke. Det var nok å ta fatt i med små utfordringer som oppstår. Jeg må blant annet ta vare på personalet og sørge for at de får mat og drikke og små pauser innimellom.

– Hadde du lister å hjelpe deg med?

– Nei, jeg prøvde å ha det i hodet, men i en slik situasjon må man være flink til å improvisere.

### Hendelsene sterke

Når alle pasientene fra regjeringskvartalet er kommet inn, senker de skuldrene litt. Så kommer meldingen om Utøya. Holmberg har trent i årevis på å møte forferdelige scenarier, men sier det likevel ikke går an å være forberedt.

– Jeg har sett mye, men dette var grusomt. Det finnes ikke ord for det vi følte da ungdommene fortalte hva de hadde opplevd. Synsinntrykkene var sterke, men selve hendelsene, at

Klokken halv ett på natten kunne Holmberg sette seg på sykkelen og trille nedover hjem igjen, sliten og tom for tanker.

– Da var det ikke et menneske å se. Det var helt dødt. Ikke akkurat en vanlig fredagsnatt i hovedstaden, sier han.

– Hvordan sov du?

– Litt urolig. Men det tror jeg hele Norge gjorde.

### Stolte

Sykepleien snakker med Holmberg en og en halv uke etter hendelsene. Han sier helsepersonellet er stolte over at ting har fungert.

Det som skjedde den 22. juli kvalifiserte til betegnelsen **beredskapshendelse**. Det vil si at det er litt andre systemer som trer i kraft enn dersom det hadde vært et «vanlig» traume hvor mellom 7-13 personer inngår i traumeteam. Her var det i stedet små behandlingsteam med en kirurg, en anestesilege og en anestesisykepleier som følger pasienten gjennom hele forløpet på tvers av avdelinger. Dette har gitt god kontinuitet for pasientene.

Etter de store påkjenningene for personalet blir det nå gitt tilbud om debriefing i grupper, ledet av psykologer og psykiatere. De som ønsker det kan få individuell oppfølging utover dette.

– I gruppene tar vi først en gjennomgang av det følelsesmessige – hva hendelsene har gjort med oss som mennesker. Deretter ser vi nærmere på det faglige og det logistikkmessige. Vi ser på hva vi gjorde bra og hva vi kan ta med oss videre.

– Hva har dere lært?

– Et godt spørsmål, men litt for tidlig til å svare på nå mens det fremdeles ligger 20 pasienter her, sier Holmberg. ■■■

**«Vi skjønnte hva som hadde skjedd, men hadde ikke tid til å tenke.»** Jens Christian Holmberg

ler i regjeringskvartalet. Han blir raskt tilkalt og sykler oppover mot sykehuset.

– Alt var fremdeles normalt. Folk hygget seg og visste ingenting. Det var en rar følelse å vite at alt skulle bli annerledes, mens de andre ikke visste ennå.

– Hva tenkte du?

– Jeg gikk gjennom beredskapsplanen i hodet.

dette faktisk kunne skje, gikk mer inn på meg. Holmberg jobbet i 18 timer.

– Hvordan fungerte hjernen din etter så lang vakt?

– Det gikk bra. Det er ikke så mye lenger enn en vanlig dobbeltvakt. Dessuten var jeg nok fylt med adrenalin på grunn av det som hadde hendt og fordi vi hele tiden var på alerten.





– Vi var sterkt preget.



– Alle skjønnte at her var det bare å bidra.

## På intensiven

– Det verste var at de var så mange, så unge og at de var skutt på.

Tekst: **Susanne Dietrichson** Foto **Stig M. Weston**

**K**irsti Hordvei sitter og gir rapport fredag den 22. juli når katastrofealarmen går. Hun har vært på jobb siden halv åtte og planlegger å gå litt tidlig fordi hun skal reise bort. Men hun kommer seg aldri av gårde.

– Hva tenkte du da alarmen gikk?

– Jeg tenkte: Å, nei. Vi hadde en veldig hektisk uke på jobb bak oss, med smittevask og gassing av hele avdelingen, forteller hun.

– Når katastrofealarmen har gått tidligere, har det hendt at vi mobiliserer voldsomt med beredskap og masse adrenalin og så viser det seg likevel å være langt mindre omfattende enn man først frykter.

### Holdt oversikt

Men Hordvei skjønner raskt at dette er annerledes enn noe hun har opplevd tidligere.

– Pasientene kom inn fortløpende. Først fra regjeringskvartalet og etter hvert fra Utøya.

Hordvei har ansvaret for å fordele pasienter på de forskjellige intensivavdelingene og kartlegge hva slags overvåking de trenger.

– Det var veldig hektisk. Jeg løp mye frem og tilbake mellom avdelingene. Jeg måtte danne meg et bilde av hvor de forskjellige pasientene skulle være og forberede avdelingene på hva de kunne vente seg, sier hun.

### Omfanget verst

– Vi måtte åpne en avdeling som var sommerstengt. I tillegg kom folk fra Rikshospitalet og

Barneintensiv og hentet pasienter hos oss slik at vi fikk frigjort plass til flere. Alle stilte opp og hjalp der det trengtes.

– Hva gjorde mest inntrykk på deg?

– Omfanget. Det var fryktelig å se så mange unge mennesker som var så hardt skadet. De var så mange og skadene så stygge. Også kom det nye hele tiden, forteller hun.

– Det vanskeligste var at vi ikke visste hva som kom.

### Sterkt preget

Hordvei sliter likevel ikke med bildene i etterkant.

– Vi er jo vant til å se tragiske ting og til å jobbe hardt og mye. Vi er også vant til å bearbeide sterke inntrykk. Selv om dette selvfølgelig var veldig spesielt, legger hun til.

– Vi har sett unge med stygge skader før, og av og til får vi inn folk med skuddsår. Men denne kvelden kom det inn ti unge mennesker på en gang som var skutt på. Også alle historiene som ble fortalt den kvelden ... Stemningen på avdelingen var sterkt preget, forteller Hordvei.

– Vanligvis har vi mye humor selv om vi jobber med alvorlig syke mennesker. Men jeg hørte ingen le den natten.

### Snakker med hverandre

Hordvei mener at mange bearbeidet inntrykkene ved å snakke med kollegaer underveis.

– Vi organiserte debriefing i etterkant for dem som ønsket det. Noen takket ja, andre hadde ikke behov. Alle våre pasienter er kritisk syke. Vi har erfaring i å takle traumatiske ting. For noen er det nok å ha samtaler med andre kollegaer. De som var på jobb den kvelden var stort sett erfarne folk.

Først klokken to om natten kunne Hordvei dra hjem. – Da hadde vi fått en slags oversikt over hvor mange pasienter som ville komme inn. Selv om de fremdeles lette etter overlevende i Regjeringskvartalet. ■■■

## I behandlingsteamet

Anestesisykepleier Svein Ole Jacobsen har både sitt livs verste og beste arbeidsopplevelse den 22. juli.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M. Weston**

**S**vein Ole Jacobsen har akkurat gjort unna helgehandelen på Storosenteret etter å ha vært på dagvakt, når telefonen ringer og han bare må lempe varene av hjemme og komme seg tilbake på jobb. Han er ledende spesialsykepleier ved anestesivdelingen på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Jacobsen har jobben med å koordinere og hjelpe behandlingsteamene som skal følge hver enkelt pasient gjennom hele behandlingsforløpet når det skjer en stor beredskapshendelse. De består av en kirurg, en anestesilege og en anestesisykepleier.

– Det var veldig hektisk. Men oppi alt det triste og grusomme var det en positiv team-ånd som jeg aldri før har sett maken til. Det var som om båten fyltes med vann, men alle hjalp til å øse. Vi har øvd mye, men aldri har noen øvelse gått så bra som det gjorde i virkeligheten denne kvelden.

– Hva var grunnen til det?

– Det var nok hele situasjonen. Alle skjønnte at her var det bare å bidra for å lette på trykket. Det som hadde skjedd var jo en krigserklæring mot vanlige mennesker. Det var veldig spesielt.

– Det var flott å se hvordan vi holdt sammen i disse grusomme situasjonene. Samarbeidsånden fikk ekstra guts.

Til sammen jobbet han 19 timer, fra klokken sju om morgenen til to på natten.

– Hendsene har inspirert til en litt annen måte å jobbe på. ■■■

# Sykepleiere tjener mindre enn hjelpepleiere

Sykepleiere må jobbe i åtte år før de tar igjen hjelpepleiere med ti års ansiennitet. Denne utviklingen er ny, og NSF liker den ikke.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Gullik Maas Pedersen/Lofotposten**

Vågan kommune har minst 10 prosent av sykepleiere lavere lønn enn hjelpepleiere. Det er ikke sant at utdanning lønner seg, sier hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF), Margrethe Arnesen ved Svolvær omsorgssenter.

I 2002 var minstelønnen til en hjelpepleier med ti års ansiennitet 15 000 kroner mindre enn en sykepleier med null års ansiennitet i KS. I dag er den 13 500 kroner mer enn sykepleierens. Denne utviklingen har gått gradvis over tid (se graf). Den samme tendensen ses også hos Spekter, om ikke i samme grad, får vi vite hos NSF's forhandlingsavdeling.

## – Slår skjevt ut

– Forskjellen ble særlig stor etter 2008-oppgjøret og økte i 2010. Jeg har ropt om dette i fire år nå. Det virker som om NSF sentralt ikke er klar over hvor skjevt det slår ut. NSF bør foku-

sere på denne urettferdigheten, ikke bare på likelønnsproblematikken, sier Arnesen.

NSF-leder Lisbeth Normann synes hun trekker frem et viktig perspektiv her:

– Vi er veldig klar over forskjellene. Dette er noe vi har påpekt lenge, nemlig at høyere utdanning på inntil fire år gir liten uttelling. Når skal arbeidsgiverne og politikerne begynne å tenke sammenheng mellom lønn og ansvar?

– Men er det så ille at en hjelpepleier med ti års ansiennitet tjener mer enn en nyutdannet sykepleier, realkompetanse skal jo også telle?

– Det er ikke slik at vi ikke unner andre lønn som fortjent. Hjelpepleierne kunne godt ha blitt lønnet høyere, men gapet mellom de to gruppene kan ikke være så lite. Det er en forskjell i utdanning og dermed i ansvaret som medfølger, sier Normann.

Hun sier at denne skjevheten er enda større hos sykepleiere med videreutdanning.

– 60 prosent av sykepleierne har en videreutdanning og 30 prosent av dem har to eller flere. De får heller ikke den lønna de skulle hatt. Med samhandlingsreformens krav om spesialkompetanse, blir det særlig viktig å få rekruttert sykepleiere til kommunene. Men grunn nummer én til at få søker seg dit, er lønna. Og grunn nummer to er mangelen på faglige utviklingsmuligheter.

## Begynnerlønn

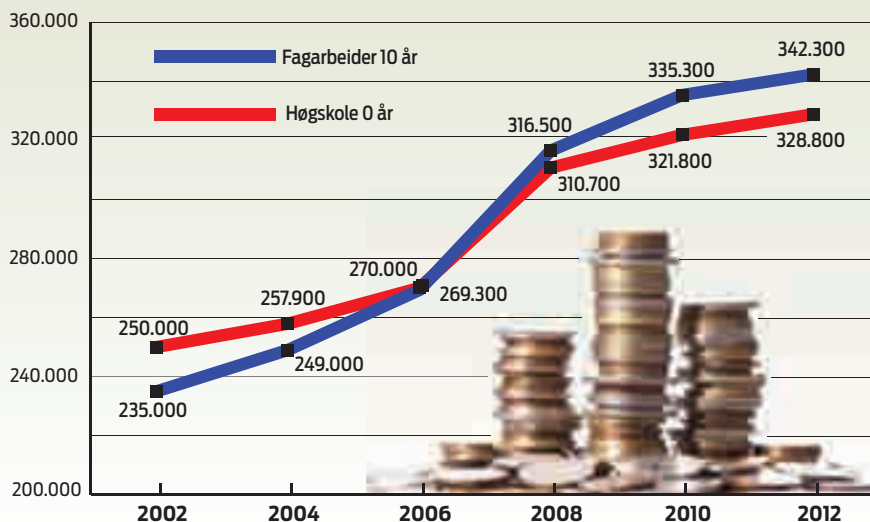
På nettsiden utdanning.no, der norsk ungdom kan hente informasjon om ulike yrker, er det i hvert fall ikke lønna som taler for å velge sykepleien fremfor helsefagarbeider (tidligere hjelpepleier og omsorgsarbeider). Der står det at en helsefagarbeider har en begynnerlønn på 320 000 kroner, inkludert vakttillegg. Denne summen har også norske helsemyndigheter brukt, i kampanjen som Helsedirektoratet står bak, for å rekruttere flere helsefagarbeidere.

På samme nettside står det at en gjennomsnittslønn for sykepleiere uten spesialisering er på 350 000. Kilden er oppgitt å være NSF 2010. Når sykepleieryrket krever tre års høyskoleutdanning og dermed et studielån på maks 272 400 kroner, og helsefagarbeideren bare har to år på videregående skole og to år i praksis med lønn, blir regnestykket for de unge som er opptatt av økonomi relativt enkelt.

I NSF's forhandlingsavdeling får vi vite at tallene på utdanning.no ikke er helt oppdaterte. Alle sykepleiere er sikret en minimums begynnerlønn på 328 800 kroner (KS) eller 329 000 (Spekter), uavhengig av hva ulempetillegg og lokale forhandlinger måtte gi.

– Legger vi til gjennomsnittlige tall for ubekvemstillegg, vil en sykepleier i KS ha en begynnerlønn på cirka 383 000 kroner, mens en ny sykepleier i Spekter vil tjene cirka 388 000 kroner, sier seniorrådgiver Hedda Kirstine Mellingen i forhandlingsavdelingen hos NSF.

Grafen viser minstelønnsutvikling for sykepleiere med 0 års ansiennitet versus fagarbeider med 10 års ansiennitet.







**TJENER MINDRE ENN DEM HUN LEDER:** Både plasstillitsvalgt Anna Nedkova (til venstre) og hovedtillitsvalgt Margrethe Arnesen er sykepleiere og fagledere ved hver sin avdeling på Svolvær omsorgssenter i Vågan kommune. Nedkova har tre års ansiennitet og tjener mindre enn de fleste hjelpepleiere hun leder.

### Satset på hjelpepleierne

Minstelønssatsene er noe annet enn faktisk lønn, som inneholder både tillegg fra de lokale forhandlingene og ubekvemstillegg.

– Kommer ikke sykepleierne bedre ut hvis du sammenligner faktisk lønn?

– Nepe, svarer Margrethe Arnesen ved Svolvær omsorgssenter. – Min erfaring er at det er svært sjelden man oppnår lokale tillegg både som sykepleier og med videreutdanning, med mindre man er leder med personal- og økonomiansvar. Jo mer som overlates til lokale forhandlinger, jo større blir forskjellene. Når meklingsmannen la føringer på kvinneandel, tolket kommunen her det som at hjelpepleierne skulle prioriteres.

Arnesen kjempet ved fjorårets lokale forhandlinger for at de sykepleierne som tjener mindre enn hjelpepleierne måtte få økt sin årslønn, men arbeidsgiver godtok ikke det. I stedet ga de samtlige hjelpepleiere 2000 kroner ekstra.

### Mindre lønnsforskjell enn gjennomsnittet

På Statistisk sentralbyrå har Lars Johannesen Kirkebøen gjort en sammenligning av ulike yrkers livsløpsinntekt. I det regnestykket har han tatt høyde for utdanningslengde og satt inntekten til 80 000 kroner under studiene, noe som gjenspeiler stipend, rentefordel på studielån og yrkesinntekt som student.

Resultatet på forventet livsløpsinntekt før skatt var for sykepleierne 8,98 millioner kroner og 7,99 millioner kroner for hjelpe-

pleierne/helsefagarbeiderne. Gjennomsnittlig livsløpsinntekt for hele befolkningen var 10,6 millioner kroner. Tallene er basert på opplysninger fra 1999-2008, og summene er i 2008-kroner.

– Forskjellen mellom gruppene er på 6 prosent, det vil si cirka 2 prosent i året for en forskjell på tre år i utdanningslengde. Gjennomsnittlig bruker økningen å være 3 prosent

kepleiere har cirka 13 prosent lavere.

– Dette må arbeidsgiverne og politikerne ta på alvor, sier Lisbeth Normann.

### Skal se på lønssystemet

Og hva gjør NSF? I mellomoppgjøret som var nettopp mellom KS og Unio, ble det bestemt at et partssammensatt utvalg, inkludert LO kommune, YS-k og Akademikerne, skal se

**«Det er ikke slik at vi ikke unner andre lønn som fortjent.»** *Lisbeth Normann, NSF-leder*

per utdanningsår. Forskjellen mellom de to gruppene er altså litt mindre enn hva den gjennomsnittlige forskjellen er i Norge i forhold til utdanning, men ikke mye, sier Kirkebøen.

Han understreker at det mest slående med de to gruppene er at begge har lav livsløpsinntekt sammenlignet med andre grupper. Helsefagarbeidere og hjelpepleiere har for eksempel 23 prosent lavere livsløpsinntekt enn de med allmennfag som høyeste utdanning, mens sy-

nærmere på blant annet lønssystemet og oppbyggingen av minstelønssatsene. Arbeidet skal begynne i oktober og være ferdig i mars til neste år.

– Da vil vi legge vekt på en jevnere stigning og at utdanning skal lønne seg. Dessuten ønsker vi enda et trinn etter 16 års ansiennitet, slik det er i skoleverket. Det er utrolig at det går an å mene at man ikke skal ha lønnsutvikling etter ti år, det gir et ekstremt dårlig signal, sier Normann. ■■■

### Minstelønnsatser i KS (ekskludert lokale tillegg og ulempetillegg):

Yrkesgrupper	0 år	4år	8 år	10 år
Fagarbeiderstillinger	286 200	288 200	293 500	342 300
Sykepleiere	328 000	332 200	342 900	381 500

# Verst på sykehjem i sommerferien

Antall sykepleiere på vakt er 24 prosent lavere enn planlagt i norske kommuner. På sykehjemmene i sommerferien mangler to av fem sykepleiere. Tekst Eivor Hofstad

Tallene kommer frem i Analysesenterets undersøkelse «Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste», gjort på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). De har benyttet data fra 18 sykehjem, 25 soner i hjemmesykepleien og to omsorgsboliger i 14 mindre kommuner i 2010.

Tallene fra 2010 har samme tendens som tallene fra 2009, da de så på 12 sykehjem og 14

soner i hjemmesykepleien i Bergen, Bærum, Stavanger og Trondheim to hverdager, en helg og to påskedager. Tallene for 2010 har i tillegg data fra to hverdager i sommerferien.

Studien vil fortsette i 2011 og en endelig rapport vil foreligge i 2012.

Det viser seg at det faktiske antallet vakter samsvarer bra i forhold til planlagte vakter, men gjennomsnittlig er det altså 24 prosent færre

sykepleiere og 18 prosent færre helsefagarbeidere enn planlagt. Det betyr at vaktene dekkes opp av ufaglærte.

#### – Alvorlig problem

På sykehjem i sommerferien finner man det største misforholdet. Her mangler 38 prosent av sykepleierne og 34 prosent av helsefagarbeiderne i forhold til planen. At det er akkurat i

## INNFRI DYRE SMÅLÅN!



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](http://www.nordaxfinans.no) med tilbudskode **50030**

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

Standard kostnadseksempel: Utbetalt beløp kr. 65 000 over 5 år, nominell rente 15,9%, effektiv rente 19,2%. Månedsbetaling kr. 1 679 og totalt tilbakebetalingsbeløp kr. 100 715 (reduisert skatt pga. betaling av rente blir kr. 10 000). Etableringsgebyr kr. 1 475 og termingebyr kr. 65 er inkludert i beregningen. Renten er individuell.

nordax<sup>®</sup>  
FINANS

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

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



## 14 kommuner

- › Tverrsnittskommunene som inngikk i 2010-tallene kommer fra fem ulike fylker.
- › De 14 kommunene er: Fredrikstad, Rømskog, Askim, Lesja, Ringebu, Eigersund, Sola, Sauda, Steinkjer, Meråker, Overhalla, Tromsø, Dyrøy og Lenvik.

sommerferien at kompetansen er dårligere, er særskilt utfordrende, ifølge Analysesenteret. Da er gjerne pasientens pårørende på ferie og kontinuiteten i pleie- og omsorgstjenesten er brutt opp som følge av ferieavvikling.

I undersøkelsen har de kommunale helse- og omsorgslederne blitt bedt om å vurdere bemannings situasjonen, og det viser seg at blant de 80 prosentene som svarte på det, har nesten 40 prosent vurdert situasjonen som lite eller svært lite tilfredsstillende. I fokusgruppeintervju karakteriserer lederne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten dette som et alvorlig problem. Samtidig krever helsemyndighetene at kommunene arbeider systematisk med kom-

petansesammensetningen og at de rekrutterer nødvendig kompetanse.

### Årsakene

Sykdom er hovedårsaken til at ikke de planlagte sykepleierne kommer på vakt. Det står for 37 prosent av fraværet i undersøkelsen.

Mange av de operative lederne Analysesenteret har intervjuet, gir uttrykk for at den planlagte grunnbemanningen, spesielt for sykepleiere, allerede er på et minimumsnivå. De sier at de ikke har tilstrekkelig frihetsgrad til å øke grunnbemanningen og må ofte ty til kostbare vikarløsninger. De etterlyser større muligheter for å rekruttere til heltidsstillinger.

### – Ledere må si fra

NSF-leider Lisbeth Normann er ikke overrasket over funnene i undersøkelsen.

– At det til enhver tid mangler 25 prosent sykepleiere på vakt i kommunehelsetjenesten er dessverre ikke nytt. Men at man ikke evner å endre på dette er kritikkverdig og bekymringsfull.

I rapporten kommer det ikke frem om ledere

har god nok oversikt over kompetanse- behov og sammensetning ut fra det pasientene trenger.

– Jeg vil minne om at lederne alltid skal ha dokumentert oversikt over virksomhetens bemanningsbehov- og planer. Videre er det ledernes ansvar å formidle dette til politikere og byråkrater i kommunene. Men til slutt er det kommunenes politiske ledelse som har det overordnede ansvaret for kvaliteten, sier NSF-lederen.

Årsaken til det formidable gapet mellom planlagt og faktisk bemanning begrunnes i hovedsak ut fra høyt sykefravær som de mener ligger «utenfor arbeidsgivers kontroll».

– Er dette riktig, må man se på grunnbemanningen og andre forhold som har betydning for sykefraværet. ■■■



### SKAL FORMIDLE VIDERE:

Lisbeth Normann mener at ledere i pleietjenestene i kommunene må si fra til kommunepolitikere når det er for få sykepleiere på vakt.

## Den første brøds kiven

Et barns kropp består av mange milliarder celler. For at hver enkelt celle skal fungere optimalt og utføre sine bestemte oppgaver, er det helt avgjørende at den er satt sammen av riktige byggeklosser.

Essensielle fettsyrer er byggeklosser i celleveggene og du finner dem i planteriket. Dette er flerumettede fettsyrer som kroppen ikke kan produsere selv, og som vi må få fra maten vi spiser. Vi finner mange av disse byggeklossene blant annet i hjerne- og nerveceller. Essensielle fettsyrer er derfor av stor betydning for barns vekst og utvikling\*.

Soft Flora inneholder de essensielle fettsyrene som er viktige for barn i vekst. Derfor vil Soft Flora være bra på brøds kiven når barn begynner med fast føde etter 6-9 mnd. Les gjerne mer om dette på vår nettside [www.softflora.no](http://www.softflora.no)

## Soft Flora – det gode fra naturen!



\*For å oppnå positiv effekt av essensielle fettsyrer anbefales et daglig inntak på 2g alfa-linolensyre og 10g linolsyre

# Hvorfor så taust fra Ahus?

Hva skjer når sykepleiere på Ahus blir mistenkt for pillesvinn? Kvalitetssjef Anne Wenche Lindboe vil ikke svare. Tekst Marit Fonn

Sykepleien 5/2011 skrev vi historien om sykepleier Karin som var mistenkt for pilletyveri. Saken ble anmeldt av arbeidsgiveren Akershus universitetssykehus (Ahus), men henlagt av politiet.

Tillitsvalgte og jurister i Norsk Sykepleierforbund (NSF) var kritiske til hvordan Ahus behandlet sykepleier Karin. Ankepunktet var blant annet at innsatsteamet har gått inn i politiets rolle. Dette teamet er tverrfaglig og skal være opprettet for å bistå ved alvorlige hendelser ved sykehuset, som for eksempel medikamentsvinn.

## Etterlyser mandat

Foretaksstillingsvalgt Kai-Øivind Brenden etterlyste i desember 2010 hva som er teamets mandat og rutiner.

«NSF vil måtte vurdere å oppfordre medlemmene til ikke å samarbeide med teamet så lenge dette ikke er avklart, særlig med bak-

– Vi forventer at arbeidsgiverne har rutiner for hvordan de skal opptre ved mistanke om uregelmessigheter, som for eksempel medisinsvinn, sa fungerende avdelingsdirektør Aud Nordal i Helsetilsynet i april.

Hun presiserte at rutineene må være tydelige og kjent for alle ansatte.

## – Svikter på individnivå

I juni hadde Brenden fortsatt ikke fått noe svar om mandat eller rutiner.

– Jeg er forundret over at Ahus velger å opprettholde denne uforklarlige tausheten. De fremhever jo teamets arbeid i andre fora.

Men han har fått vite at ledergruppen har vedtatt at innsatsteamet skal videreføres.

Brenden mener Ahus gjør mye bra på systemnivå når det gjelder prosedyrer og opplæring om medikamenthåndtering.

– Det er på individnivå det svikter, sier han.

Brenden støtter at ledelsen går inn for å avdekke svinn.

– Men når det er avdekket svinn og enkeltpersoner er mistenkt, mener jeg innsatsteamet må stoppe, uavhengig av om den ansatte skulle vise seg å være skyldig eller ikke. Arbeidsgiver kan ikke gå inn i politiets rolle og drive avhør som om de er etterforskere.

Han er også kritisk til at ansatte skal ha blitt

oppfordret til ikke å ha med seg tillitsvalgte til samtaler med arbeidsgiver.

## Vil ikke bli intervjuet

Sykepleien har gjentatte ganger vært i kontakt med kvalitetssjef Anne Wenche Lindboe, som konsekvent ikke svarer på våre generelle spørsmål om hvordan innsatsteamet arbeider.

Hun ber oss sende spørsmål på e-post. Heller ikke dem svarer hun på.

Etter purring kommer svar fra kommunikasjonsdirektør Geir Boye Lindhjem, som sier at «vi ikke ønsker ikke å gjøre noe intervju vedrørende innsatsteamet».

Sykepleien tar igjen kontakt med kommunikasjonsdirektøren i håp om å få Lindboe i tale.

– Har ikke en kvalitetssjef på et offentlig sykehus et faglig ansvar for å svare på alminnelige spørsmål fra pressen?

Lindhjem lover å sjekke saken og ta kontakt med Sykepleien.

Det har han ennå ikke gjort.

## Ble meget streng i 2008

Det ligger ikke noe informasjon om innsatsteamet på Ahus sin hjemmeside..

Men i 2009 uttalte Lindboe seg til Romerikes Blad. Hun var da konstituert kvalitetssjef. Saken handler om en sykepleier som ble avslørt som morfintyv – på grunn av nye kontrollrutiner. I nettutgaven (rb.no) forteller Lindboe at det fra høsten 2008 ble innført nye og meget strenge kontrollrutiner og prosedyrer ved Ahus.

I rb.no viser hun blant annet til at det er opprettet et eget innsatsteam som kan kontaktes hele døgnet ved svinn av narkotiske legemidler. ■■■



FAKSIMILE: Sykepleien 5/2011

## «Jeg er forundret over at Ahus velger å opprettholde denne uforklarlige tausheten» Kai-Øivind Brenden

grunn i de erfaringene vi har med temaet så langt», skrev han i en e-post til ledelsen.

## Må være kjent for ansatte

Ahus ville ikke uttale seg til Sykepleien om Karins sak spesielt eller innsatsteamets rolle generelt.

Tausheten fra Ahus er i strid med Statens helsetilsyns ønsker.





# Verv og vinn!

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

## Hva koster medlemskap i NSF?

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

## Dine medlemsfordeler er:

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



3 vervinger: Leatherman verktøy



1 verving: Brødpose pistasje

1 verving: Brødpose sort



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



1 verving: Termos



2 vervinger: Bok: Sår



2 vervinger: Bok: Godt Rett Rettferdig



2 vervinger: Grand Cru 3 skåler

VERVEKUPONG

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: \_\_\_\_\_ Ververens medlemsnr.: \_\_\_\_\_

Navn på nytt medlem: \_\_\_\_\_

Har du vært medlem tidligere? \_\_\_\_\_ Tidsrom: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Eksamensdato: \_\_\_\_\_

Sykepleierhøgskole/sted: \_\_\_\_\_

Arbeidsgiver: \_\_\_\_\_

Arbeidssted: \_\_\_\_\_

Ansatt dato: \_\_\_\_\_

Avdeling: \_\_\_\_\_

Stillingsbenevnelse: \_\_\_\_\_

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

## Kryss av:

- Brødpose Sort
- Brødpose Pistasje
- Brødpose Sort/Sand
- Termos
- Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

# Kritiske til helsereformen

Kvaliteten på medisinsk behandling og likheten i behandlingen har ikke blitt bedre som følge av helsereformen, mener sykehusleger. Tekst Bjørn Arild Østby

**D**et viser resultatene fra en undersøkelse blant et representativt utvalg på 1 212 sykehusleger fra hele landet.

Svarene tyder på at en stor del av legene opplever at reformen er i konflikt med legeprofesjonen. Økonomiske føringer blir i større grad lagt til grunn for de medisinske prioriteringene nå enn før reformen ble innført i 2002.

## Kortere liggetid

Bare 8 prosent mener kvaliteten på behandlingen er blitt bedre. Grunnen kan være at pasienter skrives ut tidligere enn hva som er ønskelig ut fra et rent medisinsk perspektiv.

– Komplikasjoner kan oppstå, og enkelte pasienter kan være for gamle eller for svake til å sendes hjem. Når dette allikevel skjer på grunn av økonomiske føringer, oppleves det som i strid med de legeetiske prinsippene, sier seniorforsker Pål Erling Martinussen i Sintef Teknologi og samfunn til forskning.no.

## Tilgjengelighet

Målet om å oppnå likt behandlingstilbud til alle er heller ikke nådd, ifølge flertallet av legene. Sykehusreformens mål om økt effektivitet er derimot i havn, ifølge dem som ble

spurt. – Dette bekrefter også det vi har sett rent faktisk, at sykehusenes effektivitet har økt etter reformen, noe som har gitt både kortere ventetid og ventelister, sier Martinussen.

## Klinikere minst fornøyd

Undersøkelsen avdekker også store forskjeller i graden av fornøydhet. Jo mer kontakt en lege har med pasientene, jo mindre tilfreds er legen med sykehusreformen.

Legene som arbeider med ledelse og administrasjon har et helt annet syn: De er fornøyd med reformen.

– Vi mener forklaringen på dette kan være at leger som jobber administrativt har lettere for å tilpasse hverdagen sin til en mer økonomisk tankegang, enn klinikere som har direkte med pasientene å gjøre, sier forskeren.

## Økonomi avgjør

Resultatene viser også at jo bedre økonomi et sykehus har, i desto større grad mener legene at målet om lik tilgang til tjenester er oppnådd. Dette gjelder alle leger – ikke bare de i administrative stillinger.

– At bedre økonomi gjør at legene er mer positive, skyldes nok at en mer fleksibel økonomisk

situasjon gjør det lettere for legene å fokusere på medisinske hensyn, sier Sintef-forskeren. ■■■

## Sykehusreformen

- ▶ Reformen ble gjennomført fra 1. januar 2002. Målet var å legge grunnlaget for en helhetlig statlig styring av spesialisthelsetjenesten.
- ▶ Dette skulle sikre befolkningen økt kvalitet på helsetjenester gjennom bedre utnyttelse av ressursene i helsesektoren.
- ▶ Gjennom reformen ble både det faglige ansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet samlet på en hånd i Staten. Som et resultat av dette ble sykehusene organisert som selvstendige foretak, med egne styrever og med økt lokal myndighet.

Disse helsepolitiske målene ligger til grunn for reformen:

- ▶ En offentlig styrt helsetjeneste.
- ▶ Et likeverdig helsetilbud til hele befolkningen.
- ▶ Helsetjenestene skal være faglig forsvarlige og tilpasset brukernes behov.
- ▶ En effektiv utnyttelse av ressursene.
- ▶ Helsetjenester skal gis med respekt for pasientenes integritet og menneskeverd.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

# Verv og vinn!



Norsk Sykepleierforbund  
Svarsing 1016  
0090 Oslo

V E R V E K U P O N G





## UTFLOD? VOND LUKT?

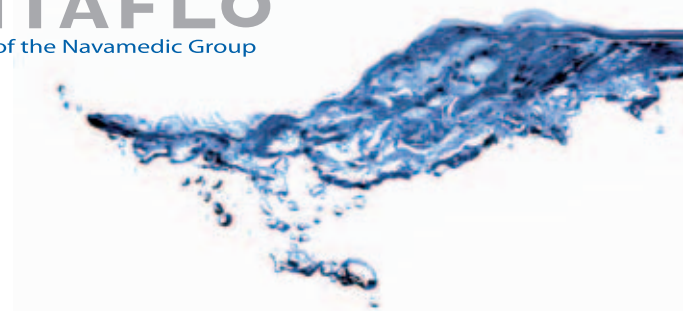
- Ecovag Balance® er dokumentert effektiv til å gjenopprette og vedlikeholde en sunn vaginalflora.
- Ecovag Balance® doseres kun én gang i døgnet.
- Du får Ecovag Balance® i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk.

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



# Fødselsangst av overgrep

Fødselsangst kan skyldes overgrep i barndommen, ifølge tidsskriftet Jordmora.

Tekst **Johan Alvik**

**K**vinner som har opplevd vold eller seksuelle overgrep i barndommen har større risiko for å utvikle fødselsangst, enn kvinner som ikke har opplevd overgrep. De har også flere vanlige plager i svangerskapet og økt fare for keisersnitt etter at veer har startet. Det viser doktorgradsavhandlingen til jordmor Mirjam Lukasse, som forteller om sin forskning i tidsskriftet Jordmora.

– Fra klinisk praksis kjenner vi til at det er en sammenheng mellom overgrep og fødselsangst, men den har hittil vært dårlig dokumentert gjennom forskning, og det er behov for mer forskning på feltet, sier Mirjam Lukasse, til Jordmora.

Lukasse håper at hennes forskning vil bidra til at jordmødre blir mer aktsomme i møte med gravide som forteller om uvanlige mange svangerskapsplager og frykt for å føde.

18–23 prosent av kvinnene i Lukasses undersøkelse rapporterte om psykisk eller fysisk vold eller seksuelle overgrep i barndom eller i voksen alder. ■■■

Kilde: *Jordmora*

**BLAD OM GRAVIDITET OG FØDELSE:** Artikkel er hentet fra tidsskriftet *Jordmora*, som blir gitt ut av Jordmorforbundet NSF i samarbeid med Sykepleien. Du kan tegne abonnement på *Jordmora* ved å henvende deg til: marit.severinsen@hotmail.com



## A TARGINIQ «mundipharma»

Analgikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

**DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg:** Hver tablett inneh.: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brillantblått FCF [E 133], titandioksid [E 171]. 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171]. 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

**Indikasjoner:** Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

**Dosering:** Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkeltdose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtidsbehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodon-dose. Etter seponering, med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, akutt alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

**Δ Forsiktighetsregler:** Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteral, intranasal eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalt abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myksødem, hypertyrose, Addison's sykdom (binyrebaroksinuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahyperplasi, alkoholisme, delium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakraniell trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampes, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioiddagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativ bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesiprosedyre, annen samtidig medisiner og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-/risikovurdering. Den tomme tablettmatrixen kan sees i avføring. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

**Interaksjoner:** Substanser med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantiokagulantia. (I: N02A opioider)

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. *Overgang i morsmelk:* Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amming bør avbrytes under behandling.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, munntørrhet, flatulens, oppkast, kvalme. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Luftveier: Rhinoré, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Neurologiske: Hodepine, desorientasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tape appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmfølelse, frysninger, astenitilstander. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. Øye: Synsforsrytelse. Øvrige: Brystmerter, søvnløshet, sykdomsfølelse, perifer ødem, ulykkeskader. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Neurologiske: Krampes (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampes). *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Forstoppelse. Lever/galle: Galleveiskolikk. Neurologiske: Synkope. Bivirkninger av oksykodon alene: *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast, kvalme. Hud: Kløe. Neurologiske: Sedasjon (fra søvnighet til nedsatt bevissthetsnivå), svimmelhet, hodepine. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Synkope, parestesi. Nyre/urinveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring (f.eks. depresjon, eufori), nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro, nervøsitet, søvnløshet, tankeforstyrrelser, forvirring. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerte/kar: Takykardi, vasodilatasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Neurologiske: Migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. hallusinasjon, derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Smerter, ødem. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Melena, tannsykdom, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Torr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Psykiske: Psykologisk avhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Vektøkning, vekttap, tørste. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

**Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnighet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogen lungedødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. *Behandling:* Opioidantagonister (f.eks. nalokson 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg nalokson i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ven-trikkeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontrollerende midler og infusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjerterestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Naturlig opiumsalkaloid kombinert med opioidreseptorantagonist. *Virkningsmekanisme:* Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, mu- og deltareseptorer i hjernen, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt «first pass»-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormedierte oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. *Absorpsjon:* Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Distribueres i hele kroppen. *Metabolisme:* I lever. *Utskillelse:* I urin og feces.

**Pakninger og priser:**  
**5 mg/2,5 mg:** 28 stk. [endose] 130,90. 98 stk. [endose] 341,80.  
**10 mg/5 mg:** 28 stk. [endose] 221,80. 98 stk. [endose] 634,10.  
**20 mg/10 mg:** 28 stk. [endose] 401,00. 98 stk. [endose] 1.224,70.  
**40 mg/20 mg:** 28 stk. [endose] 754,50. 98 stk. [endose] 2.401,90.

**Refusjonsberettiget bruk:** Palliativ behandling i livets sluttfase.  
**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.

Referanse 1: Preparatomtale TARGINIQ®

**mundipharma AS** • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker  
 Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01  
[www.targiniq.no](http://www.targiniq.no)

**Behandling / forebygging av ligge- og trykksår**

**Wima-labben**  
 Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår  
 Bedrer mulighetene for sårleging  
 Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende

**Wima produkter**  
 Les mer om Wima-labben på vår nettside: [www.wima.no](http://www.wima.no)

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy





# TARGINIQ®

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.



**28-63% LAVERE PRISER**

## EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER

### Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot 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>



forhindrer opioidindusert  
obstipasjon

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



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • [www.mundipharma.no](http://www.mundipharma.no)

# Når den svarte tåka kommer

Hvilke tanker har folk før et selvmordsforsøk? Tekst Bjørn Arild Østby

**F**orsker May Vatne har dybdeintervjuet ti personer som ikke så noen annen utvei enn selvmord. Hun har spurt om hvilke tanker de hadde før og etter selvmordsforsøket, om hva som holdt dem tilbake, og om hva de opplevde i møte med helsevesenet etterpå?

Bortsett fra samtaler med helsepersonell i forbindelse med selvmordsforsøket, har flere av dem aldri snakket med noen om det som skjedde.

## Dypere ensomhet

– De beskriver en dypere form for ensomhet; de føler seg avskåret fra omverdenen, sier May Vatne, høyskolelektor ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) til høyskolens nettside.

Analysene til Vatne viser at det ofte er en spesiell hendelse som får alt til «å tippe over». Mange forteller historier om en barndom hvor de ikke ble sett, hvor det ikke skulle snakkes om vanskelige ting i familien. De forteller om kombinasjoner av fysisk og psykisk sykdom, om samlivsbrudd, overbelastning på jobb. Så skjer det en hendelse som får det hele til å tippe over. Intervjupersonene vil egentlig ikke dø, de ser at livet har en verdi, men de klarer heller ikke å leve livet slik det har blitt.

## Selv mord som trøst

– Mange opplever at det er en trøst å tenke at «jeg kan ta livet mitt. Jeg har muligheten, jeg har pillene». Tanken på at selvmord er en

mulighet, kan hjelpe folk til å holde ut store psykiske plager, sier Vatne.

Problemet at det som i en periode er trøst, senere kan bli en trussel.

– Derfor er det viktig å bygge tillit for å få til en dialog mellom den suicidal personen og hjelpe i helsevesenet. Slik at det kan oppleves trygt å meddele at trøsten begynner å bli en trussel.

## Mer åpenhet

Felles for intervjupersonene er at de ønsker mer åpenhet og færre tabuer. Selv kan de fortelle om store forskjeller blant helsepersonell når det gjelder kunnskap og holdninger til selvmord. De har blitt møtt med forståelse, men også med avvising og moralisering. ■■■

## Alt du trenger av basisverk i sykepleieutdanningen

  
GYLDENDAL  
AKADEMISK



### Grunnleggende sykepleie

Et moderne læreverk – ny utgave nå i 3 bind

Revisjonen omfatter oppdatert og mer forskningsbasert lærestoff, samt ny layout som gir bedre pedagogisk tilrettelegging.

**Nina Jahren Kristoffersen, Eli-Anne Skaug, Finn Nortvedt (red.)**

Pris pr. bind: kr. 490,-

Pris bind 1–3 inkludert digital arbeidsbok (verdi 390,-): kr. 1560,-

[www.gyldendal.no/grunnleggende-sykepleie](http://www.gyldendal.no/grunnleggende-sykepleie)



### Klinisk sykepleie bind 1 og 2

Oppdatert og pedagogisk tilrettelagt for dagens sykepleiestudenter.

