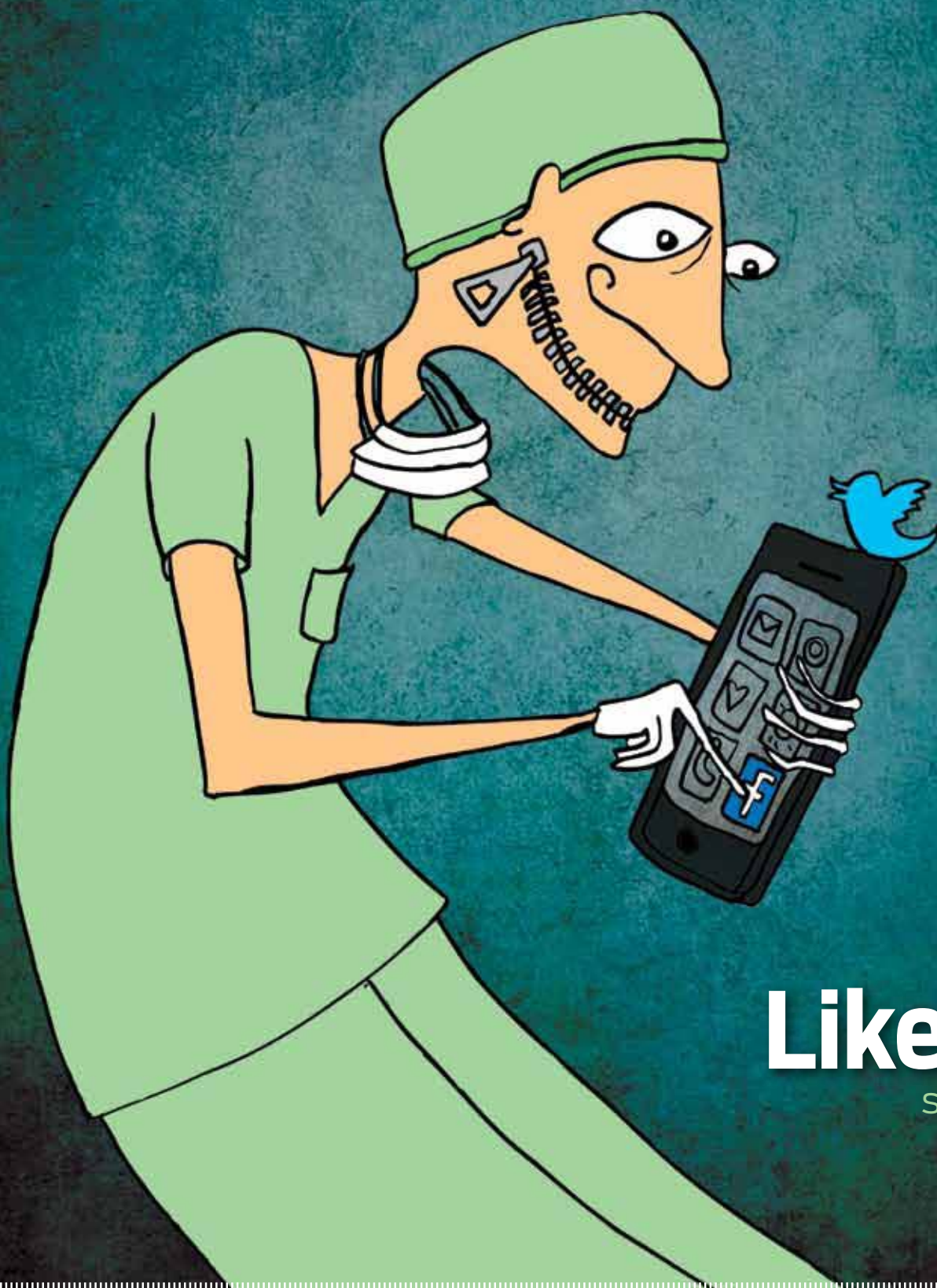


11 2012

27. september 2012  
100. årgang

# Sykepleien *100 år*



## Liker?

Side 22



## Her får du mer ut av noe du allerede har!

Som sykepleier har du en veldig god pensjonsordning i KLP. Dette gir deg økonomisk trygghet gjennom hele livet. Det gir deg også tilgang til flere økonomiske fordeler og muligheter, som du kan benytte deg av allerede i dag. Du kan få vår beste rente på sparing og lån, gunstige forsikringer, samt gode betingelser på sparing i fond.

Les mer om fordelene og mulighetene på [klp.no/medlem](http://klp.no/medlem), eller send "Sykepleier" til 2262 og vi vil kontakte deg en av de nærmeste dagene.

**klp**  
for dagene som kommer

# Det er flere måter å lære på



## Derfor kombinerer vi dem

Fremtiden er ikke hva den var. Studentene tilegner seg nå kunnskap på flere måter, i ulike formater, på flere plattformer. Gyldendal Akademisk tilbyr derfor kombinasjonen av tradisjonelle lærebøker med digitale læremidler for å effektivisere læringen – og vi tilbyr foreleserne nettbaserte lærerbiblioteker som forenkler undervisningen.

Les mer på [bokplussnett.gyldendal.no](http://bokplussnett.gyldendal.no)

# Silkemyke hender med Antibac GEL



Antibac GEL gir en silkemyk og behagelig følelse i hendene. Den er en litt tykkere variant av vår berømte hånddesinfeksjon og drypper ikke ved påføring. Nå får du også Antibac GEL i flasker på 750 ml. med doseringskapsel til manuelle dispensere.



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

# Klar for en ny dag?

Circadin® kan brukes i opptil 13 uker<sup>1)</sup>

## Circadin® som 4-ukers pakning!

**Indikasjon:** Circadin® er indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter som er 55 år og eldre.<sup>1)</sup>

Nycomed har erstattet 3-ukers pakningen (21 tabletter) med en 4-ukers pakning (30 tabletter).

Høsten 2010 forlenget Europeiske legemiddelmyndigheter (European Medicines Agency – EMA) behandlingstiden for Circadin®.

Det er pr idag det eneste søvnmedikamentet som kan benyttes inntil 13 uker.<sup>1)</sup>

Dokumentasjon viser at ca. 10 % flere pasienter responderer når brukstid utvides fra tre uker til tre måneder.<sup>2)</sup>

Circadin gir signifikant og klinisk forbedring på:<sup>1,3)</sup>

- innsovningstid
- søvnkvalitet
- livskvalitet

### Referanser:

1. SPC
2. [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Procedural\\_steps\\_taken\\_andscientific\\_information\\_after\\_authorisation/human/000695/WC500026810.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_andscientific_information_after_authorisation/human/000695/WC500026810.pdf)
- 3) Aging Health 2008 4(1), 11-21



Depottablett melatonin

**circadin®**  
Klar for en ny dag

**C** **Circadin «Neurim»** ATC-nr.: N05C H01  
*Sedativum. Hypnotikum.*

**DEPOTTABLETTER 2 mg:** Hver depottablett inneholder: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.  
**Indikasjoner:** Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år. **Dosering: Bør svelges hele. Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

**⚠ Forsiktighetsregler:** Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis det er sannsynlig at tretthet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. **Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyporsolan, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D0-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatoninexponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zoloplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiordiazin kan føre til en økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende. **Bivirkninger:** Mindre vanlige (<1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønsorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, hodepine, svimmelhet, søvnløshet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, morenit, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser:

Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. **Sjeldne (<1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroøsofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blømer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Hørseløshet, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus, utslett, neglesykdommer. Kjønsorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelyrninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt humørmessig oppmerksomhetsforstyrrelse, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N05C H01 side d. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Effekten vedvarer i opptil 3 måneder med behandling og antall respondere øker med 10% etter 3 måneders behandlingstid. Søvnansamlingen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant først pass-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (T<sub>max</sub> = 3 timer og C<sub>max</sub> = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Binde hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoks melatonin, er inaktiv. **Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form. **Pakninger og priser pr 01.08.2012:** 30 stk. (blister) 202,20 (maks AUP).

## Sykepleien

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

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

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

## Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

Journalist  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
tlf. 22 04 33 73  
[aknbh@sykepleien.no](mailto:aknbh@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 Nina Hauge  
tlf. 22 04 33 56  
[nina.hauge@sykepleien.no](mailto:nina.hauge@sykepleien.no)

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

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

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

Produktannonser/bilag Lise Dyrkoren  
tlf. 22 04 33 72  
[lise.dyrkoren@sykepleien.no](mailto:lise.dyrkoren@sykepleien.no)

Produktannonser Maud P. Kaino  
tlf. 97 74 21 20  
[maud.kaino@sykepleien.no](mailto:maud.kaino@sykepleien.no)

Repro og trykk:  
Color Print A/S

Fagpressen  
OFFISJONSKONTROLLERT



## SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

## Gjesteskribenter:



Bente Abrahamsen forteller om en studie der det går frem at det å jobbe turnus skaper konflikt mellom jobb og familielev, selv om man jobber deltid. Side 80.



Mariann Krakstad er sykepleier og har anaroksi. Det er flere sider ved den sykdommen som vanligvis ikke kommer frem når den omtales. Side 82.



Berit Daae Hustad forteller om en pasient som kjører bil og trolig tar for høy dose medisiner med varseltrekant. Pasienten har fått et bedre liv med bilturene, men er det forsvarlig at sykepleierne ikke melder fra? Side 72.



Eli Gunhild By ser fremover og ser en mer mangfoldig helsesektor med mer bruk av teknologi og andre, nye måter å jobbe på. Det handler ikke bare om mer ressurser. Side 76.



# Innhold

## Sykepleien

## AKSJONISTEN: «Hvorfor brukte ikke

## Hva skjer

- 9 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – småstoff
- 12 Lokker med 50 000 ekstra
- 13 Misfornøyd med 3–3-turnus
- 14 Synes de jobber like bra uten utdanning
- 16 Henter sykepleiere fra Spania
- 17 Vi bare spør Oddveig Vollan
- 19 For eller imot det nye nødnummeret
- 20 Barn mangler intensivstatus

## Der ute

- 34 Hvem skal bestemme hvor Magne skal bo?
- 40 Øyeblikket
- 42 Stenger dørene på Ullevål
- 44 Hvem skal hjelpe romfolket?
- 48 Min jobb: Dorthe Relling



50



17



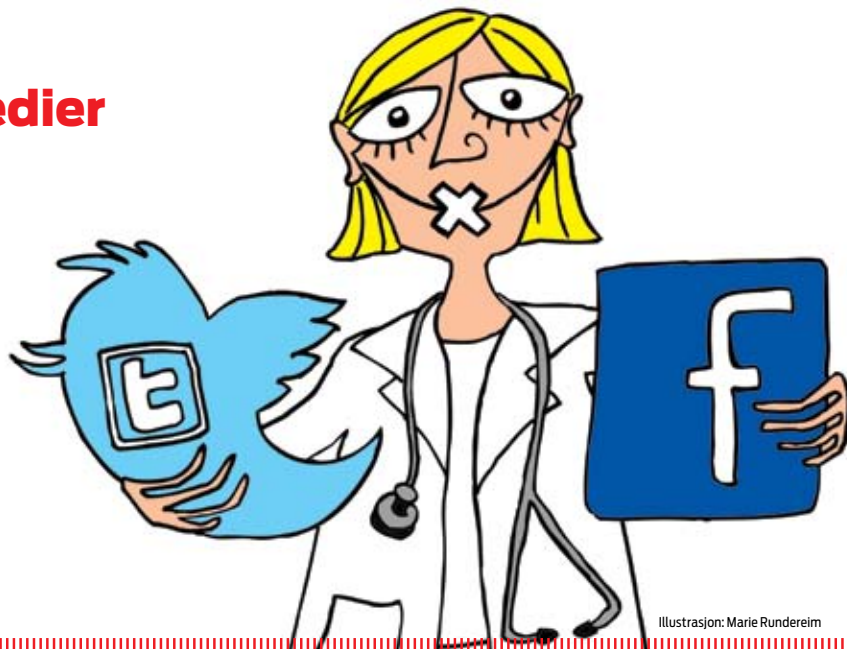
44

## Tema:

# Helsepersonell og sosiale medier

- 24 – En twitterkonsultasjon har sine begrensninger  
26 – Jeg så en hensikt, derfor gjorde jeg det  
29 Veileder i sosiale medier  
30 – Jeg la ut bilder av hjemmeøvelsen  
31 7 på Facebook

# 22



Illustrasjon: Marie Rundereim

sykepleierne på Ahus Facebook og Twitter for alt det er verdt?»

11 • 2012

27. september 2012 • 100. årgang

## Fag og bøker

- 50 Tettere og nærere  
53 Bedre oppfølging av premature  
57 Fagnotiser  
58 Nyheter fra NSF's fagkongress  
62 Aktiv praksis i hjemmetjenesten  
66 Forfatterintervju: Dag Skogheim  
68 Bokanmeldelser  
70 Tablettknusing kan få fatale følger  
72 Etikkk: Berit Daae Hustad  
74 Lindrer stikk med såpebobler  
74 Quiz

## Mennesker og meninger

- 76 Eli Gunhild By om fremtidens sykepleie  
77 Meninger fra leserne  
80 Bente Abrahamsen om deltid  
82 Mariann Krakstad om anaroksi  
84 Tett på Trude Hybertsen  
88 Paragrafrytterne

- 89 Stillingsannonser  
94 Kunngjøringer

### GJESTESKRIBENTEN:

«De fleste kjenner bare skyggesiden bak anaroksien»

Mariann Krakstad

82

«22. juli var ikke kaotisk her.»

84

70

Foto: Erik M. Sundt

# Alt av utstyr til helsepersonell **AKTROMMET**

## **PENHYGIENIC**

Ta en titt på Vaktrommets egenproduserte PenHygienic! Navnskilt og organisator i ett.

## **UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER**

Vi leverer det meste av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner. Besøk [www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no) for hundrevis av produkter!!



[www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no)  
[post@vaktrommet.no](mailto:post@vaktrommet.no)  
tel: 926 97 497

## **LIK OSS**

Vær med i periodiske trekninger ved å like facebook-siden vår!





# Ytringsplikt og taushetsfrihet

Er det på tide å slutte med å være så forbasket vellykket på Facebook?

**S**osiale medier er veldig ... ja, sosiale. Du kan dele alt mulig med både venner og «venner» og den nedre grensen for hva som er akseptabelt å skrive synes å være så lav at du kan gjøre det mens du ligger i koma. Mange bruker Facebook for å gi et bilde av seg selv som vellykket. Å, så hyggelig jeg har det hjemme! Å, for noen fantastiske ferier jeg legger ut på! Å, hvor interessant er jeg ikke når jeg bare slapper av. For å omskrive Descartes: Bloggo, ergo sum. Jeg er på nett, derfor er jeg.

Tristesse de luxe, om det ikke hadde vært for at Facebook, blogg og Twitter også kan brukes til å velte regjeringer i Midtøsten, skape drama i Oslo sentrum når Justin Bieber kommer på besøk eller dra i gang en nasjonal debatt om 12-åringer bør få p-piller. Forsvinningen av Sigrid Schjetne i Oslo viste at de sosiale mediene raskt ble en nøkkelfaktor, både for oppslutningen om leteaksjonene, for mediedekningen og for politiets arbeid. Facebookgruppen «Finn Ingrid Schjetne i god behold» hadde på et tidspunkt 36 000 medlemmer. Den måtte til slutt stenges. Det var for mange uønskete kommentarer.

Nettsamfunnet er i ferd med å endre samfunnets dagsorden og maktstrukturer. En middels god blogg har i dag flere følgere eller «likes» enn Arbeiderpartiet har medlemmer. Og der landets kurs tidligere ble meislet ut gjennom politiske prosesser som kunne

I prinsippet ligger makten  
nå hos oss alle.

ta år, kan et hett tema på Twitter i dag være politikk i morgen.

Det er ingen grunn til å gråte over det. Demokratiseringen av nettsamfunnet kan kanskje gjøre dagens etablerte organisasjoner overflødige, eller i hvert fall mindre viktige. Men det vi får igjen er at alle får mulighet til å sette dagsorden. Prisen vi må betale er riktignok at vi må tåle mye søppel på nett. Men gevinsten er at makten nå i prinsippet ligger hos oss alle.

Så hvorfor er det egentlig så mye skepsis blant sykepleiere mot å ta i bruk dette virkemidlet? Det finnes hederlige unntak (se side 24), men mange oppfører seg som rene søndagskjørere på www: I ren angst for å bryte fartsgrensen legger man seg på en sneglefart som bare øker – ikke reduserer – faren for at noen havner i grøfta.

Likevel: Sykepleiens leserundersøkelse i denne utgaven viser at sykepleiere ELSKER nettet. Men dessverre handler det mest



om den hyggelige fjellturen man tok med venner eller kjøttet man handlet i Sverige. At vedkommende kanskje må håndtere dobbelt så mange pasienter på jobben enn hun kan rekke over, hører vi ikke ofte om. Det passer kanskje ikke inn i bildet av hyggelige, vellykkede Kari & Ola.

Hvorfor ikke, kan vi spørre. Noe av årsaken ligger nok i at mange av oss har angst for å komme på kant med noen, og da kanskje særlig med jobben. Å dra eventuelle negative opplevelser på arbeidsplassen inn i den private sfæren hjemme ved pc-en, er en terskel mange ikke er lystne på å trække over. Og særlig ikke hvis hvem som helst (også sjefen) kan titte med på det du skriver.

Det er synd, mener jeg. Hvorfor brukte ikke sykepleiere på Ahus Twitter og Facebook for alt de er verdt når de skjønnte at for lav bemanning førte til dødsfall? Hvis Bieber kunne mobilisere flere tusen ungdommer via Facebook for en kveldskonert ved Operaen, kunne vel Ahus-sykepleierne satt i gang en storstilt leteaksjon etter mer kompetanse og bedre bemanning på Lørenskog?

Selvfølgelig, det finnes mange ting du som sykepleier ikke skal og bør skrive på sosiale medier. Både Helsedirektoratet og de fleste arbeidsgivere har kommet med veiledere, retningslinjer og andre nyttige pekefinger. Grovt sett er det akkurat som i det ikke-digitale livet: Du skal ikke utlevere andre, og særlig ikke pasienter, uten samtykke.

Men alle disse velmente pekefingerne mot hva slags styggedom en Facebook-glipp kan føre til, bør etter min mening ikke hindre sykepleiere til å ta tastaturet i bruk når det skurrer alvorlig på jobben. Helsepersonellens taushetsplikt er til for å beskytte pasientene, ikke for å ramme dem. Når sykepleiere har sagt fra internt, tjenesteveien, om graverende forhold som går ut over pasienter, og ikke noe skjer, finnes det noe som jeg vil kalle taushetsfrihet og ytringsplikt. Da ville jeg kastet Facebook-kosen på bålet og brukt de sosiale mediene til å være litt seriøs en stund.



## Ingen klager på reservasjonsleger

Verken fylkesmennene eller helseforetakene har mottatt klager på leger som nekter å utføre enkelte arbeidsoppgaver på grunn av samvittighetskvaler. Det viser en ny kartlegging gjort av Helsedirektoratet.

Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) sier de får mange henvendelser fra lesbiske om leger som nekter å henvise til assistert befruktning. Helsedirektoratets kartlegging viser imidlertid at disse tilbakemeldingene verken har nådd fylkesmennene eller helseforetakene, skriver Vårt Land.

## Overselger egen forskning



Spektakulære forskningsoverskrifter er ikke bare mediens skyld.

Overskrifter som for eksempel: «Immunmolekyl stopper kreftspredning», «Ny metode kan hindre Alzheimers» og «Vaksine hindrer HIV-spredning», er ikke uvanlige.

– Slike overskrifter ser vi jevnlig i papiravisene og på nettet – blant annet på forskning.no – og de fleste av oss har begynt å ta dem med en klype salt. Det viser seg for eksempel at metoden ennå bare er testet på ganske få individer, eller at fordelene med den nye typen behandling bare er marginal, sammenlignet med standardmetodene, skriver forskning.no.

En ny studie viser at forskeren ikke bare kan skyldes på media og overvige journalister, men må ta en større del av skylden selv. Franske forskere sjekket 70 vitenskapelige studier hvor det viste seg at nesten halvparten av dem overdrev resultatene allerede i sammendraget av artikkelen.

Forskerne undersøkte randomiserte kontrollerte forsøk. Slike studier kalles RCT-er på engelsk og regnes som gullstandarden innen medisinsk forskning. Analysen viste at 40 prosent av studiesammendragene spant resultatene i en positiv retning.

47 prosent av pressemeldingene hadde en eller annen form for spinn, mens nyhetssakene oversolgte saken i 51 prosent av tilfellene.

– Det var for øvrig lite som tydet på en egen journalistisk vurdering av overdrivelsene: Hurrajournalistikken var som regel basert på nøyaktig de samme overdrivelsene som fantes i pressemeldingene og sammendragene, skriver forskning.no.

# Hva skjer

### Les mer om:

**12** Lokker med 50 000 ekstra ›

**13** Misfornøyd med 3–3-turnus ›

**14** Ufaglærte synes de jobber bra nok ›

**16** Henter spanske sykepleiere ›

**20** Barn mangler intensivstatus ›

**sykepleien.no**

Nyheter hver dag på sykepleien.no



## Når blir barn voksne?



**ULIKE BEHOV:** En 16-åring og en to-åring har ofte svært forskjellige behov. Foto: Colourbox

Lovverket sier personer opp til 18 år. Men sykehus har forskjellig praksis når det gjelder aldersgrensene på barneavdelinger. Oslo universitetssykehus (OUS) er første ute med et eget «ungdomsråd». Det ble opprettet 21. september i OUS sitt konstitusjonsmøte.

– Hvorfor er det ulik praksis i aldersgrenser på barneavdelinger?

– Det er vanskelig å svare på for meg. Det handler nok om historie og kultur. Jeg har aldri hørt noen god faglig begrunnelse for dette, sier foretakstillitsvalgt ved OUS, Merete Norheim Morken.

En 16-åring og en toåring har ofte svært forskjellige behov. Det samme har en 14-åring i forhold til en romkamerat på 50. Ungdomsrådet ved OUS skal fremme unges interesser og rettigheter på sykehuset. Rådet består av ungdomsrepresentanter fra ulike brukerorganisasjoner, representant fra sykehusets brukerutvalg og fagpersoner med spesiell erfaring og kompetanse innen arbeid med ungdom og unge voksne.

Rådets arbeidsoppgaver:

- brukermedvirkning for til ungdom
- at ungdom opp til 18 år kan ivaretas ved egne tilbud og i egne avdelinger
- at overføringer fra barneavdelinger til voksenavdelinger og til kommunehelsetjenesten bedres
- at helsepersonells kompetanse og forståelse for unge i helsetjenesten øker
- at sykehuset kan bli bedre på tekniske hjelpemidler og sosiale medier for å nå ut til unge

## Gavmild millionær

Bergens rikeste mann, Trond Mohn, skal i år gi bort 250 millioner kroner til forskning, helse og idrett. Til Aftenposten sier han at hoveddelen av gavene i år skal gå til medisinsk forskning og utstyr ved landets sykehus.

Totalt regner han med å ha gitt bort rundt to milliarder kroner opp igjennom årene.

– Jeg håper jeg aldri blir ferdig med å gi, sier han til Aftenposten.

### Nasjonal insidensandel (av alle opererte) av postoperative sårinfeksjoner fordelt på type inngrep

Inngrep	Nasjonal insidensandel
Bypass	6.7%
Keisersnitt	6.9%
Hofteprotese_total	3.1%
Hofteprotese_hemi	5.1%
Kolecystektomi	7.1%
Kolon	15.9%

Kilde: Folkehelseinstituttet

## Pilleturer til Belgia

Norske narkomane har over tid dratt på såkalte «pilleturer» til Belgia. Nå ser det ut til at turene har stoppet opp ettersom den belgiske legen som har skrevet ut piller til norske narkomane, nå etterforskes av belgiske myndigheter. Det er spesielt Subutex narkomane har fått utskrevet av legen.

Ifølge tollvesenet i Kristiansand har det hver måned kommet cirka 20–30 norske narkomane med danskeferja til Kristiansand, og i bagasjen har de lovlig utskrevne medikamenter fra legen i Belgia.

– Vi hører stadig vekk om turer til flere land i utlandet. Det er busstransporter med folk, gjerne rusavhengige, som er med på turene. Man kan bringe piller inn til landet uten problemer, og det synes jeg er litt merkelig, sier kontorsjef Helge Breilid hos tollvesenet til NRK Sørlandet. Han har bedt norske helsemyndigheter svare på om det er mulig å stanse denne trafikken.

Kilde: NRK Sørlandet



**KOLERA:** Forskere ved Kjemisk institutt på Universitetet i Oslo har oppdaget en måte å hindre kolerabakterien fra å angripe tarmsystemet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Koleravaksine hindres av patenter

Forskere ved Universitetet i Oslo er på sporet av en ny og bedre koleravaksine. Kolera tar livet av rundt 100 000 mennesker hvert år, mens tre til fem millioner smittes. En bedre vaksine burde være gode nyheter, men internasjonale patenter hindrer forskerne å videreutvikle vaksinen.

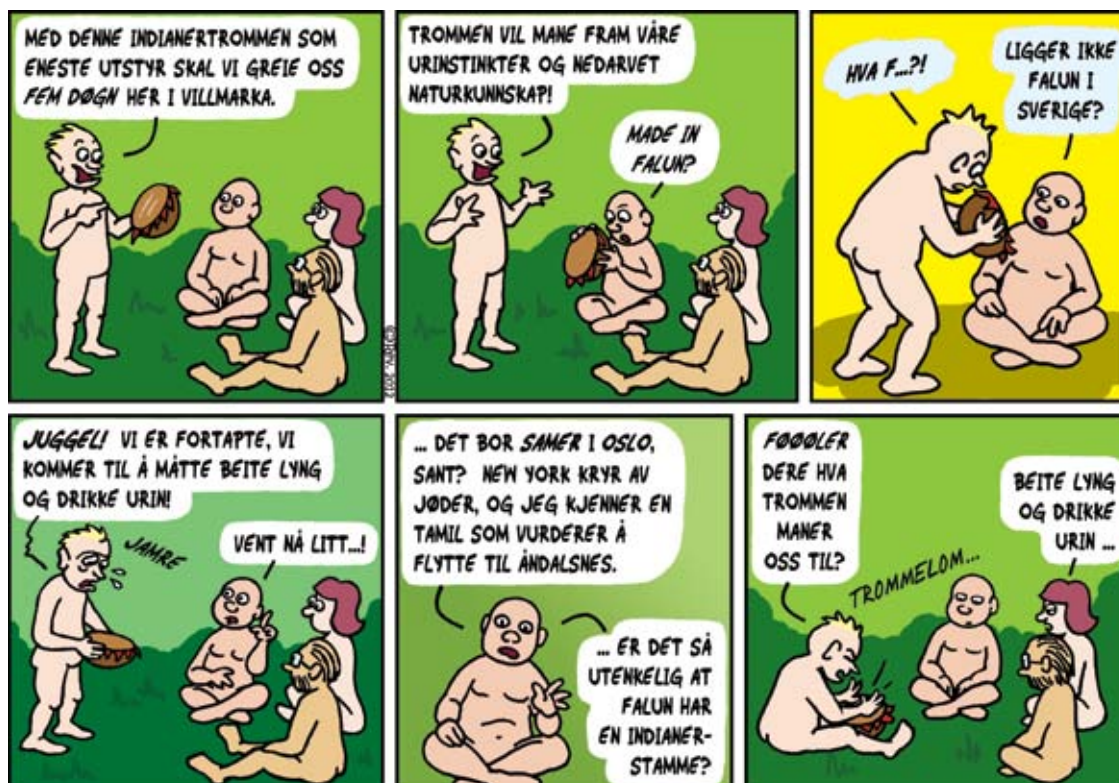
Forskere ved Kjemisk institutt på Universitetet i Oslo har oppdaget en måte å hindre bakterien fra å angripe tarmsystemet. Det skiller seg fra nåværende behandling hvor pasienten oppnår kortvarig immunitet ved å drikke døde kolerabakterier. Da-

gens medisin gir bare beskyttelse i seks måneder og er dessuten dyr. Det gjør den utilgjengelig for de fattigste, som er de som oftest rammes av kolera.

– Problemet er at patentene er så brede at de omfatter forskning langt utenfor den opprinnelige ideen. For meg var det veldig skuffende. Mange forskere har samme problem, og det er et stort hinder for utvikling av medisin og vaksiner, sier Ute Krengel ved Universitetet i Oslo til Bistandsaktuelt.

Kilde: Bistandsaktuelt

## TERAPI av Bodil Røvhaug



## Meninger fra www.sykepleien.no

### Applaus for Spekter

– Gå foran med et godt eksempel, du! Siden AKB (Anne Kari Bratten) synes det er så uproblematisk å jobbe helg regner jeg uten videre med at hun umiddelbart melder seg frivillig til å gå foran med et godt eksempel?...  
(MetteO)

### Bør vi spise mer mettett fett?

– Jeg vil ikke annet enn å fortelle hvor glad jeg ble for å lese denne artikkelen! All naturlig fett er bare bra for oss, mettett fett inkludert. Stå på!  
Sykepleierstudent (Natalia Lund)

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

# Lokker med 50 000 ekstra

– I Bardu rekrutterer vi sykepleiere med ekstra lønn, forteller hovedtillitsvalgt Ann-Hege Kårsten.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Marit Walle Moberg**

Etter å ha lest om Time kommune i Rogaland, som lokker sykepleiere til seg med høyere lønn, synes Ann-Hege Kårsten det er på tide å fortelle om enda mer effektive grep i nord.

Kårsten er diabetessykepleier og hovedtillitsvalgt. Arbeidsplassen hennes er pleie- og omsorgstjenesten ved Barduheimen sykehjem.

Det var i 2008 at Bardu kommune begynte å fri til både sykepleiere og førskolelærere med feite tillegg.

– Det har virket, sier Kårsten.

### Alle får

Bardu har rundt 4 000 innbyggere og ligger i Indre Troms. Et trettitalls sykepleiere på sykehjem, i hjemmesykepleien og på legevakten har i fire år nytt godt av lokkemiddelet høyere lønn.

– Vi kaller det for Bardu-pakken.

Alle får 10 års ansiennitet, også nyutdannete.

Det utgjør over 50 000 kroner mer enn startlønn. I tillegg får de som har egen ansiennitet uttelling slik:

- 4 års ansiennitet gir 10 000 kroner ekstra.
- 10 års ansiennitet gir 20 000 kroner.
- 16 års ansiennitet gir 30 000 kroner.

Kommunen lyser dessuten ut bare fulle stillinger for sykepleierne som rullerer mellom sykehjem og hjemmetjenesten.

– Nesten alle jobber 100 prosent, med unntak av noen få som jobber frivillig av personlige årsaker. Alle sykepleierstillinger er dekket i kommunen.

Sykepleierne er en ung gjeng.

– Her er ikke mange over 40, og vi har et godt arbeidsmiljø.

Kårsten er selv 33 år og har to barn på 6 og 4 år. Hun jobber fulltid i tredelt turnus.

– Men på legevakten jobber sykepleierne deltid. Den er hovedsakelig åpen kveld, natt og helg.

## «Det er lett å rekruttere når det er penger på bordet.»

Sykepleierne har også bred kompetanse.

– Kommunen har en kompetanseplan som legger til grunn at flere skal kunne videreutdanne seg, også andre yrkesgrupper. Her er sykepleiere med videreutdanning innen demens, diabetes og smerte, og en ansatt utdanner seg nå i kreftomsorg, forteller hun.

### Tør ikke røre avtalen

– Hvordan har kommunen råd til å heve lønnen?

– Bardu er en kraftkommune. Kraftprisen har gått ned, og kommunen må spare. Men så langt har politikerne ikke tort å røre denne avtalen. Vi har sagt at hvis de gjør det, må de forberede seg på at sykepleierne bytter arbeidsplass. Vi merker nå økt press. Pasientene skrives tidligere ut fra sykehus, enten til hjemmet eller sykehjemmet. Skal vi ivareta dem, må vi være godt nok bemannet.

Flere statlige arbeidsplasser i Bardu kan friste sykepleierne: Her er både psykiatrisenter og asylmottak.

– Noen har allerede forsvunnet dit.