I denne utgaven er det lagt vekt på å tydeliggjøre sykepleiefaglige utfordringer, observasjoner, kliniske vurderinger og ivaretagning av pasientens grunnleggende behov.

**Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth (red.)**

Pris kr. 799,-

Bestill nå: e-post: [kundeservice@gyldendal.no](mailto:kundeservice@gyldendal.no) | [www.gyldendal.no/akademisk](http://www.gyldendal.no/akademisk) | faks: 23 32 76 61



# Anna Mohn Sneve

Alder: 24 år

Aktuell som: Ny leder for Norsk Sykepleierforbund Student

### BAKGRUNN:

Anne Mohn Sneve ble valgt som ny leder i NSF Student på årsmøtet i juni. Siden 2009 har hun vært med i studentstyret, det siste halve året som nestleder. Hun overtar etter Kristine Katrud. Studentene vil nå ha minstekrav til karakterene for å komme inn på sykepleierutdanningen.

# – Nå vil vi ha karakterkrav

### Hvorfor ville du bli studentleder?

– Jeg har vært aktiv i NSF Student i tre år. Jeg trengte en utfordring og brenner etter å påvirke utdanningen. Jeg er jo ferdig utdannet selv.

### Nå i vår?

– Ja, på Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST).

### Du har ett år på deg som leder?

– Det er nå jeg har sjansen.

### Og utdanningen er viktigste sak?

– Den – og å synliggjøre fag og yrke. Sykepleie er mer enn varme hender og gode hjerter. Det er viktig å få fram bredden og ansvaret i yrket.

### Er sykepleie mer usynlig enn andre yrker?

– Ikke nødvendigvis. Men kompetansen vår må framheves. Og det trengs så mange av oss framover. Da må vi tenke kvalitet.

### Og karakterkrav. Hvorfor?

– Fordi vi ønsker dyktige sykepleiere. Jo høyere karakterer i basisfag, desto enklere tilegner man seg kunnskap. Færre vil droppe ut. Og de som blir uteksaminert, vil ha et høyere snitt og kompetanse.

### Hvor høye karakterer vil dere kreve?

– Det er ikke opp til oss. Vi peker på problemet, så får myndighetene utforme selve kravet.

### Andre viktige saker?

– Nasjonale prøver sier sykepleierstudentene nå ja til. Ikke nødvendigvis for å rangere skoler. Men for å sikre at sykepleierne blir testet på samme nivå og får samme kunnskap. Når jeg skal ut i jobb, må jeg kunne stole på at mine kolleger har samme kunnskap som meg.

### Var dere mot dette før?

– Dette har ikke vært opp på årsmøte før. Men karakterkrav har vært stemt ned før.

### Er studentene blitt mer høyredreide?

– Kanskje. Vi diskuterte mer prinsipielt enn før og tenkte mindre på om vi selv ville greid karakterkravene. Vi må jo tenke framover.

### Er dere i opposisjon til NSF i noen saker?

– Kommer ikke på noen. Det er viktig å være uenig, men vi har god dialog med NSF Voksen, som vi kaller det.

### NSF har høy organiseringsprosent. Frykter du nedgang?

– Nei. Vi er mer synlig enn noen gang på skolene. Nye skoler var representert på årsmøtet. Vi skal være tilgjengelig, og mer synlig i mediene.

### NSF bruker mye penger på å jubilere neste år. Støtter studentene det?

– Å bruke et år på å markere at NSF har en lang fortid og en lang framtid er bra.

### Din kullkamerat Eivind Sogn er blitt nestleder. Tilfeldig?

– Vi stilte uavhengig av hverandre, men visste om hverandre.

### Fint med dame på toppen?

– Det synes jeg. Men veldig flott at vi er jente og gutt.

### Fornøyd med din utdanning?

– Ja. Men alle skoler har sine utfordringer.

### Har medstudentene høyt nok nivå?

– Jeg føler at vi ikke er blitt testet nok, men tror vi er gode. HiST har hørt på oss og vi har fått til endringer.

### Hva da?

– Vi fikk karakterer i fag som før hadde bestått/ikke bestått.

### Hvilke fag?

– Naturvitenskap og sykdomslære. Og vi hadde god dialog om praksisplasser.

### Hvor ser du for deg å jobbe?

– Jeg trivdes godt alle praksisstedene. Jeg har jobbet på sykehjem i Narvik og trivdes godt med det. Som nyutdannet må jeg vel ta det litt etter hvert. Men jeg gleder meg til å praktisere.

### Hvorfor valgte du utdanningen?

– Da jeg jobbet på sykehjem, så jeg behov for endringer. Eneste måten å få det til på, var å bli sykepleier sjøl. Så har jeg en mamma som er helsesøster. Hun sa jeg måtte melde meg inn i NSF for å få gode forsikringsordninger og fagblad. Jeg har aldri angret. Når vi prater med en stemme, blir vi hørt. Tekst og foto Marit Fonn





# Kommunen som

Foto: Lars Bryne

- En omstridt suspensjonssak har avdekket ti år med mangelfull håndtering av avvik i pleie- og omsorgstjenesten i Kongsberg kommune.
- Sykepleien har sammen med lokalavisen Laagendalsposten forsøkt å finne ut hva som egentlig skjer i denne hardt pressede kommunen.
- Vi fant blant andre Parkinson-syke Kåre. Han var redd.



# aldri lærer







## « Måten suspensjonssaken ble gjennomført på har skadet omdømmet til kommunen.

*Hege Askestad, hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund i Kongsberg*

Kongsberg kommune har de ti siste årene jobbet med å få på plass et fungerende avvikssystem. Likevel – da sykepleieren ved et av byens sykehjem ble suspendert med mistanke om uforsvarlig pasientbehandling, var det ikke skrevet en eneste avviksmelding på de 17 forholdene hun ble beskyldt for. Tekst Bjørn Arild Østby, Lars Bryne og Ann-Kristin Bloch Helmers

**D**u er midlertidig suspendert og behøver ikke å stille på jobb. Det er den korte meldingen den erfarne sykepleieren får over telefon fra sin seksjonsleder på institusjonen hun jobber. Det skal ha kommet inn avviksmeldinger på henne og to pleierkolleger. Kommuneadvokat og pleie- og omsorgssjef i Kongsberg kommune er allerede koblet

inn. Uten nærmere opplysninger sitter sykepleieren hjemme i sjokktilstand.

Klokka er 15.40 mandag den 13. desember 2010.

### «Grove avvik»

Suspensjon! Er noen død ved institusjonen? Og er hun skyld i dette? Hun får angstanfall, skjelver og gråter. Hun kontakter



# « Manglende avviksmeldinger er først og fremst et spørsmål om etikk hos det enkelte helsepersonell. *Kommunalsjef Hilde Enget*

fastlegen og blir medisineret for å komme seg gjennom det første døgn.

Sykepleieren har jobbet 38 år i yrket. Hun har ikke opplevd noen form for kritikk for sin utøvelse av sykepleiefaget verken fra pasienter, brukere, ledelse eller kolleger. Hun var også den eneste sykepleieren som to måneder tidligere fikk lønnsopprykk i de lokale lønnsforhandlingene ved institusjonen.

Etter turnusen skal hun på kveldsvakt neste dag. Nå får hun beskjed om å holde seg borte fra jobben.

Kvelden samme dag kommer seksjonslederen hjem til sykepleieren. Hun overleverer et brev hvor det står at «Vi har mottatt meldinger der det blir påstått grove avvik i din tjenesteutøvelse. Vi har grunn til å anta at dette er forhold som kan medføre avskjed.» Det står ingenting i brevet hva avvikene dreier seg om.

## 17 anklagepunkter

Selv om sykepleieren får beskjed fra seksjonsleder om ikke å kontakte sine kolleger, ringer hun institusjonen på ettermiddagen og snakker med en av dem. Hun vil vite om noen var død? Nei, alt var i orden på avdelingen, får hun opplyst.

Den suspenderte sykepleieren tar deretter kontakt med sin plassstillitsvalgt og ber om bistand. Plassstillitsvalgt tar kontakt med Norsk Sykepleierforbunds (NSF) hovedtillitsvalgt i kommunen, Hege Askestad.

Hovedtillitsvalgt kontakter seksjonsleder dagen etter for å få en redegjørelse for grunnlaget for suspensjonen. Seksjonsleder vil ikke si noen ting. Askestad blir henvist til kommuneadvokaten. Han forteller at meldingene går på at pasientene ikke får det de skal ha, og at det ikke er snakk om små avvik og at det har pågått over tid. Under telefonsamtalen forteller kommuneadvokaten at han ikke vet så mye om hva dette handler om konkret. Han vil prøve å få klarhet i dette i løpet av dagen. Det forelå ingen skriftlige avviksmeldinger om saken, til tross for at den påståtte omsorgssvikten skulle ha foregått over lang tid.

– Anklagene ble formidlet muntlig til ledelsen. Når ledelsen får avviksmeldinger er en del av spillereglene at man tar dette opp med den det gjelder. Det skjedde ikke i dette tilfellet, selv om det var god anledning til det, sier Hege Askestad.

Om kvelden kommer seksjonsleder på nytt til sykepleieren. Denne gangen for å levere et nytt brev, med invitasjon til drøftingsmøte og en opplisting av 17 konkrete anklager som skal være grunnlaget for vedtaket om suspensjon som ble fattet dagen før.

Sykepleieren går gjennom anklagepunktene i brevet. Hun har vanskelig for å forstå at dette kan være sant og at dette hender henne. Hun setter seg ned samme kveld og utarbeider sine merknader til kommunens 17 anklagepunkter. (Se undersak side 28)

## Ventet ni måneder

Kommuneadvokaten tar den 14. desember kontakt med Helsetilsynet i Buskerud og orienterer om saken. Helsetilsynet beslutter på bakgrunn av denne informasjonen å opprette tilsynssak, og ber i brev 20. desember kommunen om mer informasjon, og at kommunen gjør sykepleieren kjent med brevet. Sykepleieren blir



Kommunalsjef Hilde Enget. Foto: Lars Bryne

## Kongsberg kommune

- » Kongsberg kommune er en mellomstor norsk kommune med i overkant av 25000 innbyggere, beliggende i Buskerud fylke mot Telemark grense.
- » Totalt er det i overkant av 1500 ansatte i Kongsberg kommune.
- » Vel 500 årsverk er innenfor pleie og omsorg.

underrettet om brevet fra Helsetilsynet 30. desember, og at hun vil få kopi av svaret fra kommunen til Helsetilsynet.

Hun har ennå ikke – ni måneder senere – mottatt noe brev fra kommunen.

## Pressekonferanse

Formiddagen den 15. desember sender kommunen ut pressemelding om at kommunen midlertidig har suspendert sykepleieren, samt to hjelpepleiere, ansatt i pleie- og omsorgssektoren i kommunen.

Det blir i pressemeldingen opplyst at «Kongsberg kommune sitter på opplysninger som tyder på svikt i behandlingen av pasienter. Dette er så grovt at vi antar at det er grunn til å tro at det kan føre til avskjed.» Det blir invitert til pressekonferanse samme dag.

Informasjonen til pressen på pressekonferansen medfører store oppslag. Til lokalavisen Laagendalsposten gjentar personalsjef Vegard Berntsen:

– Dette er så grovt at vi antar at det er grunn til å tro at det kan føre til avskjed. Personalsjefen ønsker imidlertid ikke å kommentere detaljer i det som skal ha skjedd.

Møtet fører til at pressen i første omgang, og befolkningen i den neste, sitter igjen med langt flere spørsmål enn svar i saken.

Pårørende til pasienter som Sykepleien har vært i kontakt med, reagerte med redsel da oppslagene kom i lokalavisen og NRK Buskerud.

– Tre pleiere suspendert på samme institusjon! Det må være alvorlige anklager, var reaksjonen.

Pårørende forteller at de ikke fikk informasjon fra kommunen da saken pågikk, og heller ikke i ettertid. Saken blir de neste to månedene nesten daglig omtalt i media.

## Ble omplassert

En uke etter at sykepleieren fikk telefonbeskjed om at hun var





Faksimile Laagendalsposten 16. desember. Personalsjefen forteller hvorfor tre ansatte ble suspendert.

midlertidig suspendert, avholdes drøftingsmøte mellom kommunen, sykepleieren og NSF's advokat Oskar Nilssen.

Det eneste punktet som ble erkjent av sykepleieren under drøftingsmøtet var at hun hadde forlatt medisintrallen ulåst når hun ble tilkalt i akuttssituasjoner. Kommunen fastslo i møtet at det ikke var noe mistanke om at medisiner har blitt borte fra medisintrallen de minuttene denne hadde stått ulåst.

Kort tid etter at drøftingsmøtet er avsluttet, ringer kommuneadvokaten NSF's advokat, som er på tur tilbake til Oslo. Kommuneadvokaten ønsker et nytt møte påfølgende dag. Seinere samme kveld får NSF's advokat en e-post med beskjed om at kommunens personalsjef samme kveld vil invitere media for å fortelle at kommunen opphever suspensjonen og ikke vil gå videre med avskjed.

Kommunen ønsker videre drøftinger om løsninger for sykepleierens arbeidsforhold. Møtet finner sted dagen etter.

På nyåret kommer brev fra kommunen om midlertidig omplassering. Sykepleieren takker ja, men har ikke begynt i stillingen, da hun fortsatt er sykemeldt.

**Utsetter svar**

I mars i år mottar NSF's advokat Oskar Nilssen et brev fra Helsetilsynet i Buskerud. Tilsynet finner det ikke dokumentert at sykepleieren har opptrådt i strid med helselovgivningen. Det blir vist til at det ikke er mottatt avviksmeldinger eller annen dokumentasjon fra andre ansatte som skulle ha observert de påståtte forholdene.

I et brev til kommunen samme dag skriver tilsynet blant annet at «Uten skriftlig redegjørelse fra den som har observert et avvik, er

det vanskelig å dokumentere slike påstander i ettertid.»

Tilsynet ber kommunen redegjøre for det videre arbeidet med å sikre at avvik fra helselovgivningen fanges opp og blir rettet. Kommunen får frist på seg til 1. mai med å svare. Den fristen rekker de ikke. Så de får ny frist 1. juni. Den fristen rekker de heller ikke. Så får de en siste frist 28. juni. Først i slutten av juni svarer kommunen at «Institusjonen har hatt systemer for avviksmeldinger, men suspensjonssaken har avdekket at disse systemene ikke ble benyttet.»

I brevet står det også at bedriftshelsetjenesten er koblet inn i saken, og at avvikhåndtering er tatt opp på personalmøter: «Oversending av skriftlig dokumentasjon må vente til over ferien, da ny leder for tiden er på ferie og oversendelsen må kvalitetssikres av henne.»

**- Dårlig kommunikasjon**

NSF-advokat Oskar Nilssen er ikke overrasket over at det har drøyd med svarene fra kommunen til Helsetilsynet:

- Jeg blir ikke overrasket av noe i den kommunen etter å ha sett håndteringen av suspensjonssaken, sier han.

- Kommunen mangler helt grunnleggende systemer for å fange opp og følge opp eventuelle avvik. Hadde de for eksempel hatt personalmøter hvor de ansatte fikk snakke, kunne de forhold som kommunen har lagt til grunn for suspensjonene, blitt tatt opp på institusjonen og raskt avklart der. Det har også vært hyppig utskifting av ledere og omorganiseringer, som gjør det vanskelig å etablere systemer som kan fange opp eventuelle avvik og misforståelser.

På spørsmål om hvilke grep kommuneledelsen har tatt for å redusere turnover, viser rådmann Astrid Sommerstad til at Kongsberg kommune ikke har gjennomført tellinger som viser turnover i ulike stillinger over år.

Det er ikke første gang kommunen får kritikk for internsystemene. I de fleste tilsynsrevisjoner fylkeslegen har gjort siden 2000, har

# - Ga ikke kake til kaffen

Her er noen av de 17 **anklagene** og sykepleierens **tilsvar** på disse:

**Anklage:** Ansatt melder om at ved dagskift påfølgende kveld er det pasienter som ikke har fått skiftet til nattøy.

**Tilsvar:** At bruker ikke har nattskjorte er ikke vanlig, men det kan hende at bruker må benytte en ren T-skjorte som nattøy da det er tomt for nattøy på avdelingen, eller at de som bruker eget nattøy ikke har rent igjen.

**Anklage:** Flere ansatte melder at du ved flere anledninger skal ha uttalt at det ikke er viktig med tannstell. En ansatt skal ved flere anledninger ha sett at du ikke utfører tannstell på pasienter. Det meldes også om at pasienter med tannprotese ikke har fått tatt disse ut og satt i glass over natten. Dette avslører påfølgende

dagskift. En pasient NN opplyser ifølge de ansatte dette selv.

**Tilsvar:** Jeg har aldri uttalt at tannstell ikke er viktig. Dette skal gjøres, det er en del av den daglige hygien og blir utført på brukere som trenger hjelp til dette av meg på mine vakter. Faren for soppinfeksjon i tannkjøtt og munnhule er stor.

NN har en liten tannprotese nede og denne tar jeg alltid ut de gangen jeg hjelper henne i stell, da hun ikke greier dette selv. Jeg pusser tennene hennes i overkjeven og pusser tannprotesen og legger denne i et glass rent vann. XX har også tannprotese, men da i overkjeven. Men brukeren velger i dette tilfellet å styre dette selv. YY har protese både i over- og underkjeve.

Brukeren blir oppfordret til å ta ut protesen til puss og de legges da etterpå i et rent glass med vann over natten. Dette blir alltid gjort de gangene jeg hjelper henne i stell.

Det er pleierne som i utgangspunktet har ansvaret for tannpleien. Jeg må ofte ut å gjøre andre oppgaver som sykepleier. Synes derfor det er rart at de påstår at det er meg. Ut fra kapasiteten som er her, mener jeg det blir gitt god omsorg til beboerne.

**Anklage:** Ved dagvakt den 13. desember 2010 oppdages det på pasient NN sitt rom at hennes klær ligger i en bylt i stolen under sengeteppe. Klesbylten viser at klærne er tatt av i én operasjon, da klærne ligger inne i hverandre,



helseinstitusjoner i kommunen fått kritikk for avvikshåndteringen eller mangel på internkontrollsystemer. (Se oversikt side 32-35)

### Får umiddelbart beskjed

Selv om kommunen erkjenner at suspensjonssaken har avdekket at avvikssystemene ikke ble benyttet ved den aktuelle institusjonen, avviser kommunalsjefen at kommunen generelt har en utfordring når det gjelder avvikshåndtering.

– Pleie og omsorgstjenesten i Kongsberg kommune har i dag etablert gode avvikssystemer, hvor det systematisk rapporteres fra den enkelte arbeidsplass, gjennom ledelse i Pleie og omsorg og opp til politisk nivå. Det har vært jobbet bevisst med dette de siste årene, sier Hilde Enget. Fra 1. juli fikk hun tittel kommunalsjef med ansvar for Helse og omsorg.

I en spørreundersøkelse Sykepleien og Laagendalsposten sendte til vel 50 sykepleiere ansatt i kommunen i juli, blir det av noen av respondentene rapportert at alvorlige avvik er blitt meldt inn uten at det har fått konsekvenser. På grunn av lav svarprosent, har vi imidlertid ikke noen statistisk oversikt over omfanget. Men det kom fram at sykepleiere ansatt i kommunen kjenner til alvorlige avvik som skulle vært meldt, men som ikke har blitt meldt fra om.

– Det kommuneledelsen skal gjøre er å ha systemer for at avvik kan meldes og også arbeide etisk for at den enkelte ansatte faktisk melder om forhold som representerer avvik. Vi har etablert et system for avviksmelding. I tillegg til dette finnes et eget varslingssekretariat for de tilfellene der melder av en eller annen grunn ikke ønsker å benytte det ordinære avvikssystemet. Ut over dette kan både verneombudsordningen og tillitsmannsapparatet benyttes. Dersom helsepersonell ikke benytter noen av disse fire sporene for å melde avvik, nærmer man seg grensen for hvor kommunen ikke lenger kan holdes ansvarlig for at avvik ikke kommer opp, men må rette

« Det er alltid alvorlig når helseinstitusjoner ikke har fungerende avvikssystem. Ketil Kongelstad, fylkeslege i Buskerud

blikket mot det enkelte helsepersonell, sier Enget.

### Kunne vært mer diskret

I slutten av mars legger Buskerud kommunerevisjon fram en rapport omkring suspensjonssaken for kommunens kontrollutvalg og kommunestyret. Det var kontrollutvalget i kommunen som i januar ba om en uavhengig vurdering av suspensjonssaken.

Rapporten konkluderer med at kommunen ikke handlet i strid med verken arbeidsmiljøloven eller offentlighetsloven. Relevante hensyn tilsa suspensjon uten innhenting av forklaring fra sykepleieren eller de to suspenderte hjelpepleierne.

– Jeg er tilfreds med at et eksternt juridisk miljø og kontrollutvalget konkluderer med at vår lovanvendelse er korrekt og at vi i all hovedsak har fått støtte for våre vurderinger. Vi vil fortsette arbeidet med å videreutvikle et godt arbeidsmiljø og forbedre dokumentasjon på avvik, heter det i en pressemelding fra rådmann Astrid Sommerstad.

Kommunerevisjonen kritiserer derimot kommunen for at den



Faksimile Laagendalsposten, 19. januar 2011, Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet er kritisk til kommuneavvikshåndteringen.



men med de innerste plaggene ytterst. Dette er en pasient som har vondt i armene, og som må behandles forsiktig.

**Tilsvar:** Jeg hjelper NN under stell søndag den 12.12. Blusen og trøyen ble tatt av samtidig nettopp for å unngå at bruker skulle bruke venstre arm unødvendig. Det er mest skånsomt for bruker å gjøre dette en gang i stedet for to. Klærne ble tatt over hodet, høyre arm først, deretter venstre overarm. Dette ble utført rolig. Hun ble smurt med Ibox gel på venstre arm før hun fikk på seg nattøy. At jeg kan ha glemt å henge opp tøy er en forglemmelse. Jeg ble tilkalt et annet sted etter skifte av tøy, pleier må da ta resten.

**Anklage:** Flere ansatte melder om at du skal ha uttalt at pasientene NN og XX ikke skal ha kake til kaffen. Melderne er ikke kjent med at det skal foreligge medisinske eller annen saklig grunn for dette.

**Tilsvar:** Disse to brukerne får det samme til kaffen som de andre brukerne. Man ser ofte at formkake ikke er grunstig til disse brukerne

på grunn av svelgproblemer. Kaken setter seg fast i halsen. Da får de heller noe annet som for eksempel en frukt eller en saftig kjeks. Dette formidles til andre kolleger fordi det er til beste for brukeren. Jeg har ikke bestemt at det ikke skal være kake til kaffen, men prøvde å gi alternativ hvis det blir problemer med kakene. Personalet vurderer dette fritt, det er opptil hver enkelt ansatt å vurdere hva som er riktig ut fra hva de oppfatter av brukeren.

**Anklage:** Sykepleieren skal ha sagt at noen pasienter kun trenger en yoghurt fra ettermiddag til morgenen dagen etter.

**Tilsvar:** Sykepleieren er klar på at alle brukere får kveldsmat i form av brød eller det lages grøt, eggerøre med mer. I enkelte tilfeller, når bruker har vært sengeliggende, og med nedsatt allmenntilstand, har hun vurdert å gi næringsdrikke, yoghurt eller knust banan når de ikke vil ha vanlig kveldsmat. Hun påpeker at hvis noen har oppfattet at bare yoghurt skal gis har de oppfattet henne helt feil.

**Anklage:** En ansatt mener hun flere ganger har opplevd at pasient NN, som har kronisk urinveisinfeksjon, ikke har fått ivarettatt hygien. Dette merkes ved sterk urinlukt ved inntreden i rommet.

**Tilsvar:** Sykepleieren viser til at NN har en kronisk urinveisinfeksjon og har gjærsopp i blæra. Det skjer utskilling gjennom huden som medfører lukt. Hun steller henne sjelden, men de ganger hun hjelper henne er det spyling, bruk av intimsåpe og engangskluter.

**Anklage:** Flere ansatte skal også ha meldt at sykepleieren ved flere anledninger skal ha uttalt at det ikke er viktig med kroppsvask, og en ansatt skal ved flere anledninger har sett at hun ikke utfører kroppsvask.

**Tilsvar:** Sykepleieren sier at hun foretar kroppsvask nedentil hver kveld på alle brukerne. I tillegg smører hun huden med krem. Det kan riktignok hende at hun har vasket og skiftet bleie tidligere på kvelden sånn at det da før leggetid ikke er nødvendig med vask igjen. Dette blir selvfølgelig sjekket.



**TVST:** Sykepleieren har ennå ikke – ni måneder senere – mottatt noe brev fra kommunen om deres svar til fylkeslegen. Foto: Lars Bryne



ikke tok seg bedre tid til å behandle saken 13. desember før suspensjonsvedtaket ble fattet. Saksbehandling og vurderingene før suspensjonen av de tre ble gjort i løpet av en time, mellom klokka 14.00 og 15.00. Dette til tross for at to av de tre ikke skulle på arbeid før påfølgende ettermiddag.

Det uttales videre i rapporten: «Vi finner imidlertid grunn til å kritisere at man ikke gjennomførte mer og grundigere kartlegging av faktum i løpet av dagen den 13.12.10, blant annet ved at man ikke kontaktet de suspenderte, og ved at man ikke vurderte alternativer. En nærmere kartlegging kunne gitt andre vurderinger, og det synes også som man da i noe større grad kunne gitt de tre en individuell behandling.» Videre heter det: «For de tre er et slikt vedtak svært alvorlig og man må kunne forlange en mer konkret begrunnelse.»

Med henvisning til utsendelsen av pressemeldingen 15. desember 2010 skriver kommunerevisjonen: «Kommunen kunne altså behandlet saken på en mer diskret måte.»

#### **Stevner kommunen**

I begynnelsen av april stevner sykepleieren ved NSF's advokat Oskar Nilssen kommunen inn for Kongsberg tingrett.

I stevningen heter det at suspensjonen av sykepleieren er urettmessig og at Kongsberg kommune har satt grunnleggende krav til saksbehandling til side. Sykepleieren ble suspendert uten at det forelå noen som helst form for forhåndsdrøftelser, på tross av at det åpenbart var anledning til dette. Det forelå ingen avviksrapporter, og heller ikke klager fra verken pasienter eller pårørende.

## **Kjemper for lokalsykehuset**

Helsepolitikkerne i Kongsberg har ikke bare en presset situasjon i pleie- og omsorgstjenesten å stri med. Lokalsykehuset i Kongsberg er i flere runder de siste månedene foreslått sammenslått og nedskåret.

I styremøtet i Vestre Viken i juni, ble det foreslått å flytte akuttkirurgien fra Kongsberg til Drammen. Forslaget ble utsatt i påvente av en større fag- og funksjonsfordeling som starter nå.

Et samlet kommunestyre i Kongsberg står bak et opprop om å beholde akuttkirurgien. Forsvinner den, blir det blant annet

et redusert tilbud ved fødeavdelingen og et generelt dårligere øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Politikerne mener også at en gradvis nedleggelse i tillegg vil svekke omdømmet, slik at det på sikt blir vanskeligere å få tak i kvalifiserte fagfolk.

Fleire kirurger ved Kongsberg har det siste året sluttet, og i juli sa lederen for kirurgisk avdeling i Kongsberg og Drammen opp sin stilling. Ledelsen i Vestre Viken har fått kritikk fra både politikere og ansatte for ikke å ha gjort nok for å skaffe nye fagfolk til de ledige stillingene.

Hele Vestre Viken må spare minst 225 millioner kroner innen årsskiftet. Sparetiltakene fordeler seg utover klinikkene, som går på tvers av de lokale sykehusene.

29. januar 2010 ble fødeavdelingen ved Kongsberg stengt, etter at fylkeslegen hadde mottatt bekymringsmeldinger i forbindelse med dødfødsler ved sykehuset. 15. april 2010 ble avdelingen åpnet igjen, men antallet fødende ved fødeavdelingen gikk drastisk ned, risikokvinner ble sendt til Drammen, i tillegg var det flere fødende som på eget initiativ valgte andre sykehus.



Kommunens handlemåte er ifølge stevningen også i strid med arbeidsgivers omsorgsplikt for sine ansatte. Sykepleieren ble sykemeldt 21. desember, og er fortsatt sykemeldt på grunn av suspensjonen. Dette var ifølge stevningen en sjokkartet opplevelse for henne. Kommunen har bidratt til at denne sjokkerte opplevelsen ble forsterket, ved å sende ut pressemelding, og invitere til pressekonferanse om saken kort tid etter suspensjonsvedtaket. I stevningen heter det videre at: «Sykepleierens omdømme og den tillit hun som sykepleier er avhengig av i sitt arbeid, er helt klart blitt svekket gjennom denne saken.»

Det framsettes krav om erstatning med et beløp fastsatt etter rettens skjønn, og at kommunen dømmes til å betale sakens omkostninger.

Tidspunktet for når saken kommer opp for Kongsberg tingrett er ennå ikke berammet.

### Første rettssak: Retten splittet

Alle de tre suspenderte i Kongsberg kommune stevnet etter hvert kommunen for Kongsberg tingrett. Den 20. juni falt dom i saken til en av hjelpepleierne. Retten delte seg. To av tre dommere mente at kommunen var i sin fulle rett til å suspendere hjelpepleieren.

I dommen heter det at «det er flertallets klare standpunkt at den informasjonen som ble tilført ledelsen var så vidt alvorlige at det kunne lede til avskjed for pleieren. Basert på de opplysninger som kom fram hadde kommunen rimelig grunn til å anta at det var sannhetsgehalt i de opplysningene som ble gitt. Det er således ikke avgjørende at suspensjonen ble opphevet få dager senere».

Mindretallet, den ene av de tre dommerne, mente kommunen hadde «et horn i siden» til pleieren og de to kollegene som også ble suspendert, og benyttet beleilig denne anledningen til å hevde at de tre hadde brutt sine profesjonsplikter på en måte som kunne medføre avskjed. Han viser til at Helsetilsynet ikke fant noe lovstridig, og gikk inn for at kommunen skulle betale hjelpepleieren minimum 75 000 kroner i oppreisning og i sin helhet betale saksomkostningene.

På spørsmål fra Laagendalsposten om hva pleie- og omsorgstjenesten har lært av suspensjonssaken så langt, mener daværende pleie- og omsorgssjef Hilde Enget at saken har bevisstgjort hvor viktig det er å melde avvik.

### Kritikk

Det er altså ikke begått lovbrudd, ifølge den eksterne revisjonen.

Men kommunen har likevel fått kritikk for håndteringen av saken, både fordi det har påført pleierne store personlige belastninger, og fordi den avdekket mangler i praksisen med å melde avvik.

– Måten suspensjonssaken ble gjennomført på har skadet omdømmet til kommunen, omdømmet til institusjonen og omdømmet blant pasienter og pårørende, sier NSF's hovedtillitsvalgt i Kongsberg kommune, Hege Askestad.

– I denne konkrete saken ble det ikke skrevet avvik. De ble formidlet muntlig til ledelsen. Anklagene ble ikke tatt opp med vedkommende, selv om det var god anledning til det, sier Askestad.

– Det er forskjell på å melde avvik på hendelser og avvik på personer. Hvis sistnevnte blir mer regelen enn unntaket kan dette være et tegn på utfordringer i arbeidsmiljøet som ledelsen må gripe fatt i.

En ansatt har ifølge Askestad sluttet ved institusjonen da hun «ble redd for å miste autorisasjonen sin». Hun opplevde et miljø der andre pleiere merket bleier med tussj for å se om nattevaktene skiftet bleier om natten.

– Suspensjonssaken bør bli en alvorlig vekker i forhold til kommunens håndtering av avviksmeldinger, sier Askestad.

– Et problem er hva de forskjellige lederne definerer som avvik. Hvor høyt eller lavt de legger lista. Ser man på antall rapporterte

## «Kommunen mangler helt grunnleggende systemer for å fange opp og følge opp eventuelle avvik.»

Oskar Nilssen, advokat

avvik ved de forskjellige institusjonene virker det som dette varierer blant lederne.

Politikerne har lenge før suspensjonssaken mottatt månedlige rapporter over antall avviksmeldinger.

– Hva de gjør med avviksmeldingene er en annen skål, men de kan ikke unnskyldes seg med at de ikke vet, sier Askestad.

– Det kan oppfattes lettvinnt og på grensa til ansvarsfraskrivelse å



Faksimile Laagendalsposten, 13. november 2007. Eldreomsorgen i Kongsberg ble debattert nasjonalt.



LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Vi har strømpene som gjør dagen lettere for deg



XWEAR.NO  
- det trygge valget

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

Varer og faktura sendes med posten.

NB: Alle varer er sertifisert med Øko-Text Standard 100.





## Om avvik:

Det følger av forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten at virksomheter i den kommunale helsetjenesten skal ha rutiner som sikrer at avvik fra helselovgivningen fanges opp, og at det iverksettes nødvendige tiltak for å forebygge fremtidig svikt. Uten slike rutiner vil de ansvarlige for virksomheten vanskelig kunne følge med på om tjenesten blir drevet forsvarlig eller ikke.

Kilde: Fylkeslegen i Buskerud

skyldte på lav bemanning og mange ufaglærte. Men det er ikke til å komme fra at det er den største grunnen til de mange avvikene. Andre grunner er at ansatte rett og slett ikke vet at man skal føre avvik, eller ikke fått opplæring i hvordan det skal gjøres. En hektisk hverdag gir den enkelte ikke tid til å skrive avvik, så det må eventuelt skje når man kommer hjem. Da blir det ofte ikke gjort. De som tidligere har skrevet avviksmeldinger opplever ikke å få noen form for tilbakemelding. De vet ikke hva som skjer med meldingene og begynner forståelig nok å tvile på verdien av å melde avvik.

– Hva er ditt råd til de ansatte?

– Hvis de ansatte dropper å melde avvik, gir de kommunen rett når den snakker om ukultur blant ansatte. Vi må sammen jobbe for å få et meldesystem som fungerer. Min oppfordring er å fortsette å skrive avviksmeldinger når man opplever feil og mangler i forhold til lov og forskrifter. Kom med forslag til strakstiltak som kan forebygges at det samme skjer igjen, og kom med anbefalinger til forbedringer for framtida, sier Askestad.

Hun har etterlyst et system som gir ansatte muligheter til å skrive eller markere avvik når de skriver rapport.

– Mulighetene ligger der i systemet vårt, men jeg blir avleid når jeg etterspør når det skal være på plass. Ledelsen må følge opp ansvaret sitt, sier Hege Askestad.

## Lukker avvik

På bakgrunn av suspensjonssaken har Sykepleien og Laagendalsposten sammen gått gjennom tilsynsrevisjoner, lukkebreve til Helsetilsynet, årsrapporter, referater fra kommunestyremøter og tidligere mediasaker. I tillegg har vi kontaktet nåværende og tidligere ansatte, politikere, ledere. Noen er åpne, noen anonyme.

Gjennomgangen viser at kommunen helt tilbake til 2000, i år etter år har påpekt i årsrapporter, i brev til Helsetilsynet, i langtidsplaner og i avgitte intervjuer at de jobber med et system for å sikre håndtering av avviksmeldinger.

Men i så godt som alle revisjoner fra Helsetilsynet blir manglende avvikshåndtering eller mangel på interne kvalitetssystemer funnet. (Se tidslinje under på siden)

Kommunen har rapportert tilbake at de har satt i gang tiltak, avvikene fra Helsetilsynet blir så lukket gjennom såkalte lukkebreve.

Likevel: Da suspensjonssaken sprakk, ble det avdekket at det ikke var meldt inn ett eneste skriftlig avvik på påstandene som ble frem satt mot pleierne.

På spørsmål om manglende avviksmeldinger er et ledelsesansvar,

svarer kommunalsjef Enget følgende:

– Spørsmålet til kommunen synes å implisere at svikt i avviksmeldingen utelukkende er et lederansvar, men vår oppfatning er at dette først og fremst er et spørsmål om etikk hos det enkelte helsepersonell. Kongsberg kommune har rutiner for oppfølging av avviksmeldinger på plass, sier Enget.

## Dårligere kontroll med kommunene

Mangelen på skriftlig dokumentasjon i suspensjonssaken har fått Helsetilsynet i Buskerud til å reagere.

– Helsetilsynet har ikke fått god nok dokumentasjonen fra kommunen på hva som egentlig skjedde i denne konkrete saken, sier fylkeslege Ketil Kongelstad.

Helsetilsynet forfølger den ikke videre, men griper fatt i at avvikssystemet synes å være for dårlig.

– Hvor alvorlig er det at avvikssystemene i en kommune ikke fungerer etter hensikten?

– Det er alltid alvorlig når helseinstitusjoner ikke har fungerende avvikssystem, sier Kongelstad.

Fylkeslegen erkjenner at lukking av avvik fra Helsetilsynets side kan være problematisk.

Fylkeslegen erkjenner at lukking av avvik fra Helsetilsynets side kan være problematisk.

– Vi har i utgangspunktet dårligere kontroll med kommunene, siden det ikke er lovpålagt at de har kvalitetsutvalg, og at de heller ikke trenger å melde alvorlige hendelser til oss. Jeg har ikke noe grunnlag for å peke ut Kongsberg spesielt, men mener at kommuner generelt bør bli flinkere til å lære av de avvikene vi påpeker gjennom systemrevisjon. Vi følger dem opp til vi anser dem for å være lukket. Det er til sist rådmannens ansvar å sørge for at andre institusjoner i kommunen tar lærdom av de feilene vi finner.

– Kanskje burde vi gå tettere på rådmann, og ikke bare pleie- og omsorgssjefen eller den enkelte institusjonslederen før vi lukker avvik. Men det er også et kapasitetsspørsmål fra vår side. Det hjelper lite å sette i gang tiltak ved én institusjon, dersom det er forhold som gjelder hele organisasjonen.

I motsetning til kommunene er spesialisthelsetjenesten pålagt å ha kvalitetsutvalg. Utvalgene fungerer i dag som bindeledd mellom Helsetilsynet i fylket og virksomhetene. Kvalitetsutvalgene behandler avvik og er pålagt å melde alvorlige hendelser til Helsetilsynet. I forbindelse med behandlingen av ny helse- og omsorgslov vedtok Stortinget at slike meldinger i stedet skal sendes til Nasjonalt

## 2000: Brudd på lov/forskrift

«Kongsberg kommunes pleie- og omsorgstjeneste har ikke et tilfredsstillende internkontrollsystem.» (Helsetilsynet om helsetjenester til eldre)

## 2001: Brudd på lov/forskrift

«Det foretas ingen systematisk gjennomgang og analyse av de avviksregistreringer som blir foretatt. Det er tilfeldig hvilken konkret tilbakemelding som gis til de som foretar avviksrapporteringen.» (Helsetilsynet om helsetjenester til demente)

«Det er startet arbeid med å utarbeide kvalitetssikringssystem og etablere kvalitetsutvalg i pleie- og omsorgstjenesten» (Årsrapport for pleie- og omsorgssektoren)

## 2004: Brudd på lov/forskrift

«Det foreligger ikke system for å få foretatt registrering av skader, uhell og uønskete hendelser (...)» Helsetilsynet om Bolig og Omsorgsinstituttet som kommunen leier institusjonsplasser av. Kommunen som kjøper tjenestene får ikke avvik, men beskjed fra fylkeslegen om at kommunen må ta konsekvensen av funnene ved senere avtaler.

I 2010 blir det samme avviket avdekket på samme institusjon – med samme kritikk av kommunen.

## 2005: Brudd på lov/forskrift

«Kongsberg kommune sikrer ikke tilstrekkelig stabilitet og kontinuitet i tjenesteytingen.» (Helsetilsynet om helsetjenester til voksne med langvarige og sammensatte behov). Kritikk for at brukere ikke får tjenester i henhold til



kunnskapssenter for helsetjenesten, og ikke danne grunnlag for tilsynsmessig oppfølging. Endringene skal tre i kraft 1. januar 2012.

I høringsrunden til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tok enkelte høringsinstanser, blant andre Helsedirektoratet, til ordet for en lovpålagt plikt til å opprette kommunale kvalitetsutvalg etter modell fra spesialisthelsetjenesten. Departementet ønsket imidlertid å høste erfaringer med ny meldeordning i spesialisthelsetjenesten før man vurderer å utvide meldeordningen til kommunene og eventuelt innføre plikt til å opprette kvalitetsutvalg i kommunene.

Fylkeslege Ketil Kongelstad påpeker at det uansett følger av plikten til internkontroll at kommunene må ha hensiktsmessige rutiner for å håndtere og følge opp avvik, men er positiv til at det vurderes om også kommunene skal ha kvalitetsutvalg.

### Vil ikke ha kvalitetsutvalg

Kongsberg kommune hadde kvalitetsutvalg, men la det ned i 2007, fordi det ikke fungerte etter hensikten.

– Kvalitetsforbedring i tjenesten ivaretas i dag av kommunens kvalitets- og avvikssystem. Avvikshåndtering og kvalitetsforbedringer er primært et ledelsesansvar, jamfør subdelegeringsreglementet og krav til ledelse i lederavtaler. Gjennom omorganiseringer og sentralisering av rutiner og prosedyrer, har vi valgt et helhetlig kvalitets- og avvikssystem for alle kommunens virksomheter, sier rådmann Sommerstad.

Siden 2009 har politikerne fått månedlige tall over antallet avvik.

Sykepleien og Laagdalsposten har sendt spørsmål til politikerne i helse- og sosialutvalget, om bakgrunnen for at kvalitetsutvalget ble lagt ned, og om de følger opp innrapporterte avvik. Ingen av dem har svart.