Men Kårsten konkluderer.:

– Det er lett å rekruttere når det er penger på bordet. Sykepleierne kvier seg for å flytte på seg på grunn av den gode økonomiske ordningen. Jeg har kartlagt blant mine medlemmer at hvis tilbudet forsvinner, vil mange vurdere andre arbeidsplasser i kommunen og i nabokommuner, som bare er en halvtimes biltur unna.

Kårsten synes Bardu-pakken burde passe for alle kommuner. ■■■



**FULLT:** God lønn og fulle stillinger – det virker! Hovedtillitsvalgt Ann-Hege Kårsten skryter av Bardu-pakken.

# Misnøye med 3-3-turnus

Moss og Sarpsborg kommune har i vel ett år hatt prøveprosjekt med «3-3-turnus» på sykehjem, men går tilbake til ordinær turnus.

Tekst Bjørn Arild Østby

**D**a Harstad kommune i 2006 startet med såkalt «3-3-turnus» på Olavsgården sykehjem ble det en modell som mange kommuner seinere har kopiert, blant annet Moss og Sarpsborg kommune i Østfold.

Turnusen innebærer at man jobber tre dager og har tre dager fri. Den daglige arbeidstida forlenges til 8,5 timer, og i løpet av fire uker er det to arbeidshelger.

Et konstant høyt sykefravær ved Melløsparken sykehjem gjorde at Moss kommune ønsket å prøve ut 3-3-turnus som et tiltak for å redusere sykefraværet i virksomheten. Kommunen snakket om en halvering.

Året var 2009. Det ble gjennomført en kartlegging blant ansatte på sykehjemmet, som viste at flere var positive til å prøve ut ordningen. Som gjenytelse skulle ingen ansatte ha uønsket deltid eller stilling under 40 prosent.

Så skjedde ingen ting før høsten 2011. Da fikk kommunen midler gjennom det nasjonale utviklingsprogrammet «Sammen om en bedre kommune» til blant annet å prøve ut 3-3-turnus ved Melløsparken sykehjem.

## Frivillig tvang

– Selv om enkelte var positive i 2009, følte de ansatte nå at prosjektet bar preg av frivillig tvang, sier NSF's hovedtillitsvalgt i Moss kommune, Tone Lindmo Johannessen.

Midtveis i prosjektperioden ble det gjennomført en evaluering.

– Svarene som kom fram i spørreskjemaene viste at det var stor mis-

nøye blant ansatte med 3-3-turnus. De trakk fram lange vakter for dem i 100 prosent stilling og ekstra helgejobbing. Den enkelte jobber færre timer per uke, og minustimene samles i en timebank som arbeidsgiver kan bruke til ekstravakter når en kollega er syk. Det gjør fritida til den enkelte lite forutsigbar, sier Johannessen.

I en orientering til administrasjonsutvalget i mai skrev Rådmanen at signaler fra ansatte og tillitsvalgte tilsier stor misnøye med 3-3-turnus.

Prosjektet ble avsluttet i forrige måned, og arbeidet med overgang til ordinær turnus har allerede startet.

## Kommunen sier nei

Også Haugvoll sykehjem i Sarpsborg går nå bort fra turnusen.

– En viktig grunn til at flere ansatte var fornøyde skyldes nok at de har opplevd prosessen som frivillig og svært ryddig, sier NSF's hovedtillitsvalgt i Sarpsborg kommune, Anne K. Jacobsen.

– Kommunen ønsket imidlertid ikke å forlenge ordningen. Den gav ikke forventet resultat, sier Jacobsen.

Prosjektet har kostet kommunen 1, 8 millioner kroner uten at sykefraværet er redusert slik man hadde håpet. Beboerne og pårørende på sykehjemmet gav heller ikke uttrykk for at de var mer fornøyde etter at man startet prosjektet.

Fra 1. desember vil de ansatte ved Haugvoll sykehjem gå tilbake til ordinær turnus. Det er ennå ikke avklart hva som skjer med de som har fått økt stillingsprosenten sin. ■■■



## Lån hos oss

Virkeliggjør dine planer for et rimelig månedsbeløp. Rente fra **7,9%**

**Nordax** 

Søk på [www.nordax.no](http://www.nordax.no) eller på tlf. 21 54 44 07

Eff. rente er 19,30% på: kr 65 000, o/5 år, nom rente 14,9%, etableringsgebyr kr 1475, termingebyr kr 65. Totalt å betale er kr 98 580. (juli 2012)

# Synes selv de jobber like bra uten utdanning

Halvparten av de ufaglærte innen kommunal pleie- og omsorgssektor utfører arbeid de verken har kompetanse eller lov til å utføre.

Tekst Bjørn Arild Østby

Omkring 30 prosent av de ansatte i kommunal pleie- og omsorgssektor mangler utdanning. Samtidig blir kommunene i stadig større grad stilt overfor oppgaver som krever kompetanse. Det kommer frem i en rapport forskere ved Senter for omsorgsforskning Sør har laget på oppdrag fra Helsedirektoratet.

## – Grunn til å slå alarm

Når 52 prosent av de ufaglærte i undersøkelsen svarer at de utfører arbeidsoppgaver de ikke har kompetanse til, og 48 prosent enten er delvis eller helt uenig i at ansatte med formell utdanning gjør en bedre jobb enn personer uten, er det grunn til å slå alarm, mener forskerne Runar Bakken og Bjørnulf Arntsen, som har gjennomført undersøkelsen.

Sett fra den ansattes side synes resonnetet ifølge forskerne å være: Hvorfor skal jeg skaffe meg mer utdanning når jeg har gjort arbeidsoppgavene til både hjelpepleiere og sykepleiere i årevis?

## Preget av dugnadsånd

Ifølge Bakken og Arntsen synes sektoren å være et sted preget av at det viktigste er å få jobben gjort, ikke om man har formell kompetanse eller lov til å utføre den. De ufaglærte behandler sår, setter sprøyter og utfører faglig krevende oppgaver som de verken har lov eller kunnskap til, og dette kaller forskerne «dugnadsånd».

Behandlingen på det nivået som kreves i sykehjemmene nå er ikke noe ufaglærte bør utføre. I en kronikk i Dagsavisen kommer de to forskerne med følgende advarsel til helsemyndighetene: «Hvordan helsemyndighetene velger å forholde seg til dette, vil ha avgjørende betydning for kvaliteten på kommunale pleie- og omsorgstjenester i årene som kommer, og om samhandlingsreformen skal kunne lykkes.»

## Økende gap

Utviklingen i befolkningen gjør at vi i 2035 vil mangle 59 000 helsefagarbeidere og

28 000 sykepleiere, ifølge Statistisk sentralbyrå. Er det så realistisk å håpe på at de om lag 60 000 ufaglærte som allerede er i sektoren vil ta fagutdanning?

Undersøkelsen til de to forskerne gir en pekepinn. Dersom det ble bestemt at alle skulle ha formell utdanning innen 2015, svarer 58 prosent at de ville tatt utdanning/fagbrev, 24 prosent at de ville sluttet og 19 prosent «annet».

Forskerne kommer med følgende tre tiltak som kan bidra til at flere ufaglærte tar formell utdanning: For det første bør sentrale helsemyndigheter bidra til at kommunene stiller strengere krav til formell kompetanse. For det andre bør det tilrettelegges for arbeidsplassba-

**Dette svarte de ufaglærte:**

Hva ville du gjort dersom det ble bestemt at alle skulle ha formell utdanning innen 2015?

Tatt utdanning/fagbrev: 58 prosent  
Sluttet: 24 prosent  
Annet: 19 prosent

serte utdanningsløsninger. De mener også at motstand mot å ta formell utdanning henger sammen med arbeidsvilkår. Tiltak rettet mot økt grunnbemanning og innføring av hele, faste stillinger vil derfor kunne bidra til å bryte opp det mønsteret som også skaper motstand mot formell utdanning, ifølge forskerne. ■■■



**FÅ DET UNNA!** Ifølge forskerne Runar Bakken (bildet) og Bjørnulf Arntsen synes pleie- og omsorgssektoren å være et sted preget av at det viktigste er å få jobben gjort. Arkivfoto: Kari Anne Dolonen

# Nye **Nutrison** hjelper til med å **redusere** komplikasjoner i både **øvre** og **nedre** del av mage-tarmkanalen

## Nye **Nutrison** inneholder:

Ny myse-dominant proteinsammensetning for bedre toleranse og ventrikkeltømming<sup>1\*</sup>



Fiskeolje (DHA & EPA) for å redusere inflammatoriske komplikasjoner<sup>2\*</sup>



Karotenoider for reduksjon av oksidativt stress<sup>3</sup>



Multi Fibre-blanding MF6<sup>TM</sup> for bedre toleranse i nedre del av mage-tarmkanalen<sup>4</sup>



**Referanser:** 1. Mahé S *et al.* Nitrogen movements in the upper jejunum lumen in humans fed low amounts of casein or  $\beta$ -lactoglobulin. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;19:20–6. 2. Calder PC. Long-chain n-3 fatty acids and inflammation: potential application in surgical and trauma patients. *Braz J Med Biol Res* 2003;36(4):433–446. 3. Vaisman N *et al.* Enteral feeding enriched with carotenoids normalizes the carotenoid status and reduces oxidative stress in long-term enterally fed patients. *Clin Nutr* 2006;25:897–905. 4. Wierdsma NJ *et al.* Comparison of two tube feeding formulas enriched with guar gum or mixed dietary fibres. *Ned Tijdschr Dietisten* 2001;56:243–7.

\* Gjelder Nutrison MF, Nutrison, Nutrison Energy MF, Nutrison Energy og Nutrison 1200 Complete MF.



## Din totalleverandør av fysikalsk utstyr

### Manuped

Arm- og bentrener til aktiv trening

- Høyderegulerbar
- Variabel motstand
- Elektronisk tripteller
- Regulerbare pedalarmer
- Justerbare fotplater
- Transporthjul

Art.nr: 373100



### Monark 837

Et produkt som bygger på Monarks klassiske konsept med kvalitet, komfort og funksjon. Lavt innsteg og smarte løsninger gir en recumbent til frisktrening og rehabilitering. Pulsmåling i håndtakene, kan også bruke pulsbelte.

- Lavt innsteg og stabilt sete.
- Stort svinghjul 22kg.
- Høydejusterbar ryggpute.
- Elektronisk måling av puls via håndtak eller pulsbelte.

Art.nr: 90837



### Gangbane

Finnes i 3m og 4m lengde. Bredden kan innstilles ved å parallellforskyve gangbanen. Høyderegulerbar fra 75-90 cm.

Art.nr: 180765



Kontakt oss for mer informasjon:  
Tlf. 24 05 66 30. E-post: kundeservice@medinor.com  
[www.medinor.no](http://www.medinor.no)



© 2012 Alere. All rights reserved. The Alere Logo and Alere are trademarks of the Alere group of companies.

# Spanske sykepleiere hentes til Norge

NSF er skeptisk til at spanske sykepleiere hentes til norsk kommunehelsetjeneste.

Tekst **Eivor Hofstad**

Øyer kommune ved Lillehammer sendte denne måneden to menn fra AB Bemanning til Sør-Spania for å finne 100 sykepleiere. Bare i Sevilla-provinsen er det mer enn 411 arbeidsledige sykepleiere. AB Bemanning møtte sju delstatspolitikere og presenterte et opplegg spanjolene syntes var positivt og gjennomførbart.

### To måneders språkopplæring

Nordmannen og pensjonisten Lasse Mejlænder Finstad driver norskopplæring for arbeidsløse spanjoler. Han skal nå kurse sykepleiere også. De må gå to måneder på kurs hos ham før de får tilbud om flybillett til Norge. Her blir de hentet på flyplassen, får bolig, forskuddslønn etter en uke, autorisasjon og skattekort fikset. Grunnlønnen vil være knapt 26 000 kroner i måneden. Kontraktene vil gjelde for seks måneder med 14 dagers oppsigelsesfrist og kan fornyes hvis ønskelig.

### Skeptisk og betenkt

Leder Eli Gunhild By i Norsk Sykepleierforbund er skeptisk til en slik framgangsmåte. Hun synes heller at kommunene bør tilby lønns- og arbeidsvilkår som gjør det attraktivt for sykepleiere som er i landet fra før, å jobbe i kommunehelsetjenesten.

– Jeg kjenner ikke til AB Bemanning, men jeg håper de vil bidra til at arbeidsledige sykepleiere i Spania skal få jobb, og at de ikke bare tenker på kortsiktig profitt. Jeg forutsetter også at de har oversikt over godkjenningsordningene i Norge slik at sykepleierne får autorisasjon og tilfredsstillende språkravene, sier hun til nettstedet Fri fagbevegelse.

By håper kommunene er opptatt av at sykepleierne skal kunne kommunisere med de pleietrengende på en god måte, og er betenkt over at rekruttering fra Sør-Europa på sikt vil kunne føre til at disse landene i neste omgang må rekruttere sykepleiere fra fattige afrikanske land, som til de grader trenger denne kompetansen selv.

### Ideell språkvirksomhet

Spania har i dag høyest ledighet i Europa på over 25 prosent. Lasse Mejlænder Finstad har sammen med spanske venner etablert en ikke-kommersiell forening der medlemmene arbeider uten lønn. De ønsker å tilby spanjoler norsk kurs og deretter jobber i Norge. ■■■

Kilde: [Frifagbevegelse.no](http://Frifagbevegelse.no)



# Oddveig Vollan

Alder: 57 år

Aktuell som: Helsesøster på Skøyenåsen skole, der Sigrid var elev. Vollan er også psykiatrisk sykepleier.

### BAKGRUNN:

Natt til 5. august forsvant Sigrid Giskegjerde Schjetne (16). Hun ble funnet drept en måned senere. Forsvinningen og drapet har berørt hele nasjonen. Mange møtte opp for å lete. Skøyenåsen skole, der Sigrid var elev, stilte med tverrfaglig kriseteam og åpen dør. Oddveig Vollan var en av dem som tok imot.

# Sigrids helsesøster

### Hvor var du da det ble kjent at Sigrid var savnet?

– På vei hjem fra hytta. Det ble sagt at en jente fra Østensjø var savnet. Jeg tenkte det kunne være en elev hos oss. Samme dag ble navnet kjent.

### Kjente du Sigrid?

– Jeg kjenner alle elevene. Jeg var helsesøster for henne i ti år.

### Var du på jobb mandagen?

– Ja, det var første dag etter ferien, to uker før skolestart. Jeg visste dagen ville bli annerledes enn jeg hadde planlagt.

### Kan man være forberedt på slike saker?

– Ikke på en så alvorlig hendelse. Det var en veldig fordel å ha jobbet noen år. Du blir slått av alvorret når helikoptre sirkler over skolen og ungdommer går rundt og leter.

### Hva ble jobben din?

– Å være til stede og prate med de som kom innom.

Vi åpnet skolen for alle. Fra klokken 8 til 22. Vi laget team med utetjenesten og kirken. Vi dro lasset sammen.

### Hvem kom?

– Elever som hadde lett, og annet letemannskap. De fleste kom om ettermiddagen og kvelden. Mye presse.

### Hvordan taklet du mediene?

– De fleste ble henvist til meg fra bydelsdirektøren, så jeg visste jeg hadde tillit til å svare. Jeg har jo ikke noe mediekurs, men jeg stolte på at journalistene ville skrive ordentlig. Det gjorde de.

### Hva trengte de som kom til skolen?

– Det var forskjell på før og etter Sigrid ble funnet. Tirsdagen etter hun ble funnet, åpnet vi skolen for alle. Vi hadde stillerom med lys, bilde, musikk og kondolanseseprotokoll, og et rom med et tverrfaglig kriseteam. Onsdagen lot vi elevene gå til hver sine klasser, men hadde også åpent stillerommet. Der var jeg. Mengder av elever gikk inn og ut. De skrev i protokollen. Flagget var på halv stang, og det var sterke følelser med gråting og hulking. Mange skrev en siste hilsen, og flere la ned blomster. Vi var der til klokken ni, mange voksne kom også.

### Og neste dag?

– Da hadde vi vanlig

skole. Vi hadde ryddet vekk alt. Også flagget.

### Hva kunne du bidra med?

– Å være til stede. Elevene støttet hverandre. De gråt sammen, holdt rundt hverandre. Det var bra nok for de fleste. Ikke så mange kom for å snakke om Sigrid, men saken aktiviserte annen sorg.

### Hvilken sorg da?

– Alt mulig: Foreldres sykdom. Vennskap som har gått i stå. Brudd med kjæresten. Et kjæledyr som har dødd.

### Ungdom trekker seg ofte tilbake?

– Ja, men de er veldig kroppslige. Også gutter klemmer og gråter. Vi voksne må tåle gråtende ungdom, være litt i kulissene.

### Følte du deg utilstrekkelig?

– Nei, men vi var nødt til å tåle sorg. Og siden jobben var å ivareta andre, ble jeg opptatt av hvordan vi kunne få bearbeidet egne reaksjoner. Man blir jo sårbar, men skal jeg gjøre en god jobb, må jeg ha nok distanse.

### Fikk du veiledning?

– Jeg etterspurte det og har brukt bedriftshelsetjenesten. Jeg fikk hjelp til å rydde.

### Hva nå?

– Vi må være var. Ikke minst lærerne og foreldrene. Hvis de ser ungdom som endrer seg, mister matlyst, får vedvarende problemer med søvn og konsentrasjon, bør de ta kontakt.

### Likner Sigrid-saken noe annet du har vært borti?

– Vi har hatt flere sterke opplevelser de to siste årene. Vi hadde minnestund for en tidligere elev som ble drept på Utøya. Og da en elev valgte å ta sitt eget liv, preget det hele skolen.

### Ellers?

– 10. oktober markerer vi verdensdagen for psykisk helse. Ungdom skal vite at det er like viktig å ta vare på følelsene sine som den fysiske biten.

Tekst og foto Marit Fonn



# Den daglige dosen av nærhet.

C1090115-04

**Cialis® Daglig Dosering** er en nyere måte å behandle erektil dysfunksjon (ED) på. Det gir pasienten mulighet for ereksjon når som helst i døgnet – alle dager.<sup>1,2</sup>

Takket være den lave og jevne doseringen (5 mg) gjør Cialis® Daglig Dosering det mulig for pasientene å slippe all ventingen og planleggingen av sexlivet. **Naturligvis finnes Cialis® 20 mg fortsatt, som gir mulighet for samleie etter en halvtime – med virkning i opptil 36 timer<sup>3</sup>** for ED-pasienter som vil ha tilbake muligheten for et fungerende samliv. Cialis Daglig Dosering kan være et alternativ for menn som i dag tar en PDE 5-hemmer minst to ganger i uken, og som vil ha frihet til å ha seksuell aktivitet når de ønsker det. Akkurat slik som livet var før.

## Cialis Lilly Legemiddel mot erektil dysfunksjon. ATC-nr.: G04B E08

**TABLETTER, filmrasjerte 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg:** Hver tablett inneholder: Tadalafil 2,5 mg, resp. 5 mg, 10 mg og 20 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

**Indikasjon:** Behandling av erektil dysfunksjon hos voksne menn. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner.

**Dosering:** Anbefalt dose er 10 mg minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan 20 mg foreslås. Tas med eller uten mat. Maks. dosering er 1 gang daglig. Tadalafil 10 mg og 20 mg er beregnet til bruk for forventet seksuell aktivitet, og er ikke anbefalt til kontinuerlig daglig bruk. For pasienter som forventer regelmessig bruk (f.eks. minst 2 x ukentlig), kan daglig dosering med laveste tadalafildose være hensiktsmessig, avhengig av pasientens valg og legens vurdering. Hos disse pasientene er anbefalt dose 5 mg 1 gang daglig til omtrent samme tid. Basert på individuell tolerabilitet kan dosen reduseres til 2,5 mg daglig. Hensiktsmessigheten av vedvarende daglig doseringsregime bør vurderes regelmessig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Daglig doseringsregime er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg. Daglig doseringsregime er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon, og ev. forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. **Eldre eller diabetikere:** Dosejustering er ikke påkrevd. **Pediatrisk populasjon:** Bør ikke brukes av personer <18 år.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kan forsterke den blodtrykksnedsattende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Skal ikke brukes ved hjerteislåse der seksuell aktivitet ikke tilrådes. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerte problemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mm Hg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer eller ikke.

**Forsiktighetsregler:** Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere eller til dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Før oppstart skal kardiovaskulær status vurderes etterom det er knyttet en viss risiko for hjerte problemer til seksuell aktivitet. Tadalafil har vasodilaterende egenskaper som gir svak og forbigående blodtrykkfall, og potensielt dermed hypotensiv effekt av nitrater. Tadalafil kan induisere blodtrykkfall ved samtidig bruk av antihypertensiver. Ved oppstart av daglig tadalafilbehandling bør hensiktsmessig klinisk vurdering ta hensyn til mulig dosejustering av blodtrykkbehandling. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystmerter, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. De fleste av disse pasientene hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Synsforsvelling og tilfeller av NAION er rapportert. Pasienten bør rådes til å seponere tadalafil og kontakte lege umiddelbart ved plutselig synsforsvelling. Økt tadalafilkonsentrasjon (AUC), begrenset klinisk erfaring og manglende mulighet til å påvirke clearance vha. dialyse medfører at daglig tadalafil dosering ikke er anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Pasienter som får ereksjon som varer i >4 timer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med forsiktighet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernas fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem

disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Ukjent om tadalafil har effekt hos pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostatektomi. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa<sub>1</sub>-blokkere kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte. Kombinasjon med dokasosin er ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, saknavir, ketokonazol, itrakonazol og erytromycin), da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

**Interaksjoner:** Interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. **Effekter av andre legemidler på tadalafil:** Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), doblet tadalafil (10 mg) AUC og øker C<sub>max</sub> med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker C<sub>max</sub> med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) doblet tadalafils (20 mg) AUC uten endringer i C<sub>max</sub>. Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som saknavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itrakonazol og grafapruficid, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. **Effekter av tadalafil på andre legemidler:** Tadalafil (20 mg) er brukt samtidig med angiotensin II-reseptorblokkere (forskjellige typer og doseringer, alene eller i kombinasjon med tiazider, kalsiumantagonister, betablokkere og/eller alfablokkere) og antiopidiotin interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiver. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiver synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykkmåling relaterer seg til graden av blodtrykkkontroll. Hos pasienter med god kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Hos pasienter som samtidig får antihypertensiver kan tadalafil 20 mg induisere blodtrykkfall, som (med unntak for alfablokkere) vanligvis er mildt og sansynligvis ikke av klinisk betydning. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal likevel gis til pasienter når de behandles med antihypertensiver. Samtidig administrering av dokasosin (4 og 8 mg daglig) og tadalafil (5 mg daglig og 20 mg) er undersøkt og antas å gi signifikant blodtrykkreduserende effekt av alfablokkere. Effekten var ±12 timer og kan gi symptomer som inkl. synkope. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Slik effekt er ikke rapportert med alfuzosin eller tamsulosin. Forsiktighet skal imidlertid utvises hos pasienter som behandles med alfablokkere, spesielt eldre. Behandling skal startes med minimal dose med gradvis økende dose. Tadalafil (10 eller 20 mg) er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil (20 mg) forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,07 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg).

**Graviditet/Amming:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det foreligger begrenset data for bruk av

tadalafil til gravide. Det er ikke funnet holdepunkter for direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Anbefales ikke ved graviditet eller amning.

**Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. **Bivirkningsdata for pasienter >75 år er begrenset. Svært vanlige (>1/10):** Neurologiske: Hodepine. **Vanlige (>1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Dyspepsi. **Hjerte/kar:** Rødme. **Luftrør:** Nesetetthet. **Muskel-skjelettsystemet:** Ryggmerter, myalgi. **Neurologiske:** Svimmelhet. **Milde vanlige (>1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Abdominale smerter, gastrooesofagal refluks. **Hjerte/kar:** Takykardi, palpitasjoner, hypotensjon (mer vanlig ved kombinasjon med antihypertensiver), hypertensjon, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi. **Hud:** Utslæt, hyperhidrose. **Immunsystemet:** Hypersensitivitetsreaksjoner. **Øye:** Ukjent syn, følelse beskrevet som øyemerte. **Øvrige:** Byrtemerter. **Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):** Hjerte/kar: Myokardinfarkt. **Hud:** Urticaria, Stevens-Johnsons syndrom, eksfoliativ dermatitt. **Kjønnsorganer/bryst:** Forlenget ereksjon, priapisme. **Luftrør:** Neseblødning. **Neurologiske:** Synkope, slag (inkl. hemorragiske hendelser) og transitoriske iskemiske anfall (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Det er rapportert en lett forhøyet insidens av EKG-forandringer, primært sinusbradykardi, hos pasienter behandlet med daglig tadalafil dosering. De fleste av EKG-forandringene er ikke forbundet med bivirkninger.

**Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Enkelt-doser <100 mg er gitt til friske, og multiple daglige doser <100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafileliminering. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B E08.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Middel mot erektil dysfunksjon. **Virkningsmekanisme:** Selektiv, reversibel hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5). Når seksuell stimulering forårsaker lokal frigjøring av nitrogensyd, vil tadalafils hemming av PDE5 forårsake forhøyede nivåer av cGMP i corpus cavernosum. Dette resulterer i relaxering i relaxering av glatt muskulatur og blodtilførsling til penis, som igjen frembringer ereksjon. Bedring av erektil funksjon og evnen til å ha et vellykket samleie er vist <36 timer etter dosering, og evnen til å oppnå og beholde ereksjonen for å gjennomføre samleie er vist 16 minutter etter dosering. Det er ikke observert nedsatt øve til farge-diskriminering (blå/grønn). Denne observasjonen er overensstemmende med tadalafils lave affinitet til PDE5 sammenlignet med PDE5. Ingen klinisk relevant nedgang i spermatocty-antall og konsentrasjon. Det er ikke påvist endringer på motilitet, morfologi og follikelstimulerende hormon. **Absorpsjon:** Raskt. Gjennomsnittlig C<sub>max</sub> nås etter en median tid på 2 timer. Absorpsjonen påvirkes ikke av matinntak. **Proteinbinding:** Ved terapeutiske konsentrasjoner er 94% bundet til proteiner. Påvirkes ikke av nedsatt nyrefunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig distribusjonsvolum er 63 liter, som tilsier at tadalafil fordeles i vev. <0,0005% av administrert dose fremkommer i sæden hos friske forsøkspersoner. **Halveringstid:** Ca. 17,5 time. Lineær farmakokinetikk mhp. tid og dose. Over et doseringsområde på 2,5-20 mg øker eksponeringen (AUC) proporsjonalt med den steady state-plasmakonsentrasjonen nås innen 5 døgn med dosering 1 gang daglig. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 3A4. Hovedmetabolitten er metylatetologkuronid, som ikke forventes å være klinisk aktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance for tadalafil er 2,5 liter/time. Utskilles hovedsakelig som inaktive metabolitter, først og fremst i feces (61%) og mindre grad i urin (36%). **Nyresvikt:** Ved mild (Cl<sub>cr</sub> 51-90 ml/minutt), moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl<sub>cr</sub> 31-50 ml/minutt) og hos pasienter med terminal nyresvikt og pågående dialyse, er tadalafileksponeringen omtrent doblet etter administrering av 1 enkelt-dose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C<sub>max</sub> 41% høyere enn hos friske.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet. **Pakninger og priser:** 2,5 mg: 28 stk. (bliste) kr 682,60. 5 mg: 28 stk. (bliste) kr 682,60. 10 mg: 4 stk. (bliste) kr 370,00. 20 mg: 4 stk. (bliste) kr 370,00. 8 stk. (bliste) kr 704,90. 12 stk. (bliste) kr 1039,90. **Sist endret:** 21.03.2011 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

**Referanser:** 1. Rajfer et al; J Int Impol. Res 19:95, 103. 2007. 2. Forst et al; Eur Urol, 50: 351–359. 2006. 3. www.felleskatalogen.no. **Eli Lilly Norge A.S.,** Grenseveien 99, P.O. Box 6090 Etterstad, 0601 Oslo • 22 88 18 00 • www.lilly.no/www.cialis.no



# Ett felles nødnummer?

Justisdepartementet ønsker ett felles nødnummer for brann, politi og helsevesen, ikke tre nummer som i dag. Det er stor skepsis i helsetjenesten om dette er lurt.

Tekst Bjørn Arild Østby

**H**elt siden 1987 har det vært snakk om å samordne nødtelefonene til brannvesen, politi og helsetjeneste til ett nødnummer, slik man blant annet har gjort i USA og i flere EU-land.

Et kvart hundre år seinere raser debatten fortsatt. Frontene synes ikke å ha nærmet seg hverandre. Mens Justis- og beredskapsdepartementet mener ett nødnummer og felles nødsentraler vil gjøre det enklere for befolkningen å melde om og å få bistand i nødssituasjoner, advarer Helse-Norge mot at liv og helse kan bli satt i fare.

## Bedre koordinering

Det felles nødnummeret vil være 112, slik det er i Europa for øvrig. De nåværende nødnumrene, 110 til brannvesenet og 113 til helsetjenesten vil fortsatt kunne benyttes, men den som ringer vil komme til en felles nødsentral.

Hensikten med sammenslåingen er å gjøre koordineringen mellom de tre nødetatene bedre, ved at alle meldinger om behov for hjelp i nødssituasjoner blir mottatt ved en felles nødsentral. Felles nødsentraler for brann, politi og helse vil ifølge departementet ha langt større kapasitet enn dagens etatsvise sentraler, både til å besvare nødansrop fra publikum og til å iverksette koordinert innsats når det er behov for bistand fra mer enn en nødetat.

## Vil beholde 113


I dag kan publikum ringe medisinsk nødnummer 113 når det virkelig haster. Uten viderekoplinger og forsinkelser svarer spesialtrent helsepersonell ved landets 19 AMK-sentraler (akuttmedisinske kommunikasjonsentraler) lokalisert ved nærmeste akuttstasjon. Helsepersonell svarer etter fastlagte rutiner og iverksetter rask akutt hjelp fra et velorganisert akuttmedisinsk system.

AMK-operatørene gir medisinske akutt råd, veileder i gjenoppliving, styrer ambulanseressurser på bakken, til sjøs og i lufta, samt varsler sykehusenes team og behandlingsressurser.

En samstemt helsetjeneste frykter at denne vellykkede norske akuttmedisinske modellen skal svekkes hvis Justis- og beredskapsdepartementets forslag om innføring av felles nødnummer (112) og felles operasjonsentraler gjennomføres.

## Pilotprosjekt

Regjeringen har besluttet å gjennomføre et pilotprosjekt i Drammen, hvor man allerede har samlokalisert nødsentralene for brannvesen, politi og helsetjeneste. Når evalueringen foreligger, vil regjeringen fremme en egen sak om felles nødnummer felles nødsentraler for Stortinget. Prosjektet med en felles nødmeldesentral med ett nummer er ikke en del av den mye omtalte milliardsatsingen på et nytt nødnett, men et separat prosjekt. ■■■

- 
- › Det blir enklere for publikum å melde om og få bistand i akutte nødssituasjoner.
  - › Det blir lettere å koordinere innsatsen hvor det er behov for hjelp fra flere etater med ett nummer og en nødsentral.
  - › Man vil kunne spare store summer i driftsutgifter med felles nødsentraler.
  - › Det vil effektivisere tjenesten og hindre feilmeldinger.

- 
- › Det er stor fordel for publikum å kunne ringe direkte til fagpersoner som straks kan gi råd og sende ambulanse ved behov.
  - › Nødanrop til helsetjenesten vil drukne i andre henvendelser.
  - › Den som håndterer henvendelsen forstår ikke hva nødssituasjonen dreier seg om.
  - › I mange akuttmedisinske situasjoner er det samlet tidsbruk som avgjør overlevelse og sluttresultat.

# forebygging.no

Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid



**INTENSIVSTATUS?** Barnesykepleierforbundet mener at nyfødt- og barneintensiv bør ha samme status som voksenintensiv for å sikre god nok bemanning og riktig kompetanse. Illustrasjonsfoto: Colourbox

# Barn ma

Flere nyfødt- og barneintensivavdelinger mangler intensivstatus. De er derfor dårligere bemannet enn intensivavdelinger for voksne.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

**O**slo universitetssykehus (OUS) er et av sykehusene hvor nyfødt intensiv ikke har intensivstatus. Bemanningssituasjonen her har i flere år bekymret ansatte og tillitsvalgte. I juni sendte derfor foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken en bekymringsmelding til direktør Bjørn Erikstein.

– Bemanningen har vært lav, vikarbruken høy, og det har vært systematisk bruk av lange vakter og ulovlig overtid. Da ledelsen bestemte at avdelingen skulle nedbemannes med 21 årsverk, har det forverret situasjonen betydelig, sier Merete Norheim Morken.

### Intensivstatus

Manglende intensivstatus ved nyfødt- og intensiv gjelder flere sykehus. Det bekrefter Merethe Norli, leder av Barnesykepleierforbundet NSF.

– De er lavere bemannet enn intensivavdelinger med intensivstatus, sier hun.

Barnesykepleierforbundet mener at nyfødt- og

## «NSF vil følge nøye med.»

*Merete N. Morken, foretakstillitsvalgt, Oslo universitetssykehus*

barneintensiv bør ha samme status som voksenintensiv for å sikre god nok bemanning og riktig kompetanse.

Men Barnesykepleierforbundet NSF har ikke oversikt over hvilke sykehus som har offisiell intensivstatus på nyfødt- og barneintensiv.

– Hvordan hvert enkelt sykehus har organisert dette, vet jeg dessverre ikke. De kan for eksempel kun ha en seng med intensivstatus (barneintensiv), eller et intensivrom i avdelingen. Sistnevnte gjelder gjerne nyfødt, sier Norli.

### Vet ikke grunnen

Hvorfor nyfødt- og barneintensiv ikke har intensivstatus, er vanskelig å forstå ved første øyekast.

Fylkeslege i Oslo og Akershus, Petter Schou,

# ngler intensivstatus

tror en av grunnene er at hva som kalles intensivavdelinger varierer veldig fra sykehus til sykehus.

– Mange steder kan en barneintensiv dreie seg utelukkende om kuvøsebarn. En voksenintensiv har som regel mye større variasjon i sykdomsbildet til pasientene, sier han.

Merete Norheim Morken vet heller ikke grunnen til at nyfødt- og barneintensiv ikke alltid har intensivstatus.

– Jeg har aldri sett eller hørt dette faglig begrunnet noe sted. Her handler det nok mest om historie og kultur som man aldri har gjort noe med, sier hun.

– Uansett er det jo slik at ethvert sykehus er ansvarlig for å sikre en forsvarlig kompetanse og bemannings sammensetning, og dette er jo noe Ullevål selv bør ta tak i. Jeg kan ikke se noen grunn til at alvorlig syke nyfødte og barn ikke får den samme sykepleiefaglige oppfølgingen som alvorlig syke voksne.



**BEKYMRET FOR BARN:** Merete Norheim Morken, foretakstillitsvalgt ved Oslo universitetssykehus HF. Arkivfoto: Marit Fonn

Helsedirektoratet har ikke laget retningslinjer eller kriterier for hva en intensivavdeling er, verken for voksen, barn eller nyfødt. Direktoratet henviser til de regionale helseforetakene i dette spørsmålet.

## Hvordan er det ved ditt sykehus?

Vet du noe om hvordan denne praksisen er ved ditt eller andre sykehus, send oss gjerne en e-post på [firmapost@sykepleien.no](mailto:firmapost@sykepleien.no)

## Følger med

Etter at Merete Norheim Morken sendte bekymringsmeldingen har hun vært i flere møter med direktør Bjørn Erikstein og klinikkleder. Hun er blitt lovet en oppbemanning på nyfødt intensiv på Ullevål.

– Dette arbeidet er allerede i gang. Så gjenstår det å se om dette er nok til å dekke avdelingens bemanningsbehov. Vi i NSF kommer til å følge nøye med, sier hun. ■■■

## Ubehagelig lukt? Utfloed?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på [www.vitaflo.no](http://www.vitaflo.no)



kun 1 kapsel/døgn

Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk, [www.vitaflo.no](http://www.vitaflo.no)

  
**VITAFLO**  
Part of the Navamedic Group

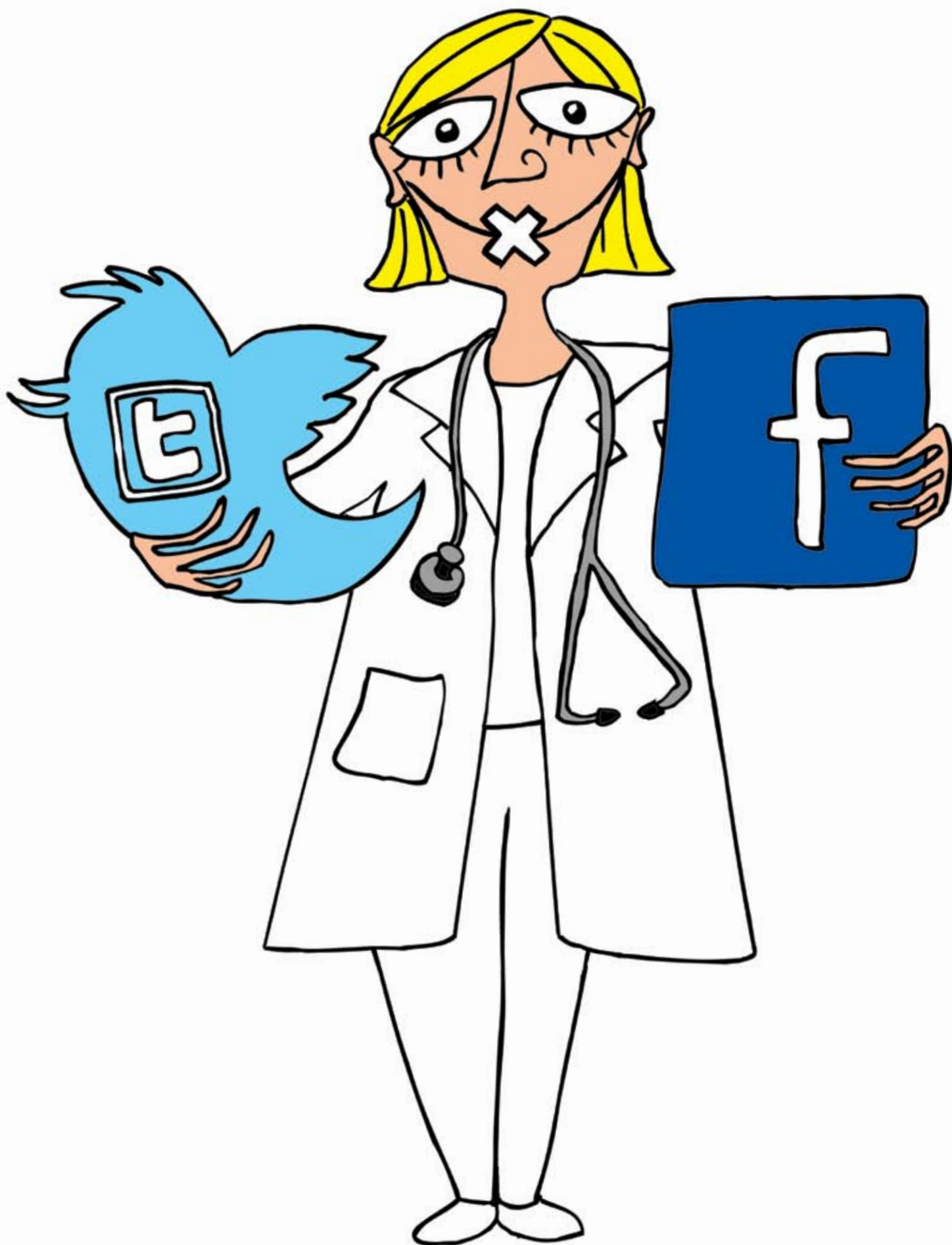


## Tema Helsepersonell og sosiale medier

24 – En twitterkonsultasjon har sine begrensninger ›

26 – Jeg så en hensikt, derfor gjorde jeg det ›

30 La ut bilder av hjemmeøvelse ›



Lege Wasim Zahid **twitrer** med pasienter. Sykepleier Ingeborg Senneset **blogget** om sykdommen sin. Sykepleierstudent Janne Sunde la ut et bilde på **Facebook**, og måtte forklare seg.



Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Illustrasjon **Marie Rundereim**

# Hva er lov på sosiale medier?

## Ordbok

### Hva er sosiale medier?

Sosiale medier er et samlebegrep for en rekke kommunikasjonsplattformer der fellesnevneren er at de ikke er avsenderstyrt, slik som tradisjonelle medier. Det er brukerne selv som skaper innholdet.



### Hva er Twitter?

Mikrobloggtjeneste hvor man utveksler budskap med maksimalt 140 tegn



### Hva er Facebook?

Det mest brukte digitale sosiale nettverket i Norge brukes hovedsakelig av privatpersoner, men også bedrifter og andre

virksomheter har tatt i bruk Facebook for å kommunisere med målgruppene sine.



### Hva er en blogg?

Ordet blogg er sammensatt av web og logg, og innebærer nettopp det: En logg man ajourfører på nettet. Det er mange typer

blogger – den vanligste er personlig blogg, hvor en eller noen få personer skriver innlegg – anonymt eller under fullt navn, mens leserne har anledning til å legge inn kommentarer. Hvem som helst kan opprette egen blogg, og bloggforfatterne er sine egne redaktører.

# «En twitterkonsultasjon har sine begrensninger

30 000 twittermeldinger, tre år og utallige faglige diskusjoner har det tatt for Wasim Zahid å kunne fastslå: Sosiale medier, og særlig Twitter, er en genial plattform for helsepersonell med noe på hjertet.



Følg Wazim Zahid på  
Twitter: @wasimzahid

**L**ege og forsker Wasim Zahid har bygget seg opp en følgerskare på 7000 på Twitter, og følger selv vel 3000 tilbake.

– Jeg har hatt en aktiv strategi. For å bli hørt, må man ha noe å si, og man må interagere med andre.

Zahid formidler blant annet mye nye forskning om kosthold og fysisk aktivitet som han har tilgang til via jobben på Rikshospitalet.

– Folk er opptatt av diett og trening, så dette er enkelt å formidle, og en fin måte å gjøre forskning og vitenskap tilgjengelig på, sier han.

## Startet p-pille-debatt

Wasim Zahid legger også ut etiske problemstillinger som han lurer på hvordan både kolleger og folk ellers tenker rundt.

– Av og til sitter vi i helsevesenet med en oppfatning av en sak, men folk der ute mener noe helt annet. Twitter kan være en måte å trekke flere inn i vanskelige diskusjoner. Han viser til debatten rundt p-piller til 12-åringer:

– Den debatten startet med at jeg en søndag kveld satt på jobb og kjedet meg litt. For å få i gang debatt, la jeg ut spørsmålet om det er riktig at 12 år gamle jenter får p-piller uten at foreldrene er informert. Selv visste jeg hva lovverket sa, og hadde gjort meg opp en mening, men ville vite hva andre tenkte om dette.

Reaksjonen lot ikke vente på seg. Debatten kokte på Twitter, og dagen etter var spørsmålet hovedoppslaget i VG, og alle de store mediene kastet seg på. Til slutt måtte også helseministeren på banen.

– Det var moro, og det viser at alle har en mulighet til å si noe og bli hørt på sosiale medier. Vi er en skrivende generasjon – aldri har det blitt skrevet så mye: på e-post, sms, på Facebook.

## Vil høre mer fra sykepleierne

– Ser du forskjell på hvordan sykepleiere og leger bruker Twitter?

– Leger er nok mer aktive i overordnede debatter som angår



Scan denne koden med en smart-phone, og se videointervju med Wasim Zahid på sykepleien.no.

arbeidsvilkårene, som for eksempel fastlegeforskriften og sykehus-sammenslåingen. Jeg ser ikke så mange sykepleiere som deltar på samme måte i samfunnsdebatten. Det kan være at det er en spesiell type leger som trekker mot deltakelse i den offentlige debatten, og det kan også være at leger er mer opptatt av helsedebatt fordi det griper mer direkte inn i deres arbeidshverdag når økonomiske og administrative pålegg overstyrer deres domene.

Han mener at sykepleiere absolutt bør innta arenaen, og mener det er interessant for ham som lege å vite hvordan sykepleiere ser på og nærmer seg problemstillinger i den kliniske hverdagen.

– Men det er sykepleiere på Twitter, og noen har jeg faglige diskusjoner med, så de finnes, sier han.

## Dr. Twitter

Wasim Zahids posisjon som dr. Twitter har ført til at han daglig får henvendelser fra allmennheten. Spørsmålene går på alt fra infiserte sår til treningstips for å holde hjertet i form.





**KONSULTASJON:** Wasim Zahid er lege og forsker på Rikshospitalet og bruker litt tid på Twitter-pasientene hver dag. Foto: Ann-Kristin Bloch Helmers.

– Er det ok å ta lege-pasient-forholdet ut i det offentlige rom?

– Jeg er bevisst på at jeg ikke snakker i et lukket rom. Men alle som spør meg, får svar. Siden en Twitter-konsultasjon har sine helt klare begrensninger, blir rådene ofte generelle. Jeg slår aldri fast at noe er ufarlig, og oppfordrer ofte til å kontakte lege.

Dersom han er i tvil, tar han det på direktemeldinger, det vil si en privat melding som sendes direkte til avsenderen.

– Bruker du mye av arbeidstiden på Twitter?

– Nå er det strengt tatt ikke en del av arbeidsinstruksen min å være på Twitter, men jeg har ikke dårlig samvittighet for at jeg bruker for mye tid på det i arbeidstiden. Dersom jeg bruker en halvtime på å besvare spørsmål eller diskutere i arbeidstiden, tar jeg alltid igjen den halvtimen hjemme. Oslo universitetssykehus oppfordrer også ansatte til å bruke sosiale medier – innenfor de retningslinjene som er satt, sier han.

Zahid har tro på at hans følgere er oppegående mennesker som vet at de snakker i et offentlig rom når de henvender seg til ham.

– **Må ha manerer**

– Kunne du brukt Twitter til å klage på noe du var misfornøyd med på arbeidsplassen?

– I prinsippet ja, dersom jeg først hadde varslet fra på riktig måte internt. Jeg ser ikke den store forskjellen på om meningsyttringen

«Det er sykepleiere på Twitter, og noen har jeg faglige diskusjoner med, så de finnes. *Wasim Zahid*

deretter kommer via for eksempel en kronikk, eller på Twitter. Men selvsagt, også når man sier fra om noe, må man ha manerer, sier han.

– Når man sitter ved en pc, føler man seg ofte ikke så offentlig som man i virkeligheten er, sier Wasim Zahid. ■■■



## «Jeg så en hensikt, derfor gjorde jeg det

1 av 3 spurte sykepleiere mener det er greit å presentere seg som sykepleier på Facebook-profilen. Sykepleier Ingeborg Senneset brukte blogg til å skrive seg ut av sykdom.



Følg Ingeborg Senneset på Twitter: @ingeborgborg

en spørreundersøkelse Sykepleien har gjort blant nærmere 300 sykepleiere, viser det seg at så å si alle er på Facebook, og dermed har erfaring med bruk av i alle fall ett sosialt medium. Hvor går så grensene for hva man kan si og ikke si? Er man noensinne privat i den nye offentligheten, hvor det meste kan søkes fram, nøstes opp og spores?

Undersøkelsen viser at sykepleiere som har svart har ulike holdninger. 81 prosent mener for eksempel at pasienter og helsepersonell ikke skal kunne være venner på Facebook. 11 prosent er uenige, og mener at det kan man.

Når det gjelder åpenhet om yrket og hva man gjør i jobbhverdagen, svarer over halvparten at de presenterer seg som privatperson på sosiale medier. Kun fire prosent presenterer seg som sykepleier, og 35 prosent presenterer seg både som sykepleier og privatperson.

### Frisk av blogg?

Juni 2009: «Fra student til sykepleier til pasient på seks dager. Gikk ut med A på bachelor men F i livslyst. Suicidforsøk overlevd. Spydde for siste gang i mitt liv.»

Ordene over var skrevet av Ingeborg Senneset på hennes egen blogg. Som nyutdannet sykepleier var hun nettopp blitt innlagt på post 4 på Østmarka sykehus i Trondheim.

Tre år og et halv tusen blogginnlegg senere skrives hun ut.

Sykepleiens undersøkelse viser at bare tre prosent av de spurte sykepleierne har egen blogg.

Ingeborg Senneset startet surfer.blogg.no. våren 2009. Da var hun så syk at legene var i tvil om hun ville overleve.

– En teori hadde lenge blomstret i bakhodet. Går det an å benytte

### - Kan eskalere omdømmekriser

- › KS anbefaler at kommunen er bevisst på sosiale mediers påvirkningskraft i forhold til å eskalere omdømmekriser, og at en aktivt inkluderer sosiale medier også ved håndtering av omdømmekriser, skriver ks.no.
- › Kommunalt ansatte har som privatpersoner i utgangspunktet samme ytringsfrihet som resten av befolkningen – om så vel personlige som politiske og faglige temaer, jf Grunnloven § 100. Den lovpålagte taushetsplikten begrenser hva som kan skrives.
- › Kommunen som arbeidsgiver kan ikke forby sine ansatte i å delta i sosiale medier som privatpersoner, eller bestemme hvem de kan ha som venner på for eksempel Facebook.

seg av en blogg som et aktivt og interaktivt hjelpemiddel i en tilfriskningsprosess? Ved ikke bare å fortelle ting som de er, men ved derimot å fokusere minst like mye på hvordan de skal bli, er det mulig å medforfatte sin egen livshistorie slik at den tar en helt ny vending?

Hun erfarte at selvutviklingsprosjektet var mulig. På bloggen har hun gjennom tre år tatt opp temaer rundt sykehushverdag, pasientrollen, trening og egen utvikling. Hver gang hun har trykket på publisert-knappen har det knytt seg i magen.

– Hvert ord kostet. Gevinsten kom i form av det å oppnå mål som jeg hadde satt skriftlig og offentlig, samt tilbakemeldingene fra fagfolk, pårørende og pasienter og andre interesserte som fikk utbytte av å lese.

I sommer ble hun skrevet ut fra Østmarka. Da fikk hun 884 som viste tommel opp på Facebook og lykkeønskninger både på Twitter og bloggen. Det var mange som hadde fulgt henne.

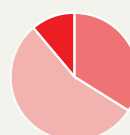


Følg Sykepleien på Twitter: @sykepleien1

### DETTE SVARER SYKEPLEIERNE:

Vel 300 har svart på Sykepleiens nettbaserte spørreundersøkelse om sosiale medier. 90 prosent av respondentene oppgir at de er sykepleiere.

### Bruker du sosiale medier når du er på jobb?



- Vi har forbud i arbeidstiden: 11%
- Ja: 34%
- Nei: 55%



**500 BLOGGINNLEGG:** Ingeborg Senneset er utdannet sykepleier. Da hun var under behandling for blant annet spiseforstyrrelser, startet hun sin egen blogg. Foto: Jørn Grønland.

### Strakk grensene

Hvor åpen skal kan være på sosiale medier? Av sykepleierne i undersøkelsen, forteller 12 prosent at de har opplevd dilemmaer rundt taushetsplikt – litt flere, 16 prosent, oppgir å ha opplevd dilemmaer i forhold til ytringsfriheten.

Ingeborg Senneset valgte å være åpen om både pasientstatusen og sykepleierutdannelsen.

– Har du noen gang angret på at du har vært såpass åpen?

– Hver dag, hvert innlegg, hver publisering har hatt et element av anger. Det behagelige Facebook-fjeset utad er ofte savnet. Som selvutnevnt allergiker mot sympati står det å være åpen om sykdom i konflikt med ønsket om at alle skal tro at alt er bra, forteller hun.

– Hvor går grensene for hvem og hva du kan skrive om?

– Når det gjelder hvem, foretrekker jeg å starte ved øverste etiske hylle, ved taushetsplikt. Under bloggeperioden var jeg stort sett innlagt, men ferdig utdannet sykepleier. Jeg kjente derfor til retningslinjene for taushetsplikt. Samtidig strakk jeg grensene langt lenger

enn jeg ville gjort dersom jeg var på jobb. Som pasient var min rolle likeverdig andre pasienter, og med deres tillatelse ble de blogget med eller uten bilde, og noen ble anonymisert. Mange av de bloggede pasientene fant glede i å lese eller delta i kommentarfeltet under deres respektive innlegg, sier hun.

Hun har blogget om bekjente, venner og familie, med tillatelse.

– Brorparten av mitt private nettverks anliggender har jeg holdt utenom offentlighet, sier hun.

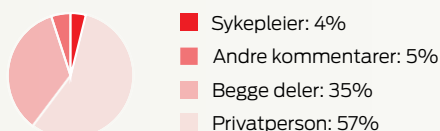
### Triggerblogging og bakblogging

– Når det gjelder hva jeg kan blogge om, så opplevde jeg at sykdom var mindre personlig enn for eksempel en forelskelse. Sykdom var arbeidsområdet mitt, mens en forelskelse er en del av meg på et helt annet nivå. Derfor har jeg vært langt mer restriktiv på slike områder, sier hun.

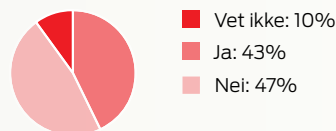
Andre grenser hun satte for bloggingen, var at hun ønsket å unngå triggerblogging, bakblogging og ukonstruktiv negativ blogging.



### Presenterer du deg som sykepleier eller som privatperson på sosiale medier?



### Har din arbeidsplass tatt opp hvordan ansatte skal forholde seg til sosiale medier?



– Det er mye som kun hører hjemme i private dagbøker eller i samtaler med profesjonelle, sier hun.

Triggerblogging betyr at bloggeren tar opp tema som eller viser bilder som er triggende for de problemene leserne har. Senneset understreker at man i praksis aldri kan vite hva som eventuelt trigger en leser, og at det i stor grad er mottakerstyrt. For egen del har hun unngått å legge ut for eksempel oppskrifter på slankekurer og bilder av selvsykading.

Bakblogging betyr at man i hemmelighet blogger om problemer man har med helsepersonell, behandlingssteder eller medpasienter, uten å ta det åpent opp.

– Bakblogging er et problem, mener Senneset. – Hvordan skal helsepersonell få vite om og gjøre noe med problemene dersom de kun blir diskutert i lukkede Facebook-grupper eller på hemmelige blogger?

### Pasient-kompetanse

– Som sykepleier vil bakgrunnen din lett bli kjent for pasienter. Hva tenker du om det?

– Uansett yrke eller stilling kommer jeg til å være klar på min rolle og min kompetanse. Min bakgrunn er en del av min kompetanse.

Senneset har per i dag ikke planer om å jobbe som sykepleier, men håper på å jobbe med noe hvor hun kan bruke sykepleierutdanningen og pasienterfaringen.

Nå er hun skrevet ut fra Østmarka, og bloggprosjektet er gjennomført. Hun opplever at hun har fått vist det hun ønsket: At man gjennom hardt arbeid på egen hånd kan supplere behandlingen man får i helsevesenet og bli raskere frisk.

– Jeg ville vise at det å forske i seg selv og sette seg klare behandlingsrelaterte mål kunne bidra i en tilfriskningsprosess.

### – Sykepleiere: Ta steget

I dag bruker Ingeborg Senneset sosiale medier til kommunikasjon og kunnskap.

– I sosiale medier krysses avstander i geografi, alder, livssituasjon, meningsgrunnlag, ideologier, you name it. Stemmestrømmen er en drivkraft for å sette spørsmålstegn ved egne ståsted, sier hun.

Hun har blant annet nylig blogget i Tidsskrift for legeforeningens nettserie om helsepersonell og pasienters bruk av sosiale medier.

– I det norske «kommentariatet» er det langt flere profilerte leger enn sykepleiere som uttaler seg og kjemper for faget sitt, selv om det totalt sett finnes mange flere sykepleiere enn leger. Det er et paradoks, mener hun.

De fleste sykepleierne som svarte på Sykepleiens undersøkelse sier at de aldri deler noe jobbelatert på sosiale medier. Kun en prosent sier de deler mye, og 11 prosent sier de deler lite fra jobbverdagen i forhold til andre.

Ingeborg Senneset oppfordrer flere sykepleiere til å ta steget fra bilder av barna og middagen på Facebook til diskusjonsarenaer som for eksempel Twitter.

– Sykepleierne må komme på banen og gjøre et forsøk. Taushetsplikten begrenser ikke alt, det er fullt mulig å dele både anekdoter og fagstoff med offentligheten. Det er lov til å formidle en spøk om den rompevasken man tok i går, for eksempel.

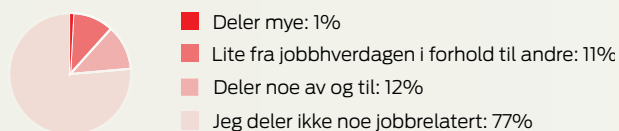
Juni 2012: To år, femti kilo, sju måneder, et tankesett, to uker, et følelsesspekter og noen timer frem i tid:



...og det er på tide å løsne røttene og gå videre

**UTSKREVET:** I juni i år ble Ingeborg Senneset skrevet ut fra post 4 på Østmarka. Lykkeønskingene strømmet på fra både blogg, Twitter og Facebook.

### I forhold til dine venner eller følgere på sosiale medier deler du:



### Synes du pasienter og helsepersonell skal kunne være venner på Facebook?



Hun mener sykepleieren ved å bruke sosiale medier kan flytte samtalen på pauserommet til konstruktive debatter i offentligheten.

#### – Blogging er flott for sykepleiere

– Det kan være til nytte for dem som lager budsjettene, politikere, pårørende eller pasienter og andre interesserte. Tilfeldige forbipasserende på nettet kan være akkurat rett menneske til å svare på problemstillingen som opptok sykepleieren akkurat den dagen. Atter andre kan stille spørsmålene som gir sykepleieren anledning til å reflektere over egne handlinger.

Hun mener en sykepleier gjennom en blogg kan rydde i egne tanker omkring arbeidsdag- og plass. Hva engasjerer? Hva burde engasjere? Hva bør endres, hva er bra?

– Så lenge taushetsplikt og gjerne Vær Varsom-plakaten, og spesielt vanlig folkeskikk nyttes, er en blogg et flott verktøy for en mer eller mindre formell personlig tenketank, sier hun.

#### Taushetsplikt eller ytringsfrihet?

Forholdet mellom taushetsplikt og ytringsfrihet hos helsepersonell er noe som opptar henne:

– Det er så mye pliktfølelse blant sykepleiere. Det er mange som gjemmer seg bak at de må være en slags vaskeklut. Jeg mener at du alltid skal gå riktig tjenestevei når du sier fra om noe på arbeidsplassen. Det må du for å ha ryggen fri. Men om du har gjort det, er det ikke illojalt å si fra utenfor arbeidsplassen, sier hun.

Hun tror det er god samfunnsøkonomi i det å kunne si fra – og bli hørt.

## «Taushetsplikten begrenser ikke alt.

Ingeborg Senneset

– Jeg tror ikke vi har for få hender, vi har altfor mange slitne hender. Det å få et bedre arbeidsmiljø vil gi bedre helseøkonomi på sikt – og jeg tror at sykepleieres tydelige tilstedeværelse i sosiale medier kan være et helt essensielt virkemiddel for å komme dit, understreker Senneset.

– Det var det samme med bloggen min, jeg syntes det var kjempevanskelig. Ironisk nok liker jeg ikke å snakke om min egen person. Men den gang så jeg en hensikt, derfor gjorde det, sier hun.

– Informasjon, kunnskap og debatt er en dugnad. Ta med respekt, så kan alle bidra med sitt, fra sitt ståsted, sier Ingeborg Senneset. ■■■

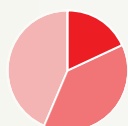


## Veileder i sosiale medier

Helsedirektoratet kom nylig med en veileder for helsepersonell på sosiale medier. I forholdet til pasienter og brukere, setter veilederen opp følgende punkter:

- ✓ Ikke publiser helse- og personopplysninger.
- ✓ Pass på at pasienter og pårørende ikke kommer med på bilder, og derved kan bli identifisert, dersom du legger ut bilder fra arbeidsplassen.
- ✓ Vær varsom med å fortelle eller videreformidle pasient-/brukerhistorier. Selv i en anonymisert form kan individuelle særtrekk gjøre at personer identifiseres eller gjenkjennes - da brytes taushetsplikten.
- ✓ Ved videreformidling av personopplysninger må samtykke innhentes.
- ✓ Vær varsom med forbindelser med pasienter, brukere eller deres pårørende fra din personlige side i sosiale medier. Helsedirektoratet foreslår at man skriver følgende når man skal avslå en kontaktforespørsel: «Takk for henvendelsen om å bli satt i forbindelse her på <sosialt medium>! Dessverre må jeg avslå tilbudet ditt. Det kan noen ganger være vanskelig å gjøre gode, faglige vurderinger og gi behandling til noen en også har et personlig forhold til. De ansatte i <virksomheten> frarådes generelt å ha nåværende eller tidligere pasienter/brukere som forbindelser på <sosialt medium>. Jeg håper du har forståelse for dette. Med vennlig hilsen <NN>».
- ✓ Utvis varsomhet i de tilfellene tidligere eller nåværende pasienter eller brukere er i samme nettverk som deg.
- ✓ Ikke publiser bilde eller video av en pasient, bruker eller pårørende på internett uten samtykke.

#### Synes du at helsepersonell skal kunne ha arbeidsuniform på profilbildet?



- Ingen mening: 18%
- Ja: 38%
- Nei: 43%

#### Gjennom sosiale medier, har du opplevd å komme i dilemmaer i forhold til:

- Studiested: 2%
- Pårørende: 11%
- Taushetsplikten: 12%
- Arbeidsgiver: 14%
- Pasienter: 15%
- Ytringsfrihet: 16%
- Kolleger: 36%



**FIKK TRØBBEL:** Som sykepleierstudent la Janne Sunde ut bilder på Facebook av at hun og to studieveinner øvde på å sette perifert venekateter hjemme. Det fikk skoleledelsen til å reagere. Nå oppfordrer Sunde andre studenter til å tenke seg nøye om før de legger ut bilder fra øvelser eller praksis. Foto: Privat.

# «La ut bilder av hjemmeøvelse

Sykepleierstudent Janne Sunde fikk en dyrkjøpt erfaring med sosiale medier.

Som sisteårs sykepleierstudent ved Høgskolen i Stord/Haugesund (HSH) la Janne Sunde i oktober i fjor ut bilder som førte til at hun ble innkalt til en skikketshetsvurdering.

Bakgrunnen var at hun og to studieveinner øvde på å legge inn perifert venekateter (PVK). Dette gjorde de hjemme hos den ene studenten. Foreldrene hans bodde i nærheten, og er kirurg og sykepleier. Ifølge Sunde hadde foreldrene sagt de kunne være behjelpelige dersom de trengte hjelp. Utstyret kjøpte de på apoteket, ut fra prosedyrene i PPS (Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten).

– Vi øvde fordi vi snart skulle ut i sykehuspraksis, sier hun.

– I etterkant la jeg ut bilder fra øvingen på Facebook, for å vise at vi øvde for å bli flinke. Jeg tenkte også at jeg ville vise at sykepleierstudenter driver med avanserte prosedyrer, og at det vi driver med er mer enn bleieskift.

## Medstudenter reagerte

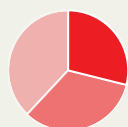
To medstudenter reagerte på Facebook-bildene til Sunde, og lurte på om det var lov til å gjøre slike prosedyrer hjemme. De tipset studielederen, som i november innkalte Janne Sunde til et møte. Hun forteller at hun da blant annet ble beskyldt for brudd på Helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet, og at det kom til å bli sendt en skikketshetsvurdering på henne.

Ifølge Sunde fikk hun også beskjed om at hun hadde et ekstra ansvar for å opptre korrekt, siden hun har forskjellige verv i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Ifølge skolens regler skal studentene kun øve på prosedyrene som var vist på Facebook-bildene inne på studielaben, med lærere som veiledere.