I forbindelse med suspensjonssaken reagerte lederen av kommunenes eldreråd på at brukerutvalget ved det aktuelle sykehjemmet ikke ble informert om saken.

### Spurte brukerne i 2007

Mens Kongsberg har lagt ned sitt kvalitetsutvalg, går en annen kommune i Buskerud motsatt vei. I februar i år opprettet Nedre Eiker kommune et lokalt kvalitetsutvalg. I mandatet heter det blant annet: «Lokalt kvalitetsutvalg er tjenestestedets/virksomhetens organ for behandling av saker som gjelder sikkerhet for brukere/pasienter, tjenestekvalitet, forbedringsarbeid og internkontroll i barnevern, nav, og sosial- og helsetjenesten. Arbeidet skal være systemfokustert og ta sikte på læring og forbedring.»

Kommuneledelsen i Kongsberg påpeker at de benytter brukerundersøkelser som kvalitetsverktøy. Når Sykepleien og Laagdalsposten sjekker, viser det seg at den siste brukerundersøkelsen ble utført i 2007.

– Den siste brukerundersøkelsen er fra 2007 – mener dere likevel at dette er et godt nok styringsverktøy?

– Jevnlige brukerundersøkelser er en av mange metoder for å innhente styringsinformasjon. Siden 2007 har vi blant annet innført brukerråd ved alle institusjonene, forbedret dialog med eldrerådet, faste møter med pensjonistforeninger, forbedret Ipløs-rapporteringen og Kostra-tall, sier rådmann Astrid Sommerstad.

### – Alvorlige følger

– Det er alvorlig at kommunen kan suspendere en sykepleier uten å ha belegg for det, sier Linda Lavik, fylkesleder i NSF Buskerud.

– Som sykepleier har en et stort ansvar og en må hele tiden gjøre vurderinger. Å bli suspendert før en får mulighet til å forklare seg, er en sykepleiers mareritt. Her er arbeidslivets spilleregler satt til side og det gjør det helsefarlig og utrygt å være ansatt. I dette tilfellet har kommunens håndtering av saken og ikke selve innholdet i saken, fått svært alvorlige følger for sykepleieren, som er langtids-sykemeldt, sier hun.

### Betente saker

Kommunen har vært involvert i flere kontroversielle saker de siste årene. I 2010 forsøkte kommuneledelsen å ansette en ufaglært som leder av hjemmesykepleien. Etter at tillitsvalgte protesterte, ble det til slutt en sykepleier som fikk stillingen. Både lokalavisen og Sykepleien omtalte saken.

Samme år kom det for en dag at kommunen ikke har bedt om, og heller ikke mottatt avviksmeldinger, fra et privat omsorgstiltak de leide plasser hos. I rapporten fra Helsetilsynet kommer det fram at de samme avvikene ble påpekt allerede i 2004 hos omsorgstiltaket. De manglet da et system for registrering av skader, uhell og uønskete hendelser. Kommunen ble bedt om å «ta konsekvensene» av funnene til Helsetilsynet.

Året før hadde rådmannen fått en annen betent sak på bordet:



Faksimile Laagdalsposten, 22. november 2007. Et fungerende avvikssystem kunne avverget krisen i 2007, mener tillitsvalgte.



vedtak mai, juni og juli på grunn av personalmangel og innsparinger. Sommeren 2011 har kommuneledelsen sendt ut brev til alle brukere om at hjemmehjelpstjenestene blir kuttet ned på grunn av vikarmangel.

## 2007: Merknad

«Det fremkom under tilsynet at hjemmesykepleien har et forbedringspotensial hva gjelder å gjøre internkontrollsystemer kjent og implementert i virksomheten, samt etablere lav terskel og god meldekultur for avviksrapportering.» (Helsetilsynet om Hjemmesykepleien – nattjenesten). Viser seg at avviksmeldingene blir oppbevart 45 forskjellige steder. Helsetilsynet uttaler at dette er uheldig praksis.

Ordfører og pleie- og omsorgssjef uenige om hvem som har visst hva i forhold til om informasjon om at eldre ble plassert på vaskerom/trimrom/bad, var registrerte avvik.

Kommuneledelsen uttaler at de «legger seg flat» for kritikken.



Pleie- og omsorgssjef Lisbeth Nymo sluttet i protest. I oppsigelsesbrevet beskriver hun at hun ble trakassert av enkelte politikere. Nymo er nå i en tilsvarende stilling i Øvre Eiker. Hun sier hun har lagt den belastende saken bak seg, og ønsker ikke å kommentere den. Da hun gikk for to år siden uttalte hun følgende:

– Sakene om eldre på lagerrom, som fikk hele landet til å se mot eldreomsorgen i Kongsberg, var forferdelige saker det var tøft å håndtere. Men de var likevel saker som kunne løses. Men når jeg senere opplever trakassering, så kan jeg ikke gjøre noe med det lenger, sa hun i forbindelse med oppsigelsen.

Saken Nymo refererer til er fra 2007. Da ble det avdekket en rekke kritikkverdige forhold i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Eldre hadde ventet på sykehjemsplass i opptil to år. Det viste seg blant annet at eldre ved byens sykehjem bodde på lager, trimrom og på gangen. Avviksmeldingene var spredt på 45 forskjellige steder.

En tillitsvalgt i Fagforbundet gikk ut i lokalavisen og mente at de grove enkeltsakene som ble avdekket kunne vært unngått dersom kommunen hadde et tilstrekkelig system for avvikshåndtering. Kommunen svarte den gang at de året før, i 2006, hadde tatt tak i praksisen rundt avviksrapporteringen.

Etter turbulensen i 2007, advarte fylkeslegen i lokalavisen om at etaten kunne få problemer med å bemanne turnusene. – De risikerer å få problemer med å ansette kompetente medarbeidere. Det kan skade omsorgstjenesten på sikt, sa han da.

### Redd bruker

Før sommeravviklingen i år, manglet kommunen så mange vikarer at pleie- og omsorgsledelsen måtte sende ut brev til brukerne av hjemmetjenesten med følgende beskjed: «Sommeren har kommet og vi planlegger ferier, og i år som tidligere år må vi redusere noe på tjenestene. Vi får fire uker som blir såkalte driftssvake uker, dette gjelder spesielt ukene: 28-29-30-31. For deg som bruker av hjemmehjelpstjenesten vil det bety at vi ikke kommer som avtalt. Dette har sammenheng med at tjenesten ikke har tilstrekkelig med ferievikarer».

På samme tid sto Parkinson-syke Kåre Foldøy frem i lokalavisen og fortalte om sin redsel før sommeravviklingen.

– Jeg føler meg veldig maktesløs. I dag har jeg ligget altfor lenge. Jeg får kramper i bena, når jeg ligger for lenge, dessuten må jeg få medisiner til rett tid for å begrense plagene, fortalte Kåre Foldøy.

Tjenestene som er kuttet helt ned til et nivå som kommunen er lovpålagt å gjøre, er i tillegg presset, slik Foldøy opplever det. Han



**INGER LISE FOLDØY** var bekymret for mannen sin, Kåre før sommeravviklingen i Kongsberg. Foto: Lars Bryne

var i juni engstelig for hva som kom til å skje når feriehøytiden satte inn.

Den dagen han og kona Inger-Lise valgte å varsle lokalavisen, var paret ekstra redde. Kåre skulle få tablettene sine på morgenen, men ble liggende og vente. Han burde for lengst ha vært oppe. Resultatet av manglende medisin er at han både stivner og at symptomene blir verre.

Kåre svetter kraftig og har synlige kramper mens han forteller.

Kvalitetsutvalget – som skal gå gjennom alle avviksmeldinger, legges ned. Begrunnelsen er at det ikke er i bruk.

**2008:** «Kommunen (...) jobber med å etablere avvikssystem.» (Pleie og omsorgsledelsen i sin langtidsplan).

### 2009: Brudd på lov/forskrift

«... journalgjennomgangen viste at skriftlig dokumentasjon av legemiddelbehandlingen er ufullstendig og usystematisk.» (Helsetilsynet om Legemiddelbehandling ved sykehjem)

\* Pleie- og omsorgssjefen slutter i protest. Hun føler seg trakassert av politikere i kommunen.

\* Ifølge rådmann og kommunalsjef settes det i gang en gjennomgang av avvikshåndteringen, og opplæring av ansatte.





De har begge prøvd å ringe pleie- og omsorgstjenesten for å spørre når de kommer, men ble møtt av en telefonsvarer.

– Det syntes jeg nesten ikke går an, sier Inger-Lise.

#### Ikke personlig

– Vær så snill og ikke fremstill det som om vi vil pleierne til livs her. Det er ikke slik. Det er systemet bak dem vi ikke har tillit til, sa de da.

– Begrunnelsen vi får for at hjelpen uteblir, er at de ikke har tid og må videre. Pleierne er under press, fortalte han til lokalavisen.

Kommunen lovt etter avisoppslaget et møte med Kåre.

– På generelt grunnlag ønsker jeg å si at for hjemmesykepleietjenesten er det alltid et hovedmål at vi skal jobbe for klare og tydelig kommunikasjonslinjer. Vi oppfordrer alle brukere til å si ifra om det er noe de ikke er fornøyd med eller ting som ikke blir gjort bra nok. Brukere kan si ifra til de ansatte som kommer hjem til brukeren eller ringe Basen, telefonen er alltid betjent, uttalte pleie- og omsorgssjef Hilde Enget etter at Foldøy og kona gikk ut i lokalavisen med sin bekymring.

Etter noen uker fikk de et møte med kommunen.

– Det virker som rutinene har blitt bedre, og at det hjalp å gå ut i avisen og fortelle om situasjonen, sier ekteparet nå.

#### Kostra under gjennomsnittet

Kostratall som baserer seg på kommunenes egenrapportering av blant annet antall legeårsverk og hjemmebesøk etter fødsel og hvor mange legetimer sykehjemsbeboere i snitt får per uke, forteller at Kongsberg kommune ligger under landsgjennomsnittet på helse-tjenestetilbudet. Kommunen kom på plass nummer 364, av 428 kommuner.

– Dette kommer ikke som en overraskelse, sier kommuneoverlege i Kongsberg, Ole Bjørn Herland, til lokalavisen i forbindelse med rangeringen. Han sier at det jobbes intenst med å forbedre helse-tjenestetilbudet i kommunen – spesielt forebyggende tjenester for barn og unge, og etablere flere lege- og helsesøsterårsverk.

#### Under press

Nå står høsten står for tur. Mye tyder på at det blir tøffe tak for kommuneledelsen også fremover. To av erstatningssakene gjenstår. Samtidig øker sykefraværet blant personalet. I en slik grad at de nå har begynt å rapportere nærvær i stedet for fravær. 96 stillinger i pleie- og omsorgstjenesten sto før sommeren ledige. Særlig er det

mangel på sykepleiere og hjelpepleiere. Og kommunen har innført midlertidig stillingsstopp.

Kultursjefen har derfor måtte fungere som helse- og sosialsjef fram til i sommer. For å spare penger, blir det ikke ansatt noen ny helse- og sosialsjef.

– Kongsberg kommune skal tilby de samme tjenestene, men med et mindre antall medarbeidere, sa rådmannen i forbindelse med ansettesesstoppen.

Politikerne har fått beskjed om at pleie- og omsorgsbudsjettet ikke vil holde, uten at det innføres tiltak. Administrasjonen vil komme med detaljerte kuttforslag utover høsten. Budsjettbalanse er fortsatt et absolutt krav fra rådmannen.

Samhandlingsreformen med flere og sykere pasienter slår inn ved årsskiftet, i takt med at lokalsykehuset blir foreslått nedlagt, bit for bit. Etter det Sykepleien og Laagendalsposten kjenner til, har den uavklarte situasjonen ved Kongsberg sykehus skapt frustrasjon og usikkerhet også i kommunehelsetjenesten.

Kommunens helsetilbud er under press fra flere kanter.

#### Opphevet suspensjonen

Da den suspenderte sykepleieren etter flere dager i angst og isolasjon omsider ble innkalt til drøftingsmøte i desember i fjor, la hun frem sin forklaring på de 17 udokumenterte punktene hun var anklaget for. Sykepleieren ba så kommunen om å oppheve suspensjonen umiddelbart. Suspensjonen ble opphevet samme kveld.

– At påstandene som ble fremsatt ikke lar seg dokumentere, betyr ikke at vi er ferdige med saken. Vi har andre reaksjonsmuligheter, sa personalsjefen til lokalavisen etter at suspensjonene for alle de tre ansatte ble opphevet.

I juni var Kåre Foldøy så fortvilet og redd over at systemet som skulle sørge for ham ikke fungerte, at han ringte til lokalavisen. Han gruet seg til sommeren. I Kongsberg sitter en sykepleier som ikke har vært på jobb siden desember i fjor. Hun gruer seg til høsten.

#### Vil se på rutinene

– Det vil være grunn til å be om en orientering og gjennomgang av eksisterende systemer og rutiner, sier ordfører Vidar Lande.



Faksimile Laagendalsposten, 22. november 2007. Avviksmeldinger ble oppbevart på 45 forskjellige steder.

#### TIPS OSS

Har du tips fra din kommune som du ønsker at vi skal se nærmere på?

Kontakt oss på firmapost@sykepleien.no



## 2010: Brudd på lov/forskrift

«Kongsberg kommune har ikke bedt om, og heller ikke mottatt avviksmeldinger fra de private tiltakene.» (Helsetilsynet om bruk av private institusjoner til pleie- og omsorgstiltak). De samme avvikene ble påpekt i 2004.

\*Desember: Suspensjonssaken – det viser seg at avvikshåndtering ikke har fungert som den skal. «Ingen avvik på påstandene registrert.»

## 2011:

Helsetilsynet ber om redegjørelse for hva kommunen har gjort for å sikre avvikshåndteringen ved institusjonen de suspenderte arbeidet ved.

Et eksternt firma kobles inn for å se på arbeidsmiljøet.

Kommunen hadde opprinnelig frist 1. mai med å svare Fylkeslegen, denne ble utsatt to ganger, til 28. juni. Da manglet det fremdeles skriftlig dokumentasjon på rutineendringene.





# Teknologi skal hindre avvik

Automatisering skal forbedre kvaliteten på medikamenthåndteringen i Kongsberg.

Tekst og foto Lars Bryne/Laagendalsposten



**HINDRER FEIL:** En automatisk pillemaskin holder orden på dosering og dokumentasjon, forteller Rannveig Aker, seksjonsleder ved Skinnarberga bo- og rehabiliteringssenter.

**H**åndtering av medisiner er en kategori hvor det hyppig registreres avvik i Kongsberg kommune.

– Vi prøver ut et automatisk medisinkabinett som holder orden på dosering og dokumentasjon, forteller seksjonsleder Rannveig Aker ved Skinnarberga bo- og rehabiliteringssenter i Kongsberg.

Sykepleiere må logge seg inn, finner navnet på personen, og vips – maskinen spytter ut medisinerne som er foreskrevet.

## Frigir tid

– Det er ikke mange kommunale institusjoner i Norge som har dette utstyret. Vi har hatt det på prøve i noen måneder, og vi ser

at maskinene gjør det vi ønsker, sier Rannveig Aker.

Sykepleierne har en egen profil i dataprogrammet. Alle bevegelser registreres.

– Manuell telling og protokollføring er tidkrevende. Dette systemet gjør at vi kan frigjøre tid til andre oppgaver, sier hun.

Maskinen har full kontroll på mengdene som gis ut og hva som er igjen i skapet.

Den tradisjonelle tralla finnes fortsatt, og det føres inn med penn i perm. Men det spørres om ikke de automatiske systemene vil ta mer og mer over.

## 24 timers datastøtte

Rannveig Aker ved Skinnarberga forteller at mengdene av medisiner har steget betraktelig.

– Eldre brukere i dag bruker mer og mer medisiner. Antallet medikamenter har flerdoblet seg på få år. Der det tidligere var ett preparat for hjertesvikt, fins det i dag ti. Det er tabletter, flytende miksturer og sprøyter. Det å gi rett medisin til rett person til rett tid, er mer utfordrende enn bare for få år siden.

– Vi har også god hjelp i at apotekene pakker medisin. Der vi tidligere hadde en kopp som ble pakket og administrert av pleierne, kommer mye ferdigpakket. Vi vil jo helst bruke tid på pasienten, ikke administrative oppgaver, sier Aker.

Men der teknologien er en hjelper, blir systemene utfordret ved feil.

– Kongsberg kommune har vært tidlig ute med datateknologi, men det har vært en del problemer. Om våre folk ikke får logget seg inn, er dette avvik som meldes inn. Feil i datasystemene er alvorlig i dag. Avviksmeldinger om dette i kommunen, har blant annet ført til at det nå er 24 timers vakt på datastøtte, sier hun. ■■■

# Tolking

Registrer deg på [www.semantix.no](http://www.semantix.no)

Da får du fri tilgang til:

- eTolk, vårt bransjeledende bestillingssystem
- webinar om riktig bruk av tolk
- et smakfullt hjelpemiddel for grenseløs kommunikasjon

[www.semantix.no](http://www.semantix.no) | tel. 02510

TOLKING | OVERSETTELSE | SKRIVETJENESTER





**SenSura<sup>®</sup> Mio**



## Passer til forskjellige kroppsfasonger Føles sikker

### Tilpasser seg kroppens konturer

SenSura<sup>®</sup> Mio er en ny colostomipose fra Coloplast. SenSura Mio's hudplate er basert på BodyFit™ Technology. Den er elastisk og føyelig, slik at den tilpasser seg konturer, brokk, arr, hudfolder og andre ujevnheter på magen. I tillegg føyer den seg etter kroppens naturlige bevegelser.

For mer informasjon, gå inn på [www.coloplast.no](http://www.coloplast.no)



Ostomy Care  
Urology & Continence Care  
Wound & Skin Care

 **Coloplast**

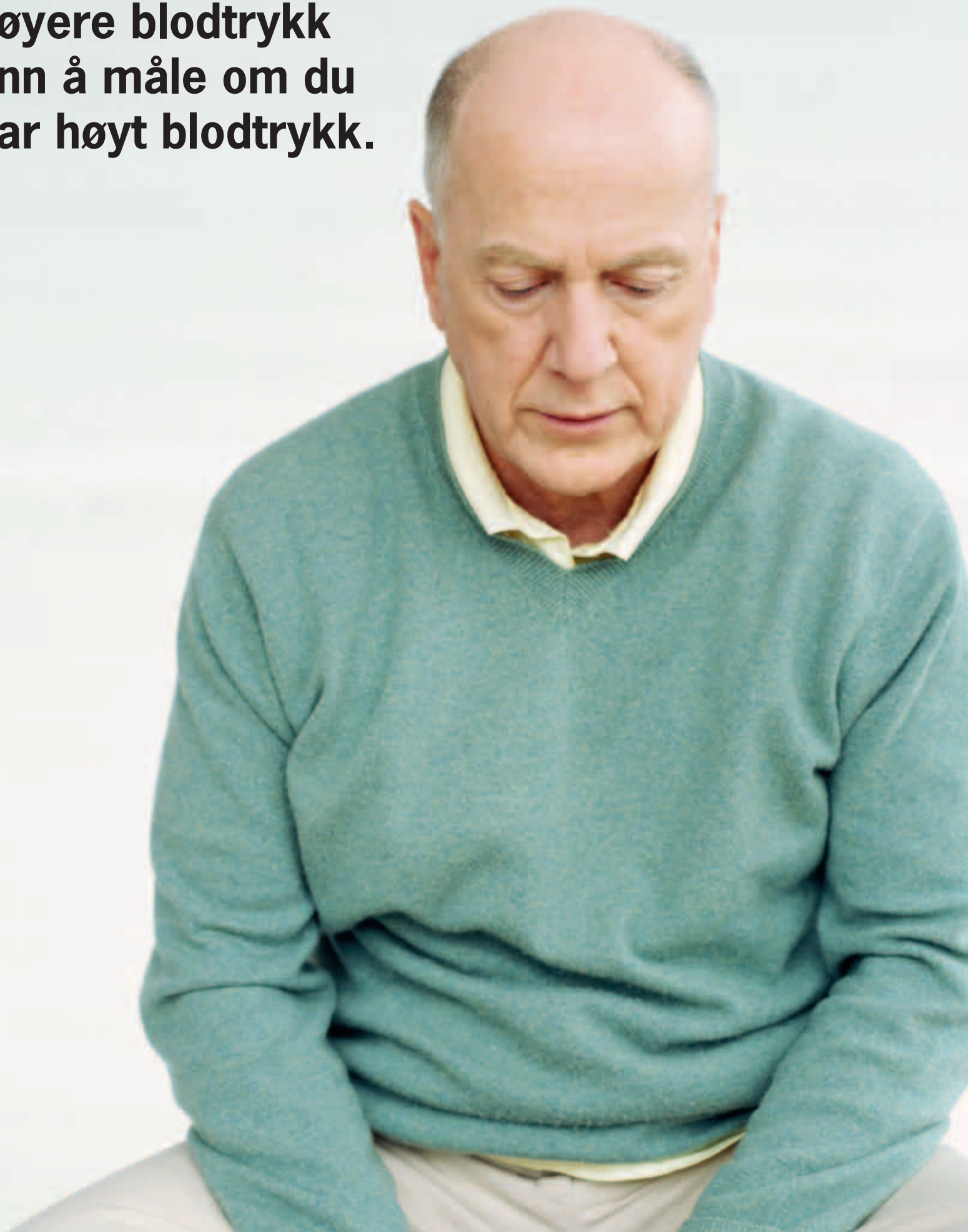
Coloplast utvikler produkter og tjenester som gjør livet enklere for mennesker med personlige medisinske behov. Vi samarbeider tett med brukere av våre produkter og utvikler løsninger tilpasset deres behov. Vi kaller dette intimsykepleie. Våre forretningsområder inkluderer stomi, urologi og kontinens,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

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

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

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

**Ingenting gir  
høyere blodtrykk  
enn å måle om du  
har høyt blodtrykk.**







## Et produkt og en metode som sikrer korrekt måling av blodtrykk.

**Det er en kjent sak at mange pasienters blodtrykk stiger bare ved tanken på legebesøk, undersøkelse, venteværelse og hvite frakker. I tillegg finnes mange feilkilder i forbindelse med måling av blodtrykk.** (1)

Feil på måleutstyret, mangelfull kalibrering, slitasje, feil deflasjonshastighet, unøyaktige avlesninger, trykk-mansjetter i feil størrelse og resultater basert på kun én måling, er noen. Og selv om det er bred enighet om at hypertensjon ikke kun kan defineres ut ifra tallverdier fra en blodtrykksmåling, så kan ukorrekte målinger gi pasienten unødige bekymringer og utførende lege feil beslutningsgrunnlag for diagnose.

Enimed kan tilby høykvalitets diagnostisk utstyr for nøyaktig (2) og effektiv måling av blodtrykk.

Ustyret er produsert av det kanadiske **Bp TRU Medical Devices Inc.** Selskapet har lang erfaring med å utvikle og produsere medisinsk utstyr som sikrer nøyaktighet og korrekte målinger, forbedrer pasientens trygghet og effektiviserer pasientbehandlingen.

### Når gjennomsnittet er det som teller.

Bp TRU-apparatet er en automatisk, non-invasiv blodtrykksmåler - portabel og kompakt i størrelse. Den unike metoden baseres på etablering av en adekvat

gjennomsnittsverdi for diastolisk og systolisk trykk, gjennom 6 målinger i sekvens, der første måling alltid strykes fra gjennomsnittsmålingen.

Med apparatet kan blodtrykket måles automatisk (3) og uten lege tilstede under målingen, slik at den såkalte "white coat" -effekten reduseres. (4) (5)

Apparatet kommer med 3 ulike mansjettstørrelser. Alle data blir presentert direkte på en kompakt dataskjerm, og denne har USB-port for elektronisk overføring av data til pasientfiler.

Apparatet er tatt i bruk av norske medisinske poliklinikker, spesialistpraksiser og allmennleger.

Ta kontakt for referanser og informasjon om utstyret.

**Apparatet kan bestilles kostnadsfritt for prøve i 14 dager.**



**Pris komplett:**  
**9.500,-** eks.mva

1) American Journal of Hypertension – Vol. 18, Issue 5, Suppl. 1- 2005 May, page A47  
2) Blood Pressure Monit. 2004 Feb.; 9(1), p. 39-45, p. 47-52  
3) Blood Pressure Monit. 2005 Oct.; 10(5), p. 257-262  
4) American Journal of Hypertension- 2003 June, p. 494-497  
5) Journal of Clinical Hypertension (Greenwich) 2007 Apr. 9/4, p. 267-270.

enimed.no 

# Der ute

## Les mer om:

- 44 Astrids lillesøster ›
- 48 Omstridt direktør fikk viljen sin ›
- 53 Vil jobbe på Østfold-sykehuset ›
- 56 5 minutter er nok ›
- 60 Smartpris 2011 ›
- 62 Skadet på kropp og sjel ›



**sykepleien.no**

› Nye fagartikler på sykepleien.no



## DER UTE DYREASSISTERT TERAPI - OSLO



### Utdanning i dyreassistert terapi:

- › 36 timer teori fordelt på tre helger
- › Minimum fem praktiserings timer, en av dem med barn

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

# Tospannet

**D**agen startet med et bad. For i dag skal storpuddele Sara og eier Kari Dyrdal på sykehus for å trene.

Den myke krøllete pelsen har kvittet seg med mest mulig allergener.

Likevel: Når Sara hopper ut av bilen utenfor epilepsisenteret ved Oslo universitetssykehus, tar Dyrdal fram børsten. Maksimalt av allergenene skal vekk før Sara skal jobbe. Slik er reglene.





Kongepuddelen Sara (2) utdanner seg for å jobbe på sykehus. Som assistent til sykepleier Kari Dyrdal.



### Smart hund

De to har vært her før og hatt praksis. I januar begynte de på utdanningen i dyreassistert terapi. Kari Dyrdal er intensivsykepleier på Aker sykehus. Sara tilhører hunderasen som er rangert som nummer to på listen over de smarteste hundene.

Sindre Indresand (16) og Rebekka Asplund (11) er på opphold her på epilepsisenteret. Begge er vant med

hund, og nå skal de treffe Sara.

Hun får på seg arbeidsantrekket; en gul vest, der det står «terapihund under utdanning».

– Å, så myk pels, sier Rebekka.

Sara strekker på beina, så magen nesten er i bakken. Hun demper seg selv, forklarer Dyrdal.

– Hun er gira, men vet at hun må roe seg.

Dyrdal tar med seg sekk og bag fylt med utstyr. Sara får ikke komme

inn på sykehuset. Fare for allergi og smitte er sumentene.

De slår seg ned på en svær gressplen og Dyrdal gjør klar til agility – hinderløp for hunder. Sara kan hoppe gjennom en rockering og løpe gjennom en rød stofftunnel på kommando. Dyrdal viser, og Rebekka og Sindre får prøve. De kaster hundeleker – Sara henter.

Sier Dyrdal «pang!», legger Sara seg på rygg som om hun er død.

### Rose, ikke kjefte

På et oppdrag kan teamet ha fra ett til seks barn, avhengig av fasiliteter og hvor mye de ansatte er involvert. Med fotograf på slep og observerende mødre et stykke unna, er Dyrdal mer stresset enn vanlig. Det smitter over på hunden, mener hun. Sara hopper, og det er ikke lov.

Lurt å roe seg. Dyrdal tar fram et potespor-mønstret teppe til hunden og ett større til folk. Hun bretter dem ut på gresset, her er plass til alle. Sara legger seg, hviler og tar imot store mengder kos fra de to unge. Hun får vann i en skål og tar for seg i varmen. Litt vann i pelsen kjøler også ned.

Etterpå leker de igjen. Dyrdal forklarer og de unge er lydhøre. Ikke noe sykdomssnakk, bare hundepprat.

– Hunder lærer best når de får ros. Ikke av kritikk og kjefte, sier Dyrdal.

Etter en knapp time er økten over.

– Kjempesnill. Nydelig. Flink. Og pen, er 16-åringens dom.

– Hun er veldig søøøt, sier 11-åringen.

De to mødrene vil også hilse på hunden, og det blir enda mer kos for Sara som velvillig tar imot. De er ikke i tvil: Hund på sykehus er bra for barna deres.

Dyrdal konkluderer med at Sara nok hadde strøket i dag hvis det var eksamen.

– Hun hoppet litt opp. Det skal hun ikke. Og helst skal hun ikke bjeffe.

Men hun mener Sara likevel er eksamensklar.

### To storpuddler

Dyrdal hadde ønsket seg hund lenge. Men det er ikke enkelt å kombinere hund med 100 prosent turnus. I 2003 ble hun 50 prosent ufør på grunn av muskelsykdommen myasthenia gravis. Da skaffet hun seg storpuddelen Ayla, som nå er åtte år. De begynte å trene agility. Ayla var tålmodig og barnevennlig. Tanken på å trene henne til terapihund, begynte å spire. Men så fikk Ayla epilepsi. Det ble vanskelig å fortsette å trene.

Hun skaffet seg en kongepuddel til; Sara. Også hun egnet seg for omgang med barn. Sist høst meldte Dyrdal seg på kurset i Norsk organisasjon for dyreassistert terapi (Nodat).

Sara ble sjekket: Tar hun dressur? Er hun sosial? Vil hun bli klappet?



**TILLIT:** På eksamen må Sara blant annet vise at hun lar seg innkalle av en fremmed. Ikke noe problem for Sindre Indresand.



**UNIFORM:** Sara har arbeidsantrekket på når hun er på jobb.

Kan hun bli forlatt hos en fremmed? Tåler hun plutselige lyder? Og Sara besto testene.

#### Lettest å trene hund

Dyrdal har ikke barn selv, men vil gjerne bruke hunden for å jobbe med barn, helst på sykehus.

– Dyreassistert terapi er nytt i Norge. Det er mest snakk om hest. Men hund er lettest å trene.

Mens allergi og zoonosis (smitte mellom dyr og menneske) er skrekken i Norge, har hunden kommet seg inn på sykehus i USA:

– Jeg har sett film der hunder beroliger barn på preoperative avdelinger, forteller Dyrdal.

er hun vant til å observere pasienter. Det betyr at hun for eksempel kan følge med om barna får epilepsianfall under lek med hunden. Noen anfall kan vare bare noen sekunder.

Hun viser til at samvær med hunder reduserer stresshormonet kortisol og øker velværehormonet oxytocin.

– Hunder reduserer angst og depresjon og virker smertelindrende. Det siste er påvist i rottestudier. Men det gjenstår god forskning på området.

Barn med autisme, ADHD og skrive/lærevansker kan ha nytte av samvær med hund. Også barn som pårørende. Dyrdal tror hun og Sara kunne jobbet både på kreftavdelin-

av å knytte seg til en hund. Og det er vel bra at et barn får oppleve en halv time med mindre smerter.

Dyrdal påpeker at særlig barn og eldre knytter seg lettere til et dyr. På sykehjem får hundene komme inn.

#### – Parfyme er verre enn hund

Dyrdal synes allergiskepsisen på sykehus er overdrevet. Man kan legge til rette for ikke å plage allergikere.

– Et tiltak kan være å lukke døren til pasientens rom. Vi trenger ikke være i et oppholdsrom. Parfyme er dessuten verre. Og ingen spør folk om de har kost med en hund før de går inn på sykehuset.

Pudler har for øvrig lite allergener og røyter ikke. For å bli godkjent som terapihund, må Sara være pålitelig, forutsigbar og kontrollerbar. Dressurkurs hører med, det har Sara fra før.

– Vi tenker også hundeetikk: Hvor lenge skal de jobbe? Hvor ofte skal de ha pauser?

Regelen er: 18 timers hvile i døgnet. Maks to timer på en sesjon. Noe fulltidsjobb blir det altså ikke på Sara.

– Det er større krav til skjerming av hunder som jobber med mennesker enn for eksempel de som leter etter stoff.

#### Må huske utstyr

Ti ting må hun huske å ha med til assistenten sin når de er på jobb:

## «Vi tenker også hundeetikk: Hvor ofte skal de ha pauser?»

Kari Dyrdal

Når hunden er godkjent terapeut, må den gjennom en helseundersøkelse og blant annet avgi en avføringsprøve.

– Men hunder kan ikke være der man må kle på seg for å beskytte mot smitte, for eksempel med mrsapasierter.

#### Reduserer stress

Dyrdal kan tenke seg at hun og Sara kan være et team som kan rykke ut til forskjellige oppdrag. Som sykepleier

gen, intensiven og hjerteavdelingen.

– Og for barn med overvekt er lek med hund bra. Da tenker de ikke på at de er i aktivitet.

– Men er ikke terapi med hund et luksugode?

– Det kan bli sett sånn. Men hvis det viser seg at syke kommer seg raskere med slik terapi, er det jo lønnsomt. Vi vet at pasienter med nær familie kommer seg fortere. De som ikke har nære rundt seg, kan ha nytte



**OPPDRAGET UTFØRT:** Jobben er over og Sara er igjen i sivil.





Rebekka Asplund synes hun er søt.



**KOS:** Sara liker både å kose og leke. Barn på sykehus får noe annet enn sykdom å tenke på i hennes nærvær.

Vann og vannskål, godbiter, leker, vesten, identifikasjonskort, hundeposer, børste, klesbørste (til barna), håndkle (til å tørke eventuelle skitne labber), teppe.

Barna har gått. Sara får av seg vesten, nå er jobben gjort. Men de kan ikke gå rett i bilen.

– Nei, Sara liker ikke å kjøre bil. Hun ville opplevd det som en straff. Derfor må vi gjøre noe hyggelig først.

Dermed er det fram med lekene igjen. Dyrdal kaster. Sara henter. Hun får aldri nok.

#### Vellykket

– Vi har ikke prøvd veldig mye, men jeg er positiv. Vi har mange barn her over lengre tid, sier Reidun Bruland,

dagansvarlig sykepleier på post D, som er for store barn.

– Noen har dyr de savner. Noen kan slite med tilknytning. Å bli fortrolig med dyr er lett. Mange opplever mobbing hjemme. Hunden viser tillit. Dette har vært veldig vellykket.

– Er dette noe sykehuset kan betale for?

– I disse innsparingstider? Jeg anbefaler det, men det får vi aldri på budsjettet. Vi kan bruke gavepenger, men det er jo opp og ned hvor mye vi får hvert år.

– Kommer hunden inn på sykehuset?

– Nepe. En del er allergisk. Vi må ha regler. Men det er bra at barna kommer seg ut. De pleier å få færre anfall når de er i aktivitet, sier Bruland.

Terapihunder kan kun få betalt når

de blir brukt innenfor eiernes egen jobb – hvis eier er fagperson som sykepleier eller psykolog. Ellers jobber de som frivillige.

Når team Dyrdal/Sara er ferdig utdannet, håper Dyrdal å bli brukt av arbeidsgiveren sin, som er Oslo universitetssykehus.

– Hvor mye kan Sara kreve i lønn?

– Det har jeg ikke undersøkt. Det er heller ikke det viktigste for meg, sier Kari Dyrdal.

Hun føyer til at en fagansvarlig sykepleier som ønsker å bruke terapihund, kan be Nodat om et team som kan stille opp frivillig. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**

## Mindre stress med ku?

Sykepleier Gunn Pedersen forsker for å finne ut om mennesker får stigning av hormonet oksytocin når de er sammen med husdyr. Dette er del av et masterstudium på Universitetet for miljø- og biovitenskap.

– Beskrivende studier viser at det er en slik positiv effekt. Men det trengs kvantitativ forskning om fysiologiske effekter.

Forskningen hennes omfatter analyser av blodprøver tatt av forsøkspersoner under sam-

vær med ku. Oksytocin demper stress og angst og er det samme som man finner hos mødre som ammer. Resultatene er klare over sommeren.

Ellers jobber Pedersen mest med hund. Hun er fagansvarlig og kursinstruktør i Norsk organisasjon for dyreassistert terapi (Nodat).

– Foreløpig driver Nodat mest med hund. Men etter hvert vil vi muligens utvide til større dyr som hest, sier Pedersen.

Foto: Colourbox



Søsteren hadde Downs syndrom. Etter hun døde, måtte Norunn Amundsen skrive.

# Astrids lillesøster

**P**å bordet ligger boken med tittelen «Storesøster Astrid». Det er bare et halvt år siden psykiatrisk sykepleier Norunn Amundsen debuterte som forfatter. Historien mellom permene starter lenge før – da Astrid ble født. Hun hadde Downs syndrom.

På en kafé i Bergen forteller Amundsen om positive reaksjoner på boken, også fra sykepleiere.

– Både fra kjente og ukjente. Mange kjenner seg igjen.

Amundsen kunne ikke skrive denne familiehistorien så lenge moren og faren levde.

– Det ville blitt for utleverende.

Norunn Amundsen er født i 1947. Da var Astrid fem år. I boken beskriver Norunn en blid søster som det er lett å leke med: Tindrende øyne, fast og god å klemme på, hjertelig latter.

Men Astrid vokste opp i en tid da slike som henne ble gjemt vekk.

– Hensikten med boken er å skape

«Du er ikke frisk, du! Min mor sier det! Du er ikke slik vi andre er!» Det er naboenta som sier disse skremmende ordene til Astrid. Lillesøster Norunn kjenner uroen. Utsagnet er en bekreftelse på noe hun egentlig vet. Hun vil gjerne forsvare søsteren sin, men får ikke fram en lyd.

Boken veksler mellom varme skildringer av søsteren og såre minner om uforstandige voksne. Den observante lillesøsteren merker seg tonefallet og blikkene de sender hverandre. Og fordi hun ikke forstår, glemmer hun det aldri.

## Byttinger

Da Astrid ble født, ble slike som henne kalt både åndssvake, evneveike, idioter og byttinger. Moren kjempet både mot sine egne reaksjoner og bygde-



– Da jeg selv skulle ha barn, var jeg redd det kunne være arvelig. Men barna mine var velskapte. Da sa mor bittert: «Det er ikke alle forunt å få et friskt barn».

**«Da Astrid døde, sa en slektning: Det kan ikke være det store savnet.»** *Norunn Amundsen*

debatt om holdninger, forteller forfatteren over kafébordet.

Erfaringene med en søster som var annerledes har gjort henne sensitiv for egne og andres fordommer til de sårbare. Det ligger i ryggmargen og har preget hennes yrkesliv som sykepleier.

## – Du er ikke frisk

Det tok tid før hun skjønnte at Astrid var annerledes.

sladder. Da hun ble gravid igjen, ville hun ta abort, i angst for å få nok et unormalt barn. Men mannen og legen nektet henne det, slik de kunne den gangen. Norunn ble født.

To år senere skilte foreldrene seg. Belastningen ble for tøff for dem. Derfor vokste ikke søstrene opp sammen, men de møttes hver sommer.

– Mor skjemptes over Astrid. Hun ble bitter, forteller Norunn.

## Som sirkusdyr

Da foreldrene skilte lag, ble Astrid boende hos far på Frekhaug nord for Bergen. Norunn fikk en omflakkende oppvekst og flyttet mellom mor og ulike slektninger, på landet og i byen.

Faren mente Astrid kunne utvikle seg mye hvis hun fikk skole og sosial omgang. I årevis søkte han om plass for datteren på skoler og institusjoner i hele landet. Det ble avslag på avslag.

Men da Astrid var 12 år, fikk hun plass på antroposofiske Helgeseter i Bergen. Faren fikk rett. På Helgeseter blomstret hun. Norunn Amundsen tror det var en lykke for søsteren.





Men det var stadig hendelser. Det ble Norunns jobb å hente Astrid på Helgeseter når hun skulle hjem på besøk. På disse turene merket de folks holdninger. Hun husker familiefaren som stoppet dem på veien for å forklare sine barn hva som var galt med Astrid. Som om de var sirkusdyr.

– Da Astrid døde, sa en slektning til meg: «Det kan ikke være det store savnet. Du har jo aldri hatt en skikkelig søster.»

Søsteren fikk som godt voksen egen leilighet. For velfungerende Astrid var det mange fordeler med det. Men som pårørende følte Norunn Amundsen seg ofte tilsidesatt av personalet i boligen.

#### Trygg på de avvikende

Norunn Amundsen giftet seg ung og fikk barn før hun var ferdig utdannet sykepleier. Hun skilte seg da barna var åtte, seks og tre år og ble alene om omsorgen. Det ble mange år med mye ansvar, mye jobbing og dårlig økonomi. Barna hennes ble stadig dratt med på diverse avslutninger på Helgeseter, noe de er glade for i dag.

– Særlig datteren min, som er spesialpedagog. Hun sier hun fikk mye gratis.

I mange år var Amundsen hjemmesykepleier på Os utenfor Bergen.

– Jeg fikk ansvar for psykiatrien. Jeg var trygg på dem som var avvikende, mens mange av mine kolleger var redd for å gå hjem til dem.

Hun videreutdannet seg til psykia-

#### Måtte skrive

Etter at Astrid døde sommeren 2005, 63 år gammel, ville en kristen sekt ha minnestund for Astrid. Under nattverden drakk alle av samme bolle.

Dette var i fugleinfluensaenes tid, og Norunn kjente seg ille til mote da hun selv skulle ta imot vinen, som også Astrids venner fra bofellesskapet hadde drukket av.

**HUSKER MYE:** Norunn Amundsen ble tidlig oppmerksom på blick og tonefall som handlet om søsteren Astrid.

## «Jeg var trygg på dem som var avvikende.» Norunn Amundsen

trisk sykepleier og har blant annet jobbet med schizofrene. Hun kontaktet fagpersoner for å skape et forum for pårørende til demente og arbeidet for at de og mennesker med langvarige psykiske lidelser skulle få primærlege. Siden ble det hivforebygging. Deretter jobbet hun på en arbeidsplass for 20 arbeidstakere med alvorlig psykisk lidelse. Også der tok hun tak i foreldete holdninger.

– Og da tenkte jeg at jeg er ikke bedre enn andre.