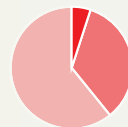
– Jeg mener at vi ikke hadde fått beskjed om at vi ikke fikk lov til

## Bruker du sosiale medier til faglig oppdatering/debatt?

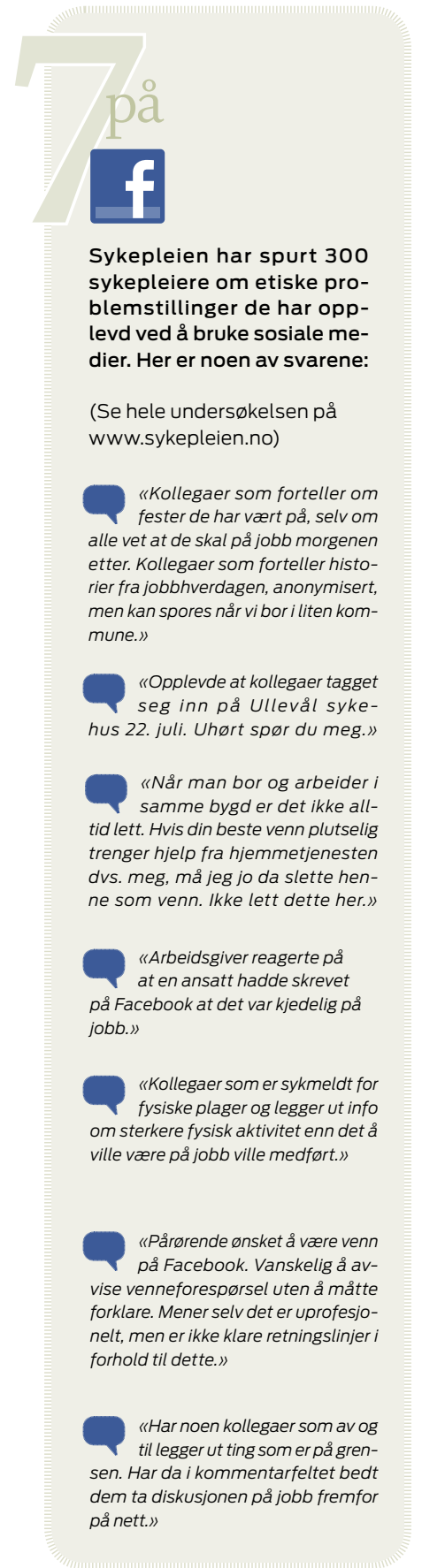


■ Nei: 29%  
■ Av og til: 33%  
■ Ja: 38%

## Har arbeidsgiver noe med hva du gjør på Facebook eller andre sosiale medier som privatperson?



■ Ingen mening: 5%  
■ Ja: 34%  
■ Nei: 60%



## Sykepleien har spurt 300 sykepleiere om etiske problemstillinger de har opplevd ved å bruke sosiale medier. Her er noen av svarene:

(Se hele undersøkelsen på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no))

«Kollegaer som forteller om fester de har vært på, selv om alle vet at de skal på jobb morgenen etter. Kollegaer som forteller historier fra jobbhverdagen, anonymisert, men kan spores når vi bor i liten kommune.»

«Opplevde at kollegaer tagget seg inn på Ullevål sykehus 22. juli. Uhørt spør du meg.»

«Når man bor og arbeider i samme bygd er det ikke alltid lett. Hvis din beste venn plutselig trenger hjelp fra hjemmetjenesten dvs. meg, må jeg jo da slette henne som venn. Ikke lett dette her.»

«Arbeidsgiver reagerte på at en ansatt hadde skrevet på Facebook at det var kjedelig på jobb.»

«Kollegaer som er sykmeldt for fysiske plager og legger ut info om sterkere fysisk aktivitet enn det å ville være på jobb ville medført.»

«Pårørende ønsket å være venn på Facebook. Vanskelig å avise venneforespørsel uten å måtte forklare. Mener selv det er uprofesjonelt, men er ikke klare retningslinjer i forhold til dette.»

«Har noen kollegaer som av og til legger ut ting som er på grensen. Har da i kommentarfeltet bedt dem ta diskusjonen på jobb fremfor på nett.»

å øve på denne prosedyren hjemme, sier Sunde. Hun mener også at det var gode rammer rundt øvingen.

Hun kontaktet NSF Student sentralt, og oppnevnte studentrådgiver Morten Kristoffersen som sin fullmektig i saken.

I januar, da Sunde skulle skrive bachelor-oppgave, måtte hun samtidig bruke tid på å skrive og svare på brev om denne saken, og innhente dokumentasjon for at hun hadde både prosedyrer og lovverk på sin side.

– Det går selvsagt utover konsentrasjonen å ha en slik sak hengende over seg, sier hun.

### Ingen formell reaksjon

I februar ble Janne Sunde og Morten Kristoffersen kalt inn til samtale med høyskolens institusjonsansvarlig for skikkethet.

– Der ble saken og all dokumentasjon lagt frem, og det endte opp med at jeg ble vurdert til å være en veldig skikket sykepleierstudent, og at det ikke var nødvendig å sende saken videre, forteller Sunde.

Til syvende og sist ble det altså ingen formell reaksjon fra skolens side.

Dekan ved avdeling for helsefag ved Høgskolen i Stord/Haugesund (HSH), Gunn Haraldseid, sier i en kommentar til Sykepleien at HSH ikke har anledning til å gi opplysninger om årsaken til at studieledelsen reagerte såpass kraftig, og viser til taushetsplikten.

### Mye diskutert på skolen

– Hva tenker du om saken nå i ettertid?

– Jeg angret ikke på at jeg øvde for å bli god på å legge inn PVK. Men jeg innser at det ikke var lurt å legge ut bilder av dette på Facebook, sier Sunde.

Hun sier saken har vært mye diskutert på skolen og at det er delte oppfatninger om hva som er rett og galt her. Hun mener det er en generasjonskonflikt i synet på hvordan sosiale medier kan brukes. Men en klar oppfordring har hun til andre studenter:

– I og med at det ikke er noen klare regler på dette området: Tenk over hvordan du bruker sosiale medier til å legge ut bilder fra øvelse generelt, og spesielt når det gjelder bilder fra praksis, sier hun.

### NSF Student: – Klart hode!

Janne Sunde får støtte for dette synet fra Kine Bentzen, leder i NSF Student.

– Hold hodet klart på sosiale medier, er hennes klare oppfordring.

– De nye retningslinjene fra Helsedirektoratet (se side 29) er ryddige og dekkende for sykepleiere som er i jobb. Men den tar ikke opp i seg problemstillinger studenter kan komme opp i, sier hun.

NSF Student kommer derfor til å utarbeide en egen veileder for studenter og bruk av sosiale medier i løpet av året.

## «Hold hodet klart på sosiale medier.

Kine Berntzen, leder NSF Student.

Erfaringsmessig er det nettopp praksisperiodene som er problematiske når det gjelder bruk av sosiale medier, forteller Bentzen.

– Vi får mange henvendelser om hva skolene kan og ikke kan gjøre etter at studenter har lagt ut bilder eller kommentert ting de har opplevd eller sett under praksis. Studenter har selvsagt sin ytringsfrihet. Vi mener de skal ha lov til å fortelle og diskutere sin studenthverdag, så lenge de holder hodet klart og husker taushetsplikten. Det kan imidlertid være greit å tenke at alt som er lov, ikke nødvendigvis er så lurt å legge ut på sosiale medier, sier hun.

– Det er viktig å komme med en veileder – vi får mange henvendelser på dette, og vi ser også at det har vært utslag av maktmisbruk hvor skoleledelsen overkjører enkeltstudenter, nettopp fordi det mangler kjøreregler. For en student kan det være en økonomisk stor byrde å måtte gå i forskjøvet løp, med opp til ett års tapt arbeidsinntekt og ekstra studielån.

De mener at også skolene vil ha nytte av en veileder. Dersom det viser seg at de har handlet feil og påført en student store ekstrautgifter, kan det bli dyrt for skolen om et motkrav skulle komme.

– NSF Student kan ikke lage nye regler, men vi kan gjøre oppmerksom på hva som faktisk er lov og ikke i grenseoppgangene mellom ytringsfrihet og taushetsplikt, sier Bentzen. ■■■

## Sosiale medier mot fall

– Man kunne tro at Facebook bare er for moro og fritid, for å dele bilder og snakke om musikk, men dette er bare en tidlig bruk av mediet, sier Sintef-forsker Babak Farshchian til forskning.no. Sintef IKT og NTNU tester nå om man kan bruke teknologi for sosiale medier til varsling av personer som har falt, i stedet for at alarmen bare går til en offisiell hjelpestasjon.

– Ved å koble varslingen til sosiale medier, vil hjelpen utvides til en form for dug-

nadsarbeid der ikke bare kommune, men barn eller nærmeste nabo deltar. En person som har falt, har ofte både smerter og kan være i sjokktilstand, sier han til forskning.no.

– Om varslingen går til flere, kan hjelpen komme fortere. Det er viktig både for den det gjelder og for familien, sier Farshchian.

Forskere ved Sintef IKT har gitt en gruppe NTNU-studenter i oppdrag å utforme et brukergrensesnitt til sosiale medier, og resultatet skal etter planen prøves ut til våren.



# Øer ute

Les mer om:

**34** Hvem skal bestemme hvor Magne skal bo?

**40** Stenger dørene på Ullevål

**44** Romfolkets helsetilbud

Tekst **Eivor Hofstad**

## BRITENE forsvaret sykepleieryktet

Det britiske sykepleierforbundet RCN har startet en nasjonal reklamekampanje som skal fremme og forsvare ryktet til sykepleierstanden. Et ledd i kampanjen er et nytt nettsted kalt «This is nursing». Meningen er at både medlemmer og den generelle befolkningen, gjennom filmer og artikler, skal lære mer om hva sykepleie er. Medlemmene skal også kunne delta i spørreundersøkelser og dele informasjon og siste sykepleienytt med venner og kolleger.

**THIS IS NURSING**

Sidene er delt inn i sju hovedområder: Holdninger og atferd, utdanning, kvalitet og prinsipper innen sykepleiepraksis, helsefagarbeidere (health care assistants), lederskap, papirarbeid og administrasjon, trygg bemanning inkludert eldreomsorg.

Adressen er <http://thisisnursing.rcn.org.uk>

## WALISERNE filmer fulle pasienter

Waliske myndigheter går nye i veier i bruken av overvåkingskameraer. Planen er å opprette et triage-senter som skal ta av for presset på sykehuset i hovedstaden Cardiff. Her skal de filme alle pasienter som er svært fulle mens de får behandling, og pasientene vil få muligheten til å se seg selv etterpå når de er edru. Prosjektperioden er fra midten av september til slutten av januar, slik at de dekker to av de verste periodene

med alkoholrelaterte skader: studentstartuka, jula og nyttårsaften. Håpet er at synet av seg selv på flatfylla vil sjokkere såpass at mange vil kutte ned på alkoholforbruket. 20 prosent av den voksne waliske populasjonen innrømmer at de drikker seg svært fulle. Definisjonen på såkalt «binge drinking» er mer enn åtte enheter for menn og seks for kvinner i løpet av kort tid.

Kilde: *The Sun*



**GØY:** Men kanskje ikke like gøy å se seg selv på film etterpå. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Illustrasjon: Colourbox

## Store nedskjæringer i QUEENSLAND

Australske helsemyndigheter ser ut til å gi med den ene hånda (sykepleiere til eldreomsorg), og ta med den andre: I september ble det bestemt at 2754 ansatte i det offentlige Queensland Health må gå, deriblant 1500 ansatt i 17 frontline hospital distrikter. «Det vil si at hundrevis av sykepleiere og jordmødre vil bli kastet på skraphaugen i en tid hvor det er økende etterspørsel etter helsetjenester samt en aldrende befolkning», skriver det australske sykepleierforbundet, ANF.

Kilde: *anf.org.au*

## Irritert SVENSK sykepleierleder

Den nye regiondirektøren for Skåne, Jonas Rastad, har irritert på seg lederen i Svensk sjuksköterskeförbundet, Ania Willmann (bildet). Han har uttalt at Region Skånes økonomi er i fritt fall fordi hver sykepleier utfører tre timer unødvendig arbeid på en åttetimers vakt. «Om regiondirektøren med sitt uttalende avser att samtal, närvaro och tröst är onödigt arbete, kallar jag det uttalandet obildat och cyniskt. Mig veterligt finns ingen vetenskaplig studie som visar att regiondirektörer har betydelse för patienters välbefinnande», lyder hennes syrlige svar i Dagens Medicin.



## Sykepleiersatsing i AUSTRALSK eldreomsorg

Eldrebølgen er et kjent fenomen også på andre siden av kloden, og en kampanje i regi av det australske sykepleierforbundet ANF viser at i nærmeste fremtid vil landet mangle 20 000 sykepleiere i eldreomsorgen. Nå vil politikerne bevilge 8,25 millioner australske dollar til universitet og sykehjem for å bøte på dette. Eldreministeren Mark Butler regner med at mer enn en av tjue arbeidende australiere vil jobbe i eldreomsorgen i 2050. ANF jobber for at ytterligere økonomiske bevilgninger vil brukes til å minske lønnsgapet for sykepleiere i eldreomsorgen. De tjener nemlig i gjennomsnitt mellom 168 og 300 dollar mindre i uka enn sine kolleger på sykehusene.

Kilde: *anf.org.au*



Illustrasjonsfoto: Colourbox



## AMERIKANSK pasientløfte mot fedme



Ved Johns Hopkins University schools of medicine and nursing, har studentene startet en bevegelse kalt «the patient promise», pasientløftet. Det går i korthet ut på at helsepersonell underskriver et løfte om å stille samme livsstilskrav til seg selv som de gjør til sine pasienter. Løftene handler om å spise sunt, trene regelmessig, avstå fra skadelige substanser og takle stress, og er et forsøk på å begrense økningen av fedme. Foreløpig har 541 fremtidige og nåværende klinikere signert, og nylig signerte også det amerikanske sykepleierforbundet, ANA. Initiativtakerne ser på dette som en øvelse i etikk og idealisme og sier det hele er en respons på de økende bevisene om at helsepersonells personlige vaner spiller en viktig rolle for deres pasienters helse. Logoen er to p-er som står mot hverandre for å symbolisere en samtale mellom pasient og helsepersonell. Kilde: *thepatientpromise.org*

## Gravide sykepleiere uønsket i DANMARK

Selv om det er en klar overtredelse av likestillingsloven, blir mange danske sykepleiere i jobbintervju spurt om sine fremtidige barneplaner. Dette har flere nyutdannede sykepleiere meldt fra om på et møte i Roskilde. Professor i arbeidsmarkedsforskning, Henning Jørgensen, sier til Dansk sykeplejeråds nyhetsbrev Synergi, at dette skjer på grunn av nedskjæringene, at det er kjøpers marked og at arbeidsgiverne kan tillate seg å være kresne og ikke ansette kvinner som snart skal ut i barselpermisjon.

Dansk sykeplejeråd anbefaler at de sykepleiere som opplever dette kontakter sin krets, slik at de kan få en oversikt over sakene.

– Det er dypt skammelig og klart ulovlig hvis det blir lagt til grunn for et avslag på stillingen. Hvis det ikke hjelper å ta opp problemet med HR-direktøren i region Sjælland, må vi gå til politikerne, sier fylkesleder i Sjælland, Helle Dirksen.



Foto: NTBscannix



## SVENSK sykepleier fikk TUB på jobb

En sykepleier på infeksjonsklinikken ved Kristianstads sjukhus i Sverige gjenbrakte et engangsmunnbind og ble smittet av tuberkulose fra en pasient. Arbeidsgiver aksepterte at munnbindene ble brukt flere ganger i løpet av en vakt på åtte timer. Men siden det fantes andre muligheter for hvordan sykepleieren kunne ha blitt smittet, ble virksomhetssjefen fritatt for skyld i Hovrätten for Skåne og Blekinge.

Kilde: *Du & jobbet*

**GJENBRUK:** Å bruke samme munnbind flere ganger var akseptert av arbeidsgiver. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Smarte tepper fra MANCHESTER

Ved Universitetet i Manchester har forskere utviklet et teppe som registrerer vekten og bevegelsen til personer, møbler og andre objekter som er på det. Slike tepper skal kunne brukes av eldre som bor hjemme eller på institusjon, og vil kunne alarmere sykepleierne dersom noen faller og trenger hjelp. Det vil også kunne registrere rytmen til den som går på det, og vil dermed tidlig kunne si ifra dersom pasienten utvikler en form for bevegelsesforstyrrelse. Teppet har blant annet optiske fibre som måler forandringene i lyset. Kilde: *Innovation News Daily*



Foto: Courtesy of the University of Manchester

## Riskhospitalet



ALS-syke Magne Tvedt (62) er avhengig av respirator. Hans største ønske er å bo hjemme til han dør.

# Hvem skal bestemme hvor Magne skal bo?

## ALS

### Amyotrofisk lateralsklerose (ALS):

- » En uhelbredelig nervesykdom.
- » I økende omfang angriper sykdommen motoriske nerveceller i ryggmargen og hjernen.
- » Fører til lammelse og respirasjonssvikt.

**M**agne Tvedt får diagnosen ALS i 2001. Lungene vil etter hvert svikte, og skal han overleve, må han ha pustehjelp. Han må ta stilling til om han vil bli trakeostomert, og dermed avhengig av respirator.

Tvedt bor på Lindås utenfor Bergen sammen med sin kone Inger. Kommunen er innstilt på å gi ham helsehjelp i hjemmet, noe som er avgjørende for at Tvedt velger slik operasjon. Det skjer i desember 2003.

Han trenger nå tilsyn døgnet rundt. Tvedt er klar i hodet, men blir stadig mer lammet. Han kommuniserer med en øye-peke-tavle og etter hvert med en øyestyrt pc.

Kommunen bygger opp et fast team på åtte personer, opplært av lungeavdelingen på Haukeland sykehus.

I sju-åtte år består teamet. Utskiftninger skjer, men teamet er stabilt i lengre perioder.

### Mangler personell

Men gradvis gror en konflikt mellom Tvedt-familien og kommunen. Partene oppfatter diverse sammenstøt forskjellig. Hovedsaken er: Hvem skal bestemme hvor Magne skal bo? Han selv? Eller den som har plikt til

å gi ham den omfattende pleien han trenger?

Ifølge loven skal pasientens ønske tillegges stor vekt. Kommunen plikter å gi nødvendig helsehjelp, men loven sier ikke hvor den skal gis.

Etter hvert blir det vanskelig å skaffe nok personell til teamet hans. Høsten 2011 er flere pleiere sykemeldt. Kommunen vurderer derfor rullering mellom hjem og institusjon for Magne Tvedt.

### Flyttes med tvang

Mens konen er på butikken, blir Magne Tvedt hentet fra hjemmet sitt. Dette skjer 7. november i fjor. Kommunen vil ha ham til sykehjemmet, men siden Tvedt motsetter seg dette, blir han tvangsinnlagt på lungeavdelingen på Haukeland sykehus.

Tvedt og familien opplever hendelsen som svært krenkende. De får siden medhold fra Helsetilsynet i at kommunen feilaktig har vist til at Tvedt ikke hadde samtykkekompetanse. Tvedt har samtykkekompetanse.

Kommunen tildeler Tvedt korttidsopphold på sykehjemmet. Formålet er å bygge opp et nytt team og sikre ham forsvarlig helsehjelp.

Familien klager, men får ikke

medhold: Fylkesmannen stadfester kommunens vedtak om korttidsopphold, men påpeker likevel at kommunen må si hvor lenge oppholdet skal vare. Varigheten blir satt til ut mai 2012. Da må kommunen finne en god løsning for Magne Tvedt.

I april går familien ut med tvangshistorien i TV2. Der uttaler lederen i Rådet for sykepleietikk at dette er den verste saken hun har jobbet med noensinne.

Rådmannen i Lindås innrømmer at innleggelsen skjedde på "en veldig dårlig måte".

### Vikarbyrå overtar

Tvedt blir værende på lungeavdelingen og siden på Knarvik sykehjem i til sammen sju måneder. Hele tiden ønsker han å få komme hjem.

Det gamle teamet er oppløst, og kommunen har gitt oppdraget om stell av Magne Tvedt til et vikarbyrå. Et nytt team blir lært opp av sykehuset.

Fra juni er Tvedt tre uker hjemme og en uke på Knarvik sykehjem. Men Tvedt-familien er ikke fornøyd med rulleringsordningen.

– 22 nye pleiere, fem av dem sykepleiere, er opplært i år. De fleste er utlendinger, forteller Inger Tvedt,



**VIL HJEM:** Magne Tvedt var på sykehjemmet i flere måneder i vår. Konen Inger er blitt ekspert på stell. Foto: TV2

som er gift med Magne.

Hun synes det er utfordrende når så mange pleiere ikke kan norsk, siden Magne store deler av døgnet kun kan kommunisere via øye-peketavlen, som er basert på skrift.

Inger ser ingen fordeler med at mannen hennes er på sykehjemmet: På sykehjemmet er det mye vanskeligere å kommunisere. Hjemme har Magne sin øyestyrte pc.

Hun mener at pleierne ikke får god nok opplæring. Utstyret skal stelles, slim skal fjernes, pasienten må hjelpes på do. Å få ham inn og ut av bil er et stort prosjekt. Både hun og Magne må stadig fortelle hvordan ting skal gjøres. Det tærer på.

– Magne blir så sliten i øynene av å forklare så mye med øye-peketavlen.

#### Konen vil gjerne hjelpe

Inger Tvedt er rystet over at ikke alle pleierne har lært å bagge. Hun måtte selv trå til og ventilere da mannen nylig fikk pusteproblemer.

Nå er det to pleiere på hver vakt døgnet rundt.

– Men ikke alle har sertifikat, så det går mye tid ved hvert vaktskifte til henting og kjøring. Hvis Magne

vil ut i finværet, er det vanskelig å få til.

– *Det er ikke bare lett for helsepersonell å jobbe i et privat hjem med pårørende rundt seg?*

– Det skjønner jeg. Men jeg har stelt Magne i 12 år, og de fleste nye har aldri sett en ALS-pasient før. Da må de ikke få vondt når jeg forklarer. Jeg blir takknemlig når de ber meg vise hvordan ting skal gjøres.

Hun forklarer gjerne hvordan ledningen til suget settes trygt på når hun ser de fomler.

– De fleste setter pris på at jeg hjelper, men noen kan misforstå det som at jeg trenger meg på.

Magne kan si fra via en stemme på pc-en. Da kan han si: «Jeg vil snakke.» Det gjør han med øye-peketavlen.

– Man når han får masse slim og trenger sug i munnen, får han vann i øynene. Da reagerer ikke den øyestyrte pc-en.

Ser Magne opp i taket, betyr det: «Jeg trenger hjelp.» Ser han rett på deg, betyr det ja. Ser han vekk: Nei.

– Derfor er det viktig å stille ja/nei-spørsmål, forklarer Inger.

#### – Konstant opplæring

I et møte 31. august stiller kommu-

nen og familien med hver sine advokater. Ordningen med rullering skal evalueres.

Magne Tvedt har forfattet en uttalelse som blir lest opp i møtet. Han forteller at å leie inn et vikarbyrå er lite egnet for ham:

«Livet mitt vert konstant opplæring. Eg ber difor om at kommunen lyser ut 100 prosent stillingar. Etter at eg no har lært opp cirka 50 nye, ber kroppen min preg av det. Tannkjøttet er fjerna, og leppa mi er pressa ned, meir enn ho skulle vore. Kanylen er pressa ned i halsen, slik at det heile tida renn ut slim.»

Han skriver videre:

«Badet på sjukeheimen er ubrukeleg for dusjing. Toalettet er ikkje tilpassa i det heile tatt. (...) Når eg har

#### Trakeostomi

- › Med et kirurgisk inngrep lager man en åpning inn til luftrøret. Her plasseres en kanylen fra luftrøret og ut på halsen, for å holde luftveien åpen.
- › Trachea betyr luftrør, stoma betyr hull.

**«Badet på sjukeheimen er ubrukeleg for dusjing.»** Magne Tvedt

det så mykje betre heime, forstår eg ikkje at eg må inn på sjukeheimen.»

Ineffektiv opplæring går ut over ham selv og konen, som får kjeft fordi hun blander seg inn: «Eg vil så gjerne bruka dei siste kreftene mine



**Veileder for hjemmerespirator**

- › I 2012 ga Helsedirektoratet ut en veileder for hjemmerespirator.
- › Den heter nasjonal veileder for behandling med langtids mekanisk ventilasjon (LTMV). Begrepet LTMV innebærer at behandlingen skjer utenfor sykehus.
- › Pasientene som har hjemmerespirator har ulike sykdommer og ulike hjelpebehov. De er i alderen 0 til 93 år.
- › Bare en liten del har komplekse tilstander og omfattende hjelpebehov.
- › Én av fem av LTMV-pasientene har kols.
- › Én av tjue har ALS.

på anna enn opplæring.»

I møtet kommer det fram at kommunen vil ha Magne på sykehjemmet i lengre perioder. Inger Tvedt er fortvilet.

– Men det kan være bra for deg å få avlastning?

– Nei, det er mer avlastende for meg at Magne er hjemme. Da kan jeg forlate hjemmet og ringe hjem hvis det er noe. Vi kan lett kommunisere når han har pc-en sin. Han er mindre sliten hjemme, sier hun.

**– Følsomt**

– Det er mye følelser i denne saken, bekrefter Roar Vegsund, familiens advokat.

Økonomien er ikke problemet:

– Nei, kommunen bruker jo enormt med ressurser. Spørsmålet er om de blir brukt riktig. Målet må være en stabil ordning for brukeren, som så sterkt ønsker å bo hjemme. Men kommunen viser til at det er enklere å drive opplæring på sykehjemmet.

– Skjønner du det?

– Jeg mener det vil bli enormt med turnover uansett hvor pleierne er, fordi oppdraget er gitt til et vikarbyrå.

Vegsund understreker at brukermedvirkning er svært sentralt i pasientrettighetsloven.

– Det gjelder også retten til å be-

stemme hvor du skal bo.

Selv om det er mot Tvedts ønske å bo hver fjerde uke på sykehjem, har han ikke klaget på vedtaket. Derfor kan det ikke kalles tvangsinnleggelse.

– Vi ville først teste ut hvordan ordningen fungerte.

Men Vegsund reagerer på at kommunen nå vil ha Tvedt i større grad på sykehjemmet:

– Vi konkluderer motsatt: Magne må være mer hjemme, for å få ro. Men kommunen velger å høre mer på personalet enn på brukeren. Det er inhumant å ta så lite hensyn til en mann som er i sin siste fase.

Vegsund tviler ikke på at kommunen sliter med å fylle pleiestillingene.

## Føler seg som en mekler

– Behandling av ALS-pasienter som er trakeostomert har store etiske utfordringer, sier lungelege Ove Fondenes. Tekst Marit Fonn Foto Privat



**«Belastningen for pårørende er stor.»** Overlege Ove Fondenes

**O**ve Fondenes, overlege på lungeavdelingen ved Haukeland universitetssykehus, har fulgt opp Magne Tvedt siden han ble syk.

Han er også leder for Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling.

– ALS får man som voksen, og man svekkes veldig raskt. Utfordringen er å bevare sin autonomi når man er avhengig av respirator. Pasienten må lære seg å leve med avansert teknologi. Det tar egentlig lang tid.

Den tiden har ikke disse pasientene.

– Hvis pleierne stadig skiftes ut, går det ut over kvaliteten. Opplæring tar også tid, og det kan være vanskelig å vite hva pasienten ønsker.

**Få velger respirator**

20-30 ALS-pasienter lever nå med respirator i Norge, anslår Fondenes. De fleste bor hjemme.

– Svært få av ALS-pasientene velger trakeostomi. Særlig for eldre er det vanskelig å leve med teknologiske løsninger. De unge ønsker det

i større grad, men ikke alle. Folk er forskjellig.

Lungeavdelingen er tilbakeholden med å anbefale respiratorbehandling.

– Vi bruker lang tid på å diskutere med pasient, pårørende og kommunen hva som er mulig å få til før beslutningen tas.

Selv om kommunen er positiv, kan det vise seg at den ikke får det til likevel.

– Belastningen for pårørende er stor. Selv med de beste opplegg vil det i perioder være tungt for dem.

Fondenes har vært med på å utarbeide den nye veilederen for hjemmerespiratorbehandling (se faktaboks).

– Pasientens ønske skal telle sterkt. Men veilederen er tydelig: Kommunene må selv avgjøre om de kan gi hjemmebehandling. Det er ikke alltid lett for en landsens kommune å skaffe personell. Min erfaring er likevel at kommunene strekker seg langt.

**Mekler**

Behandlingen kan være medisinsk

forsvarlig, men gir ikke nødvendigvis livskvalitet:

– Det er alltid livskvalitet som avgjør om behandlingen skal fortsette. Det må pasienten selv avgjøre.

Fondenes kan føle seg som en mekler mellom pasienten og kommunen.

– Det er utfordrende å skulle ha faglig distanse og samtidig være empatisk.

Han forstår begge parter i saken om Magne Tvedt. Han ser at familien sliter, men tror at kommunen ønsker å gi et godt tilbud.

– Men vi kan alle gjøre feil. Også vi på sykehuset. Skulle jeg begynt om igjen, ville jeg fulgt opp enda tettere, sier Fondenes.

Fondenes er kritisk til at Rådet for sykepleietikk både uttalte seg i TV2 og ba helseministeren gripe inn i saken om Magne Tvedt:

– Utspillet forverret situasjonen. Det ble vanskeligere for dem som skulle etablere et behandlingstilbud, og førte til forsinkelser for å få Magne Tvedt hjem. Tidspunktet var særdeles uheldig. Utspillet fikk motsatt effekt enn det som var tiltenkt.

– Men når den har valgt å gi oppdraget til vikarbyrået, skjønner vi ikke hvorfor det ikke kan utføres hjemme hos familien, sier Vegsund.

#### – Krevende å finne fagfolk

Tvedt-familien ønsker ikke å frita kommunen fra taushetsplikten. Personal- og organisasjonssjef Ole Georg Hoaas uttaler seg generelt om temaet.

Han mener Lindås kommune strekker seg langt for at pleiekrevende pasienter skal kunne bo hjemme.

– Vi må både ta hensyn til hva som er forsvarlig helsehjelp for brukeren, og ivareta et forsvarlig arbeidsmiljø for dem som yter tjenesten.

– Hvordan får dere til kontinuitet i personlige team?

– Ofte klarer vi det. Andre ganger er det krevende, selv om vi setter inn massive støttetiltak, som lederoppfølging og opplæring av dem i teamet.

– Til hvilke oppdrag bruker dere vikarbyrå i helsetjenesten?

– Første prioritet er alltid å bemanne med folk ansatt i Lindås kommune. Men å rekruttere fagfolk

til døgnkontinuerlige team, er vanskelig.

Hoaas sier at de bare bruker vikarbyrå når tjenesten står i fare for å bryte sammen. Han synes byråene samarbeider godt med kommunen.

## «Det er vanskelig å rekruttere til døgnkontinuerlige team.»

Ole Georg Hoaas, Lindås kommune

– Det gjør det mulig å opprettholde en tjeneste som vi ikke ville klare å drifte med egne folk, sier han.

Tekst **Marit Fonn** Foto **TV2**

## – Verste saken

Rådet for sykepleieetikk har brukt mye tid på å diskutere Magne Tvedt-saken.

Tekst og foto **Marit Fonn**

**D**en verste saken hun har vært borti – noensinne, sa leder Berit Daae Hustad i Rådet for sykepleieetikk til TV2 i april.

– Jeg står fortsatt for det. Saken er graverende, sier hun nå.

– Hva da?

– At pasienten ikke får bestemme over eget liv.

– Pasienter har rett på nødvendig helsehjelp, men ikke til å få den hjemme?

– Tvedt ble lovet for lenge siden at han skulle få bo hjemme. Det var en av forutsetningene for å velge trakeostomi. Alternativet var å dø. Man bør holde det man lover.

Hustad viser til yrkesetiske retningslinjer som slår fast at grunnlaget for all sykepleie er respekt for den enkeltes liv og iboende verdighet.

– Det var derfor rådet reagerte på

at Magne Tvedt ikke fikk faglig forsvarlig sykepleie.

#### Tok pasientens parti

– Dere har tatt parti for pasienten i denne saken?

– Ja, retningslinjene sier at dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger, skal hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres. Vi skjønner at det er ressurskrevende for kommunen. Men vi skjønner ikke hvorfor det nye teamet ikke kan jobbe hjemme hos pasienten hele tiden.

– Det er krevende å jobbe i et privat hjem?

– Det kan være vanskelig for ansatte å ha et privat hjem som arbeidsplass. Samtidig er det belastende å ha personale i huset 24 timer i døgnet.

– Rådet får kritikk for å ha gått ut i mediene og kontaktet helseministeren?

– Det var familien som ønsket å gå ut med saken.

Hustad trekker fram at avansert

**BESTEMME SELV:** - Pasienten må få bestemme over eget liv, mener etikkrådsleder Berit Daae Hustad.

hjemmebehandling er ganske nytt i Norge.

– Respiratorbehandling hører egentlig til i spesialisthelsetjenesten. Hjemmerespiratorene er blitt enklere, men pasientene har fortsatt behov for faglig forsvarlig sykepleie.

Hun påpeker at det mangler rettsavgjørelser som kan skape presedens i saker om retten til å bo hjemme.

– Derfor er Magne Tvedt-saken så viktig også for fremtiden.

Rådet har nå avsluttet saken.

#### Ba helseministeren gripe inn

Rådet for sykepleieetikk ba i april helseministeren gripe inn så Magne Tvedt får være hjemme den tiden han har igjen å leve.

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen svarte at det er en «politisk målsetting at personer skal få bo hjemme så lenge de ønsker det». Men hun slo også fast at det er «kommunen som endelig avgjør på hvilket nivå tjenesten skal ytes».

– Jeg kan ikke overprøve de faglige vurderinger som er gjort i saken, skrev hun.



# – En klassisk konflikt

– Vær forsiktig med å ta parti, sier intensivsykepleier Knut Dybwik.

**K**nut Dybwik er intensivsykepleier på Nordlandssykehuset i Bodø og har lang erfaring med respiratorpasienter.

I fjor tok han doktorgrad. Avhandlingen handler om praktiske og etiske konsekvenser av å tilby livsforlengende respiratorbehandling i hjemmet.

Pleie av en ALS-pasient koster 5 millioner kroner årlig.

– Kommunen kan ikke nekte å gi hjemmebehandling ved å skylde på økonomien. Men hvis den mener den ikke klarer å gi et forsvarlig tilbud i hjemmet, kan den nekte. ALS-

vil jeg heller dø»?

**– Holder ikke ut i pasientenes hjem**

– Familien Tvedt viser til at det er mer tilrettelagt hjemme enn på sykehjemmet?

– Selvfølgelig er det slik. Politikerne har vært ekstremt raus med pasientrettigheter. Pasienter og pårørende blir kravstore. Men det står ofte ikke på penger, men på kvalifisert personell. De eneste de får tak i er ufaglærte, som ofte ikke holder ut å jobbe med så syke pasienter i pasientenes hjem.

## «Kommuner som ikke tilbyr hjemmebehandling, har ikke noe å skjemmes over.»

Knut Dybwik

pasienter er blant de aller sykeste. Kommunehelsetjenesten er ikke dimensjonert for disse pasientene.

**– Ingen skam å si nei**

Han synes konflikten mellom Magne Tvedt og Lindås kommune høres klassisk ut:

– Man må være veldig forsiktig med å ta parti. Dette er pasienter som dør umiddelbart hvis de ikke får pustehjelp. Pårørende føler de må ta ansvar – ellers går det galt. I noen tilfeller har de rett.

Dybwik synes generelt det er problematisk å skylde på kommunen hvis den har gjort så godt den kunne:

– For hva med alle de andre pasientene? Kommuner som ikke klarer å tilby hjemmebehandling, har ikke noe å skjemmes over så lenge hver stein er snudd. Til det er behandlingen av ALS for kompleks. Jeg skjønner godt at det blir konflikt. Hva skal man stille opp med når pasienten sier «hvis ikke jeg får bo hjemme,

En ALS-pasient hadde 52 vikarer på to år, forteller han.

– Vi spør oss nå her på sykehuset i Nordland: Er det rett at disse pasientene skal få respirator og hull på halsen? Vi har vært blant de mest liberale, men har forandret syn.

De som får avslag om respirator, eller selv ikke ønsker det, får pustehjelp med en enklere metode og tilbud om palliasjon. De fleste dør da innen et år.

– Pårørende kjemper ofte med nebb og klør for å få hjemmerespirator. Vår erfaring er at det ofte går dårlig. Ikke på grunn av ressursbehovet, men fordi det tar knekken på familien.

Han har møtt pårørende som tør være åpne etter at respiratorpasienten er død:

– De sier at det ikke var rett å holde pasienten kunstig i live. Dette kan ikke vi la være å si til dem som selv vurderer å leve med respirator. ■■■

Tekst **Marit Fonn**  
Foto **Linn Braseth/Nordlandssykehuset**



**ÅPEN:** – Det var ikke rett å holde pasienten kunstig i live, sier pårørende. Det må vi fortelle, sier intensivsykepleier Knut Dybwik ved Nordlandssykehuset i Bodø.

# Tett og surklete i brystet?

Bronkyl® – den effektive slimløseren!



**NYHET**  
RESEPTFRITT!

*Bronkyl® 25 stk får du nå  
uten resept på apoteket!  
Frisk sitronsmak!*

Bronkyl® brusetabletter er et effektivt og veletablert slimløsende middel ved kronisk bronkitt. Bronkyl® gjør slimet mer tyntflytende og dermed lettere å hoste opp.









**EN SYKEPLEIER:** Hjelper en skadet 69 år gammel mann med lunsjen på et midlertidig sykehus i den kinesiske byen Luozehe etter at to jordskjelv rammet i den sørvestlige provinsen Yunnan 10. september. Skjelvet drepte 81 personer, mens over 800 ble skadet og mange bygninger og infrastruktur ble ødelagt.

Foto: Reuters/Jason Lee

Hvem som helst har fritt kunnet gå inn og ut av Sentralblokka ved Ullevål hele døgnet. Det blir det slutt på.

# Stenger dørene på Ullevål



**OVERSIKT:** 150-160 kameraer er plassert rundt på sykehusområdet. Personvernshensyn gjør at ikke alle steder er overvåket.

**T**elefonen ringer inne på den lille sikkerhetsbua ved inngangen til Sentralblokka på Ullevål, Oslo universitetssykehus.

En pasient er forsvunnet fra sin avdeling. Det krever handling. De to vekterne Dan Nyhagen og Emil Muhlbradt Sveen får beskrivelse av den forsvunne, og tar en kort ringerunde. På veggen har de tre skjermer med overvåkningsbilder.

## Åpne sykehus?

Til sammen 150-160 kameraer er plassert inne og ute på sykehusområdet, og sjansen er stor for at hun blir fanget opp.

Etter 22. juli i fjor har sikkerhet stått høyt på dagsordenen. På kvelden etter terrorangrepet ble blant annet store deler av sykehusområdet på Ullevål stengt manuelt. På det meste var det 19 vektere plassert rundt om på sykehuset i tillegg til bevæpnet politi: Både ved

AMK, blodbanken og ved pårørende-enheten, samt langs inngangspartiene var det vakt hold. Utenfor sykehuset sto politiet bak sykehusets egne sperrer.

Tidligere i høst ble Odense i Danmark rystet av et gjengslagsmål som endte med at rundt 70 gjengmedlemmer stormet sykehuset for å finne en pasient. Både ansatte og pasienter ble truet med våpen. Pasienten lå på operasjonsbordet – og ble ikke funnet. Hendelsen har avfødt en debatt i Danmark: I hvilken grad skal sykehusene være åpne? Bør dører låses – i hvilken grad skal det være vakter utplassert?

## Stenger dørene

– Vi kan ikke planlegge vår sikkerhet ut fra hendelsen i Odense. Kommer det en gjeng med våpen inn her, er det ikke mye vi kan gjøre utover å varsle politiet, sier Cecilie Jenssen, enhetsleder for sikkerhetsavdelingen ved Ullevål.

Det er ikke gjort noen endringer i sikkerhetsvurderingen etter hendelsen i Odense. 22. juli har imidlertid ført til at hoveddøra inn til Sentralblokka ved Ullevål nå stenges på kveld og natt. Dette har historisk sett vært en åpen dør inn til sykehuset. Hvem som helst har fritt kunnet gå inn og ut hele døgnet.

Bakgrunnen for stengningen er tilbakemeldinger fra pårørende etter 22. juli, som skal ha opplevd det utrygt at dørene har vært åpne. Stengningen er et prøvetiltak.

## Politi hver uke

Både Ahus og Oslo universitetssykehus

har opplevd tilfeller av gjengbråk på sykehusområdet.

– Det var noen hendelser for mange år siden med gjenger fra Romerike, men vi har ikke hatt noen lignende hendelser etter 2008, ifølge kommunikasjonssjef på Ahus, Geir Boye Lindhjem.

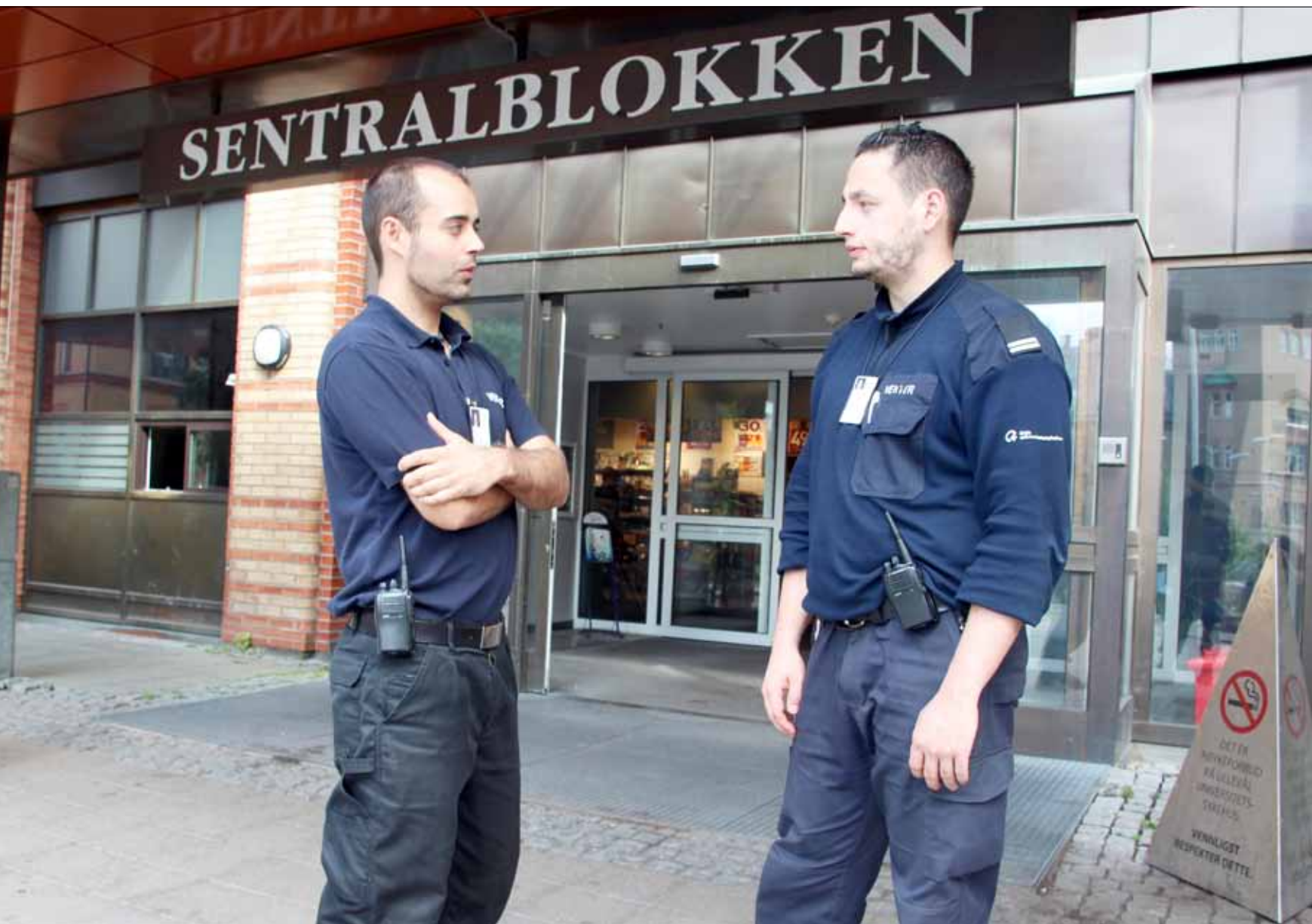
Tidligere i år tok en mann med våpen seg inn på Sykehuset Namsos, noe som førte til at bevæpnet politi rykket ut, og at legevakten ved sykehuset ble evakuert, ifølge NRK Trøndelag. Mannen var inne på sykehuset en time før han ble pågrepet.

Ifølge sikkerhetssjef Gry Strand har sikkerhetsavdelingen ved Ullevål måttet ta seg av ett tilfelle av det hun vil beskrive som gjengbråk ved Oslo universitetssykehus (OUS) de siste årene. 8-10 involverte slåss utenfor hovedinngangen til Ullevål, og vektere måtte gå imellom inntil politiet kom og tok over.

Hver uke oppstår det imidlertid situasjoner som er av en slik karakter at politiet blir tilkalt.



**VURDERER BEHOV:** – Vi stenger av soner på sykehusene der det er behov for det, sier Gry Strand, sikkerhetssjef ved Oslo universitetssykehus.



**PASSER PÅ:** Vekterne Emil Muhlbradt Sveen (til venstre) og Dan Nyhagen ser frem til å ha mer kontroll på hvem som passerer inn og ut av hoveddøren som fører inn til landets største akuttmottak.

– Det er stort og smått. Vi ser alt fra uteliggere som kommer seg ned i kjelleren til tyverier og rusede personer som lager bråk, sier vekter Emil Muhlbradt Sveen.

#### Vakter hele døgnet

Tre ganger i året møtes sikkerhetsavdelingene ved landets største sykehus for å diskutere mulige scenarier.

– Det er en politisk beslutning at sykehusene skal være «åpne». Dette betyr at alle kan ferdes der de har behov, men ikke nødvendigvis andre steder. Vi stenger av soner der dette er påkrevet, og vi låser av større områder av sykehusene på kveld og natt, sier Gry Strand.

I for eksempel konfliktfylte barnefordelingssaker, blir barn som er innlagt lagt på skjermede rom.

– OUS har etablert vakt hold på de største sykehusene. Dette er stedlige vaktstyrker med 24 timer bemanning, sier Strand.

– Vaktseksjonen samhandler med po-

litiet når det er behov for dette, og det er politiet eller kriminalomsorgen som har ansvar for å sikre pasientene som er i deres varetekt. Ved hendelser utenfor sykehuset eller som kan påvirke sykehuset, har vi dialog med politiet, sier hun.

– Sykehusene våre har også etablert

kerhetstiltak:

– Det tar noen få sekunder å låse døra opp. Vi har vært litt anonyme her på siden av hovedinngangen, og innenfor er det ikke noen som kan sluse folk videre på kvelden og natta, sier Muhlbradt Sveen.

adgangskontroll slik at vi kan låse av hele bygninger eller områder inne i bygg, for eksempel akuttmottak og operasjon, ved behov.

#### Funnet bak handlevogn

Dan Nyhagen og Emil Muhlbradt Sveen ser fram til at hoveddøren inn til Ullevål blir låst. Selv om det betyr at alle som passerer på kveld og natt må innom vakta, mener de det er et positivt sik-

– Hei, vent, hva er dette? spør han plutselig og zoomer inn ett av de mange overvåkningsbildene.

I et hjørne ved en trapp ser vi en grønn handlevogn. Den beveger seg. Litt mer zooming viser at jo, der sitter det en dame, huket ned i et hjørne bak vogna. Det er, etter alle solemerker, den forsvunne pasienten som er funnet. ■■■

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

## «Vi ser alt fra uteliggere til tyverier og rusede personer som lager bråk»

*Emil Muhlbradt Sveen*

Tannpine, diabetes, magesmerter og lungelidelser plager de rumenske tiggerne i Oslo.

# Hvem skal hjelpe



**D**et er en grå septemberformiddag i Oslo. De fleste rumenske tiggerne og samlerne har vært på jobb lenge rundt omkring i byen. En liten gruppe har tatt en pause for å grille i Vaterlandsparken, bak det høye Radisson-hotellet i glass, inntil muren mot hovedbusstasjonen. De snakker ikke engelsk, men via fingerspråket får Sykepleien lov til å ta bilde av dem mens én spiller trekkspill og en annen danser noen trinn mens de venter på maten.


Fram til 2005 var det forbudt å tigge i Norge. I 2007 ble Romania med i EU, og innbyggerne derfra kan dermed reise fritt i EU/EØS/EFTA-land i tre måneder om gangen.

I sommer var to tusen mennesker uten fast bopel i Oslo, ifølge Oslo kommune. Men ingen har oversikt over hvor mange av disse som er sigøynere, som også kalles romer, eller tilhører andre minoriteter fra Romania. Kirkens Bymisjon og organisasjonen Folk er folk

anslår antallet til mellom 700 og 1000. De sover ute og livnærer seg av å tigge og samle tomflasker. De samler mat som er utgått på dato fra butikkens containere og klær vi ikke lenger vil ha.

#### **Toalettproblemer**

– Sigøynere i Romania finnes i så mange lag, fra velstående til ekstremt fattige. De som kommer hit er fra de lavere sjiktene, kanskje noen fra et sosioøkonomisk mellomsjikt, sier Ada En-



**SNART MAT:** Noen rumenske tiggere venter på kjøttet fra grillen en grå høstdag på Vaterland i Oslo.

# dem?

gebrigtsen, sosialantropolog og forsker ved NOVA.

Hun har gjort feltarbeid blant rumenske tiggere i Oslo og levd blant romer i Romania.

I Oslo sentrum har mangel på sanitært tilbud og billige overnattingssteder ført til utrivelige og helseskadelige forhold, både for fastboende i området og for romfolket selv. De tre toalettene som Bymiljøetaten satte opp ved Vaterland i juli, ble tilgriset og måtte

fjernes etter kort tid.

– Jeg visste det ville skje når man setter opp toaletter uten bemanning. For romer er avføring veldig urent. Med en gang det kommer slike flekker på en do, vil de ikke bruke det. Da gjør de heller fra seg i buskene, sier Engebrigtsen.

De tre toalettene som samtidig ble

satt ut på Tøyen har færre rusbrukere blant sitt klientell og har ikke samme tilgrisingsproblem. De får derfor fortsatt stå.

#### **Bydelsoverlegen varslet politiet**

Foreløpig er romfolkets helseskadelige situasjon et uløst problem på helsemyndighetenes skrivebord. Dette folket er verken flyktninger eller vanlige turister.

I begynnelsen av september varslet





**GRENSELØS FATTIGDOM:** Kari Gran ønsker en diskusjon om det etiske ansvaret vi har for å takle transnasjonal fattigdom. Hun leder kafeen Møtestedet, i regi av Kirkens Bymisjon.

## «I dag er det de frivillige organisasjonene som hjelper romfolket.» Kari Gran, Møtestedet

at det er en grunn til at camping i indre by er forbudt.

– Dessuten finnes det andre billige camping- og overnattingstilbud, minner hun om.

– Romfolket har samme tilgang til helsetjenester som alle andre turister. Vi har ikke egne helsetjenester for bestemte grupper, supplerer fungerende helsesjef i Oslo kommune, Peter Martin.

### – Upløyd mark

Ada Engebrigtsen fra NOVA synes dette er et fryktelig vanskelig spørsmål.

– Dette er upløyd mark. Jeg skjønner at det er problematisk for Oslo kommune å ta ansvaret for turister. På den annen side er de mer migranter enn turister, de er her for å tjene penger. De er europeere. Og mens fattigdommen i Europa er transnasjonal, er fattigdomsbekjempelsen i stor grad nasjonal. Derfor er det ingen løsning å sende dem tilbake til Romania, som ikke klarer å gjøre noe med fattigdommen, sier Engebrigtsen.

Kari Gran leder kafeen Møtestedet som drives av Kirkens bymisjon, primært for personer med rusproblemer. Men de siste fire årene har det daglig kommet mellom ti og 50 romer innom.

– De er her på turistvisum, men er ikke vanlige turister. Vi må ta inn over oss at de er fattige og lever utfordrende liv, at de har lite rettigheter og er overlatt til de frivillige organisasjonene. Det er et stort informasjons- og sanitærbehov. Og de trenger å sove inne for en billig penge. Jeg har møtt romfolk som har blitt nektet å sove på campingplasser, sier hun.

### Mye helseplager

Hos Frelsesarmeen får romer mulighet

til å dusje og spise suppe hver lørdag. Mat kan de også få hos Evangeliesenteret, nok et tilbud primært for rusbrukere. Hos Kari Gran og hennes kolleger i Kirkens bymisjon får de i tillegg råd eller hjelp til ulike ting, deriblant helsetjenester. Ingen av dem Gran har møtt har hørt om europeisk helsetrygdkort (se faktaboks).

– Vi ser mye helseplager. Særlig tannskader, magevondt og diabetes er vanlig. På vinteren er det en del lungebetennelse. Mange har tilstander som ikke er behandlet hjemme. Noen er gravide, men de drar hjem for å føde. De vil miste omsorgen for barnet hvis de føder i Norge. Her skal ingen barn bo på gata, sier hun.

Gran henviser de akutte til legevakta. Men mange har ikke råd til egenandelen, så hun henviser også en del til Helsesenteret for papirløse migranter, selv om de fleste av dem har papirer.

– Vi prøver å være pragmatiske og ønsker ikke å være enda et sted hvor de får beskjed om at de ikke er velkomne, sier Solveig Holmedal Ottesen, daglig leder hos Helsesenteret for papirløse som drives av Røde Kors og Kirkens bymisjon.

– Når de har fått en giro med seg fra legevakta som de ikke har betalt, tør mange av dem ikke å gå tilbake dit, forklarer Gran.

Det verserer også usanne historier via jungeltelegrafene om legevakten. Blant annet hørte hun noen hevde at en romkvinne hadde blitt sterilisert på legevakta.

– Da forklarer vi at slikt ikke er lov i Norge, sier Gran.

### God erfaring på legevakten

Forsker Ada Engebrigtsen sier høyt blodtrykk er vanlig blant romene.

### Rom/sigøynere

Romer er en av flere minoriteter som også betegnes som romfolk eller sigøynere. De utenlandske tiggerne som er i Norge for tiden, består mest av romer og lignende minoriteter fra Romania, men også etniske rumenere, ifølge Ada Engebrigtsen, sosialantropolog og forsker ved NOVA. Ifølge Språkrådet er det greit å bruke både rom, romfolk og sigøynere om folkegruppen. Rom bøyes slik: en rom – romen – romer – romene.

bydelsoverlegen i Gamle Oslo politiet om at det foregår kriminell og mulig helseskadelig aktivitet under Vaterlandsbrua. Området er belastet med rusbrukere og omsetning av narkotika. I tillegg tilbringer flere titalls personer av romfolket nettene der. Matrester kan tiltrekke seg rotter, og ekskrementer kan medføre smittefare. Politiet har derfor patruljert om kveldene for å hindre romfolket i å legge seg til for natta. Bydelsoverlege Irene Teslo understreker at hun ikke var ute etter noen spesiell folkegruppe da hun varslet.

– Men de rumenske tiggerne lever sannsynligvis under helseskadelige forhold selv om de flyttes til utkanten av byen. Har ikke kommunehelsetjenesten et ansvar for å minimere den mulige helseskaden?

– Alle registrerte innbyggere, flyktninger, asylsøkere, arbeidssøkere eller turister fra EØS med helsetrygdkort, kan få helse- og smittemessig oppfølging. Det er en plikt å både oppsøke og gi behandling for å begrense smitte. En utfordring er at mange campere i sentrum bare er på uregistrert besøk og ikke følger lover, regler eller vanlige hygienerutiner, sier Teslo, og peker på

## Romenes helserettigheter i Norge

- › Romene har samme rett til øyeblikkelig hjelp som andre turister uten fast opphold.
- › De under 18 år har også rett til nødvendig helsehjelp.
- › Siden Romania er med i EU, kan de skaffe seg et europeisk helsetrygdkort som gir rett til nødvendig medisinsk behandling, på samme vilkår som dem som bor her fast. Det vil si at de må betale samme egenandeler også.
- › Helsetrygdkortet gir også rett til visse pleie- og omsorgstjenester.
- › Man har rett på de helsetjenester som er nødvendige for at man på medisinsk forsvarlig måte kan fortsette oppholdet i landet man besøker.
- › Dersom man ikke har med helsetrygdkortet, kan behandlingsinstitusjonen i Norge kontakte HELFO som kan kontakte trygdemyndighetene i Romania for å skaffe en hastebblankett. Den gir samme rettigheter som et helsetrygdkort.

Kilde: HELFO

Noen har tuberkulose, som er nokså utbredt i Romania. Ved en anledning var hun telefontolk på legevakten for en kvinne med høyt blodtrykk som også hadde psykiske problemer.

– Det fungerte veldig bra. Hun var på vei hjem og slapp å betale egenandel. Hun fikk også med seg tablettor og gode råd til hjemreisen.

Engebrigtsen har et generelt inntrykk av at det ikke står alarmerende dårlig til med helsa til sigøynerne i Norge.

– De er et robust folk som lever under ganske elendige forhold i Romania. De blir diskriminert der, men ikke jagd eller forfulgt, sier hun.

Ved legevakten opplyser seksjons-overlege Anne Kathrine Nore at alle deres pasienter uten fast bopel får ettergitt sin egenandel hvis de ikke betaler mens de er her.

– Vi yter øyeblikkelig hjelp til alle som trenger det, og vet at en del pasienter ikke har betalingsevne. Inkasso brukes på våre vanlige pasienter med

adresser, enten det er i inn- eller utland, sier hun.

### Dårligere helse i studier

Bjønnulv Evenrud i organisasjonen Folk er folk, sier de flere ganger har fulgt romfolk til legevakten.

– Noen helsearbeidere er veldig strenge med hensyn til hva som er akutt, mens mange gjør selvstendige vurderinger og følger ikke regelverket slavisk. Det varierer om de må betale egenandel. Standarden er å skrive ut giro. Noen ganger noteres adressa i Romania, andre ganger blir det uten fast bopel, sier han.

– Får de den hjelpen de trenger?

– Nei, på ingen måte. De har behov for omfattende helsehjelp. Mange har kroniske lidelser som det koster mye å gjøre noe med i Romania. Denne gruppen mennesker er i mange år omtalt som turister. Det mener jeg er urettferdig. Jeg vil karakterisere dem som flyktninger, og ingen av dem har hørt om det europeiske helsetrygdkortet, sier Evenrud.

Håkon Jensen-Tveit er sykepleier ved hematologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Han har vært sykepleier i 30 år og jobber også som frivillig hos Folk er folk. Dårlig tannhelse er det største helseproblemet han ser blant romer.

– Mange av dem er analfabeter. En mann i 60-årsalderen hadde fem ulike blodtrykksmedisiner han tok helt tilfeldig. Det stod ingen reseptlapp på dem, og han visste ingenting om hvordan han skulle ta dem. Vi sørget for at han kom seg til legevakta hvor han blant annet fikk målt blodtrykket, sier Jensen-Tveit.

I Helsebibliotekets databaser har han funnet noen få vitenskapelige studier av romfolkets helse. Ingen av dem er norske.

– De viser blant annet at romfolket har høyere barnedødelighet enn gjennomsnittsbefolkningen, og flere kvinner dør i forbindelse med fødsel. De har også flere spontanaborter. Barna har dårligere immunforsvar. Romfolket rapporterer også flere langvarige helseproblemer, mer vondt i brystet, problemer med pusten, gikt, mellomøretbetennelse

og magetrøbbel enn andre, sier Jensen-Tveit.

### Hvordan møte Europas fattige

Kari Gran ved Møtestedet ønsker en ny type debatt.

– I dag er det de frivillige organisasjonene som hjelper romfolket, ikke det offentlige. Jeg savner at vi løfter diskusjonen rundt romfolkets situasjon fra å handle om ordensforstyrrelser til å handle om hvordan vi som land skal møte Europas fattige. Vi må avklare det etiske ansvaret, ikke bare det juridiske. Den diskusjonen bør også tas på regjeringnivå, sier hun. ■■■

Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M. Sundt



**RUPRO**  
Den gode hjelper ved matservering!

**Måltidsvogn som gjør spisesituasjonen enklere for de som trenger stabilitet og støtte, samtidig som man frakter brett med mat.**

Stødig konstruksjon i rustfritt stål med gode gummihåndtak, sørger for god stabilitet og støtte. Samtidig som 4 svingbare hjul gjør vognen lett å manøvrere.

Hygienisk og lettstelt.

Vognene kan slås sammen, og settes inn i hverandre for plassbesparende oppbevaring.

Kjøkkensjef Nils Terje Tangnes på Steffensrud Rehabiliteringssenter AS er idemakeren til måltidsvognen, og sier det er rart ingen har funnet på dette før.

Tilbakemelding fra kantinepersonalet på Beitostølen Helse- og idrettsenter: Vi kunne ikke klart oss uten!

Rupro AS tlf:72498900 www.rupro.no

STAINLESS

## Dorthe Relling

Alder: 47 år

Yrke: Barnesykepleier

Jobber: Nyfødt intensiv, St. Olavs Hospital i Trondheim

## Følger små liv

For tiden kjører jeg rundt i lykkerus.

**J**eg tar hånd om premature og syke nyfødte. St. Olavs Hospital har også spesialfunksjon for nyfødte med misdannelser i magen. Derfor har vi også nyfødte som for eksempel er født med åpen buk, lukket spiserør eller lukket endetarm.

Det spesielle med nyfødt intensiv, er at vi både har kritisk syke pasienter, som for eksempel de minste premature eller barn som har manglet surstoff under fødselen og må kjøles ned, til barn som puster og spiser selv.

Jobben blir aldri rutine. Faget er i voldsom utvikling, og jeg ser at ny kunnskap raskt blir omsatt i praksis. For eksempel håndterer vi barna på en annen måte nå enn da jeg begynte i 1993. Vi har større respekt for deres smerte, og tilstreber for eksempel å stikke dem minst mulig.

Jeg er også praksisveileder, og sammen med undervisningssykepleier har jeg ansvar for å gi nyansatte kompetanse i å bruke Cpap og respirator. Det er utrolig inspirerende og lærerikt å få være med og forme nye kolleger.

En viktig del av jobben er å se barna i det intensive. Det prøver jeg også å hjelpe foreldrene med. Mange synes det er skremmende å få et veldig lite barn, omgitt av mye teknisk utstyr. Jeg hjelper dem å nærme seg barnet sitt, og forteller at barnet trenger dem. De merker veldig godt om det er mamma eller pappa som er hos dem, eller en sykepleier.

Siden mai har vi hatt et tilbud om at barn kan reise hjem med sonde. Dette er min lille baby, som jeg har fått lov å utvikle. Mange av barna ligger her lenge, og foreldrene synes det er fantastisk å få komme hjem noen uker før. Vi reiser hjem til dem, kontrollerer vekt og veileder i spisetrening. Tilbudet har blitt en stor suksess, og vi har fått midler til å videreutvikle det. Jeg kjører rundt i lykkerus.

Jeg har alltid ønsket å jobbe med barn. At det ble nyfødte var tilfeldig, men jeg trives fryktelig godt. Jeg kommer meg ikke herfra. Jeg vurderte jordmor, men på nyfødt intensiv får jeg også være med på fødsler.

Det som er vanskelig med jobben, er når barn dør eller jeg må være med å formidle triste diagnoser. Å få barn skal være begynnelse på et liv. Å oppleve at barn dør eller har en sykdom de bare vil bli dårligere av, er tungt. I bunn for sykepleie ligger et ønske om å hjelpe og trøste, men det er vanskelig å være der for foreldrene i sånne situasjoner. Heldigvis skjer ikke det ofte. De fleste barna jeg møter, går det bra med.