– Mange sykepleiere vil vel forstå ditt ubehag?

Hun ler.

– Jo, men igjen: Vi må være bevisst våre egne holdninger.

Astrid hadde blitt del av den kristne sekten uten at de pårørende hadde fått vite om det. Sekten brukte ritualer som Amundsen opplevde fremmed





**ASTRID:** Astrid var en blid og god søster, synes Norunn Amundsen. På Helgeseter utfoldet hun seg blant annet med å støpe lys. Hun ble 63 år gammel.

og skremmende. Etter en seanse der presten brukte rykende metallkuler for å fordrive onde ånder, måtte Amundsen skrive ned opplevelsen for å bli ferdig med det. Det ble begynnelsen på bokprosjektet. Inspirasjon fikk hun også da hun ryddet etter farens død.

– Da så jeg ordlyden i alle avslagene og skjemaene. Ett spørsmål var hvilke seksuelle avvik Astrid hadde. Hun var sju år gammel. Far hadde bare satt en tankestrek som svar.

#### Usikre om Downs

Fortsatt er mange usikre i sitt møte med Downs syndrom. Amundsen får høre mange historier:

– En venn hadde en kollega som fikk et barn med Downs. Den ny-

Som barn fant Amundsen fort ut at hun ikke kunne spørre og grave.

– Men jeg observerte det non-verbale. Jeg vennet meg til å være sensitiv og lese mimikk. Jeg lærte meg å være imøtekommende og smilende.

– Men ikke selvutslettende?

– Jeg kjente ikke skam, jeg kjente sinne. Oppveksten har gitt meg anledning til å tilpasse meg ulike miljø. Å være hjemmesykepleier for folk i fine hus der man synker i tepper til knærne, er like naturlig for meg som å pleie en som bor i en hytte uten innlagt vann.

#### Kritisk til integrering

At alle skal ha egen bolig og integre-res, er hun kritisk til:

diet? Ingen. Det er å skape isolasjon og stigmatisering. Astrid hadde venner. Hun var flink i sine ting. Hun kunne hevde seg blant likesinnede.

#### – Bytt rolle i hodet

Barna hennes er nå rundt 40 år. Hun har 12 barnebarn og et bonusbarnebarn. Samboerskap er hun ikke interessert i.

– Jeg er vant til å klare meg selv, er nok blitt ganske selvstendig.

– Hva vil du si til andre sykepleiere?

– At vi må tenke oss inn i pasientenes situasjoner, prøve å bytte rolle i hodet. Også overfor pårørende. Jeg føler de ofte blir sett som plage.

– De kan også være det?

– Det kan de. Utfordringen er å forstå det når de er det.

En mann passerer bordet vårt. Han ser Amundsen og tar henne i hånden.

– Det var så kjekt da vi jobbet sammen, sier han og forsvinner.

– Han var tilsynslege på Olaviken alderspsykiatriske sykehjem, og foreleser på kurs om hivforebygging og demens, forklarer hun.

På tide å dra hjem. Hun skriver stadig, og går på kurs.

Nå øver hun seg spesielt på å skrive dialoger.

– Som sykepleier har jeg fått trening. Vi skal jo beskrive situasjoner. Det er godt å være i en gruppe, lese høyt det man selv har skrevet – og få tilbakemeldinger. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**

## «Jeg vennet meg til å være sensitiv og lese mimikk.»

Norunn Amundsen

bakte faren hadde problemer med å ta i barnet sitt. Vennen min sendte et gratulasjonskort og skrev «så bra at barnet kom til deg». «Var det galt?» spurte han meg.

En annen bekjent traff for lenge siden en mor med baby. Hun kikket nysgjerrig oppi barnevognen. Der så hun en baby med mongoloide trekk.

– Hun ble så betuttet at hun ikke sa et ord. I alle år har hun hatt dårlig samvittighet for sin reaksjon. Hun har lurt på om hun ga moren en ekstra belastning.

– En venn har et barnebarn med en sjelden kromosomfeil. Hun er 15 år, men er på nimånedersstadiet. Hun kan bare si mamma. Likevel – hun skal på vanlig skole. Helse og sosial på videregående. Med hvilket utbytte? Hun vil få angst og uro, bli redd, utagerende.

– og veldig sliten etter hver skoledag.

– Er slik integrering et tilbakeskritt?

– Ja, jeg synes det. De best fungerende får det bedre, for eksempel dem med Downs som har tale. Andre blir det mer tilfeldig med. Hvem vil bli venner med jenta på nimånederssta-



# Bli med til spennende Cuba!

Kun  
**19.990,-**

Avreise 12. januar 2012

Nå har du sjansen til å oppdage fantastiske Karibia med andre sykepleiere!

Denne 11-dagers turen gir deg alle Cubas høydepunkter. Vi skal oppleve alt fra vakker natur i Viñales-dalen til karibisk stemning med masse historie i Santiago de Cuba. Vi skal innom de største severdigheter som du ser i dagsprogrammet, og som noe helt spesielt skal vi besøke en barneskole i hovedstaden gamle bydel.

Reisen starter i Cubas hovedstad, Havana, som byr på fin koloniarkitektur og en levende stemning. Glad musikk pipler ut av alle bygningene, og gamle amerikanerbiler ruller ned gjennom de sjarmerende gatene.

Herfra går turen vestover til Cubas vakreste natur i Viñales-dalen. I Pinar del Rio får du lære den edle kunsten å rulle sigarer, for dette er sigarens hjemland. I Cubas østlige del stifter du bekjentskap med Santiago de Cuba, Cubas tidligere hovedstad som spilte en spennende rolle i Fidel Castros revolusjon på 50-tallet.

Vi skal også innom de hyggelige mindre byene Bayamo, Camagüey og Sancti Spiritus, hvor du kommer helt tett innpå cubanerne og det er vanskelig å ikke la seg smitte av livsgleden man møter. Så skal vi innom Trinidad, som ligger vakkert til, som et levende museum, ved det Karibiske hav. Her skal vi nyte den fantastiske stranden. Reisen avsluttes med en dag i Havana.

**Avreise: 12. januar 2012**

**Pris: Kr. 19.990,- (Tillegg for enkeltværelse, kr.1.590,-)**

## Prisen inkluderer:

- Norsk reiseleder
- Helpensjon fra middag dag 1 til frokost dag 10
- Fly Oslo – Havana – Oslo
- Fly Havana-Santiago de Cuba
- Utflukter ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom)
- Europeiske skatter og avgifter

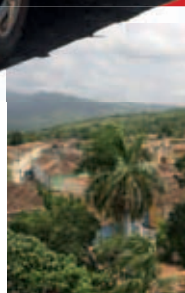
## Informasjon og påmelding

Les mer på [www.albatros-travel.no/sykepleien](http://www.albatros-travel.no/sykepleien)

Albatros Travel, tlf. 800 58 106,  
e-mail [info@albatros-travel.no](mailto:info@albatros-travel.no)  
Oppgi annonsekode SYK ved påmelding.

**Albatros**  
travel

REISEGARANTIFONDET  
RGF REISEGARANTIFONDET



## Program

- Dag 1** Oslo – Havana, Cuba  
**Dag 2** Byrundtur i Havana, skolebesøk og cubansk dans  
**Dag 3** I Hemingways fotspor og Revolusjonsplassen  
**Dag 4** Fantastisk natur i Viñales og sigarer i Pinar del Rio  
**Dag 5** Fly til Santiago de Cuba. Byrundtur  
**Dag 6** Besøk i El Cobre-kirken i Bayamo  
**Dag 7** Byrundtur i Camagüey. Besøk i Sancti Spiritus' gamle bydel.  
**Dag 8** Vandretur i Trinidads vakre gamle bydel og tid på egen hånd.  
**Dag 9** Flotte Cienfuegos. Byrundtur og lunsj  
**Dag 10** Havana. Tid på egen hånd og hjemreise om kvelden  
**Dag 11** Ankomst til Oslo

En divisjonsdirektør blir avsatt via telefon. En foretaksadvokat varslers om tvilsom styring fra direktøren. Dette er bare noen av ingrediensene i en sak som har rystet psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet.

# Omstridt direktør fikk viljen sin

## Fakta om sykehuset Innlandet

- › Tjenester på 40 enheter, spredt i Hedmark og Oppland
- › Ansvar for 8 sykehus
- › 8500 ansatte
- › Budsjett i 2009: 6 milliarder kroner
- › Opptaksområdet består av 48 kommuner (49 med Nes kommune i Akershus)
- › Befolkningsgrunnlag på 393 000 (med Nes kommune)

«Administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet, Morten Lang-Ree, har verken begått etiske eller juridiske lovbrudd». Slik lyder konklusjonen i en ekstern granskningsrapport som advokatfirmaet Haavind la fram i juni i år. Oppdraget om granskning kom fra styret ved Sykehuset Innlandet. En ekstern granskning av en administrerende direktør, er ikke vanlig kost. Så hva har egentlig skjedd i forkant av frifinnelsen?

Historien har to sider: Administrerende direktør og styret får sin stemme hørt i sluttrapporten fra advokatfirmaet. Men varslers og ansatte har en annen historie å fortelle.

### Fjerner leder

Kvelden 8. november 2010 tikker det inn en tekstmelding på telefonen til divisjonsdirektør for psykisk helsevern, Solveig Brekke Skard. Administrerende direktør Morten Lang-Ree i Sykehuset Innlandet må snakke med henne neste dag. Det gjelder stillingen hennes. Ring gjerne, skriver han.

I syv år har Solveig Brekke Skard jobbet med å bygge opp Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet. Hun har lang erfaring innen psykisk helsevern og er sykepleier i bunn.

Brekke Skard slår nummeret og ringer sin sjef. Beskjeden er at hun må slutte i stillingen. Beslutningen er endelig.

Beskjeden kommer overraskende på Brekke Skard. Hun har nylig fått både skryt og lønnspålegg av samme leder.

Morten Lang-Ree gjentar beskjeden neste dag i et kort møte. Så drar han

på en ukes tur til Syden. Han krever svar fra henne innen tre dager. Han anbefaler henne å gjøre som han sier. Hvis ikke vil det bli vanskeligere for henne å fortsette som divisjonsdirektør.

Solveig Brekke Skard tar beskjeden tungt. Etter en liten tenkepause sender hun en mail til sin sjef:

«Hei, Morten.

*Det er umulig for meg å gi noe svar på kravet ditt om at jeg skal fratrukke stilling som divisjonsdirektør, innen i dag fredag 12. 11. 2010, uten at jeg vet noe om alternative løsninger og øvrige vilkår.*

*Jeg ber om at du tar kontakt med meg så snart du er tilbake fra ferie slik at vi kan ha et møte.*

*Mvh Solveig»*

### Får ny stilling

Neste kontakt er via telefon 15. november 2010. Morten Lang-Ree er fremdeles i Syden. Beskjeden er klar, slik Brekke Skard oppfatter det: Prosessen styrer han. Den skal gjennomføres uansett, og det raskt. Han har også informert styreleder ved Sykehuset Innlandet Bente H. Mejdell om saken.

Brekke Skard opplever Lang-Rees behandling så belastende og krenkende at hun sykemeldes.

Selv om hun føler oppsigelsen som urimelig, velger hun i samråd med advokaten fra Norsk Sykepleierforbund, å ikke gå videre med saken. Morten Lang-Ree får advokatbistand fra Spekter.

Advokatene forhandler frem en avtale. Brekke Skard får tilbud om en annen stilling i organisasjonen. Avtalen undertegnes 3. desember 2010.

### Media tar saken

Like etter at Brekke Skard blir avsatt, er det store medieoppslag i lokalavisene i Hedmark og Oppland om at det står dårlig til i psykiatrien. Oppslagene stammer fra et notat som er sendt fra Fylkeslegen i Hedmark og Oppland til direktør Lang-Ree. Notatet er datert 24. november 2010.

De 14 avdelingssjefene i psykisk helsevern forventer at ledelsen kommenterer sakene og nyanserer. I dette tilfellet administrerende direktør, Morten Lang-Ree. Avdelingssjefene forstår ikke hvorfor administrerende direktør holder seg taus i media. Situasjonen er slik at det er gjort fire tilsyn i Divisjon psykisk helse i 2010. Tre av tilsynene er uten avvik. Ved akuttmottaket ved Sanderud er det alvorlig avvik knyttet til manglende suicidalrisikovurdering. Dette er gjort kjent for styret tidligere på høsten 2010.

Sykepleien har snakket med flere kilder som sier de også reagerer på tonen i notatet fra Helsetilsynet.

I notatet trekker Helsetilsynet fram at de ser liten evne til forbedring, noe som vitner om dårlig ledelse. Notatet gir også inntrykk av at det er mange og alvorlige avvik som ikke er ordnet opp i. Saken skal opp på styremøtet som skal holdes 17. desember 2010.

«Det er jo åpenbart at administrerende direktør ønsket at jeg skulle fratrukke. Men det er helt unødvendig med en slik lederatferd og fremgangsmåte»

Solveig Brekke Skard

### Avdelingssjefene stusser

Som divisjonsdirektør hadde Solveig



**URO I INNLANDET:** Det har vært mye uro på Sykehuset Innlandet etter at en divisjonsdirektør for psykisk helsevern måtte gå fra jobben nærmest på dagen. Foto: Scanpix



Brekke Skard 14 avdelingsjefer under seg. (se organisasjonskart.)

I forkant av styremøtet, får avdelingsjefene beskjeden om at Solveig Brekke Skard fratrer sin stilling. Meldingen kommer uventet på dem. I tillegg til Brekke Skards avgang, er det flere ting de nå stusser på. Sammen skriver de et brev som de ønsker at blir lagt frem på styremøtet. Brevet tar opp tre forhold i tillegg til håndtreringen av notatet fra Helsetilsynet. Avdelingsjefene ber Lang-Ree om skriftlig redegjørelse for følgende saker:

» **Busjettprosessen 2011:** De 14 lederne reagerer på at Lang-Ree helt på tampen av budsjettprosessen øker rammen til divisjonen. Det gjøres uten at lederne har diskutert hvordan slike midler eventuelt bør brukes. Gruppen stiller seg undrende og fraråder en slik praksis.

» **Prosjekt knyttet til divisjon psykisk helsevern:** Lang-Ree vil ha starte et evalueringsprosjekt som skal gå over 2-3 år, men han har ikke involvert lederne.

» **Divisjonsdirektørens avgang:** Avdelingsjefene reagerer på at Brekke Skard ble bedt om å gå. «I stedet for å støtte divisjonsdirektøren i en vanskelig situasjon, har ledergruppen inntrykk av at administrerende direktør har utøvet press for å få et raskt skifte av leder. Ledergruppen ser alvorlig på

en slik fremgangsmåte», skriver de.

#### Foretaksadvokaten entrer scenen

Samtidig som dette skjer kommer foretaksadvokat Bente LaForce tilbake på jobb etter svangerskapspermisjon. Hun merker uro i Divisjon psykisk helsevern. Ikke minst fordi mange avdelingsjefer ber henne om råd. Sakene de legger frem for LaForce dreier seg om måten administrerende direktør gjennomfører prosesser på, og måten Brekke Skard ble bedt om å gå. LaForce lover å se på sakene.

En foretaksadvokat har flere roller. Hun gir råd til ledere i hele Sykehuset Innlandet. Samtidig har hun en uavhengig rolle som advokat. Hun kan ikke unnlate å si ifra dersom hun oppdager prosesser som strider mot rettslige eller etiske retningslinjer.

#### Styret føler seg lurt

17. desember: LaForce er til stedet på det åpne styremøtet i Sykehuset Innlandet. Brevet fra de 14 lederne legges ikke frem.

Det gjør imidlertid notatet fra Helsetilsynet. Sammen med notatet, legges også frem en anonym muntlig bekymringsmelding som Lang-Ree, og Brekke Skard, har behandlet tidligere denne høsten. Den muntlige anonyme bekymringsmeldingen ble sjekket ut, og saken vurdert som avsluttet av Lang-Ree.

Kilder Sykepleien har snakket med, forstår ikke hvorfor denne meldingen ble lagt sammen med notatet fra Helsetilsynet. Den forsterker inntrykket om at situasjonen i psykisk helsevern er uforsvarlig.

Styret reagerer sterkt på det som blir lagt frem. De sier de føler seg lurt og at de ikke hadde noen anelse at det stod så ille til i psykiatrien i Oppland og Hedmark. De får inntrykk av at informasjonen som legges frem er ny informasjon.

Etter møtet stiller Bente LeForce spørsmål ved saksfremleggelsen til administrerende direktør, og mener Lang-Ree burde klargjøre følgende:

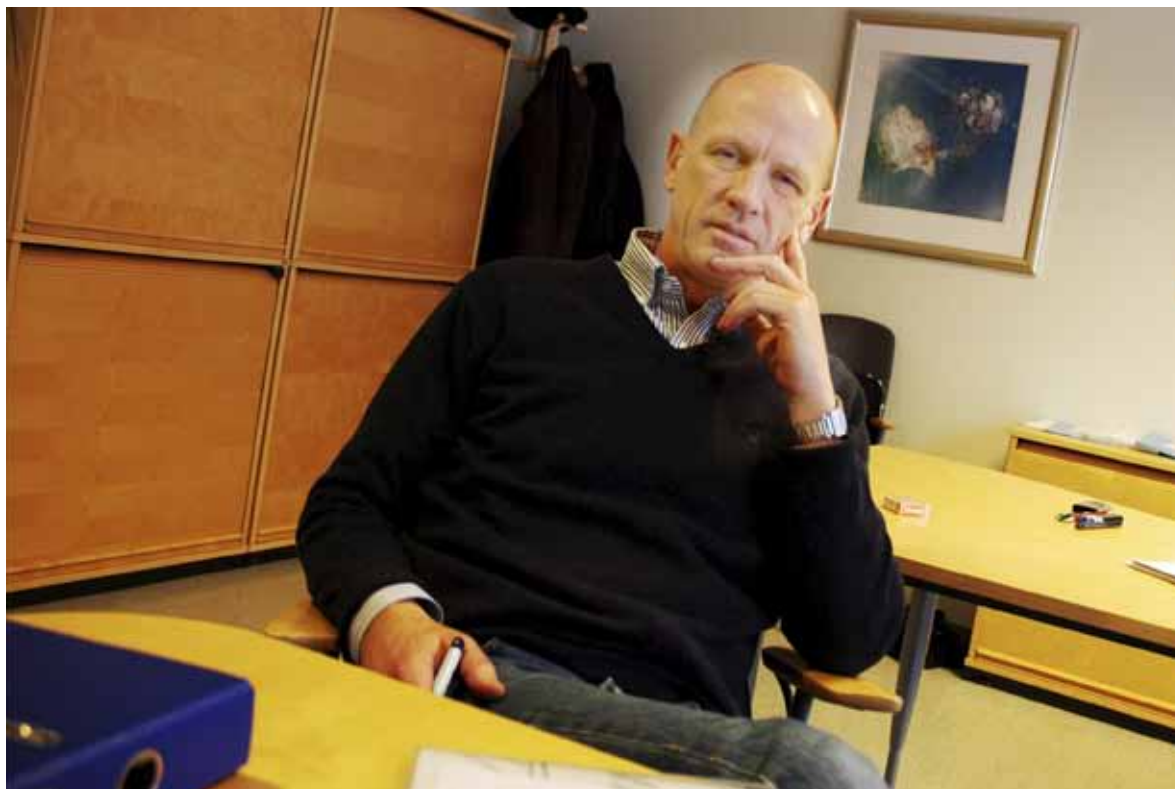
**Notatet:** Helsetilsynet gjør 4 tilsyn i Divisjon psykisk helse i 2010. 3 av tilsynerne er uten avvik. Ved akuttinntaket ved Sanderud er det alvorlig avvik knyttet til manglende suicidalrisikovurdering. Styret informeres om avvikene høsten 2010. Det er altså ingen ny informasjon styret får lagt frem på styremøtet.

**Anonym bekymringsmelding:** Bekymringsmeldingen var tema på flere møter høsten 2010. Blant annet med avdelingsjefene og tillitsvalgte i psykisk helsevern. Den ble etter hvert regnet som «lukket» av administrerende direktør Morten Lang-Ree. Dette ble også formidlet til Brekke Skard og avdelingsjefene. Brekke Skard har møte med Lang-Ree høsten 2010. Bekymringsmeldingen diskuteres.

**«Problemet er måten det gjøres på.»**

Avdelingsjef i brev





**KORT PROSESS:** Administrerende direktør Morten Lang-Ree i Sykehuset innlandet fjernet en divisjonsdirektør med påfallende stor handlekraft. Måten det skjedde på, har skapt heftige reaksjoner innad i egen organisasjon. Lang-Ree ble til slutt «frikjent» av sitt eget styre, men prosessen reiser nye spørsmål. Foto: Scanpix

## «Jeg lurar på om det kan være en misforståelse her.»

Solveig Brekke Skard i mail

### Opprørsbrev

Avdelingssjefene får ikke svar på brevet de har sendt Lang-Ree. Han kaller det et opprørsbrev og vil derfor ikke svare på det.

En avdelingssjef uttrykker seg slik: «Problemet er ikke at administrerende direktør velger å be divisjonsdirektøren om å gå, det er måten det gjøres på. Problemet er ikke at han velger å stoppe de prosesser avdelingssjefene var i gang med for å evaluere, involvere og justere kurs, men måten det gjøres på.»

Bente LaForce opplever at uroen vokser og at mange avdelingssjefer i divisjon for psykisk helsevern føler seg krenket. De føler seg overkjørt og er usikre på hva Lang-Ree ønsker å oppnå. Flere kilder Sykepleien har snakket med, skjønner fremdeles ikke hvorfor Lang-Ree har hatt det så travelt i disse sakene.

LaForce tenker at dette i utgangspunktet er en sak som lett kan løses med dialog. Hun bestemmer seg for å skrive et brev til Lang-Ree der hun påpeker at måten han har ledet prosessene i divisjonen på, og måten Solveig Brekke Skard blitt behandlet på, ikke fremstår som bra.

I et møte med Lang-Ree 18. januar 2011, orienterer derfor LaForce administrerende direktør om at han vil få et brev av henne, og ber om et møte hvor hun kan overlevere det til ham.

Beskjeden fra Morten Lang-Ree er at hun har misforstått sin rolle. Han har ikke bedt om råd fra henne. LaForce sender ham derfor brevet på e-post 21. januar.

Lang-Ree legger brevet åpent for inn-

syn i postjournalen og løfter saken til styreleder. Lokalavisene får dermed fatt i brevet i forkant av styremøtet som skal holdes 27. januar 2011, og slår stort opp at foretaksadvokaten retter sterk kritikk mot sin egen direktør.

Lokalavisene følger opp saken og slår opp at Helsetilsynets notat er årsaken til at Brekke Skard måtte gå. Styreleder Mejdell, går da ut i media og presiserer at Brekke Skard ikke har fått sparken, men har fratrudd og fått ny stilling.

Brekke Skard reagerer på styreleders uttalelse. Hun skriver en mail til styreleder Mejdell hvor hun beskriver hendelsesforløpet i forkant av at hun måtte gå fra sin stilling.

«Har lest i HA (Hamar Arbeiderblad) at du har uttalt deg om min fratredelse. «Brekke Skard er ikke sagt opp. Hun har fratrudd og fått en annen stilling i foretaket».

Jeg lurar på om det kan være en misforståelse her eller at du ikke har fått riktig eller helt dekkende informasjon. Det er riktig at jeg har fratrudd, men forutfor det så skjedde det en del som du bør være kjent med.»

(Utdrag fra mail til styreleder Mejdell, fra Solveig Brekke Skard.)

### Mistillit

Bekymringsmeldingen fra LaForce behandles i et lukket styremøte 27. januar. I etterkant får LaForce en e-post av administrerende direktør. Styrets konklusjon tyder på at de har behandlet brevet fra LaForce som et mistillitsforslag til Lang-Ree.

Foretaksadvokaten stusser over styrets tilbakemelding. Hun føler ikke de

har behandlet innholdet i brevet. Hun ønsker å klargjøre at brevet på ingen måte var ment som et mistillitsforslag. Ett nytt brev føres i pennen. Denne gang til styreleder Bente H. Mejdell.

I brevet klargjør LaForce at bekymringsmeldingen var ment som en oppfordring til å gå i dialog med avdelingssjefene i divisjon for psykisk helse for å få roet stemningen. I tillegg stiller LaForce spørsmål om styret er i stand til å gjøre en uhildet vurdering av saken. LaForce foreslår at saken sendes til Helse Sør-Øst.

### Vil stoppe saken

Det neste som skjer er at ledelsen ønsker å stoppe saken. I sykehusets postjournal er det lagt ut e-postkorrespondanse mellom styreleder Mejdell, Lang-Ree og Spekter.

«...Denne saken må snart avsluttes. Det kan ikke være slik at ansatte skal få holde liv i den etter at styret har konkludert, særlig når det ikke kommer frem nye argumenter. Dette er i ferd med å bli direkte utidig.»

Mvh Anne-Kari

(Epostmelding 2. februar mellom styreleder Mejdell og nestleder i Spekter Anne-Kari Bratten.)

Styreleder Mejdell sier i korrespondansen at hun er enig med Bratten i at saken må avsluttes. På bakgrunn av e-postkorrespondansen bestemmer LaForce seg for nok en gang å forfatte et brev. Brevet sendes som mail til konsernrevisjonen. Hun oppfordrer til at det nå gjøres en seriøs og grundig gjennomgang av hele saken. Dette gjør hun 11. februar.

– Det virker som om vi begynner å få gode varslingssystemer når det gjelder pasientskader og avvikshåndtering i forhold til det. Men når det gjelder varsling i forhold til ledelse og ansattes rettigheter, er det tydelig at sykehuset ikke ønsker det. Etter denne saken blir det ikke mer varsling, det blir mindre, uttaler en av Sykepleiens informanter.

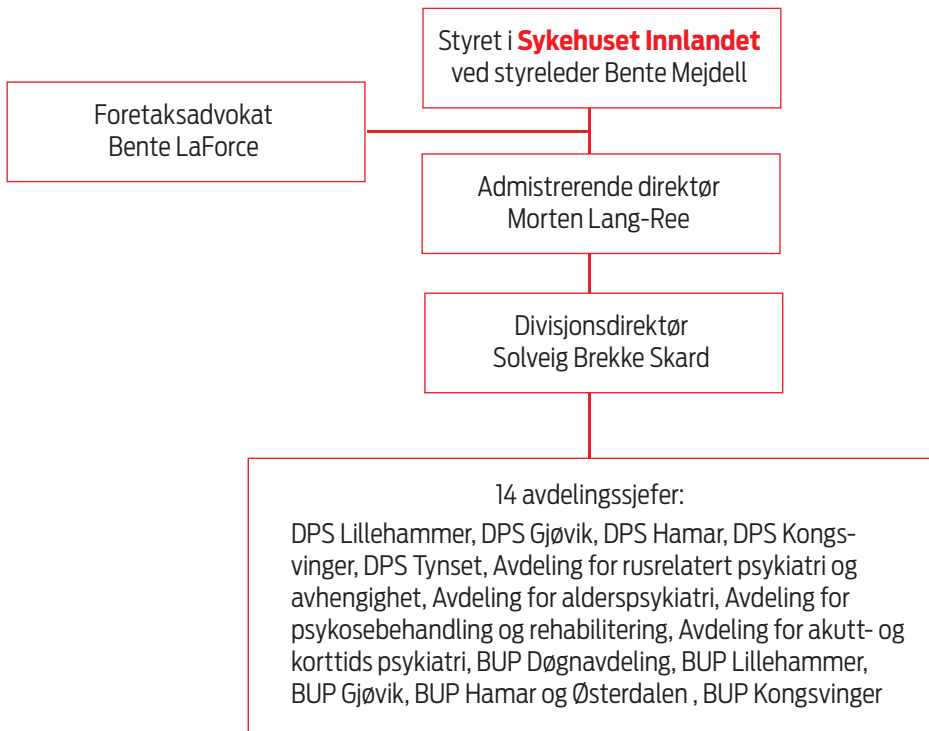
### Gransk meg

16. februar har styreleder Mejdell, sammen med Lang-Ree, et møte med advokatkontoret Haavind. Dagen etter dette møtet vedtar styret mandatet: Haavind skal granske Lang-Ree.

– På generelt grunnlag kan jeg si at det er spesielt at lederen for prosessen som skal granskes, er med i et møte der granskerne får oppdraget, sier LaForce.

Advokatene hos Haavind gjennom-





## Fakta om aktørene

**Bente Mejdell:** Styreleder Sykehuset Innlandet fra høsten 2010. Sivilingeniør og bedriftsøkonom. Måtte gå som styreleder i Vestre Viken på grunn av rot og triksing med journaler 2010. Gift med styreleder i Spekter.

**Morten Lang-Ree:** Administrerende direktør Sykehuset Innlandet siden 11.april 2009. Sykepleier, Mastergrad i helseadministrasjon og cand.mag grad fra sykepleierutdanning i Hedmark. Rådmann i Elverum (2003-2006), Løten (1998-2003). Helse- og sosialsjef i Stange kommune (1989-1998).

**Bente LaForce:** Foretaksadvokat og jurist for helse Sykehuset Innlandet. Status som varslar i saken.

**Solveig Brekke Skard:** Divisjonsdirektør psykisk helsevern siden divisjonen ble opprettet for sju år siden. Ble bedt om å gå fra stillingen. Nå Leder av Kompetansesenteret Rus-Region Øst (KoRus). Er utdannet sykepleier.

**14 avdelingssjefer:** Har lederansvar for hver sin enhet innen psykisk helsevern. Flere av lederne er sykepleierutdannet. (se organisasjonskart)

fører granskningen sammen med PriceWaterhouseCopper (PwC). En rekke personer innkalles til intervju. Flere velger å være åpne i sin kritikk av Lang-Ree. Det blir gitt beskjed om at det skal lages en skriftlig rapport i etterkant der de ulike innspillene skal tas med. Prosessen gjennomføres i løpet av mars/april 2011 og behandles av styremøtet 29. april.

Lang-Ree innrømmer at han har vært med på et møte med Haavind.

– Møtet handlet generelt om hvordan varsleraker bør håndteres. Møtet ble holdt før styret inngikk avtale med Haavind om granskningen av meg. Jeg vil understreke at jeg IKKE var involvert. Avtalen ble inngått mellom styret og Haavind, sier Lang-Ree.

Samtidig med at det blåser som verst i Divisjon for psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet, sitter direktøren for Helse Sør-Øst Bente Mikkelsen og skriver blogg om varsling 11. februar 2011:

«Fokuset vårt må være at vi skal bli bedre og bedre, og da må vi si fra når ting går galt. Hvis ingen lytter og vi påberoper oss en status som varslar, er det viktig å huske at lovverket gir oss et vern. Og den som går til et slikt skritt, skal vite at vår organisasjon har strukturer for å håndtere dette. Ved varsling agerer vi med en gang, og det første vi

gjør er å sikre at varsleren blir ivaretatt.

*Det er flott når vi klarer å bruke etterspørre erfaring fra den viktigste ressursen vi har – våre 70 000 ansatte – og det er flott når ledere etablerer kulturer for læring og medansvar. Gjør vi det og gjør vi det godt, slipper vi å utsette enkeltmedarbeidere, kolleger og arbeidsgiver for høye fløytelyder.*

*Det skal det holde med et pip, bare systemene er gode nok.»*

*(Bloggen til administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Bente Mikkelsen 11. februar i år.)*

LaForce kjenner seg ikke igjen.

– I denne saken har jeg følt at jeg har måttet blåse, ikke bare høyt, men for mange ganger. Det er vanskelig å se hvorfor det er nødvendig å bruke mange måneder og en svært ressurskrevende eksterntgranskning dersom saken hadde blitt håndtert på en ordentlig måte fra første stund, sier LaForce.

Hun mener denne saken ikke først og fremst handler om jus, men om ledelse og kultur.

– Ikke minst handler den om hvordan ledelsen håndterer krevende prosesser, sier hun.

### Direktøren frifinnes

To dager før styremøtet i april i år foreligger ingen skriftlig rapport. 29. april



opprenner, og et samlet styre får en muntlig orientering fra advokatkontoret Haavind. Konklusjonen er at Lang-Ree ikke har gjort noe galt. Verken etisk eller juridisk.

For Morten Lang-Ree gjør helt sikkert «frifinnelsen» godt. Ansatte som ble intervjuet, er ikke like fornøyde. Men så lenge hele rapporten ikke er lagt frem enda, bestemmer de seg for å vente på den.

27. juni legges den endelige rapporten frem. Ifølge Sykepleiens informanter er det lite de kjenner seg

**SMS-AVSKJED:** Blant avdelingsledere i psykisk helsevern er det mange som mener det var dunkle motiver inne i bildet da divisjonsdirektør Solveig Brekke Skard (bildet) ble tvunget til gå fra jobben sin. Hun er sykepleier og har nå fått en annen stilling. Foto: Scanpix





**GODT OG GRUNDIG:** Styreleder Bente H. Mejdell vil ikke ta selvkritikk for måten styret har håndtert varslingssaken. Hun mener granskningen har vist at administrerende direktør Lang-Ree har handlet korrekt og avviser at advokatfirmaet som foretok granskningen, var påvirket. Foto: Scanpix

## «Kulturen: Utfør, ikke still spørsmål, har fått sterkere feste.»

Avdelingssjef om status

igjen i i rapporten. Flere stusser over at at hele rapporten gjennomsyses av at det er direktørens syn som er lagt til grunn for hva som har skjedd. Ingen kritiske innspill fra de som ble intervjuet er med.

Administrerende direktør blir altså frifunnet på alle områder. Ifølge Haavind har Lang-Ree ikke brutt arbeidsmiljølovens bestemmelser om oppsigelsesvern. Han har heller ikke opptrådt uetisk eller lovstridig i behandlingen av budsjettsaken, eller når det gjelder opprettelse av et flerårig prosjekt som skal gjennomgå hele psykiatrien.

I rapporten kommer det frem at Lang-Ree har hatt gode intensjoner, men at noen av problemene som har oppstått skyldes et ledervakuum.

En av informantene synes dette er en merkelig fremstilling.

– Hans intensjoner er sikkert gode. Men hvorfor måtte alt skje så fort? Ledervakuumet det siktes til er det vel strengt tatt han som står bak.

Mange er spurt om hva Lang-Ree har oppnådd. Svarene Sykepleien har fått er stort sett: vet ikke. Men en informant mener at Morten Lang-Ree utad har styrket sin posisjon.

– Han fremstår som handlekraftig og ikke redd for å kvitte seg med ledere når det trengs. Så utad er han kanskje styrket. Innad ser det annerledes ut.

Informanten mener ledelsen og styret har vist at de ikke vet hvordan de skal håndtere varslersaker. Ikke minst siden varslersens brev ble lagt åpent ut i postjournaler og dermed åpent for media.

### Forholder seg til rapporten

Sykepleiens kilder ønsker å være anonyme. Mange ønsker ikke mer bråk, eller er redde for konsekvensene. Historien de forteller spriker lite: Ledere føler seg devaluert og overkjørt. Det de reagerer på er ikke nødvendigvis det Lang-Ree har gjort. Det er måten han har gjort

det på. Sykepleiens kilder lurer fremdeles på hvorfor Lang-Ree valgte å gjøre som han gjorde. Hva ønsket han å oppnå? Den eneste som kan gi et godt svar på dette, er Lang-Ree selv.

– Jeg anser saken som ferdig, og forholder meg til rapporten fra Haavind. Etersom det er jeg som er gransket på oppdrag fra styret, er det kanskje mer riktig at du kontakter styreleder Mejdell, sier Morten Lang-Ree.

På spørsmål om han ville gjort noe annerledes i dag, innrømmer han at alle har forbedringspotensial.

– Jeg kan sikkert også bli bedre, sier han.

### Styreleder svarer

– Har styret behandlet saken godt?

– Ja, styret har behandlet saken godt og grundig. Da det etter styrets første behandling ble stilt spørsmål om grundigheten i behandlingen, valgte vi å be om en ekstern uavhengig gjennomgang av hele saken, sier Bente H. Mejdell.

– Har styret/styreleder forståelse for at ansatte føler seg overkjørt og devaluert i denne prosessen?

– Jeg har forståelse for at personer som har vært involvert har sterke følelser knyttet til de forhold bekymringsmeldingen tar opp. Nettopp derfor har det vært viktig at det ble foretatt en grundig faktagjennomgang av saken, der 20 personer har blitt hørt og hvor intervjuene er skriftlig dokumentert, sier hun.

– Ansatte som er intervjuet reagerer på det kun er Lang-Rees stemme som kommer frem. Er rapporten et bestillingsverk?

– Bekymringsmeldingen har blitt behandlet som en varslingssak i forhold til varslingsreglene. Den inneholdt sterke anklager mot administrerende direktør. Styret engasjerte advokatfirmaet Haavind for å foreta en uavhengig gjennomgang av hele saken. Til å gjennomføre faktaundersøkelsen ble PWC sin granskningsenhet benyttet. De vurderes som noen av dem med mest kompetanse i landet innenfor sitt område. Haavind har rammeavtale med Helse Sør-Øst innen arbeidsrett, noe som for meg understreker at de er valgt ut fra adekvate kvalitetskriterier, sier hun.

– Er båndene for tette mellom styret og Lang-Ree?

– Det er et profesjonelt og korrekt forhold mellom styret og administrerende direktør. Jeg vil understreke at det er styret som har arbeidsgiveransvaret for administrerende direktør. Han har også

krav på beskyttelse etter arbeidsmiljøloven og varslingsreglene, sier Mejdell.

– Din kommentar til hva som skjedd på møtet med Haavind 16. februar hvor du, Lang-Ree og Haavind deltok?

– Det var et møte jeg tok initiativet til fordi jeg erfarte at denne varslersaken var vanskelig, og jeg ønsket på et generelt grunnlag råd fra noen som hadde god kompetanse innenfor arbeidsrett, herunder også spesielt på forhold rundt varsling. Jeg inviterte Lang-Ree med på møtet da han også hadde et behov for råd for hvordan han skulle håndtere sider av denne saken som han hadde ansvar for. Etter dette møtet var det kun jeg overfor styret som anbefalte en ekstern gjennomgang, og som gjorde de nødvendige vurderinger av hvem som kunne forestå styret i denne saken. Vedtak om mandat for gjennomgangen og valg av Haavind/PWC ble gjort av styret 28. februar, sier hun.

– Vil dere håndtere en eventuell ny varslersak annerledes?

– Vi er opptatt av å følge de reglene som gjelder for varsling og behandle alle slike saker på en god måte. Denne saken har også gitt læring for styret. I Haavinds rapport er det imidlertid forslått at foretaket bør ha en gjennomgang av sitt regelverk for varsling og hvordan dette anvendes. Dette har styret bedt om at følges opp, sier Mejdell.

### Veien videre

– Så etter ett år med uro, hva er status?

Ifølge en avdelingssjef dette: Lang-Ree slukker alle lys i rommene han går inn i. Klimaet for dialog er blitt dårligere. Kulturen: «Utfør, ikke still spørsmål», har fått sterkere feste. Å få til felles løft i organisasjonen blir enda vanskeligere.

Saken er avsluttet. Rapporten er levert. Klarer de berøre å legge saken bak seg og gå videre?

Noen av dem Sykepleien snakker med sier at tilliten til ledelsen og styret er svekket, særlig blant avdelingssjefene. I tillegg er det ikke blitt klargjort hvordan ansvarlinjene i organisasjonen nå er.

De fleste mener likevel at organisasjonen vil klare seg. Som en sier: Sykehus er store organisasjoner. Det er mange ansatte. Vi vil klare å gå videre og tilpasse oss. Den viktigste lærdommen er kanskje: Du skal passe deg for å varsle! ■■■

Tekst Kari Anne Dolonen



Studenter i Sarpsborg vil gjerne jobbe på det nye Østfoldsykehuset, når det blir ferdig, om fem år.

# Populært før det står ferdig

Østfold skal det bygges nytt sykehus, som planlegges å stå ferdig i 2016. Sykehuset vil sysselsette rundt 3 000 personer. De fleste med helsefaglig bakgrunn.

Flere beregninger viser at det vil være et stort behov for helsefagutdannete framover, og at konkurransen om de med relevant kompetanse kan bli hard. Det er derfor nødvendig for store arbeidsplasser for helsepersonell å framstå som attraktive arbeidsplasser for å sikre tilgang på nødvendig personell.

I undersøkelsen «Flyttemotivundersøkelse blant helsepersonell» har

Cowi på oppdrag fra Sarpsborg kommune spurt i alt 540 studenter og helsepersonell om hva de vektlegger ved valg av arbeidsplass, og hvordan de vurderer nytt Østfoldsykehus som framtidig arbeidsplass.

## Vil jobbe på sykehus

Resultatene fra undersøkelsen viser at sykehus generelt er attraktive arbeidsplasser blant helsefagutdannete og studenter. I overkant av 90 prosent av utvalget oppgir at sykehus er en attraktiv eller svært attraktiv arbeidsplass.

Når det gjelder det nye Østfoldsykehuset, vurderer nærmere halvparten

av utvalget dette som attraktivt eller svært attraktivt. En tredjedel av utvalget svarer at det er sannsynlig eller svært sannsynlig at de vil søke jobb ved det nye sykehuset. Holdningen er særlig positiv blant studentene.

## Fast ansettelse

Utvalget ble også spurt om å vurdere viktigheten av en rekke egenskaper ved en arbeidsplass.

Det var spesielt to egenskaper som pekte seg ut. «Mulighet for fast ansettelse» er svært viktig for nærmere 80 prosent av utvalget, og over 70 prosent svarer at «Godt fagmiljø og mulighet

for faglig utvikling» er svært viktig. Gode karrieremuligheter anses som svært viktig av om lag halvparten.

Ser en full stillingsbrøk opp mot fleksibel stillingsbrøk, svarer 45 prosent at det første er svært viktig mot 28 prosent på det andre.