Det beste er å være med å ta imot et prematurt barn, og så være kontaktsykepleier fram til barnet reiser hjem. Det er veldig givende. Ofte kommer familien innom på besøk etter at de er skrevet ut. Vi får julekort, og har også fått konfirmasjonsbilder. Det er utrolig å se at de bitte små barna er blitt til store ungdommer, som ikke bærer noe preg av at de er født for tidlig. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Lena Knutli





FAGARTIKKEL:  
Aktiv praksis.  
Side 62

FAGARTIKKEL:  
Knuses eller ikke knuses?  
Side 70

FAGNYHET:  
Såpebobler mot smerte.  
Side 74

Sakligom  
KAM.  
Se bokan-  
meldelser

Side 68

Sykepleien

# Fag

bøker  
& kultur



«Tuberkulose  
var tabu.»

Side 66

**FØLGER OPP:** Tett oppfølging av premature på helsestasjonene gjør overgangen fra sykehus til hjem lettere for mange foreldre. Helsesøster May Britt Farnen Holt ved Sandvika helsestasjon i Bærum, her med Mikkel på armen, har skrevet fagartikkel om reussurshelsestasjoner for premature.

Side

50



Side

72

«Sykepleierne opplevde et medansvar når de leverte dosetten på morgenen og samtidig visste at hun skulle ut og kjøre bil.» **BERIT DAAE HUSTAD**

# Tettere og nærere

Mikkel og Ida får eget tilbud i Bærum.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**



## Tilbud til premature

- › Bærum kommune tilbyr premature barn og deres foreldre mer omfattende oppfølging enn fullbårne barn. Dette er anbefalt av myndighetene, og et ønske fra foreldre.
- › Tilbudet gis til barn født til og med 34. svangerskapsuke. Helsesøster skal ta kontakt med familien på sykehuset, og være lett tilgjengelig for spørsmål og konsultasjoner. Det skal være lav terskel for å henvise barn til for eksempel fysioterapi eller psykolog og det skal tilbys egne barselgrupper for premature.
- › Les også fagartikkelen på side 53–56.

**F**ørste gang helsesøster May Britt Farmen Holt traff Mikkel og Ida, var på Drammen sykehus. Etter det har hun hatt jevnlig kontakt med dem, mamma Tanja Skog og pappa Christian Alexander Eide.

### Plutselig mor

Mikkel og Ida kom åtte uker før termin. Tanja Skog hadde vært til kontroll hos jordmor på formiddagen, og om ettermiddagen gikk vannet. Hun ble kjørt til Drammen sykehus i ambulans og fødte to dager seinere.

– De kom som lyn fra klar himmel, sier hun.

### Endret praksis

Hvert år fødes det rundt 4 000 premature barn i Norge. Det vil si at de er født før 37. svangerskapsuke. Fordi de er umodne, er de mer sårbare enn fullbårne barn. De har blant annet dårligere utviklet immunforsvar og er mer følsomme for sanseintrykk. Det gjør at de har andre behov enn terminbarn.

En kartlegging som ble gjort på nyfødtsseksjonen ved Rikshospitalet i 2003, viste at foreldre ikke var fornøyd med tilgjengelighet, erfaring og kompetanse på premature barn når de ble utskrevet fra sykehuset og

fulgt opp på helsestasjon. Da bestemte Bærum kommune seg for å gjøre noe. Tre, og seinere fire, av helsestasjonene fikk status som såkalte ressurshelsestasjoner, det vil si at de skal ha et særlig tilbud til premature. (Dette er beskrevet i fagartikkelen på side 53–56.)

Sandvika er en slik ressurshelsestasjon, og her er May Britt Farmen Holt en av to helsesøstre som har et spesielt ansvar for premature. Tilbudet gis til barn født til og med 34. svangerskapsuke. Ifølge en ny evaluering fungerer dette tilbudet bra, men også barn født etter 34. svangerskapsuke ser ut til å ha behov for et tilrettelagt tilbud.

### Enklere

Da Ida og Mikkel ble født, var de så umodne at de måtte overvåkes hele tiden.

– Det var veldig utfordrende, forteller Tanja Skog.

– Det var mange leger og sykepleiere å forholde seg til. Alarmene gikk hele tiden. Mannen min og jeg fikk også raskt ansvar for å stelle barna selv.

May Britt Farmen Holt fikk melding fra sykehuset om at det var født premature tvillinger. Hun tilbød seg å komme på besøk, og Tanja Skog og mannen takket ja.

Etterpå har de truffet hverandre åtte ganger, enten hjemme hos Skog eller på helsestasjonen. I tillegg har de hatt mye telefonkontakt.

– Jeg visste ikke at det fantes et sånt tilbud, sier Skog.

– Hun kommer til og med hjem til meg, og har med vekt sånn at jeg slipper turen til helsestasjonen. Det



gjør det enkelt for oss i en strabasiøs fase. Det er veldig fint å ha et menneske jeg kan ringe eller sende sms til.

#### Tett på

May Britt Farmen Holt erfarer at foreldrene setter pris på at hun er så tilgjengelig.

– Jeg får høre at det er fantastisk at noen er så tett på, sier hun.

Hun har hatt et spesielt ansvar for premature siden ordningen med ressurshelsestasjon ble etablert i 2003. De er to helsesøstre med dette ansvaret på Sandvika helsestasjon, åtte totalt i kommunen. Hun er glad for å ha en å konferere med. De må også sørge for å være oppdatert på ny kunnskap om premature.

Foreldre velger selv om de vil gå på

ressurshelsestasjonen. De fleste takker ja, men noen velger å gå til sin lokale helsestasjon.

#### Får råd

Skog har en datter fra før som ble født til termin, men synes barseltiden er annerledes nå.

– Jeg har flere spørsmål. Når jeg tenker det er lurt å starte med noe nytt, spør jeg May Britt. Og hun kan si nei. Hun gir råd om spesielle hensyn jeg må ta fordi de er premature, som at de ikke skal ligge i store rom og trilles overalt. De bør heller ikke være med på trening, fordi inntrykkene blir for voldsomme, sier hun.

– Og så minner hun meg om at de er små. Det kan være lett å glemme, fordi jeg føler barselperioden har vart så lenge.

#### Spising

May Britt Farmen Holt opplever at foreldrene særlig har behov for psykisk støtte.

– De får lang barseltid, og det kan være slitsomt. Jeg prøver å vise dem lys i tunnelen og å minne dem på alt som er normalt. Foreldre kan bli frustrerte over at en seks uker gammel

**GOD KONTAKT:** Mamma Tanja Skog understreker hvor viktig det er med informasjon når man har fått et for tidlig født barn. – Både fra sykehus og helsestasjon, sier hun. Noen ting, som hvor vare de er for sanseinntrykk, kan man ikke høre for mange ganger.

«Det er veldig fint å ha et menneske jeg kan ringe eller sende sms til.» *Tanja Skog*

baby ikke gir respons. Men man kan ikke forvente det av en som er født for tidlig.

Hun erfarer også at mange bekymrer seg for veksten.

– I starten er mange premature trøtte og lite sugevillige, og det kre-





**SMILER BREDT:** Mikkel har spist seg opp fra knappe to til seks kilo.

ver at vi jobber med spisingen.

Hun kunne gjerne tenkt seg flere hjelpetiltak rundt spising.

Evalueringen av tilbudet viser også at foreldrene ønsker at helse-søstrene har bedre kunnskap om flaskemating og ernæring.

#### Barselgruppe

Ida har fått plass på matten hos Holt. Også hun lager lyd.

– Hun har begynt å prate mer, sier Holt og ser opp på mammaen.

– Ja, pappaen er kjempefornøyd, smiler Skog.

– Nå elsker han å hente dem om morgenen. Han ligger og prater med dem i sengen.

Tvillingene begynner å bli

ganger i året mot to tidligere.

Men Skog tror ikke hun kommer til å gå i prematurbarselgruppen, fordi hun allerede har begynt i tvilling-barselgruppe.

– Og der er det flere premature, forteller hun.

#### Nært

Mikkel og Ida er blitt fire måneder. Ved fødsel veide de begge under to kilo. Nå har begge rundet seks. Tanja Skog går fast til May Britt Farmen Holt en gang i måneden. Nå er det to uker siden sist.

– Eller, vi snakket jo sammen i forrige uke, sier hun.

Da var det Holt som ringte henne.

– Det hender jeg gjør det, for

«Jeg prøver å vise dem lys i tunnelen og å minne dem på alt som er normalt.» *May Britt Farmen Holt, helsesøster*

sultne. Ida gir fra seg et bestemt vræl. Hun og broren kommer rett fra barselgruppe. Ressurshelsestasjonen har tilbud om barselgrupper for premature. Etter at evalueringen viste at foreldrene syntes gruppene ble startet for sjelden, etableres det nå grupper tre til fire

å høre hvordan det går, bekrefter hun.

Skog er helt overveldet over tilbudet.

– Det er supert at det er så nært, sier hun.

– Dette er noe alle kommuner burde ha. ■■■

## Personvekker

- medisinsk godkjente

#### MS5400 Stolvekt

med BMI funksjon  
Max 300 kg.

10.995,-  
(eks. mva)



#### MS2400 Babyvekt

1.695,-  
(eks. mva)

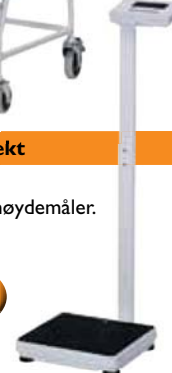


MS80D  
Lengdemåler  
til babyvekt  
kr. 1.195,-  
eks. mva.

#### MS4900 Søylevekt

med BMI funksjon  
Kan påmonteres høydemåler.  
Max 300 kg.

3.995,-  
(eks. mva)



#### MS4400 Bismervekt



1.295,-  
(eks. mva)

Arcus  
Vita as

Pb 213, 5591 Etne • Tlf 53 75 77 50  
Epost: post@arcus-vita.no

Flere vekter og høydemålere  
samt informasjon og bestilling på  
[www.arcus-vita.no](http://www.arcus-vita.no)



**Bodil Erdal**, helse-søster med spesialutdanning i barn og unges psykiske helse, avdelingsleder for Helsestasjoner Bærum Vest

**May Britt Farmen Holt**, helsesøster, Sandvika helsestasjon i Bærum kommune

# Bedre oppfølging av premature

Foreldre med premature barn var tilfredse med tilbudet ved ressurshelsestasjonene i Bærum kommune.

**F**aglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn anbefaler at man tilbyr premature barn og deres familier en mer omfattende og målrettet oppfølging (1). Helsesøstre skal ha relevant kunnskap og tilby oppfølging som tar sikte på å lære foreldre å forstå barnets behov. Dette vil på sikt ha betydning for barnets generelle utvikling (2,3,4).

## Savnet kompetanse

Prosjektet «Trygghet som foreldre til premature barn» ble gjennomført av Rikshospitalets nyfødtsseksjon i tiden 1.4.2001–31.3.2003 (5). Helsesøstertjenesten fra Bærum kommune deltok i planlegging og gjennomføring av prosjektet, som hadde som mål «gjennom informasjon og veiledning å styrke foreldrene, slik at de har tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter til å mestre den daglige omsorg av det premature barnet hjemme». Som en del av dette prosjektet ble det gjennomført en brukerundersøkelse blant foreldre fra Asker og Bærum med barn som hadde vært innlagt ved nyfødtsseksjonen ved Rikshospitalet. Brukerundersøkelsen viste at foreldre ikke var tilfredse med helsestasjonens tilgjengelighet, erfaring og kompetanse på premature barn.

## Ressurshelsestasjoner

Ved å opprette ressurshelsestasjoner, ønsket kommunen å bedre kvaliteten på oppfølgingen av premature barn. Helsestasjonstilbudet skulle være mer tilgjengelig og ha personell med erfaring og oppdatert kunnskap på dette området (6). Helsesøstrene fikk anledning til å skaffe seg spisskompetanse ved å hospitere ved nyfødtsseksjonen og ved fagdager en gang i halvåret. Man ønsket å sikre et godt samarbeid mellom nyfødtsseksjonen ved Rikshospitalet og ressurshelsestasjonene i kommunen. Oppfølging av de premature barna skulle tilrettelegges etter individuelle behov, og informasjonen til foreldrene skulle formidles slik at de ble forsvarlig ivaretatt. Premature ble i denne sammenheng definert som barn født i uke 34 eller tidligere. Med utgangspunkt i nasjonale faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn, har Helsekontoret i Bærum utarbeidet et eget fagprogram og en serviceerklæring for oppfølging på helsestasjonen (6).

## Evaluerings

Hensikten med evalueringen var å dokumentere i hvilken grad foreldre til premature barn var tilfredse med tilbudet og om møtet med ressurshelsestasjonen hadde bidratt til å gi dem en trygg overgang fra sykehus til hjem. I tillegg ønsket vi å få frem utfordringer og forbedringsområder. I denne artikkelen vil vi først presentere foreldrenes synspunkter på ressurshelsestasjonene, deretter diskutere hva som kan forbedres. Evalueringen ble foretatt i tidsrommet desember 2009 til mars 2010 (7). Spørreskjema ble sendt til 97 familier fra deres respektive ressurshelsestasjoner. Det går ikke fram om det ble besvart i fellesskap av begge foreldrene eller kun én av dem.

## Metode

Evalueringen ble foretatt som et ledd i kommunens kvalitetsutviklingsarbeid. Gjennomføring og

analyse ble gjort av en ekstern medarbeider som ikke var tilknyttet den aktuelle avdelingen og som ikke kjente informantens identitet. Dette var en evalueringstudie der både kvantitativ og kvalitativ metode ble brukt (8). Spørreskjema og intervjuguide ble utarbeidet av en gruppe helsesøstre i samarbeid med en forsker. Dataene som kom inn ble analysert på intervallskalanivå. «Helt enig» fikk verdien 1, mens «Helt uenig» fikk verdien 4.

## Utvalg

I perioden 2003 til 2009 var det cirka 170 barn som ble født før 34. uke i Bærum kommune. Det var ikke alle familier som benyttet seg av ressurshelsestasjonene, og noen hadde flyttet ut av kommunen i perioden. Det ble sendt ut spørreskjema, samt en purring, til 97 huster som benyttet seg av tilbudet fra 2003 til 2009. Til sammen besvarte 77 familier spørreskjemaet, noe som ga en svarprosent på 79 prosent. Sammen med purrbrevet ble det vedlagt en forespørsel om det var noen av foreldrene som ønsket å la seg intervjuet som en del av evalueringen. De fire mødrene som meldte seg til dette, ble så intervjuet av forskeren. Vi antok at størrelsen på utvalget, svarprosenten og intervjuers avstand til respondenten ville ivareta undersøkelsens reliabilitet. Intervjuene som ble utført underbygger spørreskjemaenes validitet.

## Resultater

Resultatene er delt inn i tre hovedkategorier i henhold til kategoriene i spørreskjemaet; 1) Informasjon og veiledning, 2) Helsesøsters kunnskap og ferdigheter, 3) Grad av tilfredshet med tilbudet. Både data fra spørreskjemaene og intervjuene blir presentert i tekst og tabellform.

1) *Informasjon og veiledning.* Før utskrivning fra sykehuset hadde 73 prosent av respondentene fått informasjon om ressurshelsestasjonene. Omtrent halvparten av de spurte hadde fått besøk av ressurshelsesøster på sykehuset, som

## Hovedbudskap

Vi har undersøkt om ressurshelsestasjonene for premature barn og deres foreldre i Bærum kommune bidrar til å gi foreldre med premature barn en trygg overgang fra sykehus til hjem. Hjelper helsesøster på ressurshelsestasjonen dem til å bli trygge i forelderollen? Hva kan eventuelt forbedres?

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.  
» Helsestasjon » Barn » Familie » Nyfødt



**HAR OFTE KONTAKT:** Helsesøster May Britt Farnen Holt har jevnlig møtt Tanja Skog og tvillingene Mikkel og Ida siden de ble født i mai. Foto: Erik M. Sundt

formidlet informasjon om tilbudet og etablerte kontakt. Tilnærmet alle de spurte mente at helsesøster tok rask kontakt etter hjemkomst. Spørreskjemaene viste at familiene fikk informasjon om blant annet ernæring, spiseproblematikk, søvn, barnets utvikling, tolking av signaler, stimulering og skjerming, smittefare og infeksjoner. De fleste familiene mente at helsesøster hadde bidratt med lett forståelig og verdifull informasjon om det å ha ansvar for et prematurt barn, mens 9 prosent var helt uenige i at informasjonen var verdifull. Ved å slå sammen kategoriene «helt enig» og «litt enig» viste det seg at 87 prosent av foreldrene mente at ressurs helsesøster hadde bidratt til en trygg overgang fra sykehus til hjem, og 85 prosent at helsesøster hadde vært en god støtte.

2) *Helsesøsters kunnskap og ferdigheter.* Mesteparten (82 prosent) av foreldrene var enige eller litt enige i at helsesøster hadde god kompetanse på premature barn, og at de følte seg trygge på at ressurs helsesøster ville oppdaget det hvis barnet ikke utviklet seg normalt. Tre av de fire mødrene som ble intervjuet opplevde at helsesøster hadde relevant kompetanse på premature barn. Det fremkom likevel fra intervjuene at flere ønsket helsesøster hadde mer kunnskap om flaskemating og ernæring og at det var behov for utvikling av

kompetanse på dette området. En mor syntes ikke at helsesøster hadde relevant kompetanse på premature barn. På tross av varierende erfaring med «sin» helsesøster, oppgav den samme respondente at hun var glad for at Bærum kommune har dette tilbudet til premature barn og deres foreldre.

3) *Grad av tilfredshet med tilbudet.* Nærmest alle som svarte på spørreskjemaene var enten helt enig eller litt enig i at de hadde blitt godt ivaretatt på ressurs helsesøster. Den individuelle oppfølgingen besto av hyppig kontakt i form av hjembesøk eller konsultasjoner på helsestasjonen, og 84 prosent var helt eller litt enig i at møtet med ressurs helsesøster hadde gjort dem tryggere i forelderrollen.

En mor uttalte: «Tryggheten er ikke så mye det medisinske, for det får du fra sykehuset, om det blir alvorlig så får du hjelp der, men det er mer sånt som ernæring, amming, alt som helsestasjonen driver med er enda viktigere for sånne små barn. Du får ikke svar i en bok, og bøker om premature barn er så skumle at dem burde man holde seg langt unna».

En annen mor fremhevet at møtet med ressurs helsesøster hadde gjort opplevelsen av krise lettere å håndtere: «Jeg hadde kjørt hvor som helst ellers for å få dette tilbudet. Jeg følte vi hadde vært

gjennom en såpass spesiell situasjon at overgangen uten en sånn ressursperson hadde vært mye vanskeligere».

En mor opplevde at hun fikk lite støtte til egen psykiske helse: «(...) jeg fikk et barn til, og da var det veldig mye fokus på mors psykiske helse, hvordan du føler deg, om du klarer å takle det, om du er litt deppa og sånn. Jeg fikk ikke det første gang».

### Nettverk viktig

I tillegg var behovet for nettverk og støtte et område som ble utdypet i intervjuene. Tre av fire av mødrene som ble intervjuet hadde benyttet seg av tilbudet om barselgruppe der det kun var premature barn og deres mødre. Alle tre var fornøyde med gruppen som støtte og sosialt nettverk. I intervjuet uttaler en av mødrene: «(...) overgangen er helt umulig å fatte. Hvis man kanskje har fått sitt tredje barn og er veldig rolig av seg, så går det fint, men den situasjonen jeg opplevde på sykehuset var et sjokk ... det hadde ikke vært bra for meg eller barnet eller noen hvis man ikke hadde hatt et sikkerhetsnett».

En mor vektla barselgruppens nettverksfunksjon og støtte som viktig fordi de har andre typer spørsmål og bekymringer enn foreldre til terminbarn. En annen opplevde at gruppen ble satt



Les reportasjen fra Sandvika helsestasjon på side 48. ←

i gang for sent: «Jeg har vært fornøyd med tilbudet, men for meg så skjedde det veldig sent. Fordi det er to barselgrupper i året og det betyr at det kan være seks måneders aldersforskjell og min sønn var blant de eldste. Han var født i september og vi begynte i mars, så jeg fikk ikke være med ... så det betydde at jeg var litt alene de første seks månedene».

#### Diskusjon

Et av hovedmålene med ressurs-helsestasjonene er å bidra til en trygg overgang fra sykehus til hjemmet. Helsekontoret ønsker at foreldrene skal oppleve individuell tilrettelegging, at de får informasjon som er forståelig og at de blir ivarettatt og føler seg trygge. Ressurs-helsestasjonene skal, ved å ha ny kunnskap og erfaring med premature barn, kunne tilby en mer individuelt tilpasset oppfølging.

#### God støtte

Resultatene viser at et overveiende flertall av foreldrene fikk informasjon om ressurs-helsestasjonens tilbud mens de var innlagt på sykehuset, og at de opplevde informasjonen fra helsesøster som lett å forstå. Svarene viste at helsesøster vurderte hvilken informasjon foreldrene til enhver tid hadde behov for vedrørende for eksempel søvn, ernæring og trøst. Et overveiende flertall hadde opplevd støtten fra helsesøster som god.

På tross av de gode tilbakemeldingene fra mødrene som ble intervjuet, viser kommentarer og utsagn at noen områder kan forbedres. I det følgende vil vi diskutere disse områdene, som kan oppsummeres i følgende punkter:

- Oppdatering av kunnskap hos helsesøstre
- Oppfølging av mors psykiske helse
- Hyppigere oppstart av barselgruppe

#### Helsesøsters kompetanse

Å få et prematurt barn representerer en utfordring for de fleste foreldre. De viser blant annet tegn på overfølsomhet, forandret tidsoppfatning, søvnforstyrrelser og manglende appetitt, og har økt risiko for stress, angst og depresjon (9). På nyfødteksjonen har barnet vært under kontinuerlig overvåkning, og foreldrene har hatt fagfolk rundt seg hele døgnet. Det er en stor overgang å komme hjem og være alene med ansvaret. Det er derfor ekstra viktig med tett oppfølging den første tiden etter hjemreise (10,11,12). Kvinner med psykiske

tolkes som en indikasjon på at det kan foreligge forskjellige nivåer av kompetanse hos fagpersonell. Dette er interessant sett i forhold til en upublisert studie blant foreldre med premature barn, der man fant at bare halvparten av de spurte opplevde å bli møtt med god kompetanse om for tidlig fødte barn på helsestasjonen (5,11).

#### Mors psykiske helse

De fire mødrene som ble intervjuet betegnet alle sammen perioden rundt fødselen og tiden etter som en krisesituasjon. Som tidligere beskrevet,

## «Det er en stor overgang å komme hjem og være alene med ansvaret.»

reaksjoner etter fødsel kan ha nedsatt sensitivitet for å respondere på barnets signaler. Dette vil kunne påvirke utviklingen av samspillet mellom mor og det premature barnet, noe som har stor betydning for barnets tidlige kognitive, språklige og sosioemosjonelle utvikling (13,14).

Dette krever at helsesøster har nødvendig kompetanse på premature barn og kan gi tettere oppfølging enn av terminbarn (9,15). Flertallet av de spurte mødrene nevnte i intervjuene at de syntes det var viktig at helsesøstrene var oppdatert på den nyeste forskningen på området. Veiledning gjør en stor forskjell når det gjelder å styrke foreldrenes trygghet og kompetanse og minske stress (2).

I gjennomgangen av kommentarene og i intervjuene fremkom det at flere respondenter opplevde at kompetansen varierte fra helsesøster til helsesøster. Om dette skyldtes tilfeldigheter eller om det er en reell forskjell er vanskelig å fastslå på bakgrunn av de data som foreligger. Funnene kan

fremhevet en mor at opplevelsen av krise hadde vært lettere å håndtere med støtte av en ressursperson på helsestasjonen. Det samme opplever kvinner som får støttende oppfølgingssamtaler i forbindelse med barseldepresjoner (16). Tre av fire intervjuede mente de hadde opplevd at helsesøster var for lite oppmerksom på psykisk helse. De ga også uttrykk for at det var vanskelig å spørre om hjelp. De opplevde at det kunne være vanskelig å vedgå sine egne psykiske problemer når de egentlig burde vært glade for at det gikk bra med barnet. En mor beskrev det som uheldig at det ikke var mer oppmerksomhet rundt psykisk helse i en så vanskelig situasjon som det er å få et prematurt barn. Det er mulig at kvinnene fikk for liten oppmerksomhet i forhold til det premature barnet. Disse kvinnene burde få tilbud om å fylle ut kartleggingskjemaet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ved første konsultasjon på helsestasjonen på lik linje med andre barselkvinner (17,18,19).



## Usikker på hva pasienten sier?

Ikke risiker liv og helse

## Bruk tolk

Se veileder om kommunikasjon via tolk, for mer informasjon om tolkebruk

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



07 Grippen AS

Helsedirektoratet

En viktig støtte i spedbarnsperioden er den støtten foreldre kan gi hverandre (9). Kvinnene som ble intervjuet vektla betydningen av å kunne drøfte problemer og erfaringer med noen som hadde vært i samme situasjon. Det er derfor viktig å etablere barselgrupper hyppig, slik at alle får anledning til å delta så raskt som mulig etter hjemkomst.

### Konklusjon

Resultatet av undersøkelsen viser at foreldrene i stor grad er fornøyde med ressurs-helsestasjonenes tilbud og at et overveiende flertall mener ressurs-helsestasjonene bidro til å gi dem en trygg overgang fra sykehus til hjem. Dette er i tråd med ressurs-helsestasjonenes formål og viser således at man har lyktes med å skape et tilbud som gir god og individuell tilpasset oppfølging fra helsepersonell med god kompetanse på premature barn. På bakgrunn av uttalelser fra de intervjuede mødrene er det viktig at helsestasjonenes rutine med å kartlegge mors psykiske helse tilpasses foreldre med premature barn. Det er sannsynlig at barselgruppene har stor betydning for mødrene. Det vil derfor være et positivt grep om flere fikk nytte av tilbudet på et tidligere tidspunkt i permisjonstiden og over lengre tid, uavhengig av fødselsdato.

### Oppsummering

Evalueringen bekreftet at Helsekontorets satsing

på ressurs-helsestasjoner for premature barn var et riktig organisatorisk grep og inspirerer til en fortsatt satsing og utvikling av dette tilbudet. Evalueringen viste også til områder der det er behov for forbedringer. På bakgrunn av den kunnskap vi har om «late preterm infants» bør grensen for familier som får tilbud om oppfølging fra ressurs-helsestasjonene heves til barn som er født før 37. uke (20,21). For å imøtekomme kvinner med psykiske reaksjoner, bør man gjennomføre systematisk kartlegging ved hjelp av EPDS-skjemaet og oppfølgingsamtaler. I dag kartlegges alle mødre i kommunen for psykiske reaksjoner etter fødsel. Ut fra responsen både i intervjuene og i kommentarene i spørreskjemaet, vil Helsekontoret gi tilbud om hyppigere oppstart av barselgrupper. Utfordringen er å vedlikeholde samarbeidet med spesialisthelsetjenesten både når det gjelder oppfølging av familier og når det gjelder oppdatering av kunnskap for helsesøster og leger på ressurs-helsestasjonene. For å unngå stor variasjon av kompetanse ved de forskjellige ressurs-helsestasjonene, vil vi foreslå et tettere samarbeid mellom ressurs-helsesøstre, regelmessige møter, felles kurs og faglig oppdatering. På denne måten kan man sikre kunnskapsdeling på tvers av helsestasjonene.

*Evalueringen ble støttet av prosjektmidler fra Helse- og rehabilitering gjennom Norske Kvinners Sanitetsforening. ■■■*

### LITTERATUR

1. Sosial- og helsedirektoratet. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. 08/2007.
2. Kaarensen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006 July; 118(1): 9-19.
3. Olafsen KS. Precursors regulatory competence in term and preterm infants: The influence of a sensitizing intervention on temperament and social communication during the first year of life. Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø, 2010.
4. Moss N, Hval M, Hellerud AK, Petersen NB. Samspillsvilleder. Nyfødtintensiv. Sykehuset Buskerud, Helseregion Øst og Sør, 2007.
5. Rikshospitalet. «Trygghet som foreldre til premature barn». Sluttrapport, 2004.
6. Bærum kommune, Helsekontoret for barn og unge. «Serviceerklæring for Ressurs-helsestasjoner for premature barn i Bærum kommune». 2005.
7. Bærum kommune, Helsekontoret for barn og unge. Helsestasjonstilbudet til premature barn og deres foreldre. Evaluering, Bærum 2010.
8. Kvale S. Interviews. An introduction to Qualitative Research Interviewing. Sage Publication, 1996.
9. Kloppen K. Hvordan kan helsevesenet støtte mødre til premature barn det første året etter fødselen? Masteroppgave, Det Psykologiske Fakultet, Universitetet i Bergen, 2008.
10. Markestad T. Å være foreldre til et for tidlig født barn. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
11. Karterud VL. Foreldre til premature barns behov for sykepleie ved overgangen fra nyfødtavdelingen til hjemmesituasjonen. Universitetet i Oslo, 2000.
12. Ravn IH. Klar for hjemreise? I: Tandberg BS, Steinnes S, red. Nyfødt-sykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2009 SIDE 105-116.
13. Cho J, Holditch-Davis D, Miles MS. Effects of maternal depressive symptoms and infant gender on the interactions between mothers and their medically at-risk infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37: 58-70.
14. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010; 33: 1-6.
15. Olavsen ES. «Helsesøsterkompetanse og oppfølging av premature barn» i Mastergradsoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet Universitetet i Oslo, 2010.
16. Glavin K, Smith L, Sørum R, Ellefsen B. Supporting counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of advanced nursing*. 2010 Jun;66(6): 1317-27.
17. Glavin K. «Women with postpartum depression - an early identification and intervention study». Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2010.
18. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nurse* 2010; 27(3):255-62.
19. Bærum kommune. Psykisk helsetjeneste for barn og unge. «Tilpasningsvansker og psykiske reaksjoner hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid» Rapport, Bærum, 2007.
20. Altman M, Vanpee M, Bendito A, Norman M. Shorter hospital stay for moderately preterm infants. *Acta Paediatrica* 2006; 95: 1228-1233.
21. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. «Late-preterm» infants: a population at risk. *Pediatrics* 2007; 120: 1390-1401.



## Medalje nr. 200 000 til sykepleier

Medaljen for lang og tro tjeneste nr. 200 000 er tildelt en sykepleier ved Oslo Universitetssykehus. Den unike og tradisjonsrike utmerkelsen har blitt tildelt arbeidstakere med minst 30 års ansettelse hos samme arbeidsgiver siden 1888. Det er arbeidsgiver som søker på vegne av sine ansatte.

**Har du en medarbeider som fortjener en slik heder?  
Ta kontakt!**



**NORGESVEL**  
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Telefon: 947 91 970

norgesvel@norgesvel.no

www.norgesvel.no/heder



## Spasertur mot diabetes

**En kort spasertur** etter maten holder blodsukkeret i sjakk. Det viser forskning den norske legen Arne Thorbjørn Høstmark har gjort.

– Bare det å reise seg opp og rusle omkring er nok til å hindre økning i blodsukker i betydelig grad, faktisk i samme grad som legemidler som skal motvirke høyt blodsukker, sier han til forskning.no

Det er kjent at aktive mennesker bruker mer sukker

enn inaktive. Det som har overrasket Høstmark, er hvor lite aktivitet som har effekt. Bare litt slentring reduserer nivået av blodsukkeret, og det ser ikke ut som om slentring gir mindre utslag enn sykling. Men lengden av den fysiske aktiviteten ser ut til å bety noe.

Høstmark sier til forskning.no at dette er helseråd som bør ut til flere.

Kilde: forskning.no

## Mister 14 år

**Kvinner som røyker** lever i snitt 14 år kortere enn kvinner som ikke røyker. Menn som røyker mister seks. Det viser doktorgradsarbeidet til Morten Grundtvig.

– At røykende kvinner tapte mer levetid enn røykende menn indikerer at røyking gjør større skade hos kvinner enn hos menn, sier han til Dagens Medisin.

Grundtvig har analysert data fra 2281 pasienter med hjerteinfarkt. Røykerne var i snitt yngre enn de som ikke røyket, og nesten all forskjell i alder kunne forklares med røyking.