Videre framgår det av undersøkelsen at «Konkurransedyktig lønn og lønsmuligheter» er svært viktig for knappe 40 prosent, det er viktig for knappe 50 prosent, og det er lite viktig eller svært lite viktig for de resterende 13 prosentene av utvalget ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

# ALT PÅ ETT KORT

**NYHET!**

**DRIVSTOFFRABATT**

**50 øre**  
fra første liter

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

**essomastercard.no**  
Drivstoffrabatt og mye, mye mer



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og e-postadressen din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kredittamme på kr 50.000 er fra 25,34 % til 26,62%


**Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?**


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

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


# Teller ikke ansiennitet?

En leser skal på jobbintervju på et sykehjem i en kommune hvor de mener at hun ikke kan forhandle om lønn på grunn av ansiennitetsregler. **Johs Bruvik** svarer. **Kirsten Nesgård** svarer på to spørsmål om arbeidstid.


 Har arbeidsgiver lov til å se bort ifra regler om ansiennitet når det skal forhandles om lønn?

 I tariffområdet KS har vi et minstelønssystem. Det vil si at de lønnssetningene vi har i tariffavtalen er minstelønnssetninger basert på lønnsansiennitet. Den regnes ut etter de bestemmelsene som er fastsatt i Hovedtariffavtalen (HTA) kap. 1, § 12.1. Med andre ord kan ikke arbeidsgiver tilby lavere lønn enn det som fremkommer av minstelønnsstigen i HTA kap. 4 og basert på beregning av ansiennitet etter de bestemmelser som er nevnt over. Men det ingen ting i veien for at en ved tilsetning kan tilbys høyere lønn enn det som fremkommer av minstelønnsstigen. Det er ikke uvanlig at sykepleiere med lav lønnsansiennitet ved tilsetning tilbys lønn som om de hadde 10 års ansiennitet. Dette som et rekrutteringstiltak. Det er viktig å presisere at dette kun gjelder fagstillinger som er omfattet av HTA kap. 4, altså sykepleier, spesialsykepleier og helsesøster. For ledere finnes det ingen minstelønnsstiger, her fastsettes lønnen etter andre kriterier.

**Burde jeg ha fått overtidsbetalt?**

 Jeg var på seinvakt en mandag og skulle på dagvakt tirsdag. Det dukket opp sykdom til natten mens jeg var på seinvakt, og jeg tok da på meg å gå nattvakt i stedet for dagvakt neste dag, slik at jeg gikk 18 timer i strekk. Dette ble en forskjøvet vakt på kort varsel. Jeg fikk overtidsbetalt for nattvakten, men ble trukket differansen for timelønnen som gjaldt dagvakten jeg egentlig skulle ha gått dagen etter. Burde jeg ha fått overtidsbetalt for alle timene jeg var på nattvakt, samt ordinær lønn for dagvakten jeg ikke gikk dagen etter?

Kirsten Nesgård i NSF's forhandlingsavdeling svarer slik:


 I begrepet «forskjøvet arbeidstid» ligger at hele eller deler av arbeidstiden legges til et annet tidspunkt enn det som fremgår av den planlagte turnusen. Varsel om forskjøvet arbeidstid skal gis minst tre dager i forveien og senest kl. 12.00 i døgnnet før forskyvningen finner sted. I slike tilfeller betales et tillegg tilsvarende 50 % av timelønnen for den tiden som ikke faller sammen med den opprinnelige vaktten. Dette er ikke overtid. Kommer varselet etter kl. 12.00 snakker man om «forskjøvet arbeidstid på kort varsel», som utløser andre regler for betaling.


Dette skal betales med et tillegg på 50 % eller 100 % av timelønnen avhengig av vaktens lengde og når den starter/slutter. Når man skal ha 50 eller 100 % tillegg følger reglene om overtid («utført de 2 timer umiddelbart før det ordinært skift ... og de 4 timer etter»). Også i dette tilfelle betales tillegget for forskjøvet arbeidstid (50/100 %) i tillegg til din ordinære lønn. Du skal derfor ikke trekkes i lønn på påfølgende dagvakt som er oppsatt på turnusplanen. Dersom det utførte arbeidet er lengre enn den opprinnelige vaktten, skal dette godtgjøres i form av overtidskompensasjon (timelønn pluss prosenttillegg). Er vaktten som forskyves kortere enn den opprinnelige skal det ikke foretas trekk i lønn eller innarbeiding.

Når varselet gis etter oppmøte, har du i tillegg krav på en godtgjøring for to timers arbeid selv om du forlater arbeidsstedet umiddelbart.

Dersom du er i tvil om du har fått riktig utbetaling kan du ta dette opp med tillitsvalgt på din arbeidsplass.

**Har jeg krav på fulle ferieuker?**

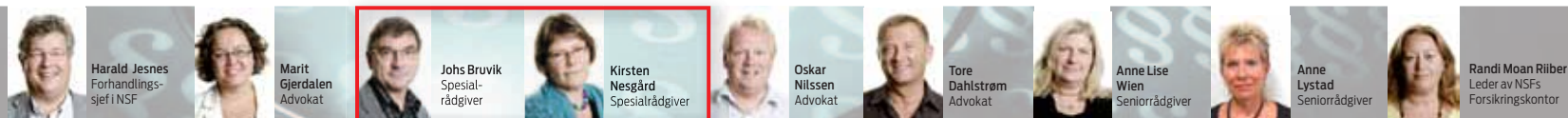
 I sommer tar jeg ut 3 uker sammenhengende ferie. Siste uke avsluttes med en arbeidshelg – torsdag, fredag, lørdag, søndag – mandag. Min sjef mener at jeg må komme og arbeide søndag – mandag, etter som flertallet av timene faller på mandag da min ferie avsluttes. Om det er slik så skulle jeg vel begynne å jobbe klokka 24.00 den søndagen og ikke klokka 22.00 som vanlig. Jeg har vel krav på fulle uker?

 Kirsten Nesgård svarer: Ferieloven § 5 (4) omhandler tilleggsfritid ved søndags- og skiftarbeid, uregelmessig arbeidstid mv. Ved avvikling av ferieperioder som omfatter minst 6 virkedager (1 uke), kan arbeidstakeren kreve å få arbeidsfri enten på den søndagen som faller umiddelbart før ferien, eller på den søndagen som faller umiddelbart etter ferien. Denne regelen omfatter bare de arbeidstakere som har en arbeidstidsordning med arbeid begge søndager, både før og etter ferien. Formålet er å sikre en hel kalenderuke fri.

Ferieloven § 5 (5) fastsetter at dersom arbeidstaker avviker en ferieperiode på minst 18 virkedager (3 uker) kan vedkommende i tillegg kreve at tiden fra arbeidets avslutning før ferien til det påbegynner etter ferien skal utgjøre til sammen minst 16 timer. Det er summen på 16 timer som skal oppfylles dersom du krever det, og arbeidsgiver kan dele disse timene i forkant og etterkant av ferien (Vår understreking).

Hvordan dette vil slå ut i ditt konkrete tilfelle er avhengig av hvordan hele turnusplanen din ser ut og når du gikk ut i ferie. Du kan finne mer informasjon om ferie og ferieavvikling på NSF's nettsider under tittelen «Vanlige spørsmål om ferie».

Passer på paragrafene:





## Line Bjørne-Larsen

Alder: 26 år

Yrke: Smertesykepleier

Jobber: Rikshospitalet i Oslo



# Uten fasit

Jobben min er å lindre smerte.

**J**eg går rundt på hele Rikshospitalet. På en vanlig dag ser jeg til rundt 15 pasienter. De fleste er nyopererte, men jeg følger også opp medisinske tilstander.

Noen pasienter gjør større inntrykk enn andre. Jeg husker for eksempel en ung mann som hadde vært operert flere ganger og som visste veldig godt hva som fungerte og ikke fungerte for ham. Men de rundt ham var ikke så lydhøre. I stedet for å spørre ham, ordinerte de det de mente var best. Han lå og led, ingen ville lytte til hans erfaringer.

Hvordan mennesker reagerer på smerte, er veldig forskjellig. Noen ligger og vrir seg, på andre synes det nesten ikke at de har vondt. Det å møte så mange ulike mennesker er noe av det jeg liker best ved denne jobben. Smerte er så individuelt, det fins ingen fasit.

Når jeg kommer til en pasient, kartlegger jeg smerten. Jeg spør blant annet hvor og når det gjør mest vondt. Jeg hører også på deres erfaring med smertelindring. I møte med barn kan det hende jeg tar med Rasmus, en bamse jeg for eksempel kan bruke til å vise hva jeg har tenkt å gjøre.

En viktig del av jobben er å berolige pasientene. De kan gjøre mye selv, for eksempel ved å ta kontroll over kroppen sin og å puste riktig.

Jeg forordner ingen ting, men kommer med anbefalinger. Det er leger og sykepleiere på posten som bestemmer. Som regel følger de rådene. Mange av spørsmålene er om bruk av smertepumper. Vi bruker både epiduralpumper, perifere nerveblokader og pumper hvor pasientene selv kan være med å bestemme når de trenger smertestillende. Men smertelindring via pumpe fungerer ikke alltid optimalt, og da kan jeg hjelpe med råd og veiledning.

Mange sykepleiere kan mye om smerte, men jeg lar meg også overraske over mangel på kunnskap. Jeg har hatt noen aha-oplevelser. For eksempel har jeg blitt callt på og fått beskjed om å komme fort, fordi pasienten har så vondt. Men når jeg kommer, er sykepleier ikke hos pasienten. Det har hendt at hun har gått til lunsj. Noen har en holdning om at jeg skal komme og ordne opp, i stedet for selv å være med på å gjøre det bedre.

Jeg ser at det er bruk for egne smertesykepleiere. Det er et stort fagfelt, og jeg blir aldri utlært. Jeg rådfører meg mye med de andre smertesykepleierne og også med lege fra smerteteamet.

Innimellom er jeg på poliklinikken. Dit kommer mennesker fra hele landet. Mange av dem har slitt med smerter i lang tid.

Aller best liker jeg å gå rundt på huset. Da får jeg brukt mye av det jeg kan og jobber selvstendig.

Stort sett greier jeg å hjelpe pasientene. Kan hende tar det litt tid. Det som er gøy, er å lese sykepleierrapportene dagen etter at jeg har vært hos en pasient, og se at det jeg foreslo har fungert. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Stig Weston

# 5 minutter

**F**or en sykepleier er dagen pakket med inntrykk. Et lite innblikk i utallige menneskers skjebne i løpet av et år, en måned, en uke, en dag. Mennesker strømmer gjennom avdelingen vår, som en stri elv rett gjennom en storby.

Det dreier seg om kvinner. Blødningene og smertene deres er bare symptomene. Bak fasaden hos dem vi møter ligger et hav, en skog, en storby, fullt av historier, og vi ser bare glimt.

Små gløtt inn i deres virkelighet. En akutt krise, som omfatter dem selv eller hele familien. Et svangerskap ...

En elsker, en voldtekt, en ekte mann, en venn, en solgt tjeneste, et glipp, et ubetenksomt øyeblikk, et fyllekalas, en kosestund, en het elskovsstund, et forsøk, et brudd, et svik, en rus, en tilfeldighet ... tviltviltvil ... eller sikersikersiker ... abort.





A photograph of a female nurse in white scrubs sitting in a hospital room. She is looking upwards and to the left with a thoughtful expression. Her scrubs have a name tag that reads "Iris Anita Sykepleier" and a stethoscope around her neck. The room has a window with blinds in the background, creating a pattern of light and shadow on her face and clothing.

# er nok

Av og til er det stille.

Strømmen av mennesker har gitt seg, avdelingen ligger stille, uten en eneste pasient, i ny og ne ringer en ensom sjel og spør: Jeg blør, hvorfor det? Eller: Jeg har vondt i magen, skjønner ikke hva det er ... eller: Kan man få klamydia ved oralsex? ... Ellers ingenting ... vi som venter fyller opp lagrene med tablettar, truser, bind, gjør klar sengene, fyller på lagrene med sprøyter i alle størrelser, sprøytespisser, venefloner, sjekker blodprøvekurvene, sjekker blodtryksapparatet, desinfiserer, venter, ser litt tv, leser en mail, venter ... har en vidunderlig interessant samtale med en kollega eller kun utveksling av korte nikk med en annen, spiser, fikser håret, leser mail, artikler, bøker, blader, felleskatalogen, venter ...







Det er kanskje nå de lager barna, tenker jeg. Så bruser det, plutselig og uventet. Da er «alle» her.


De kommer inn på bårer, fra fjellet, fra skogen, fra byen, fra havet, fra hjemmet sitt, de falt om i parken eller på puben, på et offentlig toalett eller hjemme hos en venninne, mannen bærer sin kvinne til avdelingen, de kommer bleke, alene, eller sammen en venninne, eller sammen alle venninnene sine.

Eller de har planlagt å komme, hver for seg eller sammen, men de kommer samtidig, alle sammen.

De strømmer inn på avdelingen, og vi er klare ... og de blør og de blør ... vi vasser i blod. Vi kaster bind etter bind, laken, putevar, dynetrekk, truser, tørker opp fra gulvene, kaster og tilintetgjør papirbekken. Og det kommer mer, store klumper, mørkt, lyst, mye ... eller bare et lite foster uten blod.

De blir bleke og besvimer eller de går og tar seg en røyk.





Noen vil se, andre vil ikke se noe.

De tåler påkjenninger så forskjellig, disse kvinnene. Noen gråter like mye som de blør, kanskje til og med mer, noen bare blør og sier ingenting, noen kaster opp, noen hylar av smerte.

Noen snakker om den svikefulle kjæresten sin som ikke ville ha barnet, noen snakker om sin redsel for å si det til mor, far eller kjæresten, noen liker ikke barn, mange passer det ikke for, det er for tidlig, jeg er for ung, jeg er for gammel, jeg vil ikke ødelegge kroppen min, jeg er redd for å føde, jeg skal ha eksamen, jeg skal flytte, jeg føler at jeg må, noen tvinger meg til å gjøre det, jeg liker ikke barn, jeg tror ikke jeg klarer det, jeg har mange barn fra før.

Eller det er noe galt med barnet, det døde i mors liv, ingen vet hvorfor, det bare skjedde og hun merket det ikke engang, eller hun merket det med en gang.

Det går bra, sier vi, kroppen klarer dette her i de fleste tilfeller, men vi sier ikke noe om alle komplikasjonene, rester, runder med cytotec, ultralyd, feber, antibiotika ... kom tilbake eller ring om du må, husk hygiene, ikke bad i badekar, bruke tampong eller ha samleie så lenge du blør, sier vi.

Mange har gjort dette flere ganger, kanskje tre, siste året? Og vet godt hva vi snakker om.

Trenger du prevensjon? Ok, det er avtalt på forhånd eller de skal tenke på det.

Lykke til videre, husk det finns mange som opplever behov for å snakke om det flere år etter, ta kontakt med Amatheia, eller vi kan formidle kontakt med sosionom hvis du vil ...

Kvinnen går, litt betenkt, takknemlig, likegyldig eller oppskaket etter opplevelsen, men sinnet glemmer fort.

Hjem for å ta vare på seg selv ...

Denne billedserien er tilegnet alle de sykepleierne som tar seg 5 minutter til kontemplasjon. (ifølge Norsk ordbok: dyp tenkning, indre betraktning, grubleri, selvfordypelse)

5 minutter er vel egentlig ikke nok ...

Tekst og foto **Eli Madeleine Bjerkan**

Nå kan sykepleiere i kommunehelsetjenesten igjen søke om å få en pris for sine smarte ideer.

# Vil finne smarte hoder

## Smartprisen 2011

Sykepleien har siden 2007 arrangert konkurransen «Smartprisen».

- ▶ Alle kan foreslå kandidater, og du kan også foreslå deg selv.
- ▶ Frist for innsending til forslag er 1. november 2011.
- ▶ Forslagene sendes til: smartpris@sykepleien.no

**F**or sjette år på rad utlyser Sykepleierforbundets tidsskrift Sykepleien og KS en konkurranse om gode ideer i kommunehelsetjenesten. Alle sykepleiere som på en eller annen måte mener de har bidratt positivt til kvalitetsforbedring og effektivisering, kan sende inn søknad. Det kan handle både om utvikling av nye rutiner og tilbud, nyskaping på arbeidsplassen eller utvikling av «tekniske» løsninger som gjør arbeidet lettere.

### Tre priser

Det skal deles ut tre priser, hver på 75 000 kroner:



**Årets nyskaper-prisen** går til en eller flere sykepleiere som i sterk grad har bidratt til å utvikle nye ideer, nye arbeidsmetoder eller nye rutiner i kommunehelsetjenesten. De skal enten ha utviklet sine ideer selv eller har utmerket seg ved å ta i bruk ny teknologi og/eller nye metoder.



**Årets innovasjonsvirksomhet.** Prisen går til en virksomhet eller et tjenestested/avdeling som har utmerket seg ved å utvikle og ta i bruk nye ideer, nye arbeidsmetoder, ny omsorgsteknologi og/eller nye rutiner i helsetjenesten. Sykepleiere skal ha en vesentlig rolle i virksomheten.



**Årets oppfinnelse.** Prisen går til en konkret ny oppfinnelse eller en idé til en konkret ny oppfinnelse som kan bidra til å løse praktiske utfordringer i helsesektoren. Løsningen skal være av materiell art, den skal være selvutviklet og det skal ikke stå kommersielle aktører bak. Det må dokumenteres at man er først ute med løsningen. Oppfinnere skal enten være sykepleiere eller et team av personer der sykepleiere er med.

### Kvalitetssikring

Det er kompetansenettverket Innomed i Trondheim som skal bistå med kvalitetssikring av kandidatene til prisen. Innomed har betydelig erfaring med innovasjon i helsetjenesten og vil eventuelt også kunne hjelpe vinnere og andre kandidater med videreutvikling og spredning av sine ideer.

Både enkeltpersoner og virksomheter kan foreslå kandidater innen 1. november 2011. Det er full anledning til å foreslå seg selv. Praktisk informasjon og krav til dokumentasjon er lagt ut på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no), [www.ks.no](http://www.ks.no) og [www.innomed.no](http://www.innomed.no) under overskriften Smartpris 2011. På Sykepleiens nettsider vil du også kunne lese om tidligere prisvinnere og deres ideer.

Etter Innomeds kvalitetssikring vil en uavhengig jury vurdere kandidatene. Navnet på prisvinnerne kunngjøres i begynnelsen av neste år. Prispengene skal gå til videreutvikling av konseptet, til eventuelle studier eller til videreformidling av konseptet.

### Trenger en nasjonal motor

Ifølge direktør for innovasjon og utvikling i KS, Trude Andresen, skjer det mye innovasjon i kommunehelsetjenesten.

– I motsetning til en del andre sektorer, har kommunenes helse- og omsorgstjeneste kommet relativt langt når det gjelder innovasjonstenkning, sier hun.

Andresen er ikke nødvendigvis enig i at det er mest prat og lite handling.

– Utfordringen er ofte at det startes prosjekter som renner ut i sanden når prosjektmidlene tar slutt. For at noe skal bli en suksess, er det nødvendig at det er forankret fra toppledelsen og helt ned på «gulvet», sier hun.

### Hagen-utvalget

Det som først og fremst mangler

for å få mer og bedre innovasjon, er ifølge Andersen noen nasjonale gulrøtter, i tillegg til lokalt initiativ og systematisk arbeid i hver enkelt kommune. Kommunene trenger risikoavlastning, de trenger støtte til å gå ut i nytt landskap, i samarbeid med næringsliv, frivillige organisasjoner og forskningsmiljøer. Hagenutvalgets rapport som ble lagt frem 16. juni i år, gjør henne optimistisk:

– Utredningen bærer bud om en helt ny omsorgspolitikk, hvor hele livets spekter i større grad reflekteres: kultur, teknologi, trening, lek og latter, hjernetrim, bolig og omgivelser. Vi trenger en ny omsorgspolitikk i Norge. Den må omfatte hele lokalsamfunnet, de eldres egne krefter, andre innbyggers innsats, frivillig sektor, bedriftene og kommunen.

### Sykepleierne ser hva som trengs

– Hva kan sykepleiere bidra med?

– De er viktige fordi de er ute der pasientene og brukerne er. De ser hvilke utfordringer som finnes. Både når det gjelder å få løst oppgaver i forhold til kvalitet på tjenesten til pasientene, og hva som trengs i forhold til å ta vare på de ansatte. De kan komme med viktige innspill både på kvalitet og hvordan effektivisere. Det er jo ønskelig med begge effekter, sier hun.

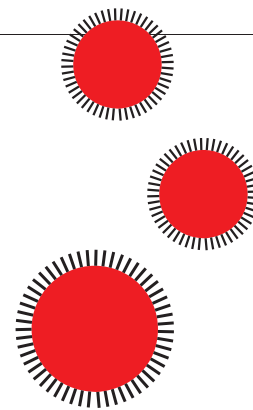
KS er en av dem som har bidratt både økonomisk og vært med å vurdere smartpris-kandidatene i fjor. De er med også i 2011.

– Hvorfor?

– KS er opptatt av å sette søkelys på innovasjon i helse- og omsorgstjenesten, fordi vi tror at vi har behov for helt nye løsninger for å kunne møte framtidens utfordringer. Gjennom Smartprisen kan vi få blest omkring noen gode miljøer, noen dyktige enkeltpersoner – som andre kan lære av, «stjele» fra og la seg inspirere av.



# i kommune-Norge



Årets  
innovasjons-  
virksomhet:  
kr. 75 000

Årets  
oppfinnelse:  
kr. 75 000

Årets  
nyskaper:  
kr. 75 000

**Smartprisen 2011**

## Skjer mye bra

Bedrifter har Innovasjon Norge. Kommunene har ingenting.

– Vi trenger en nasjonal motor, sier Andresen.

– Hva gjør KS konkret?

– KS driver ikke med konkrete prosjekter, men følger med – og heier – på det som skjer i kommunene. KS' rolle er først og fremst interessepolitisk: Hvordan skal kommunene få gode betingelser for å drive sitt innovasjonsarbeid? KS har etablert Innovasjonsalliansen, et nettverk som består av kommuner, fylkeskommuner, departementer, og flere organisasjoner, blant annet Sykepleierforbundet, sier hun.

Andresen mener at dersom vi får innovasjon i offentlig sektor, må vi i større grad etablere samarbeid med verden rundt oss, og åpne for nye stemmer inn i våre virksomheter. Og skal vi tro henne, skjer det mye bra på dette området allerede.

– Mange kommuner driver interessante prosjekter. Både når det gjelder teknologiske løsninger, men også på andre områder. I helse- og omsorg må vi tenke bredt, slik Hagen-utvalget også peker på. Det er viktig å oppmuntre ansatte med gode ideer og løsninger. Vi må etablere kultur for å jobbe tverrfaglig for å finne løsninger. Å la enkelte profesjoner jobbe isolert, fungerer dårlig. Derfor er det gledelig å se at etableres kontakter mellom fagfolk i sektoren, forsknings- og utviklingsmiljøer og bedrifter, sier hun.

KS og norske kommuner har også opprettet kontakt med forskningsmiljøer som Sintef, Universitetet i Agder og Høgskolen i Gjøvik for å nevne noen.

– Vi trenger mer forskning. Ikke minst på hva som virker og hva som ikke virker, sier Andresen. ■■■

Tekst Kari Anne Dolonen og Barth Tholens

## Innovasjonsdirektør

**Trude Andresen** mener at sykepleiere kan bidra mye til nyskaping i helsetjenesten fordi de vet hvor skoen trykker.



**Redaktør Barth Tholens** i Sykepleien lanserer Smartprisen for sjette år på rad. Til sammen har man delt ut over en million kroner til smarte sykepleiere.



Lege og fotograf Torkil Færø har truffet mange selvskadere på jobb.

# Skadet på kropp og sjel



**KONKRET:** Torkil Færøs bilde var det som var mest rett på sak. Bildene på jubileumsutstillingen ble solgt til inntekt for et kunstnerisk fond for incest- og overgrepssatte.

**D**a Torkil Færø skulle lage et bilde om incest, ville han fotografere noe konkret. Han tenkte på selvskadene han har truffet i legejobben.

Støttesenter mot Incest i Oslo fyller 25 år i år. Det ble markert med en utstilling i Oslo rådhus siste helg i juni.

Torkil Færø var en av 28 fotografer som stilte ut ett bilde hver. Færø jobber frilans som allmennlege, blant annet på legevakt, og som fotograf og dokumentarfilmskaper.

**«Pasientenes historier får jeg som lege, så jeg trenger ikke fotografere dem.»** Torkil Færø

Han forteller at tre-fire ganger i året må han sy pasienter som har kuttet seg selv.

– Mange av dem har vært utsatt for incest. Det setter seg på kropp og sjel. Ofte er dette noe de forteller til

allmennpraktikeren eller psykologen, men som den nære familie ikke vet noe om. Jeg merker hvilke voldsomme traumatiske opplevelser de har vært utsatt for, sier han.

– Noen er utsatt i ung alder før de kan prate om det, og de har derfor enda større vansker med å takle det mentalt.

## Noe av det verste

På legevakten legger han stadig inn pasienter i psykiatrien for depresjon,

psykoser og selvmordstanker.

– Forholdsvis ofte er det seksuelle overgrep inne i bildet. Det er noe av det verste man kan utsettes for, om ikke det verste. Pasientene kan bli så ustabile og skadet at det nesten er

umulig å snu en destruktiv utvikling.

– Er incest noe sykepleiere og helsearbeidere vegrer seg for å innover seg?

– Mitt inntrykk er at sykepleiere opptrer veldig fint mot denne pasientgruppen. De deler pasientenes fortvilelse.

Selvskading er vanskelig å forholde seg til, synes han.

– For hva skal man si? Hva skal man gjøre? Det er en vrien situasjon. Pasientene skammer seg litt. Det er ikke lett som lege å vite hvordan man skal gripe det an.

## Skjuler sår og arr

Og ofte ser man ikke kuttene og arrene.

– De er jo raske med å dekke seg til. Med en gang selvskadingen synes, skjuler de det med lange ermer.

Nettopp derfor ville han være konkret da han fikk forespørsel om å stille med et fotografi på denne utstillingen.

– Har du fotografert dine egne pasienter?

– Nei, det ville blitt feil å spørre dem. Det kan oppleves som å utnytte en maktposisjon.

Færø gikk derfor til en nettside og spurte om noen som har skadet seg selv ville stille fordi han skulle lage bilde til en utstilling for saken. Flere var villige til det.

## Utforsker i begge yrker

– Mange lurer på om jeg fotografere egne pasienter. Det gjør jeg aldri. Det er det samme som motiverer meg som lege og fotograf: Jeg vil finne ut hvordan ting er. Pasientenes historier får jeg som lege, så jeg trenger ikke fotografere dem.

Han treffer 4 000 pasienter i året. Det holder, synes han.

– Så fotografere jeg for å oppleve livet sterkere, sier Færø, som i fjor ble prisbelønt med den internasjonale Worldwide Photography Gala Award. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**



# Fag & bøker

**RØYKESLUTT:** For å hjelpe hjerte-  
pasienten til å stumpe røyken trenger  
sykepleieren kunnskap og ferdigheter  
om røyking og røykeavvenning. Foto:  
Bjørn Arild Østby.

Side

64

3  
nye bøker

KIRSTEN THORSEN I  
SAMARBEID MED  
INGJERD OLSTAD

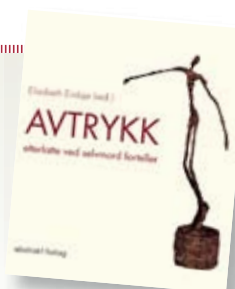
**Livshistorier, livsløp  
og aldring**  
Samtaler med men-  
nesker med utvik-  
lingshemning

Her forteller mennesker  
med utviklingshemning selv  
om sine liv.



ELISABETH ENDSJØ (RED.)

**Avtrykk  
etterlatte ved selv-  
mord forteller**  
21 tekster om fortvilelse,  
sorg, savn og skyld, men  
også om aksept og  
forsoning.



AKSEL HATLAND (RED.)

**Veivalg i velferds-  
politikken**  
Tar opp sentrale og  
omstridte temaer i  
velferdspolitikken.





**Ingebjørg Kaljord Svalebjørg**, spesiell sykepleier i kardiologisk sykepleie/enhetsleder medisinsk avdeling, Telemark Rehabiliteringssenter, Sykehuset Telemark.



**Marit S. Hellesvik**, høyskolelektor/praksiskoordinator, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud.

# Hjelp til røykeslutt

Sykepleiere har en nøkkelrolle når det gjelder å hjelpe pasienter med røykeslutt. Men vi trenger kunnskaper, ferdigheter og verktøy.

**D**e fleste røykere ønsker å slutte, og studier viser at råd og hjelp fra sykepleiere øker sjansen for å lykkes. Men tiltakene må være systematiske, tydelige og av en viss intensitet og varighet. Resultatene er svakere ved korte råd eller som del av annen forebyggende rådgivning (1). Men selv kort rådgivning på ett til tre minutter anbefales. Det vil bidra til å sette i gang en endringsprosess, og signaliserer at temaet er viktig (2,3).

## Starter på sykehuset

Hensikten med artikkelen er å sette fokus på tobakk og hjerte-helse, og beskrive hvordan vi kan sikre et kunnskapsbasert sykepleierdrevet tilbud om hjelp til røykeslutt, under et to ukers opphold på vårt rehabiliteringssenter direkte etter arteriell koronar bypass operasjon (ACB).

Funn viser at intervensjoner for røykeslutt som startet på sykehuset, med oppfølgende støtte minst en måned etter utskrivning, er effektive (4). Dessuten har dokumentasjon av pasienters røykevaner vist økt innsats fra helsepersonell (5). Tross entydige anbefalinger om å gi systematisk hjelp til røykeslutt ved hjertesykdom, er det ikke alltid rutinepraksis i helsetjenesten. Og koordinering mellom nivåer er en utfordring (6).

Etter hjerte- og karsykdom er røykeslutt det viktigste og mest kostnadseffektive enkelttiltaket for sekundær forebygging (7-10). Etter hjerteoperasjon anbefaler man sterkt røykeslutt for alle uansett alder eller kjønn (8). Det reduserer risiko for død med mer enn en tredjedel etter ACB operasjon eller infarkt, og det reduserer faren for nye hjertehendelser. Gevinsten er stor både på kort og lang sikt (9).

Artikkelen er basert på litteratursøk, primært etter retningslinjer og oppsummert forskning i søkebasene Cochrane Library og UpToDate, og i tidsskrifter. I tillegg til søk i Helsebiblioteket, er det søkt i Helsedirektoratets og øvrige nordiske helsemyndigheters nettsider for røykesluttarbeid. Vi benyttet følgende søkeord: smoking cessation, coronary artery bypass, coronary heart disease, nursing.

## Fakta om røyking

I 2009 røykte fortsatt 21 prosent av Norges voksne befolkning i alderen 16–74 år daglig, og 9 prosent av og til (11). Røyking er den livsstilsfaktoren som man kan dokumentere at fører til flest alvorlige og omfattende helseskader. Annenhver røyker dør tidligere på grunn av tobakksbruk. Halvparten av disse

dør minst 20 år for tidlig. Fire av fem personer angret på at de begynte å røyke (12).

Tobakksmønsteret i Norge har endret seg. For 50 år siden var røyking like utbredt i alle sosiale lag. I dag er det sterk overrepresentasjon av dagligrøykere blant de med lav utdanning. Det gir nye utfordringer i røykesluttarbeidet. Mellom innvandringsgrupper er røykemønsteret variert.

Det er nå omtrent like mange kvinner og menn som røyker, men det ser ut til at kvinner lettere utvikler røykerelatert sykdom ved samme tobakkseksposering (13). Faren for hjerteinfarkt seksdobles hos kvinner og tredobles hos menn hvis man røyker 20 sigaretter daglig sammenlignet med personer som aldri har røkt (9).

Hvert år dør flere enn 3000 nordmenn av hjerte- og karsykdom forårsaket av røyking. I strategiplanen for tobakksforebyggende arbeid i Norge 2006–2010 fremheves det at helsepersonell må involveres mer, og at man må ha retningslinjer og verktøy for røykesluttarbeidet (13).

## Skader koronararteriene

Mange faktorer medvirker til sammenhengen mellom hjerte- og karsykdom og røyking. Faren for blodpropp øker fordi blodplatene aktiveres og fibrinolysen reduseres. Det kan være en forklaring på at behandling med trombolyse er mer effektivt for røykere, samtidig som de har større fare for ny blodpropp i kransåren. Hos yngre røykere kan trombose oppstå i en kransåre med lite utbredt aterosklerose. Og røykere er ofte yngre enn ikke-røykere ved sitt første hjerteinfarkt. Samtidig påskynder røyking ateroskleroseprosessen. Studier viser betydelig økt tykkelse i halspulsåren hos røykere, noe som disponerer for senere kransåresykdom. Også hovedpulsåren skades, og kan bli mer uelastisk og mer mottakelig for skader (9,14).

En rekke faktorer ved røyking som blant annet økt puls og blodtrykk, økning av det «dårlige» kolesterolet og dårligere perifer sirkulasjon øker faren for hjerte- og karsykdom. Røykere inhalerer karbonmonoksid som binder seg til hemoglobinet, og lavere andel oksygen transporteres til kroppens vev. Det gir lavere terskel for ischæmi, ventrikulær dysfunksjon og større fare for ventrikulære arytmier (9).

Røyking disponerer for økt glukoseintoleranse og insulinresistens, og øker risikoen for diabetes type 2 (9,14). Diabetes gir økt risiko og dårligere prognose for hjerte- og karsykdom (15). Men det hjelper å slutte å røyke. Risikoen minsker raskt og betydelig både hos hjertesyke og friske (14).

## www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Hjerte- og karsykdom
- ▶ Hjerteinfarkt
- ▶ Røyking







**TRENGER STØTTE:** Hjelp og råd fra sykepleiere kan bidra til at hjertepasienter stumper røyken for godt. Foto: Scanpix

### Vaner og avhengighet

De fleste begynner å røyke som unge, først bare for å prøve eller for å oppnå sosial status. Deretter utvikles en vane eller avhengighet hvor fysiske, psykiske og sosiale forhold spiller inn. For noen er den fysiske avhengigheten sterkest, for andre den psykiske eller sosiale (16).

Noen pasienter forteller at røyking nærmest er et ritual i ulike situasjoner, som på fisketuren, etter husarbeidet eller i sosialt samvær. Røyking virker både oppkvikkende og beroligende og kan brukes både for å håndtere positive og negative følelser. Derfor er røykeslutt ikke bare et enkelttiltak, men en endring av vaner, rutiner og måter å håndtere ulike situasjoner på (16).

Nikotinet når hjernen allerede ti sekunder etter inhalering, via reseptorer i sentralnervesystemet, og er sterkt avhengighets-skapende (3). Halveringstiden er cirka to timer (16). Kroppen vil reagere med fysisk abstinens når den ikke får nikotin. Dette er verst de første dagene, men er som regel borte etter to–fire uker. Graden av nikotinavhengighet er ulik, men hvis det går kort tid fra man våkner om morgenen til man røyker sin første sigarett indikerer dette sterk avhengighet. Vanlig røykesluttiltak har hatt liten effekt på de såkalte «hardcorerøykerne» som tilhører sosiale grupper der man debutterer tidlig, har høyt forbruk og bruker rul-letobakk. Sosiale forskjeller i forhold til røykevaner og røykeslutt skal derfor utredes nærmere (17,18).

### Medikamentell behandling

Motivasjon er den viktigste faktoren (3). Men medikamentbehandling anbefales som tillegg til endringsfokusert veiledning i retningslinjer. Det øker røykesluttraten signifikant, og er ikke kontraindisert ved kransåresykdom (19).

På markedet finnes ulike typer reseptfrie nikotinerstatningspreparater (NEP). En systematisk oversikt viste 50–70 prosent

*Det er funnet at spontan røykeslutt er minst like effektivt.*

økt sjanse for røykeslutt med NEP (20). Røykeavvenningspiller som for eksempel vareniklin er derimot reseptbelagte og må vurderes for den enkelte. Disse har vist seg å to–tre-doble røykesluttraten (21). Legen skriver resept, men sykepleieren må kjenne medikamentenes virkning, bivirkning og bruk (2). Effekten avhenger av at pasienten har fått riktig veiledning, og at man gir motivasjonsstøtte (16,22).

### Motivere for røykeslutt

Prochaska og DiClementes fasemodell brukes mye som referanse for veiledning ved røykeavvenning. Den beskriver hvordan



## Etter hjerteoperasjon anbefaler man sterkt røykeslutt for alle uansett alder eller kjønn.

viljestyrt endring følger et mønster gjennom flere faser, fra ikke å overveie endring til å gjøre et planlagt forsøk og holde det ved like. Ulike mål og tiltak er hensiktsmessige i ulike faser for å hjelpe pasienten videre. Tilbakefall er vanlig, og blir betraktet som en naturlig del av en endringsprosess. Tilbakefallet brukes som læringserfaring neste gang, og betyr ikke at forsøket er mislykket (2,3,16,23).

En annen sentral modell er Banduras sosialkognitive lærings-teori. Ifølge den er en positiv mestringsforventning og resultatforventning en forutsetning for vellykket adferdsendring. Mestringsforventning er personens tro på at han er i stand til å gjennomføre en bestemt handling, som å slutte å røyke. Resultatforventning er tro på at røykeslutt virkelig har framtidig

gevinst i forhold til innsats. Tidligere erfaringer påvirker forventningene. Å sette for høye mål kan lett gi negative erfaringer som reduserer senere mestringsforventning, mens relevante delmål kan styrke prosessen. Samtidig blir personen påvirket av omgivelsene, ved å bruke andre som modeller, og av det han observerer, hører og oppfatter som gjeldende normer (24). Dette kan kanskje forklare hvorfor tobakksbruk er forskjellig i ulike befolkningsgrupper?

Men behøver man nødvendigvis å planlegge røykeslutt? Det er funnet at spontan røykeslutt er minst like effektivt, og i en britisk studie hadde nesten halvparten av de siste røykeslutt-forsøkene vært spontane. Røykeslutt var gjerne trigget av noe, og røykerens sinnstilstand og motivasjon var avgjørende (25). Om dette er økt resultatforventning, eller et direkte hopp fra overveie til handlingsfase, så stemmer det med at motivasjon for røykeslutt er særlig sterk i forbindelse med nyoppstått hjertesykdom (1,8,10).

En norsk studie av pasienter innlagt med kransåresykdom viste imidlertid at høy nikotinavhengighet, tidligere koronar-sykdom og lav mestringsforventning var negative faktorer for røykesluttssuksess. Et individuelt røykeavvenningsprogram med informasjon om fare ved fortsatt røyking og motivasjon for røykeslutt, samt minst fem måneders telefonoppfølging fra sykepleiere, økte suksessraten (26).

Så hvordan bli en ikke-røyker? Wilhelmssen har sagt det slik: «Dersom man vil gå over fra å være en røyker til å bli en ikke-røyker, må man først bestemme seg for dette. Deretter må man oppføre seg som om man mener det. Ikke bare en dag, men dag etter dag. Når man har gjort dette i noen år, sitter det, og man er blitt en ikke-røyker» (27, s. 40).

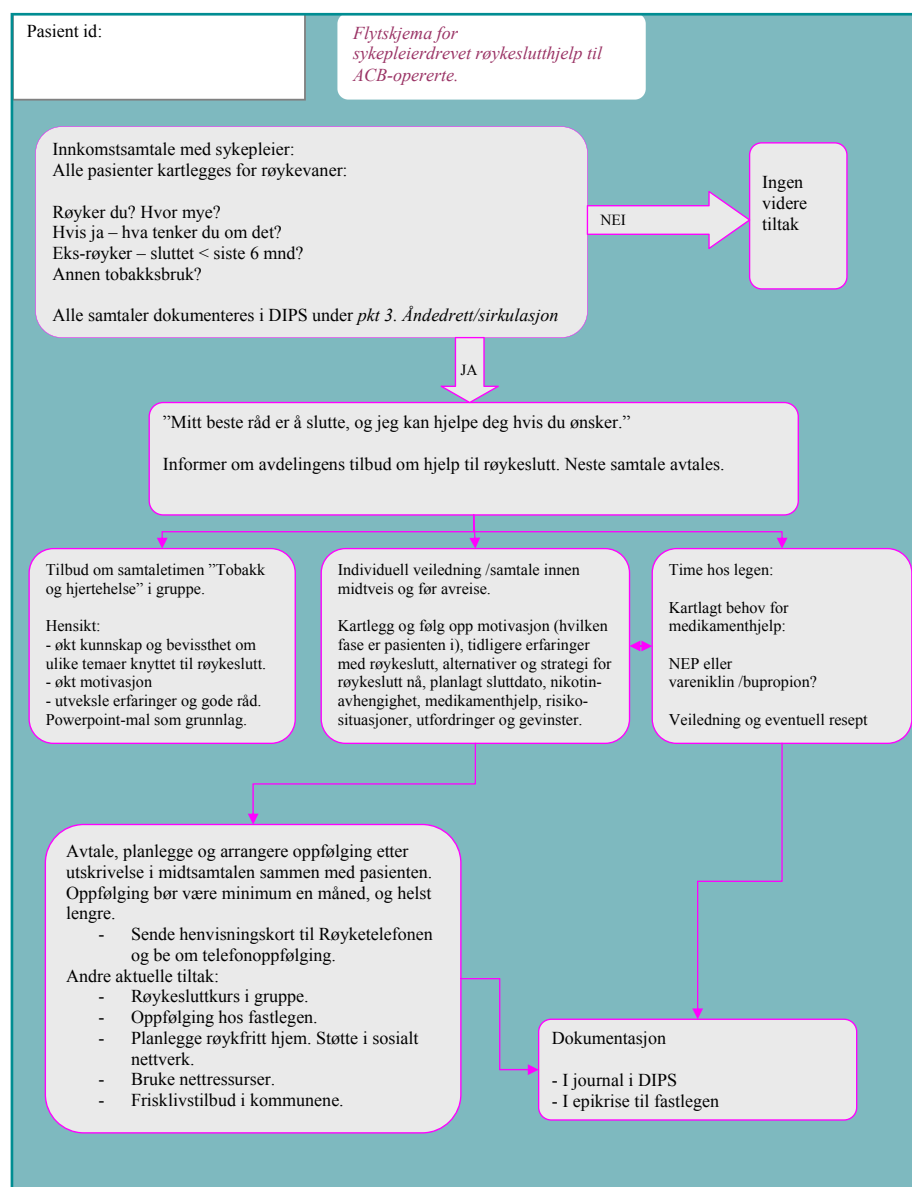
### Fra teori til handling

Ved vårt rehabiliteringssenter kommer ACB-opererte inn enkeltvis, som regel direkte fra sykehuset. Før var røykesluttveiledning en del av den generelle hjersteinformasjonen. Men for å kvalitetssikre at alle ACB-opererte tilbys røykesluttshjelp, ønsker vi å ta i bruk et eget flytskjema. Det er egenutviklet og tilpasset vår avdeling og våre ressurser, men elementene er hentet fra retningslinjer og anbefalinger (1,2,3,16,28). Grunnlaget er at røykesluttintervensjoner fra sykepleiere med individuell rådgivning til hospitaliserte pasienter, og oppfølging minst en måned etter utskrivelse, har effekt (1,4,6,28). Gruppetiltak kan brukes i tillegg, og medikamenthjelp øker røykeslutttraten (2,28). Supplerende intervensjoner og samarbeid fra annet helsepersonell kan øke effekten (1).

Flytskjemaet (til v.) sikrer at kunnskapsbasert, systematisk, synlig, dokumenterbar, evaluerbar og lik praksis kan implementeres. Ved å legge det inn i avdelingens elektroniske kvalitetssystem sikres ledelsesforankring, evaluering og oppdatering (16).

Sykepleier kartlegger røykestatus og motivasjon i inntakssamtalen, og avtaler videre individuelle samtaler. Da vil kommunikasjon og veiledning relatere seg direkte til den fasen pasienten befinner seg. For å avklare hvilken fase den som skal slutte å røyke befinner seg i finnes det enkle spørsmålsoppsett (16). Sykepleierens mål og oppgave er å aktivere pasientens egen motivasjon og deltakelse, og planlegge videre strategi og oppfølging etter oppholdet sammen med pasienten (23).

Dersom pasienten ønsker får han materiell med informasjon om røykeslutt, og heftet «Guide til røykfrihet». Brosjyrer øker oppmerksomhet mot røykeslutt også hos ikke-motiverte (2). Men materiell gir ikke effekt alene (28). Røyketelefonen gir ut egne





henvisningskort som sykepleier kan fylle ut sammen med pasienten og sende. Da blir pasienten oppringt til ønsket tidspunkt og kan få videre oppfølging inntil et år (29). Røyketelefonens oppfølgingstjeneste kan vise til gode resultater. I 2006 var 44 prosent røykfrie etter ett år ved å bruke denne tjenesten i sin sluttprosess (30).

Avdelingen har tilbud om gruppesamtale «Tobakk og hjerte-helse». Dette er en undervisningstime for å øke kunnskap og dele erfaringer. En fast Powerpoint-presentasjon benyttes som mal. Navnet på timen er bevisst valgt, da for eksempel «røykesluttme» kan aktivere motstand før beslutning om røykeslutt er tatt (23).

Sykepleieren bidrar med fagkunnskap om tobakk og hjerte-helse (16, 26). Pasientene bidrar med egne erfaringer og kunnskap. Man forteller om fordeler ved røykeslutt, samt legger frem metoder og alternativer. Andre sentrale temaer er motivasjon, mestringsstrategier, vaner og avhengighet (2).

### Vis respekt

I retningslinjer og videoeksempler for samtaleteknikk beskrives hvordan sykepleiere bør kommunisere om røykeslutt (2,16,23,31,32). Pasientene skal oppleve respekt og anerkjennelse gjennom samtale, ikke moralisering eller dømmende holdninger (2,16,23). Støtte i det sosiale nettverk hjemme gjør røykeslutt lettere for pasienten (10).

Å bli hjertesyk er i seg selv en påkjenning, og en reduksjon av sigarettforbruket, eller et røykeslutforsøk med tilbakefall, vil også være et skritt i riktig retning (16). Hvis pasienten takker nei til røykesluttshjelp må man respektere dette (2). En internasjonal fempunktstrategi oppsummerer kommunikasjon om røykeslutt (2,3).

Mange sykepleiere føler seg usikre på å ta opp røykeslutt med pasienter; et kvalitetssikret og effektivt tilbud til ACB-opererte fordrer tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter hos personalet.

### The 5 A's

<b>ASK</b>	Ask about and record smoking status, keep record up to date.
<b>ADVISE</b>	Advise smokers of the benefit of stopping in a personalised and appropriate manner (this may include linking the advise to their clinical condition).
<b>ASSESS</b>	Assess motivation to stop.
<b>ASSIST</b>	Assist smokers in their stop attempt if possible; this might include the offer of support, recommendation to use Nicotine Replacement Therapy (NRT) or bupropion and accurate information and advice about them.
<b>ARRANGE</b>	Arrange follow up if possible

Figur 4.

Internasjonal 5-punkts strategi for røykeavvenning. (Kilde: Røykeavvenning i primærhelsetjenesten (7)).

Denne anbefales implementert som minimum for intervensjon i sykepleiepraksis (6).

Derfor må opplæring implementeres systematisk og kontinuerlig i opplæringsplaner og fagutviklingstiltak (16). Man kan oppnevne spesielt interesserte sykepleiere som ressurspersoner og la disse få ekstra ansvar og utdanning (2).

Det ville være interessant å undersøke hvordan videre oppfølging etter utskrivelse fungerer i praksis og hvilken effekt opplegget har i forhold til ulik sosial bakgrunn (6,17). Vi antar at kompetanseheving på røykesluttarbeid også kan overføres til annen adferds- og livsstilsendring ved hjerterehabilitering, og at røykesluttopplegget kan brukes for flere pasientgrupper. ■■■

### LITTERATUR

- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1): CD001188.
- Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice. [Internett]. Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario 2007 [hentet 2010-03-01]. Tilgjengelig fra: <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=802>
- Røykeavvenning i primærhelsetjenesten IS-1171. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet 2004 [hentet 2010-02-14]. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/R\\_ykeavvenning\\_i\\_prim\\_1860a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/R_ykeavvenning_i_prim_1860a.pdf)
- Rigotti N, Munafo' MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3): CD001837.
- Hur ska vården främja rökstopp? [Internett]. SBU Vetenskap och praxis; 2007 Mars [hentet 2010-03-26]. Tilgjengelig fra: <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap-Praxis/Vetenskap-och-praxis/2080/>
- Rigotti NA. Helping smokers with cardiac disease to abstain from tobacco after a stay in hospital. *CMAJ*. 2009 June 23; 180(13): 1283-1284.
- Domburg RT, Meeter K, Berkel DF, Veldkamp RF, Herwerden LA, Bogers AJ. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 36:878-883.
- Critchley JA, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1): CD003041.
- Jackson E, Ockene I. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. *UpToDate* [elektronisk artikkel]. 2009 Sept [hentet 2010-03-07]. Tilgjengelig fra: [http://www.uptodate.com.proxy.helsebiblioteket.no/online/content/topic.do?topicKey=chd/35796&source=related\\_link](http://www.uptodate.com.proxy.helsebiblioteket.no/online/content/topic.do?topicKey=chd/35796&source=related_link)
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. Cardiovascular Disease Prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; vol 14 (suppl 2): S1-S113.
- 21 prosent røyker daglig i 2009 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet 2010 [hentet 2010-02-28]. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/statistikk/royking/21\\_prosent\\_r\\_yker\\_daglig\\_i\\_2009\\_685804](http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/statistikk/royking/21_prosent_r_yker_daglig_i_2009_685804)
- Røykfrihet og helse IS-1017. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet 2001 [hentet 2010-02-28]. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1017\\_1819a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1017_1819a.pdf)
- Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. [Internett]. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet 2006 [hentet 2010-02-28]. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0003/ddd/pdfv/282228-nasjonal\\_strategi.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0003/ddd/pdfv/282228-nasjonal_strategi.pdf)
- Landmark K. Røyking og koronar hjertesykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:1710-2.
- Ryden L, Standl E, Bartnik M, Berghe G, Betteridge J, Boer M, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary: The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2007 Jan; 28(1): 88-136.
- Rygeophør på sykehus: Fakta, metoder og anbefalinger. [Internett]. København: Klinisk Enhed for sygdomsforebyggelse 2001 [hentet 2010-03-01]. Tilgjengelig fra: <http://www.bispebjerg-hospital.dk/NR/rdonlyres/D5E7C5E6-F9E8-40BF-B002-C02457C10749/0/Tobaksbogen.pdf>. 126 s.
- Lund M, Lund KE, Rise J. Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125(5): 564-568.
- Fuglesnes E. Forskningsprosjekt om røykeferd og sosial ulikhet Hvordan kan man hjelpe hardcorerøykerne. *SIRUS* [Elektronisk artikkel]. 2010 Mars [hentet 2010-03-17]. Tilgjengelig fra: <http://www.sirus.no/internet/tobakk/article/1235.html>
- Rennard SI, Rigotti NA, Daughton DM. Management of smoking cessation. *UpToDate* [elektronisk artikkel]. 2010 Feb. [hentet 2010-03-15]. Tilgjengelig fra: [http://www.uptodate.com.proxy.helsebiblioteket.no/online/content/topic.do?topicKey=primpulm/4553&selected\\_title=1%7E150&source=search\\_result](http://www.uptodate.com.proxy.helsebiblioteket.no/online/content/topic.do?topicKey=primpulm/4553&selected_title=1%7E150&source=search_result)
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1): CD000146.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3): CD006103.
- Tonstad S. Legemidler for røykeavvenning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125(2): 178-80.
- Helsedirektoratet. "Å snakke om endring" - Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt. IS-1400. 2. opplag. Oslo, Helsedirektoratet; 2009. 36 s. og DVD.
- Møland JG. Helhetlig hjerterehabilitering, 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2006.
- West R, Sohal T. «Catastrophic» pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006; 332(7539): 458-60.
- Quist-Paulsen P, Bakke P, Gallefos F. Predictors of smoking cessation in patients admitted for acute coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; vol 12: 472-477.
- Wilhelmsen I. Kongen anbefaler: holdninger for folket. Stavanger: Herteveg forlag, 2007.
- Smoking cessation intervention and strategies. [Elektronisk artikkel]. Best Practice Information Sheets - Joanna Briggs Institute. Adelaide: 2008. Vol. 12, [hentet 2010-03-10];(8): [4 s.] Tilgjengelig fra: <http://proquest.umi.com.proxy.helsebiblioteket.no/pqdweb?RQT=309&Fmt=7&did=1454294301&SrcMode=10&VName=PQD&VType=PQD&VInst=P&ROD&TS=1268402185&clientid=83242>
- Oppfølgingstjenesten [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet 2009 [hentet 2010-03-26]. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/r\\_ykeslutt/r\\_yke-telefonen/oppf\\_lgingstjenesten\\_13197](http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/r_ykeslutt/r_yke-telefonen/oppf_lgingstjenesten_13197)
- \*Sosial og Helsedirektoratet. Jubileumsskriv Røyketelefonen 10 år. Oslo, Sosial og Helsedirektoratet; 2006. 24 s.
- Walkerley, S. Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice. *RNAO's Clinical Best Practice Guidelines-using best practice to enhance patient care*. [Internett]. Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario 2009 [hentet 2010-03-13]. Tilgjengelig fra: <http://www.youtube.com/watch?v=L99LXVJWNNM>
- Smoking Cessation E-Learning [Internett]. Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario. [hentet 2010-03-13]. Tilgjengelig fra: <http://www.rnao.org/smokingCessation/1pintro.asp#>



Anna Mohn  
Sneve



Jan Lyngaas  
Holsæter



Karen Anna  
Bøkestad



John Arne  
Habbestad

Alle er tredjeårsstudenter  
v/ bachelorutdanningen  
i sykepleie v/ Høgskolen i  
Sør-Trøndelag

# Aktiv praksis

Via prosjektet «studentaktiv praksis» fikk studentene være med å utforme egen praksis.

**V**i er fire sykepleierstudenter fra Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), som i denne artikkelen vil beskrive våre erfaringer fra et samarbeidsprosjekt mellom Øya helsehus og HiST; «studentaktiv avdeling». Dette var vår første praksisperiode, sykehjemspraksis, på første året i bachelorutdanningen. Fagplanen for avdeling for sykepleie (ASP) lå til grunn for prosjektet, med vekt på grunnleggende sykepleie som kunnskap og ferdighet, kommunikasjon og samhandling med pasient, pårørende og medarbeidere.

## Om prosjektet

Grunnen til at vi valgte å delta i prosjektet, var blant annet å få være med å utforme vår egen og senere kulls praksis. Det har vært en del kritikk av praksis i sykepleierutdanningen (1,2,3,4). Vi mener det er viktig å utfordre den tradisjonelle praksisformen og bidra til å videreutvikle en god praksis. Forskningsdesignet for prosjektet var aksjonsforskning. Det vil si at man arbeider for endring samtidig som man bruker prosessen til å utvikle ny kunnskap (5,6).

Det var forventet at vi skulle komme med forslag om endringer underveis, og dermed hadde vi muligheten til å påvirke prosjektet og vår egen praksis direkte. Prosjektet viderefører det sosiokulturelle læringssynet ved HiST, noe som innebærer at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling, og ikke primært gjennom individuelle prosesser. Interaksjon og samhandling med læringsmiljøet står derfor sentralt (7).

Hensikten med prosjektet var å utvikle en modell der studenter opparbeider økt selvstendighet, handlingskompetanse, og lærer å arbeide i grupper. Øya helsehus, 5. etasje, har plass til 40 pasienter som er overført fra St. Olavs Hospital for etterbehandling og opptrening. På avdelingen blir pasienter rehabilitert og vurdert i forhold til omsorgsnivå. Tolv studenter ble fordelt på hver av avdelingens to fløyer. Hver gruppe ble veiledet av et veilederteam, som besto av tre sykepleiere. I tillegg til veilederteamene hadde en ansatt delt stilling som studentansvarlig sykepleier, og fungerte som et bindeledd mellom skole og praksis. Gruppene hadde hver sin praksislærer fra HiST. Det



var satt av tid til refleksjonsmøter, og vi brukte læringslogg for å gjøre oss bevisste på egne styrker og svakheter i utøvelse av sykepleie. Halvveis i praksisen hadde vi studentovertakelse. Da fikk vi overta ansvaret for den daglige sykepleien til en gruppe pasienter. I tillegg hadde vi to fokusområder, hygiene og ernæring, som vi arbeidet med gjennom praksisperioden.

## Veilederteam

Formålet med veilederteamet var at det skulle ha hovedansvar for å veilede og vurdere studentene. En av fordelene med veilederteamet var at vi fikk mulighet til å lære av flere sykepleiere, og slik sett fikk ulike tilnærminger til utøvelse av sykepleie.

I gruppene var det delte meninger om hvordan veilederteamet fungerte. I starten av praksisen fikk vi en ferdig oppsatt turnus, som ikke alltid samsvarte med veilederteamets turnuser. Dette førte til at enkelte studenter fikk lite veiledning av sykepleierne fra veilederteamet. Andre faktorer var sykemeldinger, ferier og sykepleieroppgaver som ikke var relevante for vår praksis, for eksempel dosering av medisiner og blodprøvetaking. I tillegg var det seks studenter på tre veiledere. Dette medførte at enkelte av oss ble gående en del alene eller med annet personell. De gangene

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

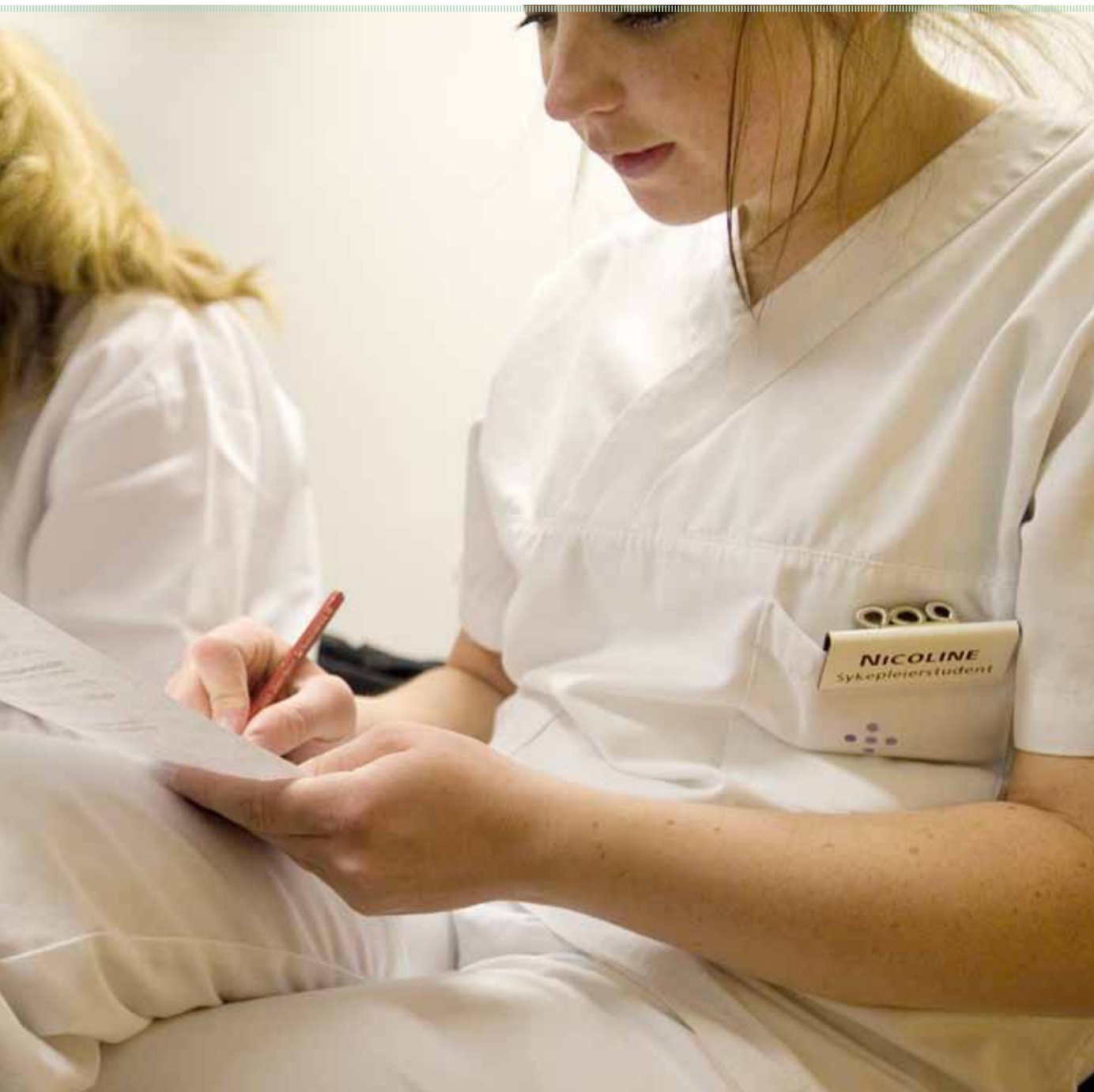
Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Sykepleierstudent
- ▶ Utdanning
- ▶ Veiledning
- ▶ Praksis







**LÆRERIKT:** Gjennom refleksjonsmøter fikk studenten mulighet til å lære av hverandres erfaringer i praksis. Arkivfoto: Stig Weston

vi fikk veiledning av noen fra teamet, merket vi forskjell fordi tilbakemeldingene hadde en sykepleiefaglig begrunnelse.

#### **Erfaringer**

Noen studenter var svært fornøyd med veilederteamet. Disse hadde turnus som samsvarte med veiledernes, og fikk gått mye sammen med dem. De følte også at teamet fikk kjennskap til deres kunnskap og utvikling. De som hadde mindre kontakt med veilederteamet, følte derimot at den utviklingen og kunnskapen de hadde ikke ble tilstrekkelig anerkjent eller lagt merke til. Dette påvirket i hovedsak halvtidsevalueringen ved at studentene følte veilederteamet ikke hadde nok grunnlag til å evaluere dem. Vi ga tilbakemelding om dette, og det ble satt i gang et fast møte en gang i uken for teamet og andre ansatte, hvor de fikk muligheten til å komme med sine observasjoner av oss. Vi merket en positiv forskjell etter at denne endringen ble gjennomført.

Vi opplevde at det var en uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom sykepleierne i veilederteamet, og savnet bedre rammer for kommunikasjon innad i veilederteamet. Vi følte det var tilfeldig hvem av studentene som fikk veiledning, og at veilederne ikke hadde et system på dette. I ettertid har vi tenkt at det kanskje

hadde fungert bedre hvis sykepleierne i teamet vekslet på å ha daglig hovedansvar for to studenter hver. Dette kan gjøre det lettere å ivareta god oppfølging, og bidra til at fastsatte mål blir nådd.

#### **Refleksjonsmøter**

Det ble arrangert refleksjonsmøter to ganger i uken med praksislærer til stede. Formålet var å diskutere og belyse forskjellige

*Vi har innsett at jevnlig refleksjonsmøter kan være en kilde til god læring.*

tilnærminger til konkrete situasjoner vi hadde observert og erfart. Gibbs the Reflective cycle ble brukt som utgangspunkt for refleksjonen. I møtene fikk vi diskutert og belyst forskjellige tilnærminger til de aktuelle situasjonene. Det ble også satt av tid til å evaluere prosjektet fortløpende. I møtene delte vi erfaringer og opplevelser. Dette styrket tilliten og fellesskapet i gruppen. I starten tenkte de fleste at to møter i uken kunne



bli mye, men etter hvert verdsatte vi disse møtene som både ga godt faglig utbytte og økt handlingskompetanse. Etter dette prosjektet har vi innsett at jevnlig refleksjonsmøter kan være en kilde til god læring.

### Læringslogg

Læringsloggen var et skriftlig redskap der formålet var å utvikle praktiske ferdigheter. Vi skulle sette oss ett læringsmål om dagen, deretter reflektere over våre handlinger, og få skriftlig evaluering av den personen som observerte oss. Vi skulle benytte oss av læringslogg gjennom hele praksisperioden. Før praksis hadde vi fått informasjon om hvordan læringsloggen fungerte. Likevel var det forvirring rundt bruken i starten, både når det gjaldt studenter og veilederteamene. Dette tok vi opp slik at vi fikk en forklaring på hvordan læringsloggen skulle gjennom-

## Det er viktig å utfordre den tradisjonelle praksisformen.

føres. Likevel opplevde studentene at læringsloggen fungerte forskjellig. Hos enkelte studenter ble læringsloggen et nyttig redskap for å følge egen utvikling, og førte til mer selvrefleksjon. Andre opplevde den som vanskelig å gjennomføre, fordi det ikke ble nok tid til å skrive, eller fordi de ikke visste hva de kunne forvente av dagen. Noen opplevde frustrasjon fordi de ble gående mye uten veiledning, noe som vanskeliggjorde evalueringen av arbeidet. Læringsloggene gjorde det lettere for veilederne å følge progresjonen underveis og evaluere utviklingen til den enkelte student.

I ettertid ser vi at man kunne satt av tid ved hver vakt til å skrive læringsmål for dagen. Det optimale ville i våre øyne vært om en veileder kunne hjulpet til med å finne gode og relevante læringsmål.

### Studentrommet

Hensikten med studentrommet var at vi studentene skulle ha et eget sted som vi kunne bruke til faglige formål. Tanken var at det skulle være lettere å kombinere teori og praksis, ved at vi hadde pensumlitteratur og søkeverktøy lett tilgjengelig. Samtidig skulle rommets funksjon som læringsarena styrke gruppeidentiteten.

Vi erfarte at begge gruppene benyttet studentrommet aktivt gjennom hele praksisperioden. Rommet ble brukt til å lete opp relevant informasjon, faglige diskusjoner, samtaler om prosjektet, og matpauser. Enkelte viste misnøye med at rommet ble brukt utenomfaglig, og det ble derfor mulig å reservere rommet. Alle satte pris på studentrommet, muligens av forskjellige grunner, men spesielt fordi der kunne vi studentene være samlet. Vi synes rommet førte til økt samhörighet innad i gruppen og mellom gruppene, samt at vi lærte mye av hverandre.

### Studentovertakelse

Halvveis i praksis hadde vi studentovertakelse. Pasientene vi overtok ansvaret for valgte vi selv i samråd med veilederteamet. Formålet var å iverksette tiltak, følge progresjon, få kontinuitet, bli selvstendige og utvikle det kliniske blikket. Vi planla, delegerte og utførte oppgavene innad i gruppen. Intensjonen var at det alltid skulle være en sykepleier som hadde hovedansvaret for pasientene og som veiledet oss.

Helhetsopplevelsen var at gjennomføringen av studentover-

takelsen ikke var optimal. Det var uklare forventninger til rolle- og ansvarsfordelingen mellom oss og de ansatte. I tillegg følte vi at sykepleier ikke fikk veiledet oss like mye som ønskelig. På den annen side bidro dette til at vi ble mer selvstendige og løsningsorienterte, og flinkere til å samarbeide med hverandre. I tillegg opplevde vi økt kontinuitet i pasientkontakten, og fikk se virkningen av ulike tiltak som vi iverksatte.

### Fokusområder

I løpet av praksisen hadde vi to fokusområder; hygiene og ernæring. Målet var å lære oss å overføre teori til praksis. Vi startet med å fokusere på hygiene allerede i tredje praksisuke. Vi fikk god informasjon om opplegget på forhånd av prosjektleder. Vi skulle kartlegge hygienens ved avdelingen med utgangspunkt i hygieniske standardprinsipper. Det ble utlevert en sjekkliste, utarbeidet av prosjektleder, med alt fra håndhygiene og tekstilhåndtering, til måltidshygiene og informasjon til pasienter og pårørende. Ut ifra observasjonene vi gjorde utarbeidet vi skriftlige forslag til tiltak og forbedringer, som deretter ble levert til avdelingen. Gjennom kartleggingsprosessen fikk vi se teori anvendt i praksis, og startet innarbeidingen av gode holdninger.

På slutten av praksisen fokuserte vi på ernæring. Hver enkelt student fikk ansvar for å kartlegge ernæringsstatus hos en selvvalgt pasient, basert på materiale utdelt av prosjektleder. Dette materialet inneholdt blant annet Mini Nutritional Assessment (MNA), med veiledning for utfylling. Dette fokusområdet kom samtidig med studentovertakelsen og oppgaveskriving, noe som gjorde det vanskeligere å prioritere ernæringskartleggingen. Siden vi hadde hatt lite undervisning om ernæring på skolen, ble vi nødt til å lese oss opp på dette emnet. De fleste av oss følte at det var vanskelig å få kontinuitet i ernæringskartleggingen. Vi var bare på avdelingen fire dager i uken, og skiftet mellom dag- og kveldsvakter. Likevel følte vi at vi lærte mye om ernæring og forskjellige metoder for kartlegging av ernæringsstatus. Når vi var ferdig med kartleggingen, møttes begge gruppene med veilederne og hadde en felles, faglig diskusjon rundt temaet ernæring i sykehjem.

### Avslutning

Gjennom hele praksisen var det forventet at vi skulle være aktive i forhold til egen læring, engasjere oss og komme med innspill til forbedringer. Vi føler at ved å delta i prosjektet har vi utviklet oss i retning av å bli mer handlekraftige og samarbeidsorienterte sykepleiere. Vi håper denne artikkelen vil inspirere studenter, sykepleiere og lærere til å utfordre og videreutvikle praksis. ■■■

### LITTERATUR

1. Havn V, Vedi C. På dypst vann: om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost. Sinterf rapport SFT38 A97156. Trondheim, 1997.
2. Heggen K. Sykehuset som klasserom – praksislæring i profesjonsutdanningene. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
3. Christiansen B. Sykepleieriket i spenningsfeltet mellom rolle og person – en analyse av fire sykepleiestudenters læringsløp. Universitetet i Oslo: Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Pedagogisk forskningsinstitutt, 2003.
4. Bjørk IT. Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske ferdigheter. Klinisk sykepleie 2006; 4: 23–30.
5. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
6. Postholm MB. Interaktiv aksjonsforskning: forskere og praktikere i gjensidig bytteforhold. I: Postholm MB (red). (2007) Forsk med! Lærere og forskere i læringsarbeid. Oslo: Damm forlag, 2007: 12–33.
7. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.



## Norsk medisinsk ordbok, 9. utg.



1176 sider  
Kr 585,-

## Engelsk-norsk/norsk-engelsk medisinsk ordliste



574 sider  
Kr 335,-

**Pakketilbud:**  
Begge bøkene  
i éi pakke!  
Kr 795,-

Ny og grundig revidert utgåve av det mest omfattende oppslagsverket innen medisin. Oppdatert i samsvar med utviklinga i faget. 25 500 oppslagsord, dei fleste med engelsk nemning.

Alle dei engelske termene i ordboka samla i ei eiga tovegs ordliste - eit nyttig hjelpemiddel for å finne oversetjing av medisinske oppslagsord.

samlaget.no

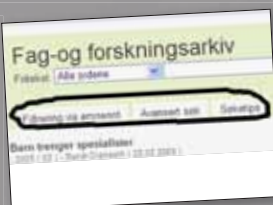
Samlaget

## «Jeg fant, jeg fant...» Slik finner du gull på sykepleien.no

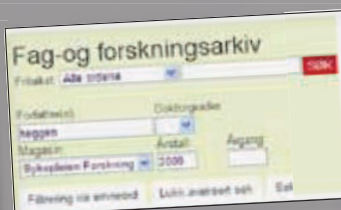
**Trinn 1:** Velg rullegardinen enten under forskning, eller fagutvikling. Velg fag- og forskningsarkiv.



**Trinn 2:** Her får du flere valg. Det beste er kanskje å gå på avansert søk.



**Trinn 3:** Fyll inn den informasjonen du er sikker på. Trykk så på søk og du får du opp artikkelen du var på jakt etter.



◀ Skal du skrive en oppgave? Eller er du på jakt etter en fag- eller forskningartikkel du har lest som du vil hente frem igjen?

Her er noen tips til hvordan du søker den frem på Sykepleien.no.

sykepleien.no



Wivi-Ann Tingvoll, sykepleier og førstelektor, Avdeling for Helse og Samfunn, Høgskolen i Narvik.



Lisa Øien, høyskolelektor, Avdeling for helse og samfunn, Høgskolen i Narvik.

# Teori gir reflektert

Ny pedagogisk tilnærming bidro til større teoretisk engasjement blant studentene.

Studentene har i liten grad greid å se all teori som relevant i praktisk utøvelse av sykepleie. Man diskuterer stadig hvor mye forskningskompetanse og sykepleieteori studentene skal ha tidlig i studiet. Studentene har muligens større forutsetning for å se teoriens relevans et stykke ut i studiet enn de har de første månedene som sykepleiestudenter. Ved Høgskolen i Narvik har vi mye sykepleieteori allerede første semester. I henhold til fagplanen for bachelor i sykepleie skal studenten etter første studieår blant annet skal kunne: «sammenligne likheter og forskjeller i kvalitativ og kvantitativ forskning, og reflektere over ulike kunnskaps- og forskningstradisjoner og deres betydning for omsorg og sykepleiepraksis» (1). Vi har tidligere erfart at studentene i liten grad har greid å se sykepleieteori som relevant for den praktiske utøvelsen av sykepleie. Resultatet har vært at deltakelsen ved undervisning i sykepleieteori har avtatt betydelig utover høsten. Med bakgrunn i dette ønsket vi å se nærmere på hvordan en ny pedagogisk tilnærming til emnet sykepleiens vitenskapelige grunnlag kunne bidra til økt engasjement blant studentene.

## Teori for praksis

Fra skolens side mener vi at det er viktig med teoriundervisning i starten av studiet. Vi mener at studentene vil være mer reflekterte i møte med praksis når de har med seg et teoretisk grunnlag i vitenskapelig tenkning og sykepleieteori. Vi har derfor vært lite villig til å endre denne praksisen. Studentene har også en god del undervisning i etikk, men denne undervisningen ble ikke berørt i dette prosjektet.

Målet med prosjektet var å få studentene til å se at teori faktisk er viktig for å utøve god sykepleiepraksis. Undervisning i teori er ikke bare en øvelse for å tilfredsstille skolens «virkelighetsfjerne» akademiske idé om en «utopisk» praksis. Sykepleieteori og forskning skal bidra til bedre praksis ved å bevisstgjøre våre studenter som framtidige sykepleiere.

## Gjennomføring

I løpet av høsten 2009 fikk studentene undervisning i seks sykepleieteorier innenfor de fire hovedgruppene; behovsteorier, interaksjonsteorier, utviklingsteorier og omsorgsteorier. Systemteorier ble nevnt, men ikke utdypet med noen konkret teori. Teorien på pensum



**ENGASJERTE STUDENTER:** Flerer førsteårstudenter møtte opp på teoriundervisning når de opplevde at denne var relevant for praksis. Arkivfoto: Stig Weston

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- › Sykepleieryrket
- › Sykepleierutdanning
- › Sykepleierstudent
- › Sykepleie teori





# praksis

er utviklet av Virginia Henderson, Dorothea Orem, Joyce Travelbee, Patricia Benner & Judith Wrubel, Katie Eriksson og Kari Martinsen. Undervisningsbolken ble avsluttet med et gruppearbeid hvor de skulle oppsummere, diskutere fellestrekk, forskjeller og anvendelse av disse teoriene. De skulle også redegjøre for situasjoner hvor en teori kunne framstå som mer hensiktsmessig enn en annen, og begrunne hvorfor, eventuelt hvorfor ikke.

## Observasjon i praksis

Etter en kort innføring i vitenskapsteori ble det satt av en dag til observasjonspraksis i sykehjem, med vekt på grunnleggende temaer. Gjennom observasjonspraksis fikk studentene innblikk i hva som skjer i løpet av en dag i sykehjem. Studentene hadde to dager med gruppearbeid knyttet til opplevelser fra observasjonspraksis. På bakgrunn av en samtale i klassen i etterkant av observasjonspraksis ble det satt opp fire hovedtemaer studentene stadig kom tilbake til. Disse var:

- › Aktivitet
- › Verdighet
- › Måltid
- › Miljø

Studentene fikk i oppgave å beskrive en situasjon fra forskningsfeltet (sykehjemmet), med vekt på sykepleiepraksis, og med utgangspunkt i et av de fire temaene. De skulle så velge to sykepleieteorier, redegjøre for teoriens grunnlag, og hvordan sykepleiefunksjonen ble beskrevet i disse teoriene (6). Deretter skulle de anvende teoriene til å drøfte situasjonen de hadde valgt å beskrive. I tillegg skulle de finne en relevant vitenskapelig artikkel og knytte denne til tematikken i situasjonen. To faglærere var innom alle gruppene flere ganger i løpet av de to dagene for å få oversikt over studentens arbeid, gi innspill og svare på spørsmål fra gruppene. I tillegg var lærerne tilgjengelig for veiledning.

Resultatet fra dette gruppearbeidet ble så presentert i plenum. Det var satt av ti minutter til framlegg, og ytterligere ti minutter til utdypende spørsmål og kommentarer fra klassen og fra faglærerne for hver av de sju gruppene. På slutten av dagen ble det gitt gruppevis tilbakemelding fra faglærere/veiledere, hvor studentene fikk mulighet til å fortelle hvordan de hadde opplevd egen innsats og faglig utbytte av arbeidet.

## Erfaringer

Flere av gruppene hadde hatt stort utbytte av å høre de andre gruppene legge fram sitt arbeid, ikke minst ved selv å reflektere over hva de selv kunne gjort annerledes. Enkelte grupper hadde greid å relatere innholdet i den vitenskapelige artikkelen, og de to sykepleieteoriene de hadde valgt, til sine observasjoner i praksis på en svært god måte. De gruppene som ikke hadde greid å relatere teori til praksis på samme måte, signaliserte at de fikk en «aha-opplevelse» av å høre på hvordan de andre gruppene hadde arbeidet.

Kvaliteten på arbeidet til studentene var jevnt over svært godt. Gruppene hadde i varierende grad greid å anvende teori til å drøfte sine observasjoner fra praksis i det skriftlige arbeidet, men alle gruppene greide å synliggjøre teoriens relevans for tema de hadde valgt. Fem av gruppene hadde greid å finne en vitenskapelig artikkel som

bidro til å løfte tematikken i praksissituasjonen de presenterte. Den ene gruppen hadde gitt opp å lete, og fikk tilbakemelding om å sørge for å innhente veiledning i slike tilfeller. De ble også rådet til å tenke litt videre, mindre spesifikt, med tanke på tema og bruk av søkeord. Den andre gruppen som ikke hadde en vitenskapelig artikkel å vise til, hadde funnet en bokanmeldelse som de brukte, og vi fikk dermed repetert hvordan vi skal gå fram for å finne ut om en artikkel er vitenskapelig eller ikke. Alle gruppene argumenterte godt for valg av sykepleieteori, og det var spennende å høre hvordan de hadde vurderte ulike teorier i starten på gruppearbeidet.

Under framleggene fikk vi innblikk i sykepleiepraksis underbygget av teori, ved at studentene viste hvordan teorien de hadde valgt kom til uttrykk i den praktiske situasjonen de beskrev. Andre grupper anvendte teori for å si noe om hvorfor situasjonen de beskrev ikke var god praksis. De viste også hvordan man kunne bidra til bedre behandling og omsorg ved å anvende teori på en mer aktiv måte i klinisk praksis.

Alle studentene ga uttrykk for at de i større grad så relevansen av sykepleieteori etter dette prosjektet. De forsto bedre hvordan sykepleieteori og vitenskapelige arbeider presentert i artikkelform kunne bidra til en bedre praksis. De hadde fått større bevissthet rundt både egen og andres praksis, og forsto hvordan sykepleieteori kan bidra til å underbygge og argumentere for god praksis.

## Godt oppmøte

Ikke en eneste student var fraværende i løpet av dagene med observasjonspraksis, gruppearbeid og framlegg. Fremmøtet var så påfallende at vi forhørte oss om studentene trodde dette var obligatorisk under evalueringen av prosjektet. Dette benektet de. Studentene antydte selv at de følte forpliktelse overfor de andre i gruppa. Gruppemensetningen var styrt av oss, og kanskje er det å jobbe i en gruppe med studenter de til vanlig ikke har så mye omgang med et positivt element i så måte. På evalueringsskjemaene ga flere studenter uttrykk for at det var en positiv opplevelse å jobbe sammen med studenter

## Alle studentene ga uttrykk for at de i større grad så relevansen av sykepleieteori etter dette prosjektet.

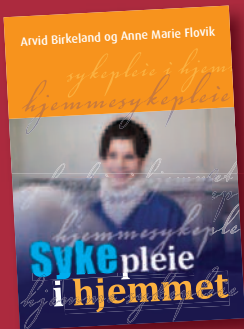
de ikke hadde vært i gruppe med før. I tillegg til at de hadde fått klar beskjed fra faglærere ved prosjektstart om at de som ble med i observasjonspraksis også måtte delta på gruppearbeidet i etterkant. Vi tror ønsket om et første møte med praksis var avgjørende for at så mange deltok i prosjektet.

## Konklusjon

Studentene var engasjerte underveis i prosjektet, og hadde stort læringsutbytte av denne undervisningsformen. Vi mener studentene lærer å tilegne seg tungt stoff og knytte sammen teori og praksis på en bedre måte gjennom dette prosjektet. Dette er spesielt viktig når studentene har liten eller ingen erfaringer fra helsetjenesten, hvilket er tilfelle for mange bachelorstudenter på første semester. Vi tror samtidig den teoretiske ballasten gjør at studentene møter sin første praksis med en evne til å reflektere over sine opplevelser på en enda bedre måte. Vi er spente på å følge opp kullet for å se om prosjektet har gitt dem en bedre forståelse for sykepleieteori. Tiden vil vise om vi virkelig har greid å gi studentene en opplevelse av mening og hensikt med kunnskapen, som Knowles (2) påpeker som grunnleggende i all læring. ■■■

## LITTERATUR

1. Fagplan for 3-årig Bachelor i sykepleie Kull 2009. Høgskolen i Narvik, 2009.
2. Knowles MS. Andragogy in action. Applying modern principles of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.
3. Kirkevold M. Sykepleieteorier – analyse og evaluering, 2 ed. Gjøvik: Gyldendal Akademisk, 2001.
4. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteori. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 1990.
5. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter, 4 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
6. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie – bind 4, 2 ed. Danmark: Gyldendal Akademisk, 2005.



Arvid Birkeland og  
Anne Marie Flovik

Aktuell med: Sykepleie i hjemmet  
Bosted: Bærum og Haugesund



# Der sykepleier sp

Anne Marie Flovik og Arvid Birkeland vil gjøre  
hjemmesykepleien mer synlig.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston og Grethe Nygaard**

**S**ammen lanserer de ny bok der de tegner et bilde av den unge og raskt voksende hjemmesykepleien.

Født på 1970-tallet, med aner tilbake til menighetspleien, er hjemmesykepleien den delen av helsetjenesten med kortest historie.

– Det er også den delen som er minst beskrevet, sier Anne Marie Flovik.

Til tross for det, i 2009 fikk flere enn 129 000 mennesker i Norge hjemmesykepleie. Tallet er antatt å vokse.