Kilde: Dagens Medisin



## Bra at gravide trener

**Friske gravide som** trener i svangerskapet er i mindre grad sykmeldt på grunn av smerter i rygg og bekken enn kvinner som ikke trener. Det viser doktorgradsarbeidet til Signe Nilssen Stafne. Hun har studert 855 gravide, hvor den ene halvparten fikk vanlig svangerskapsomsorg og den andre halvparten fikk et strukturert treningsopplegg over tolv uker.

Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt svangerskapsdiabetes eller insulinresistens, men færre av dem som trente var sykmeldt med plager i bekken og rygg. I tillegg hadde færre av dem som trente problemer med urininkontinens.

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening

# 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 kreditt på kr 15.000 er 32,32%

## Jubileumskongress

› Henrietta Forsman legger frem sin forskning på NSFs jubileumskongress. Kongressen er i Oslo 25. og 26. september. Sykepleien presenterer noen av dem som skal holde innlegg her.

# Sier de ikke bruker forskning

Ferske sykepleiere har lært at de skal bruke forskning. Likevel oppgir de at de i liten grad bruker forskning i jobb.

Tekst **Nina Hernæs**

**D**et er forventet at ferske sykepleiere skal bruke forskningsbasert kunnskap når de begynner å jobbe, sier Henrietta Forsman, universitetslektor ved Högskolan Dalarna i Sverige.

– Men når jeg spurte, svarte rundt halvparten at de i liten grad bruker forskning. Det bekymrer meg.

Forsman presenterer forskningsresultatene sine på Sykepleierkongressen i slutten av september. I fjor avla hun doktorgraden med avhandlingen *Registered nurses' research use – a*

*national survey on extent, patterns, intentions and associated factors in undergraduate education and the first years of clinical practice.*

## Kan sammenlikne

Ved hjelp av spørreskjema fulgte Forsman nyutdannede sykepleiere i tre år. Studien er gjort i Sverige, men hun mener funnene kan overføres til norske forhold.

– I Norge er det gjort studier som antyder det samme, sier hun.

Forsman spurte sykepleierne om de brukte forskning på tre områder. Om forskning påvirket hva de konkret gjorde, om forskning påvirket tanker og holdninger eller om de brukte forskning til å påvirke kolleger og ledere.

En av tre svarte at de brukte forskning i konkrete handlinger. En av fire svarte at forskning påvirket tanker og holdninger og færre enn en av ti svarte at de brukte forskning for å påvirke kolleger eller ledere.

## Trenger verktøy

Forsman jobbet selv tre år på kirurgisk sengepost da hun var ferdig sykepleier.

## «Skolene må i større grad samarbeide og utdanne sykepleiere til virkeligheten.» Henrietta Forsman

– Jeg hadde selv en intensjon om å bruke forskning når jeg begynte å jobbe, men kom inn i en organisasjon og en kultur som gjorde at jeg ikke reflekterte så mye over det. Som nyutdannet blir man veldig opptatt av å mestre de tekniske tingene. Det er en krevende periode.

– Men kan man da forvente at nyutdannede bruker ny forskning i sin praksis?

– Nei. De alene har ikke forutsetningene for å ta ansvar for dette. En stor del av ansvaret ligger hos arbeidsgiver og utdanningene.

Forsman mener skolene må gi studentene verktøy.

– Studentene skal ikke bare lære at de skal bruke forskning, men hvordan de skal gjøre det, sier hun.

## Reflekterer ikke

Forsman understreker at hun ikke har undersøkt om sykepleierne faktisk bruker forskning eller ikke.

– Jeg har bedt dem oppgi i hvilken grad de selv mener de gjør det, sier hun.

– Jeg har ikke belegg for å si at de ikke jobber forskningsbasert. Det kan være at de bruker forskningsbasert kunnskap uten å være klar over det. Men det mener jeg også er problematisk, fordi det i så fall forteller at de ikke reflekterer over hvorfor de gjør som de gjør.

## Må samarbeide

– Overrasket funnene deg?

– Ja. De burde hatt med seg et mer reflektert forhold til forskning fra utdanningen. Og de kommer ut i en klinisk virkelighet hvor det å bruke forskningsbasert kunnskap ikke alltid er en selvfølge. Det er en utfordring både for praksis og for skolene. De må i større grad samarbeide og utdanne sykepleiere til virkeligheten. I dag hender

det at studenter i praksis får høre at «sånn gjør de det på skolen, men sånn gjør vi her».

## Ulike kulturer

I Forsmans materiale utmerket sykepleiere i psykiatrien seg ved å oppgi lite bruk av forskning.

– Jeg vet ikke hvorfor det er sånn. Men det kan henge sammen med ulike pleiekulturer. Jeg vil anta at kultur og organisasjon har innflytelse på bruken av forskningsbasert kunnskap. For å gjøre forbedringer, må man kanskje se på den enkelte arbeidsplass. Det fins ingen universal-løsning, sier Henrietta Forsman. ■■■



**OVERASKET:** Henrietta Forsmans doktorgrad viser at ferske sykepleiere har et lite reflektert forhold til å bruke forskning i praksis. Foto: Privat

# – Alle gjør feil

– Det er alle helsearbeideres oppgave å gjøre det bedre for pasientene, sier Anne Karin Lindahl.

Tekst og foto Marit Fonn

**S**om kirurg skulle Anne Karin Lindahl hjelpe en og en pasient.  
– Nå skal jeg øke kvaliteten til alle pasienter.

Lindahl er nå direktør for avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Derfor ble hun hyret inn for å holde foredrag for sykepleiere på kongress.

– Helsearbeidere har fagkunnskap og fagidentitet. Men de trenger også kompetanse om kvalitetsforbedring. Dette har de ikke lært i utdanningen.

Når de møter problemer i arbeidet, må de vite hva de skal gjøre:

– Helsearbeidere har egentlig to jobber: Å gjøre en god faglig jobb. Men de har også medansvar for å forbedre systemene til beste for pasientene, kollegene og samfunnet.

## Må lære av feil

1. juli overtok Kunnskapssenteret ansvaret for meldtjenesten for sykehusene.

– Da Helsetilsynet hadde ansvaret, kunne man risikere straff ved å melde om uønskete hendelser. Det skjer ikke hos oss. Den nye meldeordningen er opprettet bare for at helsetjenesten skal kunne lære av feil.

– Hva er vanlige feil?

– Mye gjelder legemidler: Dosefeil. Feil medisin til feil pasient. Alvorlige feil, som at et medikament som skulle vært gitt i en ventrikelsonde, gis i cvk. Men det er heldigvis ikke en vanlig forbytning.

Ofte er det sykepleiere som administrerer legemiddelet.

– Men årsaken til en uønsket hendelse trenger ikke ligge der. Det kan for eksempel være feil på kurven eller i kontrollsystemet.

Lindahl understreker at alle gjør feil:

– Alle kan ha en dårlig dag på jobben. Alle opplever stress.

Siden juli har over tusen feil blitt meldt.

– Pasienter blir lagt på sengepost i stedet for på intensiv. En pasient ble lagt på et rom uten at personalet fikk beskjed – det fikk ikke konsekvenser, men kunne fått det. En pasient fikk morfin i mottaket, men ble ikke overvåket og fikk pustestopp.

Det meldes mye om fall. Fra psykiatrien meldes det om selvmord.

– Vi er ikke opptatt av hvor feilen skjer, bare at den kan skje. Og så finne tiltak som kan hindre at det skjer igjen.

## – Gi en god opplevelse

Pasientsikkerhetskampanjer er vanligst i sykehusene. Dette pågår nå også i kommunehelsetjenesten. Poenget er å bidra til riktigere legemiddelbruk ved å kartlegge: Hvorfor får pasienten dette legemiddelet? Hvor lenge er behandlingen planlagt for?

– Kampanjen har faktisk ført til at bruken av legemidler har gått ned, selv om ikke det var hensikten.

Lindahl minner om at personlig engasjement er viktig:

– Vi jobber i helsevesenet for å gjøre en forskjell. Helst vil vi kurere. Ellers vil vi lindre, oppnå et godt resultat, gi en god opplevelse. Derfor er det viktig å involvere brukerne og ta hensyn til pasienterfaringer.

De fleste lederne i helsevesenet er sykepleiere.

«Vi er ikke opptatt av hvor feilen skjer, bare at den kan skje.» Anne Karin Lindahl

– Sykepleielederne har ansvar for store personellgrupper, men få ressurser. De trenger verktøy for å mestre rollen og orke å bli i den. Lederne kan fort bli opptatt av seg selv



**LÆRE:** Mange feil gjelder legemidler. Anne Karin Lindahl er ikke ute etter syndebukker, men at man skal lære av sine feil.

og alt de ikke rekker. Det er lett å glemme at lederen er en viktig person for sine underordnede: Lederne skal vise fram kursen, få folk til å løfte i flokk.

– Hva vil du si til den enkelte sykepleier?

– Ved å bli sykepleier har du gjort et flott valg som betyr mye for samfunnet. Fortsett å utvikle din faglighet – i forståelsen av det vil det bli enda viktigere å jobbe tverrfaglig. ■■■



# Rekord i postere

163 postere presenteres på sykepleierkongressen. Det skaper begeistring i Sykepleierforbundet (NSF).

Tekst **Nina Hernæs**

**D**et er rekord både i antall innsendte og antall antatte postere. I tillegg har posterne høyere kvalitet enn tidligere.

– Jeg er glad og overrasket over mengden og bredden, sier Inger Margrethe Holter, seniorrådgiver i NSF.

Og posterne kommer ikke bare fra universiteter og høyskoler.

– Vi har også fått mange postere fra sykehus og kommunehelsetjenesten, forteller Holter, som mener dette love godt for faget.

## På tross

– Det er et stort potensial for forskning og fagutvikling i praksis, sier hun.

– Mange sykepleiere i praksis har etter hvert tatt mastergrad og doktorgrad, og det øker kvaliteten og kommer pasientene til gode.

Hun retter også et lite spark mot arbeidsgiverne.

– Vi vet at de stiller tøffe krav til sykepleiere på jobb, og i liten grad legger til rette for systematisk fagutvikling og forskning. Likevel finner sykepleiere tid til å utvikle faget. Jeg vil si det skjer på tross, ikke på grunn av arbeidsgiver, sier hun.

## Penger å vinne

Posterne er delt i to kategorier, en for fagutvikling og en for forskning. Det skal kåres vinnere i begge kategorier, og deles ut 90 000 kroner totalt.

Holter sier det har vært viktig også å få med fagutvikling.

– Ikke all fagutvikling tilfredsstillende forskningens strenge krav til blant annet metode, men de har god effekt i praksis og har muligheten til å bli gode forskningsprosjekter.

Totalt seks postere vil få premie. De tre beste innenfor forskning vil få henholdsvis 20 000, 15 000 og 10 000 kroner. Det samme vil de tre beste innenfor fagutvikling.

Oversikt over postere og sammenfatning av innholdet kan leses på sykepleierforbundet.no. Klikk på sykepleierkongressen og velg posterutstilling i menyen på venstre side. ■■■

## Forskningsnyheter

### «My precious»

**På Kongsvinger sykehus** lurte hygienesykepleier Kari Anderson Rød på om smykkefritt sykehus er mulig. Ved hjelp av flere tiltak, som undervisning, dyrking av mikrober fra hender og utdeling av smykkeposer, viste hun at det er mulig å nærme seg målet. Ved siste telling i februar 2012 var over 99 prosent av pleierne og 93 prosent av legene uten smykker.



### Nyttig hofteskole



**Martina Hansens Hospital** i Oslo tilbyr pasienter som skal skifte hofte et informasjonsmøte i forkant av inngrepet, såkalt «hofteskole», men har vært usikre på bruk av ressurser og nytten av tilbudet.

Intensivsykepleier Wibeke Windedal beskriver i en poster hvordan nytten ble undersøkt ved å spørre pasienter. Konklusjonen er at pasientene er fornøyde og sykehuset velger å opprettholde hofteskolen.

### Hele eller delte

**Må sykepleieryrket være** et deltidsyrke også i framtida? Det spørsmålet stiller Kari Ingstad, førsteamanuensis ved Høgskolen i Nord-Trøndelag i sin poster. Svaret er nei. Det fins mange måter å organisere arbeidet på, slik at flere kan jobbe heltid. Arbeidsgivere og arbeidstakere må sammen finne og gjennomføre kompromisser.



### Norsk laks på indisk vis



**Hvilken type eldreomsorg** vil indiske immigranter til Norge ha behov for, og hva slags tilrettelegging trenger de? Høgskolelektor Madhu Sharma presenterer i sin poster en utforskende studie der hun har intervjuet åtte tilfeldig utvalgte indere som har bodd i Norge i 30 år.

De foretrakk offentlig eldreomsorg framfor å belaste familien i Norge eller India, men ønsket tilpasning som kontakt med tempel, religiøse ledere, at det blir lagt til rette for å markere religiøse høytider og indiske veiledere eller konsulenter. Pårørende er viktige bruyggere.

# Et ideal i utakt?

Har vi et ideal vi ikke makter å fylle, spør Edith Roth Gjevjon.

Tekst og foto **Nina Hernæs**

**E**dith Gjevjon vil at sykepleiere skal tenke på hvordan de framstiller seg selv og sine idealer. Det illustrerer hun med egen forskning på hjemmesykepleie.

## Ideal

– Helsevesenet, og særlig hjemmesykepleien, er under press, påpeker hun.

– Pasientene er sykere og trenger mer komplisert sykepleie. Trange budsjetter, krav om effektivitet, mye deltid og høyt sykefravær fører til lavere kvalitet på sykepleien. På en måte kan man si at virkeligheten er i utakt med sykepleieidealet.

Hun sier at sykepleiere ønsker en annen hverdag, og de ønsker å gi sykepleie etter idealet.

– Men forskning jeg har gjort antyder at det er vanskelig å oppnå.

## Følger ikke idealet

Gjevjon peker på at årsakene er ulike og komplekse, og mye kan hver enkelt ikke gjøre så mye med. Det hver enkelt kan gjøre, er å prioritere, velge og handle annerledes, slik at de kan gi sykepleie etter idealet.

– Men ifølge min forskning gjør vi i liten grad det, sier hun og spør:

– Er det slik at vi som sykepleiere egentlig ikke ønsker, orker eller bør se de samme pasientene dag etter dag, vakt etter vakt? Er det sånn at idealet vi har ikke passer inn i den komplekse, pressete og utfordrende virkeligheten vi opplever? Da mener jeg det er betimelig å spørre om sykepleieidealet er i utakt med virkeligheten.

## Mange pleiere

Forskningen Gjevjon viser til er en studie om kontinuitet i hjemmesykepleien. Den er en del av doktorgradsarbeidet hennes, som hun er i ferd med å avslutte.

I studien har hun spurt pasienter og pårørende om hva de synes om diskontinuitet, det vil si at hver pasient må forholde seg til mange pleiere.

– Sykepleiere og samfunnet mener at det er

uheldig å måtte forholde seg til mye helsepersonell, sier hun.

Da Gjevjon spurte pasienter og pårørende om antallet helsepersonell var et problem, svarte de fleste pårørende ja. De fleste pasientene svarte nei.

– Vi mener det er viktig for pasientene å forholde seg til få helsepersonell, og det tror jeg henger sammen med et ideal om at sykepleie innebærer å ha en relasjon til pasienten, sier hun.

Sykepleieren og pasienten skal kjenne hverandre, og gjennom jevnlig kontakt oppnå helhetlig og personilpasset sykepleie.

– God og helhetlig sykepleie knyttes altså til den personlige relasjonen mellom dem, og fravær av en slik relasjon anses å true kvaliteten. Men det kan synes som om pasientene ikke vektlegger det i samme grad. Jeg kan tenke meg at de kanskje er mer opptatt av at den som kommer kan oppgavene som skal gjøres og har kunnskap om dem og deres tilstand.

## Paradoks

Gjevjon, som selv har jobbet i hjemmesykepleien, har erfart at høy grad av kontinuitet i en døgnkontinuerlig tjeneste med tre skift nærmest er umulig. Det viste også en kartlegging hun gjorde i forbindelse med doktorgraden.

Men hun fant et stort paradoks: Kontinuiteten

## «Sykepleie er et komplisert fag.» Edith Roth Gjevjon

var mye lavere enn den trengte å være. Under halvparten så ofte som mulig gikk pleierne til samme pasient. Det til tross for at deres ideal var å besøke samme pasient oftest mulig.

## Kompetanse

I intervju med lederne ble dette forklart med prioritering og skjerming.

– Lederne prioriterte de sykeste pasientene, forklarer Gjevjon.

– De prioriterte kompetanse framfor kontinuitet. Selv sa de at de sto i et paradoks, for også



**VIL UTFORDRE:** Edith Roth Gjevjon vil at flere tenker rundt sykepleieidealer.

de hadde et ideal om kontinuitet. Men i praksis var det vanskelig å få til. Helsepersonell ble ikke fordelt etter hvor de var sist, men etter hvilken kompetanse den enkelte pasient krevde. For lederne var det viktigste å få oppdragene utført ut fra kompetanse, ikke person.

I tillegg måtte de ta hensyn til de ansattes behov. De ga dem varierte oppgaver, for å forebygge utbrenthet og sykefravær.

## Mindre kjærlighet

Edith Roth Gjevjon har også et hjertesukk. Hun mener sykepleiere i altfor liten grad greier å formidle hva de gjør.

– Jeg er opptatt av at sykepleie er et komplekst og komplisert fag. Men vi kommuniserer ikke det. Når sykepleiere beskriver utfordringene i hjemmesykepleien, sier vi at vi har altfor liten tid til å snakke med pasienten. Det er i tråd med idealet om en relasjon med pasienten, men samtidig gir vi et inntrykk av at sykepleie er noe alle kan gjøre, sier hun.

– I stedet bør vi snakke om hvorfor sykepleie gjør en forskjell. Kanskje betyr det at vi må snakke mindre om hjerterom og varme hender, og mer om hva vi faktisk gjør. ■■■



**Birgit Brunborg**, kandidat i sykepleievitenskap og førstelektor, Institutt for Sykepleie og Helse, Diakonhjemmet Høgskole

# Aktiv praksis i hjemmetjenesten

Å lage aktivitetsprogram for eldre brukere av hjemmetjenester økte sykepleierstudentenes interesse for eldreomsorg.

En årrekke har bydeler og kommuner tatt imot sykepleiestudenter fra Diakonhjemmet Høgskole. I tillegg til konkret studentarbeid har høyskolen hatt samarbeidsprosjekter i noen distrikter for å øke kompetansen både hos personale og studenter. Hjemmesykepleien er i stor grad organisert ut fra en «bestillerutførermodell» med utspring i Publish Management. Til tross for lovpålegg og innsikt i at helsefremmende og forebyggende tiltak blant eldre og kronisk syke må styrkes, har dette ikke blitt prioritert i daglig virksomhet. Det foreligger heller ikke noen plan for hvordan dette reint praktisk skal gjennomføres for brukere av hjemmebaserte tjenester. Dette ville vi gjøre noe med.

## Pilotprosjekt

Ved Diakonhjemmet Høgskole besluttet vi derfor å gjennomføre et pilotprosjekt i studentenes

praksisperiode i hjemmebaserte tjenester (1). Ved å delta i prosjektet skulle studentene få opplæring i fagutvikling, forskning, kvalitet og endringsarbeid og forholde seg til politiske føringer og myndighetskrav (2). Metoden var å kartlegge og evaluere pasienters funksjonsnivå og livskvalitet før og etter at de hadde utviklet og gjennomført et aktiviseringsprogram.

Forskning viser at studenter har mye å lære av å ta egne beslutninger (3) og ved å jobbe selvstendig (4,5). Studentene fikk derfor frie tøyler til å utarbeide aktiviseringsprogram for sin pasient. De eneste kravene var at det tok utgangspunkt i pasientens individuelle behov, var relevant med tanke på forebygging av inaktivitet blant eldre og kronisk syke, at det var kunnskapsbasert og samstemt med annen behandling.

Aktiviseringsprosjektet var et bidrag til helsefremmende behandling i kommunehelsetjenesten og til økt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og Diakonhjemmet Høgskole i tillegg til at det ga studentene fagutviklingskompetanse. I dette kapittelet vil de helsefremmende aktivitetene bli vektlagt.

## Mål og hensikt

Hensikten med den helsefaglige delen av prosjektet, som denne artikkelen handler om, var å lære sykepleierstudenter opp i tiltak som imøtekommer samfunnets behov for forebygging av inaktivitet og rehabilitering av eldre og kronisk syke. Målet var at brukerne av hjemmebaserte tjenester 1) fikk hjelp til omsorg og rehabilitering og aktivisering ut fra sine ønsker og behov samt 2) oppleve forbedret funksjonsevne og livskvalitet.

## Gjennomføring

Hjemmetjenesten fikk informasjon om prosjektet i semesteret før oppstart. Samarbeid om utforming og drift av prosjektet viste seg å være vanskelig fordi de ansatte mente de ikke hadde tid og rom for slike aktiviteter i hjemmesykepleien. Prosjektet hadde dermed lite forankring i virkeligheten. Men distriktene var positive til at studentene kunne utføre treningsaktiviteter med enkelte brukere på egen hånd, og sa seg villige til å hjelpe studenter med å identifisere egnede kandidater. I tillegg fikk sykepleierne i hjemmetjenesten tilbud om sykepleiefaglig veiledning. Bakgrunnen for dette tilbudet var å tilføre praksisstedet veiledningskunnskaper, samt å fange opp og drøfte eventuelle utfordringer i prosjektet. Studentene fikk informasjon om prosjektet i begynnelsen av hvert semester. Praksisperioden hadde en sterkere vektlegging på kartlegging, aktivisering og evaluering, men var ellers lik en vanlig praksisperiode. De studentene som var interesserte meldte seg på prosjektet.

## Kartlegging

Tjueen studenter i andre studieår og 17 pasienter som var brukere av hjemmebaserte tjenester, ble inkludert i prosjektet på frivillig basis. Pasientenes gjennomsnittsalder var 85 år. På det første møtet mellom pasient og student informerte studenten interesserte pasienter om treningsprogrammet og innhentet samtykke fra dem som ønsket å delta. Pasientene fikk beskjed om at de kunne trekke seg fra opplegget når de måtte ønske det. Praksisperioden i hjemmebaserte tjenester

## Hovedbudskap

Dette samarbeidsprosjektet mellom studenter, lærer og praksisfeltet i kommunehelsetjenesten viser at studenter har mye å bidra med og lære av når de får arbeide selvstendig. Aktiviseringsprosjektet økte studentenes interesse for hjemmesykepleien, og for systematisk kvalitetsutvikling innenfor forebyggende helsearbeid og rehabilitering.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Hjemmesykepleie
- » Forebygging
- » Livskvalitet
- » Sykepleierstudent





**BLE MER AKTIVE:** Sykepleierstudenter i praksis lagde individuelle aktivitetsopplegg for eldre pasienter i hjemmetjenesten. Illustrasjonsfoto: Colourbox

strekker seg over ni uker. Studentene ble derfor oppfordret til å finne en egnet treningskandidat allerede i første praksisuke. Når det var gjort, kartla de pasientenes funksjonsnivå og opplevd livskvalitet ved hjelp av kartleggingsinstrumentene Individuell Pleie og omsorgsstatistikk (IPLoS) (6), Barthel ADL-Index (7) og Verdens helseorganisasjons (WHO) Quality of Life-BREF (8).

### Treningsprogram

Pasientene som deltok i prosjektet fulgte et systematisk treningstilbud. Programmet ble tilrettelagt ut fra brukernes funksjonsnivå, individuelle behov, ønsker og ressurser. Tiltakene ble diskutert med praksisveileder, lærer og tverrfaglig personale. De strakte seg maksimalt over én time to ganger i uken, og var eksempelvis gymnastikk, balanse- og kondisjonstrening, strekkøvelser, trappegang og turgåing. Studentene fikk utdelt kartleggingskjema, veiledere til utfylling av disse samt eksempler på aktuelle øvelser. Studentene var ansvarlige for å gjennomføre, loggføre og evaluere aktivitetene.

### Studentenes erfaringer

For å kartlegge studentenes erfaringer har jeg benyttet kvalitativ metode (9) med et fenomenologisk og hermeneutisk forskningsdesign.

## «Studentene opplevde at de i altfor stor grad var overlatt til seg selv.»

Jeg anvendte åpne spørsmål for å stimulere studentene til å snakke fritt rundt aktiviseringsprosjektet uten avbrytelser fra prosjektleder. Uttalelser jeg fant spesielt viktige ble fulgt opp. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.

### Resultater

Studentene vurderte prosjektet som stimulerende og faglig berikende. De sa blant annet: «det har vært flott å gjøre noe som en selv har tatt initiativ til og har faglig ansvar for. Aktiviseringsprosjektet var en positiv faktor i hverdagen, det var morsomt med øvelsene både for meg og for pasienten».

Studentene syntes praksis i hjemmebaserte tjenester var fragmentert, gjøremålsorientert og styrt av beskjeder og ordrer, og at det derfor var godt å ha noe fast å gå til som de selv kunne

utvikle, administrere og ta ansvar for. I tillegg bidro prosjektet til at de fikk helhetsforståelse for pasientenes situasjon og behov. Studentene ble godt kjent med eldre mennesker, de fikk et videre perspektiv på aldring og økt motivasjon til å endre strukturer til pasientens beste. Sykepleiestudentene sa også at de var blitt mer opptatte av trening som forebyggende helsearbeid.

Sykepleierne i praksisfeltet var åpne for nytenkning og selvstendig arbeid. Likevel syntes studentene at det var vanskelig å få gehør for ideer og ønsker. Det krevde mye innsats å si fra om uheldige forhold og komme med nye ideer, spesielt når sykepleierne var travle og lite tilgjengelige. Studentene opplevde at de i altfor stor grad var overlatt til seg selv, at veiledningen var sporadisk og tilfeldig, og de savnet systematisk oppfølging og motivasjon fra sykepleierne. Det var også vanskelig å finne tid og rom for samarbeid med praksisveilederne om treningsaktivitetene.

### Program

Studentene var kreative og uredde i planleggingen og utføringen av treningsprogrammene. De hadde mye personlig kunnskap på området og lite behov for veiledning utover å få det tilpasset brukerens helsebegrensninger og ønsker. De syntes det var morsomt å planlegge og gjennomføre treningsprogram sammen med brukerne og, ikke minst, å se resultater. Studentene understreket at de hadde tid, kunnskap og lyst til å arbeide systematisk og helhetlig for å hjelpe pasienter til å nå mål som var viktige for dem. Flere studenter ga uttrykk for at de ikke kjente seg igjen i den stressende hverdagen som ofte blir beskrevet i media. «Egentlig synes jeg ikke hjemmesykepleierne har så dårlig tid. Det har de som oftest bare når det skjer noe akutt», sa en student. En annen student fortalte om en pasient som etter å ha deltatt i aktiviseringsprosjektet, klarte å gå på toalettet selv i stedet for å bruke dostol. Studenten viste med dette at man sparer tid på å aktivisere pasientene, og at beslutninger om ikke å gjøre det er basert på kortsiktige vurderinger. Studentene var også opptatt av politiske føringer, aktivitetenes betydning og mente studentene alltid bør ta ansvar for og utføre slikt utviklingsarbeid på egen hånd. En student sa at «vi studenter har faktisk en god del tid som vi kan bruke på egen hånd, men vi trenger motivasjon, «et spark bak» for å bruke tiden meningsfullt». Brukerne opplevde omsorg, forbedret funksjonsevne og livskvalitet.

### Glade pasienter

Analysene av datamaterialet, innhentet ved hjelp av IplOs, Barthel og WHO Quality of Life-BREF, viste ikke til statistiske endringer. Fravær i statistiske endringer over tid kan være et positivt funn når det relateres til økende alder, men det kan også skyldes ufullstendige datasett eller at treningsaktivitetene gikk over kortere tid enn anbefalt i litteraturen (10,11). Trass i disse funnene ga studenter uttrykk for at mange av pasientene var blitt gladere, sterkere og mer selvstendige, og at de hadde stor glede av aktivitetene. Flere av pasientene klarte flere repetisjoner av øvelser, fikk mer styrke og ble bedre både funksjonelt og mentalt. En student beskrev en pasients innsats på denne måten: «Pasienten min sa at han var blitt mye mykere, var glad for at han fikk trene, at han så mer positivt på egen helse og framtiden, og trodde selv at han kunne bli bedre». En annen student sa at «pasienten kom seg veldig. Når fysioterapeuten var der gjorde han treningen, men for hennes del. Når pasienten var med meg, gjorde han det uten at jeg måtte mase. Han gjorde det for sin egen del og antakeligvis fordi jeg tok utgangspunkt i et område som var viktig for ham. Pasienten fikk gå der han hadde lyst til å gå. Han var svært motivert for å se en byggeplass i nærheten, og å se bakgården i sitt eget leilighetskompleks hvor han ikke hadde vært på årevis. Pasienten tenkte da mer på omgivelsene enn på underlaget og stoppet ikke opp slik han pleide å gjøre på grunn av Parkinsons sykdom».

Slik bedring kan naturligvis skyldes ekstra oppmerksomhet, men funnene samsvarer med forskning som tilsier at aktivisering og trening har en positiv innvirkning på pasienters funksjonsnivå og livskvalitet (4,12-16). Studentene oppdaget at pasientene gledet seg til hver gang. Videre sa de at det hadde vært spennende å delta i pasientenes rehabiliteringsprosess. Det ble fortalt om en pasient som var begynt å gå trapper i stedet for å ta heis fordi han var blitt så opptatt å være aktiv. Studentene tilskrev enhver forbedring av brukernes funksjonsnivå at de fikk trene med utgangspunkt i hva som var viktig for dem. Dette beskrev de som stimulerende for arbeidsmotivasjonen.

### Utfordringer: Veiledning

Trass i omfattende informasjon var det lite samarbeid mellom studentene og sykepleierne i praksis. Som følge av mangel på utdannede sykepleiere begrenset samarbeidet seg til at studenter fikk hjelp til å finne egnete treningskan-



didater, til målsettingssamtale og til midt- og sluttevaluering.

En måte høyskolene kan kvalitetssikre læringsstedene på, er å sikre at veiledningsressursene er optimale og praksis kunnskapsbasert før de sender studentene ut i praksis. Dette vil sikre gode praksisplasser for noen studenter, men antakeligvis også bidra til å øke mangelen på antall praksissteder på grunn av for få kvalifiserte sykepleiefaglige veiledere. Det beste vil nok være at lærere og sykepleiere i praksisfeltet samarbeider tettere om å lage praksismodeller som stimulerer til fagutvikling. Høyskolene bør jevnlig innkalle praksisveiledere til nettverksmøter der man sammen utarbeider gode veiledningsmodeller som sikrer god læring uavhengig av antall sykepleiere i praksisfeltet. Høyskolene bør også jobbe strategisk for å få myndighetene til å opprette stillinger for sykepleiere med pedagogisk- og fagutviklingskompetanse. Dette vil medføre at studentene opplever hjemmesykepleien som en god læringsarena og spennende arbeidsplass.

### Fagutvikling

Studentene opplevde at fagutvikling nærmest var et ikke-eksisterende begrep. Sykepleierne stilte seg nærmest uforstående til at de hadde ansvar for fagutvikling. Det ble oppfattet som en byrde ingen snakket om. Disse erfaringene viser at faglig samarbeid må forankres høyt oppe i organisasjonen samtidig som man lager rom for fagutvikling på alle nivåer. For å få til reell fagutvikling må lederne etterspørre det, hvis ikke går alle ressursene til drift.

Sykepleiestudentene arbeidet selvstendig. De erfarte at læring er å oppdage og ble motiverte til å prøve ut flere nye metoder. Frihet til å velge selv er et sentralt behov hos mennesker (17,18). Aktiviseringsmetodene bør derfor bestå av rammer som sykepleier og pasient kan jobbe innenfor. Kreativitet og det å få til noe på egen hånd vil styrke sykepleierens motivasjon og mestringsopplevelse. Studentene ble oppmerksomme på små behov hos pasientene som påvirket deres livskvalitet.