Flovik tror denne delen av helsetjenesten er mer usynlig fordi den foregår utenfor institusjon.

– Hjemmesykepleien får liten me-

kan behandles i kommunen.

For Flovik, som jobber som spesialrådgiver i Norsk Sykepleierforbund, er det viktig å poengtere at hjemmesykepleie er en del av helsetjenesten og at pasientene trenger helsehjelp.

– Samhandlingsreformen underbygger at pasienter som bor hjemme skal få hjelp av samme kvalitet som på institusjon, sier hun.

I boken har de to forfatterne vært bevisste på at det handler om sykepleie i hjemmet.

– Det er vanlig å blande sammen hjemmetjeneste, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, sier Birkeland.

Flovik tror det er en grunn til at hjemmesykepleie er lite synlig som fag.

– Den sykepleien som utføres der er også blitt sett på som en type pleie «alle» kan gjøre.

Men i realiteten er det svært syke pasienter, ofte de som er syke over tid, som får hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie er veldig variert, med pasienter fra null til hundre år og med alle typer diagnoser. Ingen andre steder står sykepleierne mer alene, her spiller de hovedroller.

Birkeland kaller det for sykepleiens allmennpraksis.

– Det er faglig pirrende.

– Men ingen av dere jobber i hjemmesykepleien?

– Nei, men vi har begge lang klinisk erfaring og har vært ledere i hjemmesykepleien.

## Det er faglig pirrende.

disinsk oppmerksomhet og det foregår lite forskning, sier hun.

Arvid Birkeland viser til at helsetjenesten er veldig sykehusorientert.

– Men med samhandlingsreformen vil oppmerksomheten i større grad rettes mot kommunene, mener han, og tror det vil føre til en holdningsendring.

– I dag er det en automatikk i at syke skal på sykehus, men mange





## Den lesende arbeider

**MIN FAR VAR SKIPSTØMRER.** Han leste aviser, men aldri bøker. Han brøt derfor med mitt ungdoms ideal om den lesende arbeider. Jeg ønsket meg en far som hadde skjønnlitterære bøker med seg på jobb – gjerne pocketutgaver av klassikerne, og som i lunsjpausen leste og bladde med skitne fingre preget av hardt arbeid. Sånn var det imidlertid ikke.

Jeg hadde forlest meg på sosialrealistiske bøker der arbeiderne var helter med kunnskap om samfunn og klassekamp. Jeg levde i en drømskapt av Bertolt Brecht, Rudolf Nilsen, Martin Andersen Nexø og andre kommunister med sans for heroisme.

I lunsjpausene var det de gode historiene som ble fortalt blant skipsverftets tømrere og snekere. De nevnte forfatterne var det få som hadde hørt om.

Jeg kunne, også i dag, godt tenke meg at det var sånn at håndens og åndens arbeid var forent og at det å lese og søke kunnskap gjennom litteratur var noe som ble høyt verdsatt.

Innen fagbevegelse og arbeiderbevegelse ble det gjort mange forsøk på få folk til å lese. Arbeidermagasinet – senere omdøpt til Magasinet for alle – var et slikt forsøk. Poenget med magasinet var å fremme dannelse på arbeiderklassens premisser og vise den sosiale virkeligheten slik den var. Lesing var og er kilden til kunnskap ut over praktisk håndverk og «taus kunnskap».

I lesingen og samtalen om litteratur ligger grunnlaget for å forstå og dermed endre samfunnet. Det er ikke uten grunn at det nettopp var typografene som ble den dominerende faggruppen innen arbeiderbevegelsen. De var gode lesere og de kunne holde seg oppdatert om samfunnet de levde i og som de ville prege. Arbeidsplassen var en ordets arena.

Når det som professor Daniel Sennet kaller intimitetstyranniet får dominere i større og større deler av pressen, mister leserne – samfunnsborgerne – lett de totale perspektivene og blir mer og mer opptatt av politikernes framtreten og privatliv. Form blir viktigere enn innhold. For å kunne avdekke dette trengs det kunnskap. Kunnskap skapes blant annet gjennom lesning. Derfor blir det viktig å ha lesende arbeidere som kan avdekke og avsløre fjaset som lett dominerer i et tabloidisert samfunn.



*Arvid Birkeland*

# eller hovedrollen

Birkeland viser til at han var leder i en liten kommune, der han mesteparten av tiden var ute hos pasientene og gikk i turnus.

Flovik sier de i boken ser på hjemmesykepleie fra et overordnet nivå.

– Vi prøver å få fram hva som kjennetegner den.

Sykepleieren møter pasientene i deres eget hjem.

– Det er en egen arena, der man

– Det varierer veldig fra kommune til kommune, sier Flovik.

– Store kommuner satser ofte minst på hjemmesykepleien. Mens sykepleiere i mindre kommuner, som ofte ligger langt fra sykehus, opplever at de får gjort en god jobb. De får tid til å observere og gi pasientene god sykepleie.

– Hva med stoppeklokker?

– Noen bruker det. Men da må lederne og de som fatter vedtak høre på

## Ingen andre steder står sykepleiere mer alene.

må ta andre hensyn enn i en institusjon, sier Birkeland.

– Hjemme hos pasientene er vi gjester, samtidig som vi skal være profesjonelle yrkesutøvere, sier Flovik

Birkeland erfarer at også pårørende får en annen rolle.

– Mange føler seg mer involvert enn når pasienten er på institusjon. Selv likte han å møte pasientene hjemme.

– Jeg syntes det var en artig og utfordrende jobb. Ulempen er selvfølgelig de kalde vinterdagene, med minus tjue, der man må inn og ut av biler og kalde hus, og kanskje jobbe under kummerlige forhold.

– Mange forbinder hjemmesykepleie med å løpe fra pasient til pasient?

hjemmesykepleiernes vurderinger. Det er bare de som kan observere pasienten over tid og gi tilbakemelding på pasientens situasjon, deres behov for helsehjelp og hvor lang tid det vil ta. Ingen pasienter er like. I tillegg skjer det alltid noe uventet i løpet av arbeidsdagen.

– Hva bør alle vite om hjemmesykepleie?

– Alle har rett på det. Hjemmesykepleie er et veldig godt tilbud til mennesker som ønsker å bo hjemme selv om de har store helseproblemer, sier Anne Marie Flovik.

– Hjemmesykepleie er en helsetjeneste som tilbys i hjemmet. Det er mulig å få hjelp til pleie og behandling hjemme, og det er det mange som får, sier Arvid Birkeland. ■■■



### Den terapeutiske kultur

Av Ole Jacob Madsen  
Universitetsforlaget, 2010  
208 sider  
ISBN: 978-82-15-01509-5  
Anmeldt av Karl-Henrik Nygaard,  
rådgiver

## Når det blir for mye terapi

**ANMELDELSE:** Jeg gjenkjenner mye av antipsykiatrien, den radikale psykologi og samfunnskritikken fra 1970-tallet i denne boken. Mange av dem som den gang kritiserte både samfunn og psykologi, er i dag selv blitt privatpraktiserende psykologer i et marked for terapi som har hatt en eksplosiv utvikling. Psykologien har blitt et fagfelt med stor suksess både når det gjelder inntjening og forståelse av mennesket i det moderne samfunnet. Faget preges av en økende grad av privatisering og individualiserende tenkning. Det har blitt både en frukt av det kapitalistiske samfunnet og samtidig en forutsetning for på individnivå å helbrede de skavankene som i hovedsak har sin årsak i samfunnet selv.

Ole Jakob Madsen, som både er psykolog og filosof, får godt fram disse poengene. Han skriver godt om sammenhengene mellom individualise-

ring og konsumkultur.

Psykologiens plass i amerikansk kultur, og dermed også vår egen, vies mye plass i boken. Naturlig nok siden det er der psykologien har nådd sitt høyeste kommersielle nivå. Psykologien er blitt en vare, som den amerikanske middelklassen i stadig høyere grad konsumerer.

Psykologiens terapeutiske side analyseres generelt godt. Det gjør også den utvidete bruken av psykologi innen organisasjonsutvikling og idrett. Det gis en rekke eksempler på hvordan psykologene er blitt «nødvendige» for å fremme vinnerkulturer og holdninger både blant idrettens profesjonelle og amatører, men også innen organisasjons- og næringsliv.

Madsen vil ikke avskaffe psykologien som fag og profesjon. Han maner mer til ettertanke, kritisk refleksjon og debatt om den dominerende rolle

og posisjon faget har fått når det gjelder å prege våre holdninger til oss selv og samfunnsutfordringer. Han etterspør en psykologi som har et mer helhetlig perspektiv der samfunnsdimensjonen kommer tydeligere fram.

Boken gir et nødvendig kritisk blikk på en tilnærming til menneskelivets utfordringer som ved siden av biologien nærmest har fått monopolstatus. Den gir et godt bilde av teori, praksis og forskning innen psykologien. Dette understøttes av gode referanser og stikkordregister. I mangelen på nyere psykologikritisk litteratur er dette en nødvendig bok for både psykologistudentene og andre helsefagprofesjoner som er opptatt av det ekspanderende behandlingssamfunnet – her kalt «Den terapeutiske kultur» – der den opprørstrangen som måtte finnes, lett kveles av terapi når den politiske forståelsen fordunster.

*Ordene våre har vinger, men de flyr ikke alltid dit vi ønsker.*

George Eliot



### Kunsten i tilstedeværelse

Av Anne Gerd Samuelsen  
Kommuneforlaget, 2010  
202 sider  
ISBN: 978-82-446-2032-1  
Anmeldt av Karl-Henrik Nygaard,  
rådgiver

## Om å være i nuet

**ANMELDELSE:** Det foreligger en rekke bøker om mindfulness på norsk. Hos oss kalles det ofte oppmerksomhetstrening og trening i tilstedeværelse.

Anne Gerd Samuelsen, som har skrevet denne boken, har en imponerende faglig bakgrunn og lang erfaring med metoden. Hun har holdt en rekke kurs og brukt og bruker blant annet sin egen erfaring som sykepleier og helsesøster når hun viser til eksempler.

I oppmerksomhetstrening – det å være til stede i nuet, er pusten det sentrale element. Pusten er alltid her og nå – den er ikke fortid og heller ikke framtid. Ved å bruke pusteteknikk på ulike måter kan man oppnå mye for å forbedre seg selv eller koble av og stresse ned. Dette er imidlertid mer

enn en metode. Det handler om en måte å være på – en sinnstilstand – å forholde seg til seg selv og ta kontroll over eget liv. Det er også søken etter stillhet og nærhet. En form for mulighet til erkjennelse som vi bærer i oss uten å måtte søke til bøker for å lære. Noe som er et paradoks når vi ser på alle de bøker som er skrevet om emnet.

Boken formidler et positivt livssyn om at individet kan endre seg. I dette ligger det klare humanistiske og eksistensialistiske elementer. Mennesket er sin egen herre og har ansvar for sitt eget liv. Boken fletter seg inn i den store mengden selvhjelps- og livsmestringsbøker. Det handler likevel ikke om tillest læring, men om å heve seg over det intellektuelle og rett og slett

bare «være i nuet» – en holdning nært knyttet til buddhistisk tradisjon.

Væren i nuet – er en positiv sinnstilstand som kan trenes opp på ulike måter. Med utgangspunkt i tilstedeværelsesbegrepet gir boken et godt og tankevekkende innblikk i hvordan «tilstedeværelse» fungerer når det gjelder kommunikasjon på ulike plan og takling av stress og mobbing. Den gir gode eksempler i forhold til de tema som tas opp. Her er nyttige spørsmål til refleksjon og forslag til øvelser for den som ønsker å «jobbe» med seg selv.

Boken er lettlest og har en vakker layout der det på sidene er gitt plass til tankevekkende sitater og dikt. Gode henvisninger til annen litteratur er også nyttig for den som ønsker å lese mer.





### Even Heggelund

Alder: 46 år

Stilling: Intensiv- og undervisningssykepleier, Rikshospitalet.

Favoritt: Respirator

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favoritt på jobben.

Hvilket hjelpemiddel er din favoritt?

Skriv til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no)

# – Når det gjelder liv eller død

Det er skjerm med skruer, knotter og lys. High tech er gøy. Men Even Heggelund ser først på pasienten. Tekst og foto Laila S. Berg

På Thoraxkirurgisk Intensiv underviser Even Heggelund sykepleierne i håndtering av respiratorer. Han kom hit som sykepleier i 1994 og spesialiserte seg senere til intensivsykepleier og klinisk spesialist i faget.

Her har hjerteopererte nyfødte sitt eget rom. Små kropper ligger under konstant overvåkning, og respiratorene holder dem i live etter operasjon.

Rikshospitalet har en spesialisert enhet for hjertekirurgi. Voksne hjertepasienter ligger i et annet rom.

#### Hvorfor er respiratoren din favoritt?

– Dette er et stort kunnskapsområde i forhold til overvåkning som jeg finner spesielt inspirerende, både som sykepleier og lærer. Respiratoren ivaretar selv pusten, innåndingen som skjer når pasienten selv ikke kan puste.

#### Hva er det første du ser på respiratoren?

– Øynene faller først på pasienten, om han eller hun virker stabil. Dernest ser jeg på skjermen. Tall, verdier, frekvens og innstilte verdier for å sjekke om de er riktige, eller passer til pasienten.

#### Hvem kan gjøre store endringer?

– Det er et nært samarbeid mellom anestesilege, kirurg og intensivsykepleier. Men det er anestesilegen som gjør de vesentligste innstillinger og endringer i respiratorbehandlingen.

#### Hva liker du best med favoritten?

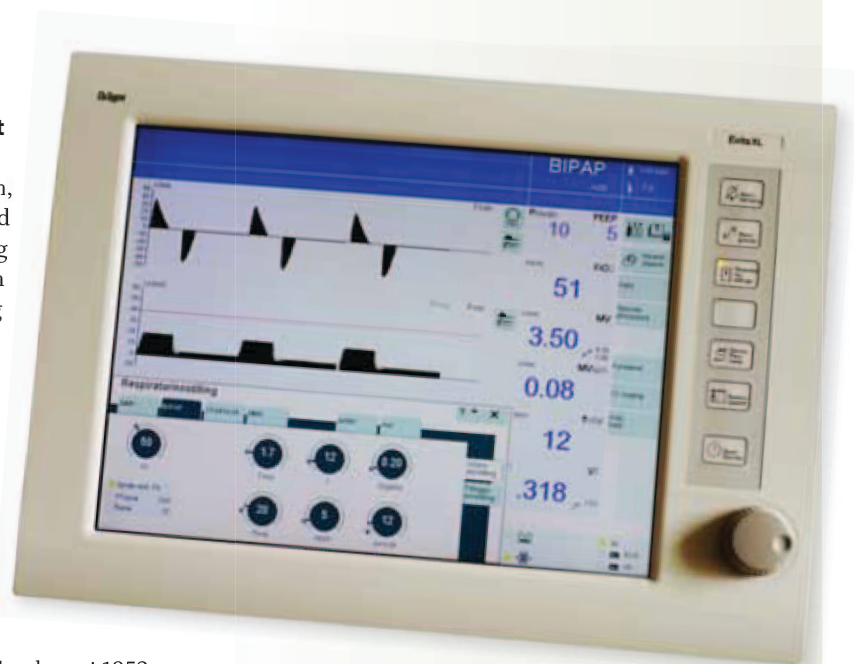
– Den er high tech, det er skjerm med skruer, knotter og lys. Respiratoren er hvit og grå, og skjermen er informativ. Teknikken er morsom.

#### Hva ble brukt før?

– Prinsippet om kunstig ventilasjon har vært kjent siden 1500-tallet. Polioepidemien i København i 1952 gjorde behovet akutt. Da epidemien raste på sitt verste engasjerte man medisiner- og tannlegestudenter for å håndventilere på skift.

#### Verd å vite om innstillingene?

– Mye går på komfort mens andre er livsnødvendige, og det finnes ulike typer respiratorer. Komplikasjoner kan oppstå, det er viktig å følge med trykk og verdier, lese av parametre og følge forandringer. Noen innstillinger av respiratoren passer bedre for enkelte pasienter og krever en del kunnskap i forhold til overvåkning. Det viktigste er å sjekke at pasienten har det bra.



#### Hvordan reagerer pasienten?

– Kommunikasjon med pasienten er viktig. Midt i alle de kule tekniske nyskapningene må man aldri glemme pasienten og de pårørende. Pårørende som kommer på besøk kan bli både bekymret og skremt av ukjent teknologi. Ofte handler det om å gjøre seg forstått på en enkel måte. Det kan være ubehagelig å våkne opp av narkose, da er det vår oppgave å gjøre det så komfortabelt som mulig for pasienten. Respiratoren er avgjørende når det gjelder liv eller død, men sykepleierne kan bidra til en positiv opplevelse.

# Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 Hva står NPR for?

- A Norsk Psoriasis Råd
- B Norges Prostatforening
- C Norsk Pasientregister

## 2 Hvor mange DRG-er utløser ikke refusjon til sykehusene for polikliniske konsultasjoner dersom de er utført av sykepleier og ikke av lege?

- A 15
- B 30
- C 60

## 3 Cirka hvor mange polikliniske konsultasjoner fikk ikke refusjon gjennom ISF-systemet i 2010, fordi de var utført av sykepleier og ikke lege?

- A 11 000
- B 22 000
- C 34 000

## 4 Hva er tussis?

- A En person med demens
- B Hoste
- C Urin

## 5 Hva er pica?

- A En spesielt allergiframkallende nøtt
- B Sykelig lyst til å spise spesielle ting
- C Haltende gange slik at personen minner om det skjeve tårnet i Pisa



**TROPISK:** Er det her psykotrope rusmidler gjerne inntas? Foto: Colourbox.

## 6 Hvem anbefaler Folkehelseinstituttet å revaksinere seg for kikhoste hvert tiende år?

- A Alle
- B Kun yrkesgrupper som jobber med barn
- C Kun helsepersonell og eldre over 65 år

## 7 Hva er Fast track?

- A Pasienten skal ikke innom po etter operasjon
- B Pasienten trenger ekstra tilsyn
- C Pasienter drar rett hjem etter operasjon

## 8 Hva er fatigue?

- A Pasienten er fattig
- B En tilstand med tretthet, utmattelse, depresjon
- C En tilstand med fantasier som ikke stemmer med virkeligheten

## 9 I hvilken krig er Florence Nightingale kjent for å ha pleiet soldater?

- A Første verdenskrig
- B Krimkrigen
- C 30-årskrigen

## 10 Hva er psykotrope rusmidler?

- A Rusmidler som kan endre sinnstilstand
- B Rusmidler som er vanlig i tropene
- C Rusmidler som er vanlig i militærtropper



**10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



**6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**SVAR:** 1C Norsk pasientregister, 2A 15, 3C 34 000, 4B Hoste, 5B Sykelig lyst til å spise spesielle ting, 6A Alle, 7A Pasienter skal ikke innom po etter operasjon, 8B En tilstand med tretthet, utmattelse, depresjon, 9B Krimkrigen, 10A Rusmidler som kan endre sinnstilstand.

## FAG NYHETER

# Fjerner overtidige svangerskap

Nye retningslinjer krever at kvinnen skal ha født, være i fødsel eller induisert senest på dag 294 i svangerskapet. Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Marit Fonn**

Hittil har norske retningslinjer for igangsetting av fødsel ved overtidige svangerskap ikke vært i tråd med internasjonale anbefalinger. Mens internasjonale retningslinjer har anbefalt å igangsette fødsler etter 41 uker, ble norske kvinner tilbudt en vurdering først etter 290–294 dager, det vil si to uker etter termin. Dette har i praksis betydd at norske kvinner kunne gå gravide frem til uke 43, hvis alt sto bra til ellers. Romsligheten i retningslinjene har ført til forskjellig praksis ved norske sykehus.

### Behandles forskjellig

I mai i år nedsatte Helsedirektoratet en arbeidsgruppe for å komme til faglig enighet om hvordan man skal håndtere overtidige svangerskap. Resultatet er nye anbefalinger som betyr at kvinnen får større medbestemmelserett, tidlig igangsetting for kvinner med risikofaktorer, som overvekt og alder, og at fødselen skal settes i gang senest på dag 294. Anbefalingene er i tråd med internasjonale retningslinjer og skal sikre lik praksis ved norske sykehus. Det er avdelingsdirektør i Folkehelse, Fredrik Frøen, godt fornøyd med:

– Vi har flagget det som problematisk at norske retningslinjer ikke er i tråd med internasjonale anbefalinger siden 2008, og er glade for at Helsedirektoratet har landet prosessen på en god måte, sier han.

### Ny rutinekontroll

– Hva er nytt?

– For det første er det nå innført en ny kontroll i uke 41. Alle kvinner får tilbud om kontroll en uke etter termin i stedet for to uker etter som var prak-



**NYE REGLER:** Endringer i retningslinjer for igangsetting av overtidig svangerskap er i tråd med internasjonal praksis.

sis tidligere. På denne kontrollen blir kvinnene undersøkt på samme måte som de før ble på overtidskontrollen, det vil si at de i samråd med legen fastsetter en dato for igangsettelse av fødselen. For det andre sier de nye retningslinjene at alle barn skal være født, i fødsel eller induisert senest på dag 294, den dagen man før fikk overtidskontroll. I praksis vil dette si at man fjerner overtidige svangerskap, presiserer Frøen.

– I tillegg har det kommet en særskilt anbefaling om at alle kvinner over 35 år, overvektige eller andre risikogrupper bør igangsettes ved undersøkelsen sju dager over termin. ■■■

### Fakta:

- › Et overtidig svangerskap er et svangerskap som varer lenger enn 294 dager
- › Termin = 282–283 dager



Helseministeren takker  
helsepersonell. Side 85

Logo fra sykehuset kan  
stigmatisere. Side 88

Vær oppmerksom hvor sårt det kan  
være å føle seg annerledes! Side 94

Sterke  
synspunkter?  
Skriv til oss!

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din  
mening på e.post til:  
redaksjonen@  
sykepleien.no  
eller som brev til:  
Sykepleien,  
p.b. 456 Sentrum  
0104 Oslo

TETT PÅ ANNE HERSETH

«Enhver arbeidsplass  
har sitt å bale med.»

90

KRONIKK GUNHILD ROLANDSEN

«I Nordsjøen er det lagt til rette for  
at arbeidarane skal kunne jobbe  
12 timar kvar dag.»

86



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

# Hvordan skal hverdagen komme tilbake?

Vi har denne sommeren opplevd den største tragedien på norsk jord siden 2. verdenskrig.

**D**en 22. juli mistet mange en som sto oss nær. Men hele nasjonen mistet sin uskyld. Vi ble rystet i grunnvollene av en så uvirkelig og grotesk handling som ingen av oss hadde fantasi nok til å forestille oss.

Vi reagerte raskt. Det første NSF gjorde, var å åpne sentralbordet dersom noen av våre medlemmer hadde behov for å komme i kontakt med oss. Det var rørende å motta telefon fra medlemmer på ferie, som ba om å bli innkalt om NSF fikk forespørsel om forsterkninger. Jeg har behov for å berømme dere sykepleiere som nok en gang har bevist deres betydning i det norske helsevesen. Jeg er veldig glad for og stolt over å representere denne faglige tyngden og snarrådigheten i en krisesituasjon.

«Ja, vi har reddet liv», uttalte en representant for helsepersonellet ved Ullevål universitetssykehus en av de påfølgende dagene. Det er godt å se at dere som sto midt oppi redningsarbeidet setter ord på den betydningen deres innsats og kompetanse har.

Dagen etter denne forferdelige tragedien ble NSF ringt opp av Helsedirektoratet med spørsmål om vi kunne delta i et nasjonalt samarbeidsorgan. Det var veldig godt å oppleve at vi kunne være til nytte, at NSF i et slikt samarbeidsorgan kunne representere den største helseprofesjonen med en så utrolig sentral

## Vi har vist vår sanne sjel.

rolle både i det akutte redningsarbeidet og behandling av skadede og sårede. Ikke minst med tanke på hvor viktig helsesøstre, psykiatriske sykepleiere og andre er når ungdommene kommer hjem til sine respektive kommuner og trenger oppfølging. Og første skoledag skal planlegges – mange klasser vender tilbake til et klasserom med tom pult, et tydelig symbol på en klassekamerat som ikke kom tilbake fra sommerferien.

Jeg har ofte i denne spalten benyttet anledningen til å kreve handling eller penger fra regjeringen, kritisere regjeringen for handlingslammelse og komme med sleivspark. Det føler jeg ikke behov for nå. Nå vil jeg rose regjeringen, statsminister, Aps partiapparat og



**NASJONAL BEREDSKAP** Mange sykepleiere meldte seg spontant etter terrorangrepet 22. juli. Samholdet har rørt mange. Nå håper Lisbeth Normann på en valgkamp som preges av debatt om verdier. Foto: Scanpix

departementenes ansatte for deres håndtering av krisen. Vi har hatt et kongehus og en regjering som har beholdt roen, vist sorg, samhold og bidratt til å knytte nasjonen tettere sammen. Internasjonale medier har skrevet hjem om denne lille nasjonen som ikke har møtt volden med ny vold, men i stedet samler hundretusener av mennesker med roser i hendene for å vise felles medfølelse med dem som har mistet sine kjære og for de unge menneskene som ble fratatt fremtiden. Vi har som nasjon vist vår sanne sjel.

Vi går inn i en tid med valgkamp. NSF har denne våren foreberedt sin egen valgkamp. Vi har planlagt hvilke saker vi ønsker å kjøre frem. Vi har laget undersøkelser. Og vi har drevet medietrening. Men hvem kunne ane hvilken katastrofe som skulle ramme oss. Hvordan skal vi overhodet klare å gjennomføre en valgkamp med kritikk av det som ikke fungerer – etter at vi har stått skulder ved skulder for å redde liv, verne om demokratiet og opplevd en nasjon i samhold og enighet om felles mål? Jeg er glad

for at skolevalgene er avlyst. Og håpet er at debattene nå kanskje kan få en dypere dimensjon. Kanskje vi kan klare å få en valgkamp preget av de lange linjer og ikke de små detaljer. Kanskje vi kan få plass til refleksjoner og diskusjon om hvilke verdier fremtidens samfunn skal preges av? NSF kommer til å ha en noe dempet rolle i valgkampen, og føle oss frem til riktig posisjon.

Det vi uansett kan føle oss sikre på, er at vi i denne valgkampen ikke like sterkt behøver å sette ord på sykepleiernes betydning og funksjon i helsevesenet. Det har dere selv klart å vise gjennom handling i helseforetakene og i kommunene i en fantastisk håndtering av vår verste tragedie skapt av ett eneste menneske!



## Om å leve – i arbeidslivet

Denne våren har det vært rettet ekstra fokus på arbeidslivet. Spesielt har helsesektoren vært tema. Vi på høyresiden har blitt bombardert med beskyldninger om at vi vil ta fra sentrale forbund retten til overprøving av lokale tillitsvalgte og deres tette samarbeid med arbeidstakere og arbeidsgivere innen helsesektoren når det gjelder alternativ turnus.

Når det kommer en Fafo-rapport bestilt av Fagforbundet. Forbundet konkluderer enkelt med at totalt frislipp og lange vakter er ødeleggende for helsen og arbeidsmiljøet generelt.

FrP har aldri sagt at det skal være et totalt frislipp, men vi har sagt at vi ønsker individuelle løsninger der alle parter blir enige om hvilke turnusordninger som er den beste ut ifra behovene hos den enkelte medarbeider, brukere, beboere, pasienter og arbeidsgivere. Og det er det denne rapporten sier noe om.

Det er også nokså spesielt at man ikke vil arbeide mer for å få til gode, helsemessige og individuelle ordninger. Det er eksempelvis en stor mangel på tiltak fra Fagforbundet side. Egentlig hadde det vært et ønske for alle parter at man bare skulle hatt dagarbeid fordi dette hadde vært det beste for helsen. Men slik er ikke arbeidslivet innrettet. Derfor må man tilpasse løsninger på andre måter.

Det er en del faktorer i rapporten som enkelt kan løses uten store vanskeligheter. Det forundrer meg at man innen sykehusene ikke avskaffer tredelt turnus. Når man vet at det å omstille seg fra dag til kveld til natt er en helsemessig påkjenning. Da er det bedre

med egne nattevaktjenester, men ikke mange etter hverandre. Her vet man at forskningen viser at nattevakter, spesielt for kvinner, er helsefarlig når man har vært i en slik ordning i mer enn seks år. Derfor er det desto viktigere at kvinner som går nattevakt får tett oppfølging.

Jeg tror at det er en del arbeidsgivere som forsømmer seg når det gjelder Arbeidsmiljølovens paragrafer 10-11, punkt 7, der det står: «Arbeidstaker som hovedsakelig utfører arbeid om natten, skal gis tilbud om helsekontroll før tiltredelse og deretter med jevne mellomrom.»

En annen faktor som er nevnt, er å tillate flere muligheter for individuelle løsninger og fleksibilitet. FrP har hatt fokus på nettopp dette og da spesielt ulike alternative turnuser. Det å se individet i dets livsfase er viktig i dagens arbeidsliv. Småbarnsforeldre med sine utfordringer har andre ønsker om turnus i arbeidslivet enn en som har voksne barn. De er i forskjellige livsfaser.

Og så har man både A- og B-mennesker som deltakere i arbeidslivet. Med det mener jeg at for noen er det å arbeide kun dagtid i en periode viktig for å finne balansen mellom arbeids- og privatliv. Samtidig er det B-mennesket som ikke er «klar» til å arbeide for litt ut på dagen, og som kanskje har ønsker om å arbeide kveldsvakter i en periode. Samtidig er rotasjoner med klokken – dagvakt, kveldsvakt, nattevakt – viktig og slett ikke vanskelig å få til. Det er nettopp da både ansatte, organisasjonene og arbeidsgiverne

skal være med å påse at alle disse faktorene som er nevnt i Fafo-rapporten, kan oppnås.

Også nordsjøturnus, medlevertturnus eller andre turnuser som ikke er helt A4, er det mulig å få til – også ut ifra et helseperspektiv. Man må huske at helse også er opplevelse av at arbeidstakers ønsker blir hørt og satt ut i livet. Og arbeidslivet blir påvirket av det privatlivet man har – og omvendt.

I en rapport av 2006, med evaluering av slike ordninger, viser at synet på arbeidstidsordninger der man jobbet 3-7 eller 4-7-turnus i private barnevernsinstitusjoner var generelt positivt. Det er særlig denne turnusformens påvirkning på arbeidsmiljøet og arbeidsoppgaver som fremheves som positivt. Rapporten viser også at seks av ti ansatte er positive til å fortsette i nåværende jobb, noe som også er et viktig poeng når man vet at det å beholde ansatte i helsesektoren er en stor utfordring.

Rapporten viser også at ansatte i de to mest komprimerte turnusordningene (medlevertturnus 2-3 dager i strekk og langturnus med flere enn fem dager på jobb i strekk) er de som i størst grad mener at deres arbeidstidsordning lar seg kombinere med familieliv og fritidsaktiviteter.

Derfor ønsker vi at det nettopp skal være den enkelte arbeidstaker som skal få lov å påvirke sin arbeidstid, sett i sammenheng med sin livsfasesituasjon. Det bør gjøres sammen med lokale tillitsvalgte og arbeidsgiver. Ansatte i helsesektoren fortjener det.

Laila Marie Reiertsen (Frp), stortingsrepresentant

### SIDEN SIST

Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på [interaktiv@sykepleien.no](mailto:interaktiv@sykepleien.no)



### Sint av Nestlé

Jeg er en ivrig leser av Sykepleien, men da jeg mottok nr. 8/2011 ble jeg så utrolig skuffet! På side 85 er det en helsides annonse for Nestlés juniormelk!

Nestle har vært på boikottlisten i mange land for deres ukorrekte markedsføring.

Dette gir størst negative følger i-land, men ærlig talt: TRENGER friske, norske barn i 1-3 års alder spesialmelk??

Kjære NSF: Vær så snill, ikke ta inn slike annonser igjen! (Selv om betalingen er mer enn god nok ...)

Vibeke Høgseth, på Facebook

### Ny studentguide

Studenter som begynner på sykepleierutdanningen i år, får en helt ny «Studentguide» i hendene når de melder seg inn i NSF. Guiden består av artikler om studentlivet, studentpolitikk og muligheter i yrket. Med på kjøpet får studentene også en innføring i hvordan man finner fram til, leser og bruker forskningsartikler. Guiden, som er på hele 88 sider, er



resultat av et samarbeid mellom tidskriftet Sykepleien og NSF Student.

Dessverre har det også sluppet inn en liten feil. En oversikt over NSF mange faggrupper inneholder «gammel» kontaktinformasjon over faggruppledere.

For oppdatert informasjon vises det til NSF-portalen på nett: [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

### Peniskreft og tall

I artikkelen om peniskreft i Sykepleien nr 8-2011, står det at 1 prosent av alle krefttilfeller hos norske menn er kreft i penis. Det riktige skal være at under 1 prosent får diagnosen. Mellom 40 og 50 menn får peniskreft i Norge hvert år.

## Trange kår for omsorg i norsk helsevesen

Undertegnende har vært pensjonist i noen uker. Jeg er spesialsykepleier og har arbeidet som sykepleier på forskjellige nivåer i helsevesenet i 42 år. Jeg har hatt en fantastisk tid og et givende arbeid. Jeg var stolt over å arbeide som sykepleier. Jeg har vært privilegert, da jeg har fått være med på å bygge opp hjemmesykepleien, psykisk helsearbeid og to dagsentra for eldre i Rakkestad kommune. Jeg var med i planarbeidet da psykiatriske poliklinikker og døgnavdelinger ble til Distriktpsikiatriske senter i Halden. I samarbeid med andre yrkesgrupper og profesjoner ble jeg sett, hørt og respektert for mitt omsorgsengasjement.

Omsorg er «limet» i behandlingen av våre pasienter. Sykepleier og filosof Kari Martinsen sier: «Omsorgsarbeid har til oppgave å ivareta mennesker som i kortere eller lengre tid ikke kan ta vare på seg selv, og hvor omsorg som kvalitet er til stede i forhold til dem det skal sørges for.» Helsepersonelloven §4, krever at helsehjelp skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull.

Vårt møte med mennesker, friske som syke, er styrt av vårt menneskesyn. Jeg er derfor bekymret over at jeg i lengre tid har observert handlinger, holdninger og ord som «skviser» ut omsorgen i organiseringen av vårt helsevesen. Økonomien synes å ha kvalt omsorgen som kvalitet i helsear-

beid. Kostnadseffektivitet er bedriftsøkonomiske tanker og terminologi som har sneket seg inn i helsevesenet. Begrepet kostnadseffektivitet har jeg ikke definisjonen på, men jeg tror den passer best i produksjon av ting. Erfaringsmessig rommer det for eksempel verken forebygging eller rehabilitering, og effektiviteten kan derfor bli svært kort-siktig. Begrepet «svingdørspasienter» kan være et resultat. Vedtak på tjenester i åpen omsorg, kan også være et eksempel på kostnadseffektivitet. Pasienter får et vedtak på for eksempel sårskift, da skal kun den prosedyren gjøres, og ikke noe annet. Observasjon og registrering av endringer i behov hos pasientene kan lett bli oversett. Helsearbeideren må videre på lista si. Når pasienten har fått utført vedtaket, er avsatt tid oppbrukt, og kontrakten oppfylt.

Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen var på tur til Japan, og ble så fascinert av metodene Toyotafabrikken brukte for å skru sammen bilene, og mente at den organiseringen burde kunne overføres til vårt helsevesen. Jfr. dokumentarfilmen «Helsefabrikken», som ble vist på TV i vår. Toyotamodellen ble også forsøkt innført på sykehus i Oslo. Stoppeklokke og standardisering av prosedyrer var flittig brukt i innføringen. Omsorg, etikk og menneskesyn er

totalt fraværende i produksjon av biler. Mennesker er ikke biler eller en ting. Mennesker er ikke standardiserte til å passe inn på et samlebånd eller i en og samme form. Pasienter må ikke sees på som et produkt, og faglært helsepersonell med sin unike kompetanse er lite tjent med å oppfattes som produksjonsarbeidere. Vi skal ikke måtte levere våre resultat til en «bedriftsledelse» langt unna pasienten. Dette menneskesynet er reduksjonistisk og krenkende, og helt det motsatte av å møte mennesker med verdighet. Omsorg tar tid, men omsorg er katalysatoren i samhandlingen mellom helsearbeideren og pasienten, og det er kun pasienten, ikke ledelsen, som kan signere resultatet som «godt nok».

Helse er ikke entydig, og har vært vanskelig å definere. Helse er en subjektiv opplevelse og i stadig endring. I en helsefremmende samhandling skal pasienten sees og høres og gis mulighet til å kunne komme med all sin sorg, frykt, dødsangst, ensomhet og manglende mestring etc., og helsearbeideren skal møte disse følelser og behov på en empatisk og profesjonell måte. Det er i denne konteksten og relasjonen helseendring kan skje. Sykepleiere er ved siden av masse tekniske ferdigheter, godt utdannet til å observere og møte pasientens omsorgsbehov. Når omsorg som kvalitet blir neglisjert i vår helsetjeneste, gjør vi også de faglærte ansatte stor urett. De må hver dag leve med etikk- og lovbrudd i forhold til pasientene, og det oppleves at det blir satt begrensninger på deres kompetanse. Dette medfører at de går på akkord med seg selv, noe som igjen fører til sykemelding og utbrenthet. Sykepleien som fag og profesjon kan ikke akseptere at idealene om god og helhetlig omsorg bare blir idealer på et papir, eller bare synliggjøres i fine festtaler.

Til slutt til alle byråkrater, helsearbeidere og politikere: «Vi må ikke tåle så inderlig vel, den urett som ikke rammer oss selv.» (A Øverland)

Anne Karin Gammelsrud



### Kortreist helse

**Mads Gilbert:** Lokalsykehus redder liv!  
**Fanny Voldnes:** Privatisering og konkurranseutsetting  
**Gunnvald Lindset:** Helseforetakssystemet  
**Jens Ingvald Olsen:** Samhandlingsreformen  
**Linn Herning:** Er fremtiden privat?  
**Unni Hagen:** EUs helsedirektiv  
**Dagny Pettersen:** Kampen om Narvik

**Erling Folkvord:** Rekommunalisering i medvind i Oslo

**Arne Byrkjeflot:** Trondheim kommune og s-reformen

**Kr 75 + porto. Kr 30 portofritt ved bestilling av minst 5 eks.**

**eness@online.no**

**www.marxisme.no**

**Tidsskriftet Rødt!**

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

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)





## En opplevelsesreise med kroppen som innsats

Når du er blitt 77 og aldri har vært skåret i, når du i tre måneder ikke har sovet mer enn 90 minutter sammenhengende på grunn av huggende smerter i lyske, lår og kne og når du får full tillit til sykehuslegen i Arendal som anbefaler deg det du aller helst vil ha: nemlig hofteoperasjon « med fremre tilgang» da blir du inspirert til å bli nettopp det; Skåret i.

Og når du på toppen får fremskyndet operasjonstidspunktet til førstkomende onsdag i stedet for om drøye ti uker – ja så blir du trillet til operasjonsbordet med spent forventning, tro det eller ei.

Jeg ble tatt vakkert imot på ortopedisk avdeling Arendal SSK. Undersøkelser med tilhørende informasjon, seks i tallet, ble gjennomført på tre timer og så bar det opp på Hotellet til enerom og deilig middag.

Anestesilegen hadde åpenbart for meg at det var noe mellom det å få full narkose og vanlig spinalbedøvelse, nemlig spinalbedøvelse med intravenøs tilførsel av ønsket dose sovemedisin. Så der kunne jeg ligge og styre min egen søvndybde med tommeltottens opp-eller-ned-tegn! Jeg slapp å høre sirkelsagen frese gjennom mitt høyst private lårben men da proteser skulle på plass hørte jeg dunkene som fjerne trommeslag og så sovnet jeg og våknet opp på overvåkingen, døs og slapp,

men ellers i fin form og med herlige pleiere rundt meg som ikke visste det beste de kunne gjøre for den tapre pasient! En god natts søvn som resultat av intravenøs smertelindring avsluttet en helt gjennom vellykket operasjon.

På post 3b fortsatte den utmerkede servicen kombinert med hard trening fra dag én. Hard og hard, fru Blom, en liten runde med prekestolen ble sett på som litt av en bragd.

Firemannsrom er OK når i alle fall to av de andre er hyggelige oppegående og interessante personer med godt humør, ja godt humør preget for øvrig hele post 3b. Fysioterapeuten var en ferm og flott kvinne som ikke fant seg i noe tull. Trening ved «ballettstangen» kom i gang allerede dag to, likeledes de første spede forsøk med krykker.

Maten var god og rikelig, treningsturene ble lenger og lenger og når solen tittet frem ble det deilig på vår lille terrasse – og plutselig var oppholdet over og drosjen ventet for å kjøre meg til Kongsgård Rehabiliteringssenter Sørlandet Sykehus, Kristiansand.

Et utmerket sted! Helt på høyde med det jeg kom fra; Sørlandet Sykehus, Arendal, ortopedisk avdeling. På Kongsgård rykket jeg fremover i køen og landet på tomanns rom. Det var som å være på Cruise: Fem måltider om dagen, tre treningsøkter, herlige terrasser hvor du skuet utover et vakkert

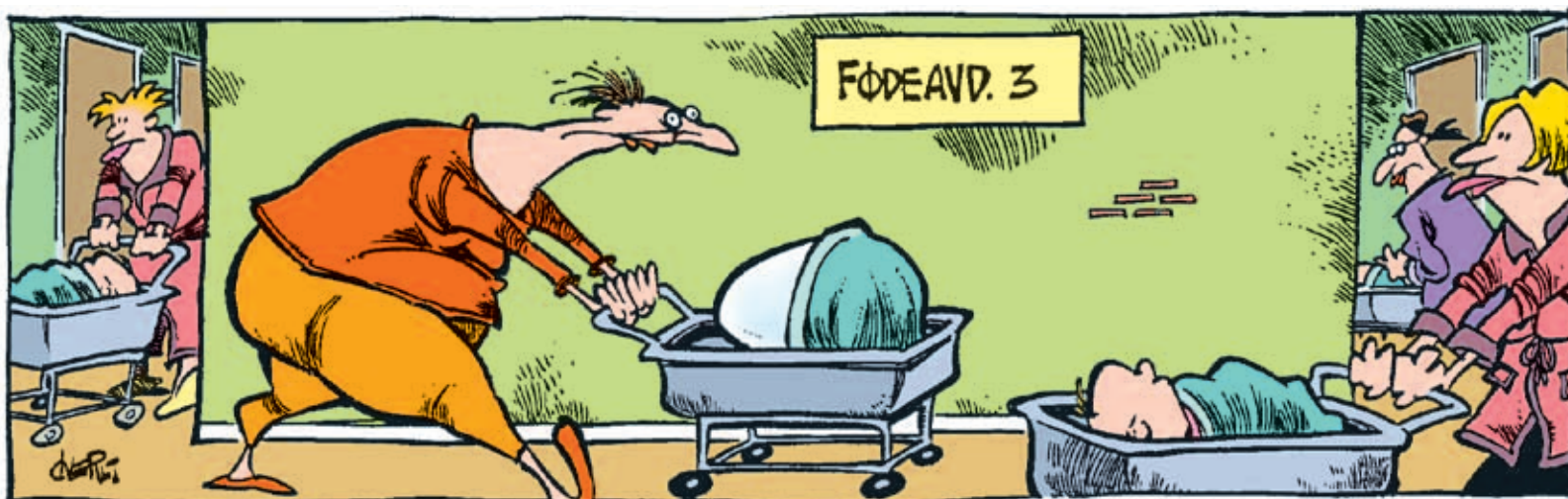
bølgende sommerlandskap mens du hyggepratet med dine medpassasjerer. Også personalet da – det var en omsorg, et humør og en godhet i miljøet som bare var helsebringende i seg selv. Vi fikk jo aller mest med sykepleiere, fysioterapeuter og hjelpepleiere å gjøre, og de var bare fabelaktige!

I tillegg til de daglige rutinene så var det stadig nye aktiviteter. Hver fredag utetrening uavhengig av vær og føreforhold; jeg landet i en lattermild og intens konkurranse med ringkast, basketball, bowling og til slutt boccia før vi la ut på turen opp til gapahukene hvor det ventet stoler med pledd, et stort herlig bål og hjemmebakte boller med kakao og kaffe!

Onsdag var og er det pil og bueskyting med ordentlige konkurransebuer og en kjempstor blink som alle kunne treffe.

I et slikt miljø går det raskt fremover for en hofteoperert hvor alt har gått som det skal fra helsevesenets side. Min skjønneste fysioterapeut som i 14 dager blant annet jobbet iherdig for å få meg til å gå skikkelig oppreist og sendte med meg en oppskrift på hvordan jeg i månedene fremover skal trene for å få dette til å bli min naturlige måte å bevege meg på – er jeg stor takk skyldig, som jeg er til alle dere jeg kom i kontakt med på denne spennende «Reisen i Sørlandets Sykehus» varetekt»!

Riskhospitalet   



## Den dagen det hendte

Terroren rammet Oslo og hele Norges land klokken 15.26 den 22/7 2011. Til samme tid var jobben avsluttet for dagen, men ble gjenhentet da jeg kom hjem. Telefon om rød kode er noe du sjelden eller aldri ønsker. På en annen side er ønsket om å hjelpe da det som mest gjelder, og takknemligheten for arbeidet blir satt i fokus. Helsevesenet er noe som alltid er der, men etter denne datoen kan en se at helse- og hjelpeapparatet vi har i Norge virkelig fungerer.

Samtalen på trikken hjem var summing av de navngitte eksplosjonene i sentrum. Regjeringskvartalet var rammet, og ingen visste mer. Etter hvert som du nærmer deg hjemmet, kjenner du behovet for å løpe den siste biten for å kunne slå på tv å finne ut hva som skjer, logge deg på iPhonen og se –

hva har hendt? Spenningen og frykten for at noe som en har sett på tv skal komme til ditt eget hjemland er nesten uutholdelig. Du føler deg maktesløs og du vil bare vite.

Endelig hjemme og tv blir slått på, du ser hva som rører seg i sentrum; i hjertet av hovedstaden, i ditt land og den byen du tilhører akkurat nå. Maktesløsheten er større nå enn hva den var på hjemturen.

Dragningen inn i tv og et ønsket om å være der fysisk, men på den andre siden er du takknemlig for at du er en av de som sitter foran tv. Underteksten til nyhetene forteller om skuddveksling på Utøya. Er det en sammenheng, er den umiddelbare tanken. Uavklart hva som skjer. På nytt blir minuttene lange, på nytt blir nysgjerrigheten og teften etter å være der fysisk tilstedeværende. På nytt tenker du at du sitter trygt foran tv.

Det viser seg at AUFs sommerleir holder til her, ungdommer er samlet og Gro Harlem Brundtland har vært taler denne dagen. Hvem er målet, er noen truffet er noen drept?

Hvordan ta inn over deg det du ser, du gjør ikke det – du vil bare vite mer og mer, få all informasjon som kommer. TV 2, NRK, BBC, CNN, Al-Jazeera. Sier alle det samme eller er det noen som kan fortelle noe annet? Nei, alle bekrefter den samme sannhet, terroren er kommet til Norge – til vårt hjemland.

Videre løper kvelden, ikke som planlagt – du sitter der i en megafon av inntrykk som ikke kommer på innsiden. Inntrykk som er uvirkelige og som du ønsker så gjerne ikke stemmer. På nettet er diskusjonene, oppdateringene og sniklyttingen på politiradioen i gang. Venner fra hjembygda gir fortløpende informasjon og forteller om ulike funn som blir gjort på øya, nyhetene på tv fortsetter – time etter time, minutt etter minutt, sekund etter sekund. Ladningen eskalerer og spørsmålet

om så mange kan ha blitt skutt og drept, hvem har rett? Kun ti opplyst drept på NRKs nyheter, men politiradio sier 50. Frustrasjonen og skrekken over at dette er virkelig bygger seg opp – kan det stemme?

Å betrakte en slik situasjon på avstand er trygt, men kan vi være trygge? Hvor mange fant det best å trekke ut blant hverandre og dele sin oppmerksomhet med dem. Være for seg selv og sitte isolert. Å ikke involvere seg er ikke alltid det beste. Oppsøke og trekke inn nye kulturer og ideologier må være bra, er min konklusjon. Å være involvert og skjønne andre – ikke nødvendigvis mene det samme, men i det minste skape en forståelse for den andre – kan en da unngå å bli presset inn i hjørnet og tre ut i den handlingen som fører til så mye vondt? Kan det forhindre et utfall som vi har vært vitne til nå? Skape allianser og solidaritet, for så å være i dialog og forståelse med den andre må være en løsning.

Dagene, timene, minuttene og sekundene som fortsetter, men heller ikke løper som normalt. Norge stopper opp og du føler det aldri blir hverdag.

Kontrasten alle må oppleve, lengten etter sol og sommer som alle har ønsket i sin ferie – regnværet alle er lei av. Men alt regnet som er kommet; kan det være tegn og symbol på alle tårene som er falt siden 22/07 2011?

Vennligst hilsen

Synnøve Stadsvoll Sønsteby, sykepleier ved OUS

## DELTIDSTUDIER I HELSELEDELSE STARTER 1. SEPTEMBER

Grunnstudiet i helseledelse gir deg teorier og praktiske verktøy, slik at du blir bevisst på hva det vil si å være en god leder i helsesektoren. Studiet gjennomføres over et år på deltid med samlinger i kombinasjon med nettstudier.

Rullerende opptak frem til studiestart.

**Kontakt:**

unn.graff@bi.no, telefon 46 41 00 34/20

[www.bi.no/nettstudier/helseledelse](http://www.bi.no/nettstudier/helseledelse)

TYNGDEN DU TRENGER

BI



## Helseministeren takker helsepersonell

22. juli opplevde vi det mest blodige angrepet i Norge i fredstid. På det mest brutale og utenkelige vis ble Regjeringskvartalet i Oslo og ungdommene på Utøya rammet. Skadene var ufattelige og enorme. Dere slapp alt dere hadde i hendene og hastet til for å stå i aller første rekke. For å bruke den kunnskap dere har som sykepleiere til å hjelpe og behandle, lindre og trøste.



**TAKKER:** Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Hun takker i dette innlegget helsearbeiderne for innsatsen i forbindelse med terroraksjonene i Oslo og på Utøya. Foto: Torgeir Haugaard, Forsvarets mediesenter.

Vi har mistet 77 mennesker, mange av dem unge som hadde et langt liv foran seg. Mange er hardt skadd og mange ligger fortsatt på sykehus. Vi har opplevd en tragedie med et ufattelig omfang som vi fortsatt har vanskelig for å ta inn over oss. Redningsmannskap, helsepersonell, frivillige og privatpersoner stilte opp fra første stund, både da bomben smalt og under og etter den grusomme massakren på Utøya. Innsatsen fra dere har bidratt til å redde liv, dere har vært der for mennesker som er i krise og har sammen med andre bidratt til en god start for å bearbeide det vonde mange har opplevd.

Utfordringene var enorme både i regjeringskvartalet og på Utøya. Det var stort behov for hjelpepersonell. Det var ferietid, det var helg, det var mindre folk på jobb enn i en vanlig uke. Men også da var dere forberedt på at det verste kunne skje når vi minst ventet det. I løpet av kort tid hadde sykehus og legevakter i Helse Sør-Øst slått full katastrofealarm og ryddet plass for å behandle mange, mange hardt skadde mennesker. Beredskapsplanene fungerte som de skulle.

Leger, sykepleiere, ambulanspersonell, psykologer og annet personell avbrøt ferien, droppet helgefri og stilte på jobb på rekordtid. Dere gav livreddende førstehjelp og transporterte pasientene til riktig sykehus, til dels under svært vanskelige arbeidsforhold. Dere tok hånd om overlevende og pårørende. Det var profesjonalitet i alle ledd – på skadestedet, underveis til sykehus og legevakt, i akuttmottakene og på avdelingene. Midt i kaoset bevarte dere roen



**ETTERPÅ:** Roser på sperringen mot Grubbegata i Oslo, der bomben sprang 22. juli. Foto: Colourbox.

og viste varme og omsorg for hver enkelt av dem som trengte deres hjelp.

En jente som kom fra Utøya fortalte meg at hun ikke klarte å snakke den første tiden etter at hun kom fra øya, verken til leger, pårørende eller andre. Først når en sykepleier satte seg ned på sengekanten med henne, og gråt sammen med henne, fant hun ordene. I samtaler med dem som er rammet, overlevende og pårørende har jeg fått mange fortellinger om hvordan dere har gjort en forskjell. Dere har en verdifull kompetanse i kommunikasjon som er avgjørende både i den akutte og den langvarige oppfølgingen etter en slik krise.

I timene og dagene etter katastrofen har jeg også snakket med helsepersonell når jeg har besøkt sykehus, legevakt, ambulansetjeneste og pårørendesenter.

Alle steder har jeg møtt helsepersonell med opplevelser og minner fra de uvirkelige timene som det vil bli vanskelig å viske ut. Dere bærer på inntrykk som kommer til å prege dere resten av livet. Også dere vil ha behov for trøst, omsorg og hjelp. På vegne av regjeringen vil jeg rette en stor takk til dere for den innsatsen dere gjorde, og som dere fortsatt gjør.

Bomben i Oslo og skuddene på Utøya gjorde grusom skade, og de rammet også en hel nasjon. De rammet også verdier dere som sykepleiere og fagforening setter høyt, demokrati, medmenneskelighet, omtanke og kjærlighet. Vi har alle svart ved å si at vi skal føre disse verdiene videre, og at de skal være en del av vår vei ut av krisen.

Tusen takk!

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen



NSFs fylkesleder Møre og Romsdal, Gunhild Rolandsen

# Nordsjøen er ikkje ein sjukeheim

Korleis er arbeidsdagen i ei sjukeheimsavdeling? Er det forsvarleg å bruke nordsjøturnus der?

**D**en siste tida har det vore mykje fokus på at nordsjøturnus er det som skal til for å redde bemanningsproblema i sjukepleietenesta. I tillegg har det vore omtalt 12 timars vakter på helg i enkelte sjukehus. Arbeidstakarorganisasjonane blir sett på som motstrebarske når vi ikkje alltid vil gå god for slike arbeidstidsordningar.

## Travelt på sjukeheim

Eg vil sette fokus på korleis arbeidsdagen er for ein sjukepleiar, for eksempel i ei sjukeheimsavdeling.

Ein kjem på jobb om morgonen og skal ha ansvar for ei avdeling med for eksempel 12 pasientar. Du har ein eller to hjelpepleiarar/fagarbeidarar (kan vere ufaglærte også) saman med deg, og du skal gjerne vere bakvakt for ei avdeling eller fleire i tillegg. Du fordeler arbeidet mellom dei som er på arbeid, og oppgåvene er oftast slik:

Desse 12 pasientane skal ha hjelp til å stelle seg, til å stå opp, gå på toalettet, nokre må eventuelt kateteriserast, nokre må ha hjelp til å tømme magen.

Det skal lagast frokost, maten skal serverast, dei fleste pasi-

toalettet igjen. Det blir middag, og mange stadar må middagen varmast opp i avdelingane da maten kjem kald frå eit hovedkjøken. Det skal igjen dekkast bord, serverast, medisinar skal delast ut og pasientane skal ha hjelp til spising igjen. Det er ikkje fleire som spis sjølv til middag heller.

Mange treng å kvile etter middagen, og før ein legg seg må ein gjerne på toalettet. Det er mange som treng forflytningshjelpemiddel som til dømes ståheiser for å kunne kome seg over dit.

## Må stadig dokumentere

I tillegg til praktiske oppgåver som er nemnt skal alt som skjer dokumenterast, det skal doserast medisin for neste veke, medisidane skal kontrollerast av sjukepleiar som ikkje har lagt dei opp osv. Pasientar blir dårlegare og du må ringe legen, kanskje rekvirere ambulanse, skrive ut opplysningar som vedkomande må ha med seg for ein eventuelt innleggelse i sjukehus. Kanskje skal ein delta på eit tverrfagleg møte, planlagt møte med pårørande eller liknande.

Pasientane skal stå opp etter middagskvila og då må ein gjerne på toalettet igjen. Så blir det kaffe og noko å bite i.

Oftast er det slik i ei avdeling at det er ikkje alle som greier å stå opp til ei kvar tid. Desse skal snuast og stellast slik at ein førebygg sengeleiets komplikasjonar. Og dei har krav på menneskeleg kontakt om dei kun oppheld seg på rommet sitt.

Utover dagen er det mange praktiske oppgåver som skal gjerast. Medikamentdosering er nemnt, men også legge på plass tøy og anna utstyr ein treng til ei kvar tid. Det blir kveldsmat og med den dei same rutinene før, under, og etter måltidet. I «ledige» stunder må ein trene med pasientane slik at dei vedlikeheld funksjonar dei har att. Det kan vere gangtrening eller mental trening som til dømes å spele spel, snakke om ord og uttrykk eller lignande.

Etter kvart skal dei som er oppe legge seg, og dei treng hjelp til toalettbesøk igjen. Mange må ha eit seint kveldsmåltid før dei legg seg. Eit lett stell trengs før natta, og dei aller fleste treng å skifte inkontinenshjelpemiddel.

Det er ofte døydne pasientar i ei sjukeheimsavdeling, og både pasient og pårørande har ekstra behov for å ha sjukepleiaren hos seg. Pårørande har behov for å prate, få svar på spørsmål, osv. Fleire gongar i løpet av vakta kan ein bli henta til ei anna, eventuelt fleire andre avdelingar for å hjelpe til med sjukepleieoppgåver der.

Når ein er ferdig for dagen, har ein kun seg sjølv å tenke på.

entane må ha hjelp til å spise. Samtidig skal pasientane ha medisinen sin – noko skal gjevast til maten, andre medisinar skal du gi før eller etter mat. Det skal gjerne takast nokre blodprøver fastande, og du må skynde deg å ta desse på grunn av at pasienten ropar etter mat og drikke. Etter frokost skal det ryddast av borda og vaskast opp. Pasientane skal ha hjelp til å lese avisa og sysselsettast, og dei må på toalettet igjen. Du skal gjerne ta eit sårskift eller fleire, og du må henge opp intravenøs vesketilførsel eller gi medikament til nokon som er dårleg. Kanskje nokon skal ha sondeernæring. Det var ikkje alle som fekk stelt seg før frokost, og du må ta eitt eller fleire morgonstell utover formiddagen. Nokre skal ha hjelp til å dusje, og dei siste får kanskje ikkje stelt seg før rett før middag.

Pasientane greier svært lite sjølve, og ber om hjelp til å gå på





**NOE HELT ANNET:** Når man er på jobb i Nordsjøen på 12 timers vakt, slipper man lage middag og kjøre unger i barnehagen. Det blir noe helt annet enn om man jobber 12 timer på sykehjemmet, mener kronikkforfatteren. Foto: Colourbox

### Klar i tanken

For å greie alle desse oppgåvene som også inneber observasjon i forhold til alle diagnosar dei har, må ein vere frisk og opplagt, og klar i tanken – i tillegg til å inneha den nødvendige kompetansen for oppgåvene.

I dagens turnusordningar er det vanleg med vaktskifte i tre, halv firetida. Ofte er det mindre personell på seinvaktene eller på tidlegvaktene. Innimellom alle oppgåvene som skal gjerast har personalet krav på å ta seg pauser, enten du har pause med eller utan trekk i løn. Har du trekk i løn har ein rett på å forlate arbeidsplassen i pausa. Ein står altså ikkje til arbeidsgjevar sin disposisjon.

Når det er vaktskifte er det sjølvsagt rapportering, dette kan foregå muntleg, eller ved stille rapport, ved at ein les den skriftlege dokumentasjonen.

I ein travel kvar dag er det ofte at personalet nesten ikkje rekk å ta seg ein matbit. Ein stor del av pasientane i sjukeheimar er personar med demens. Dei vandrar, spør om igjen om det same mange gangar, og greier ikkje å ta inn informasjon om kva som skal skje. Det er derfor tungt både fysisk og psykisk å jobbe i slike avdelingar.

I dei fleste sjukehusavdelingar er arbeidsdagen like hektisk. Der og treng ein vere utkvilt og opplagt for å få med seg alle detaljar som skal gjerast. Gløymer ein ei oppgåve, kan det få katastrofale følgjer. Oftast er det for få tilsette på arbeid sett opp mot alle oppgåvene som skal løysast. Og mangelen på tid til å ta seg matpasusar er like stor i sjukehusa som i sjukeheimane.

Når personalet er ferdig på arbeid har dei sjølvsagt eit liv å leve når dei kjem heim. Ein skal ha overskot til familie og venner, og mange ønskjer å ha fritidsinteresser. Mange har reiseveg til og frå arbeid.

Eg vil påstå at dersom ein skal jobbe 12 timars vakter eller meir, over fleire dagar i strekk, med slike oppgåver, vil ein vere ganske sliten og ukonsentrert når det lir mot slutten av arbeidsdagen. Det vil derfor ikkje vere fagleg forsvarleg å ha slike vaktordningar der ein

har oppgåver som skal utførast gjennom heile dagen, for alvorleg sjuke menneske, der feil kan få alvorlege konsekvensar.

Har ein derimot ansvar for ein brukar, og skal følgje den brukaren gjennom dagens aktivitetar for denne eine, kan eg sjå at det kan vere ei arbeidstidsordning som kan vurderast og utprøvast fleire stadar enn i dag.

### Tilrettelagt i Nordsjøen

Dersom vi samanliknar dette med arbeid i Nordsjøen der dei er på arbeid i 12 timar, så er det slik at ein begynner arbeidet kl 07.00 etter å ha spist ein god frokost. Du arbeider til kl 09.00, då det er kaffepause i 15 min. Varm lunsj blir servert mellom kl 11.00 og 13.00 og du har ein halvtime til eigen disposisjon. Det blir servert kaffe med noko til kl 15.15, og middag kl 19.00 når ein er ferdig for dagen. All mat blir servert. Brukar ein kaffepausane til arbeidsmøte kan ein ta ein time lunsj.

Det kan sjølvsagt skje i Nordsjøen også at ein ikkje får tatt pausane sine. Men når ein er ferdig for dagen har ein kun seg sjølv å tenke på. Ein kan gå rett til sengs, på trening, sjå TV eller kva du vil. Du har ikkje barn som skal køyrast til aktivitetar, gamle foreldre som skal besøkast eller andre av dagleglivets trivialitetar, som at du skal handle eller lage mat til familien til dømes.

I Nordsjøen er det lagt til rette for at arbeidarane skal kunne jobbe 12 timar kvar dag. Måltidshyppighet og samensetjing av maten, er lagt opp slik at arbeidarane skal ha optimale vilkår for å utføre jobben på ein forsvarleg måte. Og at ein har berre seg sjølv å ta ansvar for i den perioden ein er på arbeid, er vesentleg for å kunne ha slik ordning.

Er det vilje hos våre arbeidsgivarar til å legge til rette for at sjukepleiarar og andre grupper innan pleie og omsorgssektoren i kommunane eller sjukehusa våre, slik at vi skal greie alle dei arbeidsoppgåvene vi har gjennom dagen på ein fagleg forsvarleg måte? ■■■



## DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om merkevarebygging.

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

# Når logoen blir stemplende

Merkevarebygging i sykehus må ikke bli en belastning for pasientene.

**E**tter at sykehusene ble etablert som egne helseforetak er det foretatt et solid arbeid for å formulere og synliggjøre målsettingene for sykehuse- nes arbeid. Grunnverdier er formulert

Merket på bilen er over grensen for merkevarebygging.

gjennom skrift og symboler på en gjennomtenkt, positiv og tydelig måte. Det er utviklet en kultur i tråd med internasjonal trend, der en med kreativ dyktighet fremmer sykehus som gode merkevarer med positive og lett assosierbare symboler. Dette er viktig i all offentlig synliggjøring av sykehus. Merkene skal synes på bygninger, flagg, korrespondanse med mer. I tillegg har ansatte tilgang til en rekke effekter som jakker og ryggsekker.

De ansatte kan bære disse effektene frivillig i noen grad, og noen ganger med pålegg, fordi det er viktig for å utføre arbeidet. Ansatte kan gjennom å bære de synlige symbolene kjenne fellesskap med hverandre og med sin arbeidsplass.

het i forhold til sykehusvalg, men denne frivilligheten er av en annen karakter enn ansattes arbeidstilknytning. Posisjonen som pasient er mer preget av ufrivillighet og med rettigheter tilknyttet taushet og sikring av personlig integritet. Fra et pasientperspektiv kan det hevdes at sykehusenes merkevarebygging er til hinder for pasientens rett til å bestemme over presentasjonen av seg selv i det offentlige rom. Pasienten har ikke valgt sin lidelse og må selv få bidra til hvordan han vil bli lagt merke til i samfunnet utenfor sykehuset mens vedkommende er under behandling.

Negativ sosial stemping i forhold til psykiatrisk lidelse er prosesser alle ønsker skal reduseres og bli borte. Som ansatte har man likevel et ansvar for å møte den enkelte pasient i forhold til opplevelsen av stemping.

### Ungdom blir belastet unødig

I psykiatrisk ungdomsavdeling møter en denne problemstillingen når ungdommer fra avdelingen skal på tur i området, og når de kjøres med sykehusets bil til skole eller andre aktiviteter.

Hvor ansatte går med logoklær og søker sammen med pasienter i det offentlige rom er et annet spørsmål innenfor samme problemområde. Mange av disse ungdommene synes det er ubehagelig å

knyttes til sykehuset ved at avdelingens bil bærer sykehusets merke, symbol og navn. Personalet opplever dette som en unødig belastning på ungdommer som strever med mange problemer som gjør dem sosialt sårbare.

Avdelingen får av og til kommentarer utenfra med spørsmål om hvordan ungdommer som er mellom 13 og 18 år, reagerer på denne transporten. Ungdommene blir på denne måten objekt for sykehusets merkevarebygging på en uheldig måte.

### Direktøren sa nei

Personalets ønske om å fravike regelen om merking av sykehusets bil ble forelagt direktøren. Saken ble tatt opp tjenestevei via klinikkisjef, med negativt resultat. Saken ble deretter fremmet klinisk etikk komité, som støttet personalets syn. Det ble skrevet brev til klinikkisjef og direktør, der man ba om forståelse og aksept for bruk av tjenestebil uten sykehusets logo ved transport av ungdommer tilknyttet psykiatrisk avdeling.

Merkevarebygging i sykehus må bli møtt med en gjennomtenkning slik at den ikke blir til hinder for pasientenes velbefinnende når de beveger seg utenfor avdelingene. Merket på bilen er over grensen for merkevarebygging og stempler ungdommene på en uønsket måte. ■■■

### Faste bidragstere



Leder Rådet for sykepleieetikk Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo Per Nortvedt





**MERKELAPP:** Logo, for eksempel på bilder som frakter pasienter, kan i noen tilfeller være uheldig stigmatisering, skiver dilemmaskribenten. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt.



### Til refleksjon

- › Hvilke argumenter taler for bruk av tjenestebil med sykehusets logo?
- › Hvilke argumenter taler mot?
- › Har du opplevd tilsvarende situasjoner som sykepleier?
- › Har du opplevd noe lignende som pasient eller pårørende?

Send din mening på epost til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

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

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) under fanen interaktivt.





# CV- kontrolløren

Anne Herseth skal gjenreise tilliten til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Da vil hun få bruk for sykepleieren i seg.

Tekst Eivor Hofstad Foto Stig M. Weston





## TETT PÅ Anne Herseth

**Hvorfor:** Hun er ny direktør i Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH).

**Utdanning:** Fagskole i husstell, sykepleier, Oslo kommunes topplederprogram for etatsjefer, sjefskurset ved Forsvarets Høgskole, lederutviklingsprogram i NHO og styre-kompetanse ved Handelshøgskolen BI.

**Alder:** 55 år.



**H**va er egentlig en «rett kopi» i dag? Hvor går grensen mellom verifikasjonsarbeidet til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og politiets etterforskning? Hva skal SAFH gjøre med helsearbeidere fra land som ikke engang utdanningsoverhodet Nokut vil forholde seg til? Som Afghanistan, Irak og Kongo? Slike spørsmål er bare litt av det Anne Herseth og hennes undersåtter ved SAFH strever med om dagen. Den tidligere helsebyråden for Høyre og fylkeslederen for Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Oslo begynte i direktørstillingen den 18. mai. Da var det ett år siden det ble kjent at SAFH slet med både å kontrollere helsearbeideres utdanning og å samarbeide med Helsedirektoratet.

Nå ønsker hun Sykepleien velkommen til sitt lyse hjørnekontor i etasjene over Helsetilsynet, hvor hun har arvet sin forgjengers plettfrøe og kaffe latte-fargede, men akk så dype skinnsalong. Vi havner nesten i horisontalen når vi lener oss tilbake. Slett ikke i stil med «hektiviteten» som Herseth liker å kalle den store aktiviteten deres: Årlig behandles over 20 000 søknader om å få autorisasjon til 29 ulike helseprofesjoner.

SAFH har vært hardt prøvet de siste årene. I fjor gikk det særdeles dårlig. Direktør og jurist Per Haugum som bygget opp kontoret fra 2001, måtte svare på kritikken som kom fram i VG, basert på en granskningsrapport utført av to ekspolitietterforskere. Kanskje hadde hundrevis av utenlandske helsearbeidere skaffet seg jobb i norsk helsevesen med falske dokumenter eller manglende kvalifikasjoner.

Haugum ble sykmeldt og kom aldri tilbake som direktør for SAFH, men ble i stedet rådgiver i Helsedirektoratet. Like etterpå sa administrasjonssjef Liv Løberg opp på dagen etter at VG avslørte at hun selv hadde jukset med papirene sine. Hun var verken anestesisykepleier eller siviløkonom, men hjelpepleier.

Deretter kom en ekstern granskning av SAFH, utført av revisjonsselskapet Deloitte. Rapporten kom i november 2010 og kritiserer Helsedirektoratet for å ha sviktet i etatstyringen av SAFH. Den ramser også opp en rekke kritikkverdige forhold i SAFH.

**DETTE KAOS** er det altså Anne Herseth har sagt ja til å få orden på, etter å ha vært innom som direktør et par år i Oslo Taxibuss. Hun har også sju års erfaring som direktør i ulike av-

en samtale med hver enkelt. De er alle positive til å tenke framtid.

– Er de slitne?

– I utgangspunktet ikke. Enhver arbeidsplass har sitt å bale med, og jeg vet at det er en historie her. Det har vært en tøff periode, og den har nok vart litt lenger enn avisene har skrevet om. Men jeg har møtt mange flinke folk her.

Deloitte-rapporten sier det er usikkert om SAFH har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å avdekke forfalskning av dokumenter fra helsepersonell. Herseths forgjenger, Per Haugum, hadde også advart om dette i flere årsrapporter.

– Deler du Haugums bekymring?

– Jeg ønsker ikke å kommentere hans vurderinger. Men alle steder hvor det arbeides med papirer, finnes muligheter for forfalskning. Vår utfordring er at så mye er på papir og så lite er elektronisk. Slik trenger det ikke å være. I dag er det enkelt å forfalske et originaldokument på papir. Det er også en utfordring å vurdere alle de ulike utdanningsforløp som kan gi samme helseprofesjon.

– Hva har dere gjort for å rette på forholdene?

– Mye. Vi har blant annet hatt et risikoprojekt der det har blitt identifisert hvor det er størst risiko for juks. Etter å ha gått gjennom 1 500 av risikosakene på nytt, viser resultatet at det ikke er grunn for påstandene som ble fremsatt i media i fjor vår.

– Betyr det at påstandene om juks ikke stemte?

– Jeg ønsker ikke å kommentere dette som er fra før min tid. Men jeg har valgt å gå inn i noen av sakene som jeg synes vi skal sjekke på nytt. I den grad det skulle være noe mer her, blir det fort en politisak.

Herseth mener SAFH har mye å hente på å beskrive jobbbrutnene bedre, og ha god intern kontroll på at rutinen blir fulgt. Dessuten er det blitt ansatt flere. De var rundt 30 for et år siden og er 40 nå. Herseth vil også sørge for bedre opplæring internt.

– Jeg stusser på i hvilken grad det har vært satset på å videreutvikle kompetanse her tidligere. Det vil nok bli mer nå. Vi må også ha god takhøyde for diskusjon og gjøre viktige avklaringer.

**SAFH HAR IKKE HATT FASTE**, systematiserte møter med viktige samarbeidspartnere som Nokut, politiet og utlendingsmyndighetene tidligere. Det skal det bli nå. Herseth har også lansert ideen om å ha et tipsskjema på hjemmesiden til SAFH, der man kan melde om personer man mistenker praktiserer som helsearbeidere uten at papirene er i orden.

– I tillegg vil vi gjøre randomiserte stikkprøvekontroller av alle søknader.

Det kan gjøres på ulike måter. I Storbritannia plukker de ut et tilfeldig dokument hos en søker som etterprøves. Kunsten er å ikke kontrollere for lite, da gjør ikke SAFH jobben sin. Men heller ikke for mye, det krever for store ressurser.

– Vi skal ikke drive etterforskning.

– Hvor går grensen?

– Kunne jeg bare svare på det ... Idet vi får mistanke om forfalskning, må politiet overta.

– Hvor mange prosent av dokumentene sjekker dere hos SAFH?

– I praksis sjekkes alle papirer for søkere med utdanning utenfor EØS-området. Innenfor EØS-området har vi et samarbeid og et regelverk som gjør at det holder med korrekte attesterte

## «Mannen min sier jeg snakker mat flytende.»

delinger i vikarbyrået Manpower, og har styrt over legene i det private legebemanningselskapet Legevisitten.

– Hva i all verden var det som fristet med denne jobben?

– Både å komme tilbake til et område jeg kjenner godt, helsesektoren, og at det hadde vært morsomt å ta med erfaringene jeg har fått i det private tilbake til det offentlige. Dessuten liker jeg utfordringer som leder.

– Hvordan er stemningen her nå?

– Jeg har blitt godt mottatt. Alle er veldig åpne, og jeg skal ha



dokumenter, deriblant en bekreftelse på autorisasjonsstatus i hjemlandet for sykepleiere, leger og tannleger.

Selv har Anne Herseth samlet sin imponerende CV i en fire siders pdf-fil med innskannede logoer på alle stedene hun har sjefet over. Det lærte hun i Manpower.

– Har SAFH noe å lære fra Manpower?

– Ja, alle har noe å lære av hverandre. Kanskje kunne SAFH sett nærmere på hvordan de forsikrer seg mot juks. Manpower er et internasjonalt selskap. Man må ikke alltid finne opp hjulet sjøl for å sykle.

Men heller ikke Manpower oppdaget jukset med papirene til Liv Løberg. Vikarbyrået formidlet både kontorsjefjobben på Norges Veterinærhøgskole og personaldirektørjobben ved Det norske meteorologiske institutt, til tross for klipp og lim-standard på dokumentene hennes, ifølge VG.

– Du var direktør i Manpower da dere ga Løberg jobben hos Veterinærhøgskolen i 2006?

– Ok? Jeg aner ikke hvem dama er, for å si det rett ut. Verden er liten.

Da Løberg ble ansatt i SAFH høsten 2009, sjekket de kun én av referansene hennes. Muligens klok av skade, ba kontoret om å få 17 referanser fra Herseth.

– Da smilte jeg litt og tenkte at de hadde trengt hjelp av et rekrutteringsbyrå. Å sjekke så mange referanser er en kjempejobb som travle ledere da skal sitte og gjøre.

**EFFEKTIV TIDSBRUK** tiltaler Anne Herseth. Kurven har vært jevnt oppadstigende siden hun flyttet på hybel som 16-åring for å gå latinlinjen på Hamar katedralskole. Som enebarn av butikkdrivende mor og skogtekniker-far på Nes, var hun tidlig opplært til å ta ansvar for seg selv. Hun ble elevrådsformann på husmorskolen på Lillehammer. Etter sykepleierskolen på Elverum, bar det rett til hovedstaden sommeren 1979. På Sunnås sykehus ble hun raskt hovedtillitsvalgt.

– Der var det mange sterke faggrupper, spesielt blant fysioterapeutene og legene. Jeg lærte mye. Måtte tørre å diskutere og å ta standpunkt. Ofte ble det meg som måtte ta de vanskelige tingene i våre kommerser med legene. Det handler mye om mot. Mine foreldre lærte meg å være modig.

Herseth tåler en støy også. Hun har stått oppreist som streikeleder i NSF, og som helsebyråd for Høyre ble hun beskyldt for ikke å ha informert om at Ullevål universitetssykehus lå an til et underskudd på 100 millioner kroner. Aftenposten skrev om mistillit. Avisen skrev også kritisk da hun innførte pasienthotell på samme sykehus.

– Nå vil alle ha det. Med ansvar for landets største sykehus må man tåle kritikk. Den skarpeste kritikken fikk jeg for øvrig da Kristin Clemet satt som styreleder på Sunnås og jeg ikke var fornøyd med økonomien.

Evnen til å diskutere skal komme godt med når hun nå skal gjenreise tilliten hos SAFH.

– Vi er avhengige av tillit, tillit og tillit. Fra publikum, oppdragsgiverne og internt.

– Hvordan skal dere klare det?

– Det viktigste er å være åpne for hverandres innspill og at vi tør

å diskutere og gå hverandre etter i sømmene. Et av mine viktigste bidrag er å sørge for at denne dialogen finnes.

I krisetida ble det innført systematiske allmøter og informasjons-, drøftings- og forhandlingsforum. De skal fortsette.

Herseth har hatt en stri vår. Ny jobb, eksamen ved BI og flytting til en mindre leilighet på beste vestkant sammen med bedriftsrådgivermannen Tore Herseth Barlo.

– Det er omtrent der Kirkvågs figur fra «Heisann Montebello»

*«Ofte ble det meg som måtte ta de vanskelige tingene i våre kommerser med legene.»*

kom fra. Men det er bare 75 kvadrat. Og jeg har ingen engelsk setter, altså.

Når hun har fri, er hun med bonusbarnebarnet sitt eller disker opp med de deiligste retter for familie og venner enten hjemme eller i huset hun og mannen har i Ljungskile.

– Hva er livretten?

– Det er ikke mulig for meg å svare på, men jeg er opptatt av hva andre liker. Mannen min sier jeg snakker mat flytende.

Omsorgen for andre mennesker og å se og vurdere det man ser, er egenskaper Herseth mener hun lærte for livet da hun ble sykepleier.

– Er du sykepleier «i bunnen»?

– Ja! Det er interessant at mange sykepleiere bruker det uttrykket. Kanskje fordi de stort sett er veldig stolte av sin bakgrunn og utdanning, selv om de arbeider med andre oppgaver enn de direkte pasientrettede. ■■■





## REFLEKS

# Gjesteskribent Kristin Heggen

Navn: Kristin Heggen

Yrke: Professor i helsefag, Institutt for Helse og samfunn, og studiedekan, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

E-post: k.m.heggen@medisin.uio.no

# Annerledeshet

Historien til Sophie D. Fosså minner meg om betydningen av å anerkjenne andres sårbarhet og annetledeshet. Hvordan vi forholder oss til annetledeshet er selve testen på hvor bredt og godt forankret samfunnets humanitet er.

**L**ørdag 2. juli stod det et intervju i Aftenposten jeg måtte lese to ganger. «Kreftkjempem» var overskriften. Det var Sophie Dorothea Fosså som var intervjuet i anledningen hennes 70-årsdag.

Sophie D. Fosså har vært ansatt på Radiumhospitalet i 40 år. Hun er kreftmedisiner, spesialist i urologi, forsker og professor. Jeg har selv aldri møtt henne, men jeg har menn i min omgangskrets som gir henne verdens beste legeattest. En ytterst kompetent lege du kan stole fullt og fast på. Jeg tror de fleste ved Det medisinske fakultet i Oslo har hørt om denne usedvanlig produktive forskeren som har publisert 690 vitenskapelige artikler så langt i karrieren. Hun har veiledet rundt femti doktorgradsstudenter. Imponerende!

Professor Fosså har nok sprent de fleste akkorder. Hun starter

**Språk er makt, og ord bidrar til å trekke grenser mellom det som er innenfor og utenfor**

arbeidsdagen fire om morgenen, skrev sin egen doktoravhandling i hemmelighet på natten osv. Slik sett vil jeg tro at hun er annetledes enn flertallet av dem som i dag arbeider innenfor klinisk og akademisk medisin. Men det er ikke annetledeshet i form av suksess jeg er blitt mest opptatt av.

Intervjuet forteller nemlig om en sårbarhet som knytter seg til det å være tysk. Hun ble født mens nazistene styrte Tyskland. Hun har tysk identitet og kjente svært lenge at hun ikke var akseptert i Norge. Det er de såre og vanskelige erfaringene av å kjenne seg som annetledes hun også tar frem i intervjuet, og som altså jeg har dvelt ved. Hun kom til Norge på starten av 60-tallet sammen med sin norske mann og fikk fire gutter. Følelsen av å være endelig akseptert i det norske samfunn kom først i 2000 da hun fikk

St. Olavs Orden og en samtale med kongen som i sin nyttårstale samme år hadde tatt opp skjebnen til tysknorske barn.

Den sårbare annetledesheten Fosså beskriver har dratt meg inn i bøkens verden. Julia Kristeva, en av vår tids ledende franske intellektuelle, arbeider som psykoanalytiker, professor i lingvistik, er politisk engasjert og skjønnlitterær forfatter. Hun er født i Bulgaria og bruker sine egne erfaringer av fremmedhet som bulgarsk i Frankrike i teoriutvikling om annetledeshet.

Kristeva gjestet Høgskolen i Oslo for et drøyt år siden. Hun holdt foredrag og bidro til et bokprosjekt med tittelen *Annerledeshet*. Jeg var selv så heldig å få høre henne og bidra med et kapittel i boka. Den kom på Gyldendal Norsk Forlag i 2010 og ble redigert av Julia Kristeva og Eivind Engebretsen.

Det er en bok som tematiserer identitetsskapende sosiale krefter med særlig fokus på språk. Sykepleiere vet at språk kan fremmedgjøre. Språk er makt, og ord bidrar til å trekke grenser mellom det som er innenfor og utenfor, mer og mindre verdt. Å kategorisere en person som tysk eller bulgarsk innebærer med nødvendighet at det trekkes linjer og skapes forskjellighet. Det krever klokskap hos en språkbruker som vil minske forskjellighet eller markere vilje til å inkludere.

Boka om annetledeshet er tuftet på to premisser. For det første vil den gå språklige «tatt-for-gitt-heter» nærmere etter i sømmene. Slik vil den skape oppmerksomhet om marginaliserende prosesser i vårt eget språk og måten vi kategoriserer hverandre på. For det andre, sier redaktørene at boken verken vil eller kan løse språkets og marginaliseringens problem. Bokens hensikt er å gi oss redskaper til å snakke om de kategoriene og språklige uttrykkene vi vanligvis snakker med. Det vil kunne skape en konstruktiv uro og en økt bevissthet om hvordan språk skaper skillelinjer. Det gir muligheter for et utforskende forhold til annetledeshet.

*Kristin Heggen*

### Øvrige gjesteskribenter 2011:



**Anders Folkestad**  
Leder i Unio



**Cathrine Sandnes**  
er redaktør av tidsskriftet Samtiden



**Martine Aurdal**  
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



**Ingvar T. Skjerve**  
Sykepleier og forfatter