### Pasientmedvirkning

Studentene viste til mange situasjoner hvor tidspress førte til at de ikke fikk aktivisert pasientene. Begrepet «tidspress» eller «ikke tid til» var godt innarbeidet på praksisstedet. Noen ganger ble det brukt for å legitimere at man gjorde oppgaver for pasienter i stedet for å tilrettelegge forholdene slik at de kunne

gjøre mest mulig selv. «For eksempel var det satt av to personer til stell og forflytning av en slagpasient, men hjelpepleierne tok det stort sett alene og da uten å aktivisere pasienten. Pasienten var nærmest immobil i seng og rullestol. Målet var å bli fortest mulig ferdig». Studentene beskrev videre hvordan de gikk inn og aktiviserte pasienten. De ble overrasket over hvor lite trening som skulle til for å få pasienten på beina igjen. Flere studenter viste til situasjoner hvor det var tidsbesparende å aktivisere pasientene, og at valg om ikke å gjøre det er bygget på kortsiktige vurderinger om å spare tid her og nå. Ifølge Baltés (25) beskrives det som «overcare». Det kan krenke pasientene at de blir fratatt mulighet til selvbestemmelse og innflytelse på eget behandlingsopplegg. Dette viser til hvor viktig det er at sykepleiere deltar i helsepolitiske debatter og leser seg opp på fagstoff som omhandler pasientrettigheter og egne plikter. Sykepleietjenesten må være kjent med krav til pasientmedvirkning og forebyggende helsearbeid samt kunne argumentere for at tid avsettes til aktiviseringsstiltak. Forslag fra studentene til forbedring av pasienttilbudet ble ofte avvist med tidspress. «Lite tid» begrunnet også nedprioritering av fagutvikling på bekostning av drift til tross for at det er en nedfelt plikt i Helsepersonelloven (20).

### Konsekvenser

Prosjektet bidro til å holde fokus på sykepleie og motet opp hos studentene, på tross av problemer med å få fagpersoner til å delta. Vi kan konkludere med at studentene hadde god tid til å utføre treningsaktivitetene, og at aktiviseringsprosjektet var en godt egnet metode for å øke studentenes interesse for arbeid i hjemmesykepleien. I tillegg bidro prosjektet til rehabiliteringsstankegang i sykepleierutdanningen og kvalitetsutvikling i sykepleien. Noen av de største utfordringene i hjemmebaserte tjenester er å utvikle arbeidsmodeller som tilfredsstillir dagens krav til fagutvikling, bidra til et kunnskapsbasert behandlingstilbud og til at sykepleierne er tilfredse med arbeidet sitt og stolte av det.

Prosjektet bidro til at studentene fikk et bevisst syn på aktivitetens betydning for å bevare egenomsorg, autonomi og verdighet i eldre år. Pasientene var meget godt fornøyde med å delta i prosjektet, de opplevde kvalitet i behandlingen og anbefalte det for andre pasienter. Både kartleggings- og treningsaktivitetene bidro til at studentene ble godt kjent med de gamle. Stor

grad av faglig frihet økte sykepleiestudentenes motivasjon for å arbeide med eldre pasienter i hjemmesykepleien og med utvikling av helse-tjenester i kommunehelsetjenesten.

## «Studentene ble godt kjent med de gamle.»

Praksissted og høyskole bør avsettes mer tid til dialog eller nettverksmøter slik at man sammen kan bidra til utdanning av nysgjerrige og inspirerte sykepleiere som ønsker å utføre behandling og omsorg av god kvalitet. Dette er utfordrende i en verden der man fokuserer på drift og antall behandlete pasienter i praksis og studentproduksjon i høyskolene, men må likevel prioriteres for at resultatene skal bli gode for alle parter. ■■■

### LITTERATUR

1. Brunborg B. Sykepleiestudenters erfaringer med å aktivisere eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Klinisk sykepleie* 2009; 23 (2): 25–34.
2. Lov om helsetjeneste i kommunene. Lov av 19. nov. 1982. Sosialdepartementet, Oslo; sist endret 11. des. 2009.
3. Standing M. Clinical Decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *J Adv Nurs* 2007; 60 (3): 257–69.
4. Fjørtoft A-K, Hanssen I. Hjemmesykepleien – et godt sted å være og lære for sykepleierstudenter? *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2006; 8 (3): 17–29.
5. Grendstad NM. Å lære er å oppdage. Oslo: Didakta Norsk Forlag; 1986.
6. IPLOS. Sosial- og helsedepartementet. Norge; 2009.
7. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61–5.
8. Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28: 551–8.
9. Kvale K, Brinkmann S. Interview. København: Sage Publications. Inc.; 2008.
10. Helbostad JL. Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 9 (125): 1195–7.
11. Feigenbaum MS, Pollock ML. Prescription of resistance training for health and disease. *Med Sci Sports Exerc*. 1999; 31(1): 38–45.
12. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85 (10): 1694–704.
13. Rydwick E, Frandin K, Akner G. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age and Aging* 2004; 33 (1): 13–23.
14. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; Issue 1. Art. No.: CD004017. DoI: 0.1002/14651858.CD004017.pub2.
15. Rasmussen B, Dolmer I, Delmar C. Et livsverdensperspektiv på rehabilitering. *Klinisk Sykepleie* 2008; 22 (4): 16–25.
16. Vass M, Avlund K, Siersma V, Hendriksen C. A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people – the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Fam Pract* 2008, Dec 12 (ePub ahead of print).
17. Wubbolding R, Brikell J. *Counselling With Reality Therapy*. United Kingdom: Winslow Press Ltd; 1999.
18. Glasser W. *Choice Theory*. New York: Harper Perennial; 1998.
19. Baltés MM, Neumann E-M, Zank S. Maintenance and Rehabilitation of Independence in Old Age: An Intervention Program for Staff. *American Psychological Association* 1994; 9 (2): 179–88.
20. Lov om helsepersonell. § 48. I. Lov av 2. juli 1999. Helse- og omsorgsdepartementet; Oslo; sist endret 19. jun. 2009.

## Bacon og bøker

**Den engelske statsmannen** og filosofen Francis Bacon sa følgende om bøker: Noen bøker bør en smake på – andre bør en sluke – noen kan tygges og fordøyes.

I min bokhylle samler det seg opp mye rart i løpet av noen år. Turer til London og Roma har heller ikke bidratt til å slanke innholdet. Så da ble noen byttet ut, noen ble flyttet på, noen ble snudd, noen ble flyttet tilbake. Én fant jeg ut at jeg hadde dobbelt opp av, en bunke tok jeg og la på nattbordet, for de skulle leses i sommer – det var jo så dårlig vær... og atter én har jeg gjemt på do.

Hadde jeg hatt mer plass..., tenker jeg, men da hadde det jo bare blitt flere av dem. Kanskje er det best bare å kaste?

Eller skal jeg ta vare på dem litt til? Kjøpe ei hylle til? – Hva sier kona til det, mon tro? For vi har jo riktignok snakket om å kvitte oss med disse bøkene. De har likevel ligget i esken på loftet i snart ti år.

Hvorfor har jeg sånn kasteangst? Er det minnene jeg vil ta vare på? Minnene om hva da, vil noen lure. Det spør jeg meg selv om også, men bøkene blir i huset likevel.

Godeste Francis Bacon skulle sett min bokhylle, som ser noe tungfordøyd ut for tiden.



Bjørn Rognie Christensen

# – Vi følte oss utstøtt

Dag Skogheim fikk «tæring» og delte elleve ungdomsår med sykepleiere på tre sanatorier. Det husker han med både glede og gru.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig Weston**

**J**eg levde en vesentlig del av mitt liv i en kvinneverden. Sykepleierne på sanatoriene var mine venner, jeg ble til og med gift med en av dem, forteller Dag Skogheim.

Han er 84 år og har reist med notet til Oslo for å lansere sin siste bok i trilogien om tuberkulosens sosiale og medisinske historie i Norge. *Tæring* kom i 1988, *Sanatorieliv* i 2001 og *Blod på hvit rose* i høst. Den siste boka er sett fra hans ståsted som tuberkulosepasient fra han var 14 år i 1942 og bodde i Brønnøysund, til han ble erklært frisk som 25-åring i 1953 på Grefsen sanatorium i Oslo.

Tiril Broch Aakre hos Tiden Norsk Forlag sier det er uhyre sjelden å se memoarer som i så stor grad handler om andre enn forfatteren selv.

– Hvilke minner har du av sykepleierne fra den tiden?

– De gir meg meget ambivalente følelser. Svært mange av de eldre avdelingssykepleierne som var født på 1890-tallet var ikke snille. De var tvert imot jævlige. De var preget av streng bibelsk oppdragelse og gjette både pasienter og sykepleierelever for å kunne ta dem i regelbrudd og syndig oppførsel. Noen av mine sykepleiervenninner som i dag er i 80-årene forteller hvordan de av og til gråt på vakt. Hvis avdelingssykepleieren ikke likte en pasient, kunne hun si fra til overlegen at «denne vil jeg ikke ha». Dermed ble vedkommende utvist og havnet på tub-hjem, dødens forgård.

Skogheim forteller at tuberkulosepasientene ble delt i to grupper, til behandling ved sanatorier eller til oppbevaring på tub-hjem. De det var håp for, havnet på et av de ti-tolv av landets offentlige sanatorier hvor de fikk behandling. De rike kjøpte seg plass på et av de fem-seks private sanatoriene. Resten havnet på tub-hjem, stedet for de uhelbredelige kronikerne som hostet og harket og de som skulle dø. Det fantes rundt 130 slike fryktede institusjoner. – Da vi som små syklet forbi tub-hjemmet i Brønnøysund holdt vi pusten til vi ble blå i ansiktene.

Skogheim tok farvel med sine medpasienter i 1953, mange tenner, fem ribbein og en stor del av lungekapasiteten fattigere, men fylt med inntrykk

den eneste som er tilbake som er i stand til å skape den litterære formen som kan gi temaet holdbart liv.

Anmeldelsene har vært overveldende positive. Skogheim hylles fordi han klarer det kunststykket å skrive en sanselig fortelling basert på sine detaljrike opplevelser som han fletter faktaopplysningene elegant innimellom. Fakta har han samlet over 25 år, blant annet gjennom utallige intervjuer med tuberkuloseleger og -pasienter. Deler av materialet er donert til Universitetsbiblioteket i Tromsø.

– Hva håper du sykepleiere vil få ut av trilogien?

– Reint faglig og historisk vil de få mye med seg. De vil se seg og sitt eget yrke i en stor sammenheng hvor både deres egen status og pasientbehand-

## «Svært mange av de eldre avdelingssykepleierne som var født på 1890-tallet var ikke snille.»

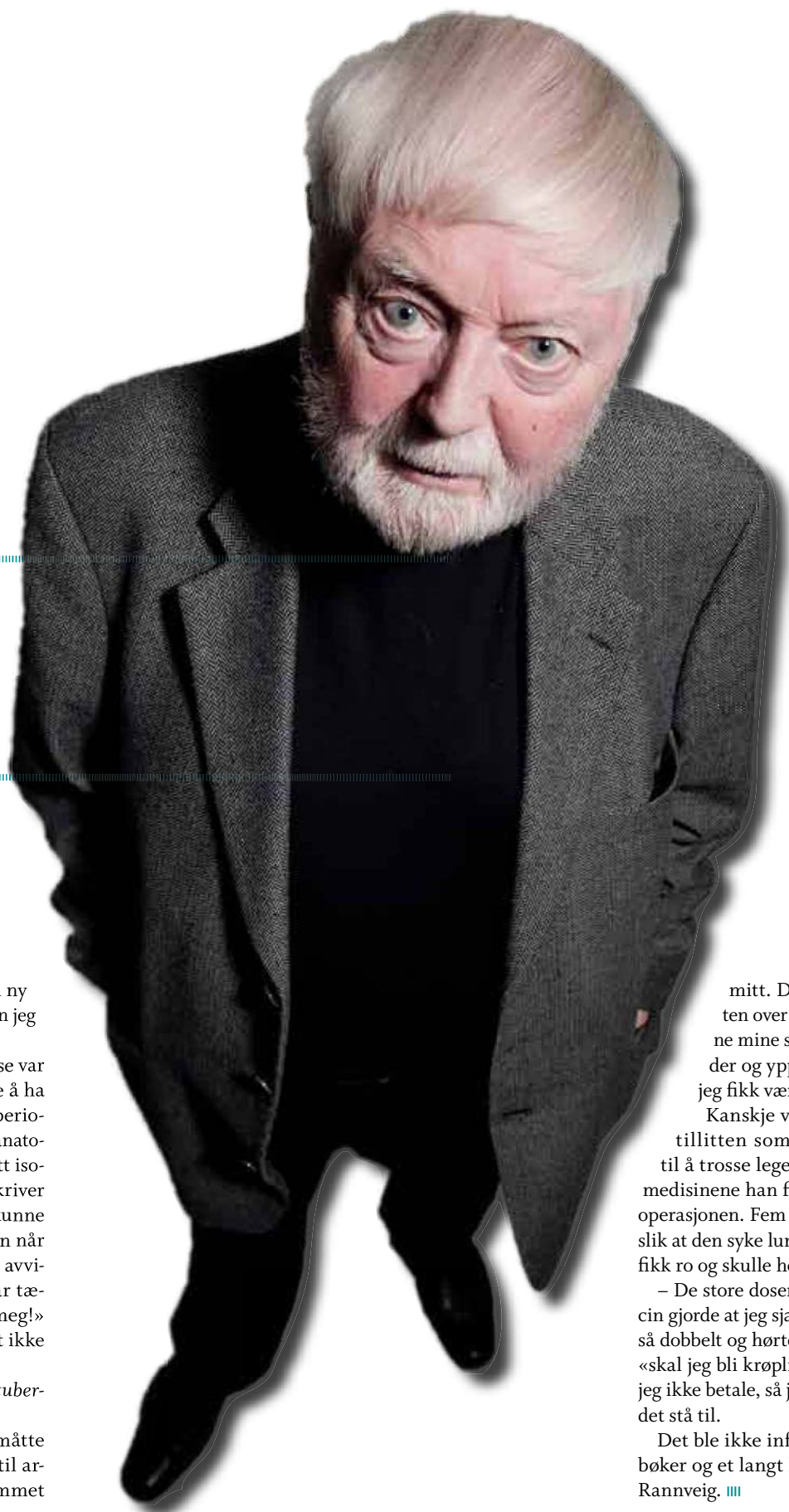
han sier han følte som en plikt å videreformidle. Her hadde han og hans medpasienter delt mange måneder og år av livet og kjente hverandre ut og inn. Så ble de borte, en etter en.

– Tuberkulose var tabu. Titusenvis av mennesker døde uten å etterlate seg spor fordi man ikke snakket om sykdommen. Den skulle bare glemmes. De fleste var unge, mellom 15-35 år, og kom fra trange kår. Jeg er kanskje

lingen inngår. Ved å bli sikrere på sin egen historie kan sykepleiere artikulere og diskutere sterkere, blant annet i lønnskampen.

Skogheim mener det essensielle i all pasientbehandling er respekt.

– For noen år siden var jeg på sykehus. Jeg hadde ikke vært der på 30 år og holdt på å svime av da sykepleierne kom bort og hilste på meg. Det hadde overhodet ikke skjedd på min tid som



## Dag Skogheim

**Aktuell med:** Blod på hvit rose,

Tiden Norsk Forlag, 141 sider

**Yrke:** Forfatter/pensjonist.

Tidligere ungdomsskolelærer

**Bosted:** Levanger

tubpasient. Det var kommet en ny holdning her. Det virka ekte, men jeg ble nesten litt mistenksom.

Det verste ved å ha tuberkulose var følelsen av å bli utstøtt, av ikke å ha livets rett, synes Skogheim. I periodene han var hjemme mellom sanatorieoppholdene, var han stort sett isolert på rommet sitt. I boka beskriver han et møte med ei jente som kunne utviklet seg til en romanse. Men når han legger armen rundt henne, avviser hun ham med å si: «Du har tæring, Dag. Du må ikke kysse meg!» Da skjønte han plutselig at livet ikke stod åpent for ham lenger.

– Hva har vært det beste ved tuberkuloseerfaringen?

– At jeg fikk selvtilitt. Jeg måtte stole på meg selv og leste selv til artium mens jeg lå isolert på rommet

mitt. Der hadde jeg makten over meg selv. Foreldrene mine serverte meg maten der og yppet ikke med meg, jeg fikk være i fred.

Kanskje var det denne selvtilitten som i 1953 fikk ham til å trosse legens råd og kutte ut medisinene han fikk etter den store operasjonen. Fem ribbein var fjernet slik at den syke lungen ble klemt flat, fikk ro og skulle heles.

– De store dosene med streptomycin gjorde at jeg sjangla som en fyllick, så dobbelt og hørte dårlig. Jeg tenkte «skal jeg bli krøpling?». Så mye ville jeg ikke betale, så jeg seponerte og lot det stå til.

Det ble ikke infeksjon. Det ble 31 bøker og et langt liv med sykepleier Rannveig. ■■■



### Ei brå vending

MS - en ubuden gjest  
Av Beate Reiert Nilsen  
152 sider  
Licentia Forlag, 2011  
ISBN: 978-82-8258-043-4  
Anmelder: Anett Skorpen Tarberg,  
kreftsjukepleiar

## Gir godt innblikk

**ANMELDELSE:** Boka *Ei brå vending* er skreven og illustrert av Beate Reiert Nilsen, som fekk diagnosen MS i voksen alder. MS er ein betennelseskjukdom i sentralnervesystemet. Sjukdommen ramar ulikt frå få, ikkje synlege funksjonshemmingar, til alvorlege funksjonshemmingar og uførheit.

I første del av boka skriv Nilsen om tida før ho fekk diagnosen, om ventetida før ein fann ut kva som gjorde at ho følte seg så sliten, mista balanse og falt. Og om tida etter diagnosen og følelsen av at kroppen svikter, og «forfallet», som ho kaller det.

Bileta hennar illustrerer fint og underbygger det ho fortel om på ein fin måte. Boka tek for seg korleis det kan vere å verte ramma av ein så alvorleg

sjukdom. Korleis livet stoppar opp og tek ei heilt anna vending enn ho hadde sett føre seg. Ho skriv om sorga over å miste funksjonar, jobben sin og rollene sine. Om fatigue som gjorde at ho følte seg energiløs. Fatigue er ein tilstand av kronisk utmattelse. Ho beskriv også korleis ho strevar med å opprettholde følelsen av verdigheit i møte med det offentlege og andre, og om «maskene» ho brukar for å skjule seg sjølv og det som er vanskeleg.

I andre del tek ho for seg måtar å mestre sjukdommen på, kva ho har prøvd og korleis det har hjulpet henne. Der er også eit kapittel som er direkte retta mot fagfolk, der ho skriv om korleis det er å vere pasient i møte med eit fagmiljø. Ho vektlegg her kor viktig

brukarmedvirking er og korleis det er å verte møtt av fagpersonar som ikkje ser henne som menneske, og å måtte skifte legar og forklare om symptom for ente gang.

Eg synest boka er lettlest og gir eit godt innblikk i korleis det kan vere å få ein slik alvorleg sjukdom. Boka er skreven ut i frå dagboknotat og ber preg av det. Den er oversiktleg og det er lett å finne tilbake til emne som ein får lyst til å lese ein gong til. Eg trur det kan vere ei nyttig bok å lese for andre som har fått ein alvorleg sjukdom, både i forhold til korleis ein kan mestre på ulike måtar og ned til detaljar som fysiske symptom og vanskar som det kan vere vanskeleg å snakke med andre om. ■■■



### Alternativ behandling

Praksis og fakta  
Av Helle Johannessen og Ann Ostfeld-Rosenthal  
132 sider  
Munksgaard, 2012  
ISBN 978-87-628-10-92-1  
Anmelder: Thore K. Aalberg, cand. polit., fagbokforfatter og homøopat

## Saklig om alternativ medisin

**ANMELDELSE:** Denne boken klarte jeg ikke legge fra meg. Forfatterne Helle Johannessen og Ann Ostfeld-Rosenthal har begge jobbet med alternativ behandling i et tverrfaglig perspektiv. De skriver om danske forhold, men sammenlikner det som skjer i Danmark med det som skjer i andre land.

Halvparten av danskene har benyttet seg av alternativ medisin, og soneterapi er mest brukt. Homøopati er mest utbredt i resten av Europa. I Italia er det mange barneleger som benytter metoden til å behandle infeksjoner fordi de mener antibiotika er for voldsomt. Brukere av alternativ medisin kommer fra alle sosiale lag og aldersgrupper, men velutdannede kvinner i arbeidsdyktig alder er overrepresentert.

Hovedtyngden av dem som oppsø-

ker alternativ behandler har vært hos lege først. Et viktig skille er «altmuligmanns» og «ingeniør»-tilnærmingen. Den første innebærer at pasienten får hjelp til både å fortelle sin historie, og å skape en som kan omfatte årsaker og behandlingsmuligheter, og som setter symptomer i en større sammenheng på et symptom-bilde som for legen er uforståelig.

«Doctor as drug» innebærer at behandleren bruker sin personlighet, karisma, samt tro på egen behandling. Av frykt for å bli subjektiv har legen blitt redusert til teknokrat som selger reservedeler fra det medisinske lager, hvor det beste på hyllen er den evidensbaserte kunnskapen.

Sammen med Storbritannia er Danmark det mest liberale landet når det gjelder alternativ behandling. Likevel kan det være interessant for både dan-

sker og nordmenn å se hva som rører seg i resten av Europa og ikke minst i USA, som på dette området ligger foran Europa med et EU som regulerer det alternative feltet.

Selv om dette er en liten bok – med meget god framdrift – har forfatterne greid det kunststykke å trekke fram det vesentlige når det gjelder alternativ behandling. Beskrivelsene er i det store og det hele korrekte. De har lyktes i å skrive en bok for målgruppen autorisert helsepersonell og studenter.

Forfatterne bruker gode modeller for å forklare ulike fenomen, og det er sjelden jeg har lest en bok som forklarer både styrken og svakheten ved evidensbasert forskning på en så god måte. Det å se begge de medisinske retningene med et antropologisk og ikke biomedisinsk blikk, inviterer til refleksjon. ■■■

# «En populær forfatter skriver det folk tenker. En genial forfatter får dem til å tenke noe annet.»

Ambrose Bierce

## Bør leses

**ANMELDELSE:** Spørsmål om dannelse har vært sentrale i samfunnsdebatten de siste årene. Det gjelder både i forhold til høyere utdanning og i grunnskolen, men også som en del av en allmenn usikkerhet om samfunnsutviklingen.

Pedagogen Per Bjørn Foros og filosofen Arne Johan Vetlesen fører seg med denne boken godt inn i en viktig og pågående debatt om hvilke verdier som skal framheves i skole og samfunn. De tilhører begge den «bekymrede middelklassen».

Begge er bekymret over tidens utviklingstrekk. De formidler godt uroen de føler, både for verdiene som formidles i samfunnet og for rollen voksne har i oppdragelsen. Sentralt står voksnes og samfunnets ansvar overfor den unge generasjon og vår felles framtid.

Vårt forhold til naturen er sentralt i boken. Forfatterne er sterkt kritisk til samfunnsutviklingen. De har på alle måter tatt inn over seg trusselbildene knyttet til vår moderne måte å leve på, og klimatrusselen som henger over oss som et kollektivt onde.

De peker på en unnfalighet fra de voksne når det gjelder å formidle verdier. På denne måten står de sammen med konservative kritikere som i både skole- og samfunnsdebatt gjennom

mange år har klaget over at verdi- og kunnskapsformidlingen har sviktet i samfunnet. I likhet med disse legger forfatterne noe av skylden på den radikale pedagogikken og oppdragelsen som dominerte i 1970-årene. Friheten og elevenes rett til selv å velge hva de ville vite og ha kunnskap om, var en frukt av 1968-generasjonens opprør mot en konservativ pedagogikk. Opprøret bar i seg blomsterbarnas tro på frihet og det gode i alle mennesker og en romantisk «tilbake til naturen»-holdning med røtter i fransk opplysnings-tidsfilosofi. Det som var et nødvendig opprør mot en lydighetstradisjon som man hadde sett destruktive utslag av i Nazi-Tyskland, ble ifølge forfatterne et unyansert opprør mot all autoritet.

Jeg kjenner meg godt igjen i denne kritikken, og støtter forfatternes analyse. I likhet med mange opprør gjennom historien, førte frihetkampen til en ny ufrihet. Denne ufriheten rammet kanskje særlig alle de barn og unge som i frihetssamfunnet ikke maktet å velge. De ble vandrende rundt i et utydelig pedagogisk landskap, både fysisk og kunnskapsmessig, der få eller ingen rettesnorer var å finne. De måtte vende veien selv i et fysisk skolelandskap som var åpent. Her var det de kunnskaps-

søkende barna med middelklassebakgrunn og fulle bokhyller hjemme, som kjente kodeksene for å finne de rette bøkene. Taperne ble arbeiderklassens barn, som ble fremmede i middelklassens boklige verden.

Den verdimesige kritikken som gjennomsyrrer boken er dyptpløyende og rammer bredt politisk. Her kritiseres den økende individualismen, konsumsamfunnet og nyliberalismen ut fra en tro på at det er det grunnleggende fellesskap mellom mennesker som bærer opp grunnleggende verdier. De salongradikale opprørerne som bidro så sterkt til norm- og verdioppløsningen kommer imidlertid også dårlig ut.

Kultur handler om å skape, men også om å bevare. Dette konservative standpunktet passer godt på boken, men den henter inspirasjonen først og fremst fra radikale samfunnskritikere. Sentralt står her Zigmunt Bauman, som særlig Arne Johan Vetlesen henviser til.

De to forfatterne har hatt hovedansvaret for hver sine kapitler. De klarer likevel godt å skape en helhet. Vetlesen tar i hovedsak for seg ideologi og filosofi, Foros pedagogikk. Her er tips og ideer til skolefolk, der målet er en dannelsesprosess som kan gi barn og unge klokskap til å møte en verden der skallet



### Angsten for oppdragelse

Et samfunnssetisk perspektiv på dannelse  
Per Bjørn Foros og Arne Johan Vetlesen  
Universitetsforlaget, 2012

276 sider

ISBN 978-82-15-01844-7

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

av humanisme er tynt og utfordringene mange. Klokskap er viktig og et grunnlag for å skape nødvendig motstand, slik at det kan skapes et fundament for en bedre verden for alle.

Forfatterens budskap er tydelig og preget av et sterkt engasjement. Boken står for en provoserende pessimisme. Den er grundig og viktig og bør leses av alle som på en eller annen måte holder seg til barn. Det gjør vi jo alle. Det handler om vår framtid. ■■■

## Anmeld selv!

Er det en bok du mener burde anmeldes i Sykepleien? Da kan du skrive anmeldelsen selv. I nummer 14, den siste utgaven før jul, inviterer Sykepleien leserne til å være med å lage bladet.

Sykepleien mottar anmeldelser fra leserne fram til 15. oktober. Anmeldelser som blir trykket, blir honorert.

### Viktig å huske:

- ▶ Du må ikke ha personlig relasjon til forfatter eller forlag.
- ▶ Du må mene noe om boken, ikke bare skrive handlingsreferat.
- ▶ Du må kunne begrunne det du mener.
- ▶ Anmeldelsen må ikke være på mer enn 3 000 tegn med mellomrom.



Illustrasjon: Colourbox

Har du spørsmål? Kontakt Nina Hernæs Telefon: 22 04 33 67 / 90 69 14 11 E-post: nina.hernes@sykepleien.no



Rolf Johansen,  
sykehusfarmasøyt,  
sykehusapoteket i  
Lillehammer

# Tablettknusing kan få fatale følger

Å knuse tabletter som ikke skal knuses kan redusere legemiddelets virkning og gi alvorlige bivirkninger.

**K**nusing av tabletter er noe som skjer hyppig i helsevesenet. En undersøkelse ved 19 sykehjem i Nord-Trøndelag viste at 42 prosent av sykehjemmene knuste over 20 tabletter daglig, og 15 prosent av total mengde knuste tabletter var depot- eller enterotabletter (1). Spiller det så noen særlig rolle om slike tabletter knuses? Er ikke det viktigste tross alt at pasienten får medisinen som er forordnet? Svaret er at det kan spille en svært stor rolle hvordan medisinen tas. Ordinerer av legemidler er et legeansvar. Dette innebærer også å ta stilling til hva som skal gjøres når pasienter ikke får tatt tablettene slik Felleskatalogen angir. Sykepleiere er likevel de som møter problemet mest direkte i forbindelse med istandgjøring og utdeling av legemidler. I denne artikkelen beskrives de viktigste konsekvensene av å knuse eller tygge tabletter når dette er i strid med produsentens anbefalinger.

## Kraftig virkning

Mange tabletter lages med depoteffekt, spesielt blir dette gjort der man ønsker jevn effekt av legemidler med kort halveringstid. I stedet for at alt tas opp fra tarmen med en gang så frigis legemiddelet gradvis, for eksempel over 12 eller 24 timer. Noen depottabletter er laget nærmest som en svamp der

legemiddelet gradvis lekker ut. Slike tabletter kan ofte deles i to, men må ikke knuses. Andre depottabletter består av flere lag, der det ytterste laget løses raskt, mens en hard kjerne løses senere. Av depotkapsler må noen svelges hele, mens andre kan åpnes for å svelge kapselinnholdet. Det som alltid vil skje når depottabletter eller innholdet av depotkapsler knuses, er at alt legemiddelet frigjøres på én gang i stedet for å frigis over tid. Dermed får du umiddelbart en mye kraftigere effekt enn ønsket og med økt bivirkningsrisiko. Du får også en mer kortvarig effekt og dermed mye svakere effekt på slutten av doseringsintervallet.

## Kan være farlig

Betablokkere og kalsiumantagonister finner vi ofte som depottabletter, med Selo-Zok og Adalat Oros som typiske eksempler. Den gunstige medisinske effekten er basert på at man holder seg innenfor et terapeutisk vindu mellom en øvre og en nedre serumkonsentrasjon. Ved knusing av tabletter vil dosen i stor grad komme utenom dette terapeutiske vinduet, dels over med økt bivirkningsrisiko og dels under med tilsvarende manglende effekt. For depottabletter av sterke analgetika som Oxycontin og Dolcontin vil knusing av tabletter være meget farlig, med økt risiko for respirasjonsdepresjon. Antiepileptika er også en legemiddelgruppe der mange preparater fins i depotform, for eksempel Tegretol Retard. For epilepsimidler er jevn og riktig dosering spesielt viktig, og knusing av depottabletter vil gi økt risiko for anfall og bivirkninger.

## Redusert virkning

Noen legemidler nedbrytes og mister effekten ved kontakt med magesyre. For å unngå dette har en del legemidler enterodrasjering som først løses i tynntarmen. Dette gjelder blant annet alle protonpumphehemmerne, som reduserer syresekresjon i magesekkens slimhinne. Av disse er for eksempel Nexium-tabletter laget av et stort antall korn med virkestoff, der hvert enkelt korn er en-

terodrasjert. Her gjør det ikke noe om tablettene deles eller slemmes opp i vann og drikkes så lenge de små kornene ikke tygges eller knuses. Omeprazol og Lansoprazol finnes som enterokapsler, og her kan kapslene åpnes og innholdet svelges så lenge kornene ikke tygges eller knuses. Det samme gjelder Ery-Max-kapsler som inneholder antibiotikum med enterodrasjering. Combizym inneholder fordøyelsesenzymer og må svelges hele for å unngå nedbrytning av magesyre. I tillegg vil tygging av tablettene frigi enzymer i munnen, og kan gi skader ved digestion av munnslimhinnen. Creon-kapsler er et lignende preparat der kapslene kan åpnes og innholdet blandes med mat så lenge kornene ikke ødelegges. Enkelte tabletter skal ikke svelges. Sugetabletter utøver effekten i munnhulen, og det er ønskelig med så langvarig kontakt som mulig. Sublingualtabletter som Nitroglycerin og Temgesic skal legges under tunga og virker ved at legemiddelet absorberes direkte fra munnslimhinnen. Svelges de vil legemiddelet raskt bli nedbrutt i leveren på grunn av svært høy førstepassasjemetabolisme.

## Flere bivirkninger

Mange legemidler skal svelges hele for å redusere risikoen for bivirkninger. Sår dannelse i spiserøret er eksempel på bivirkning som kan oppstå for mange legemidler, og problemet forsterkes dersom tablettene knuses eller tygges. For benresorpsjonshemmere som Fosamax-tabletter er sår i munn og svelg et spesielt stort problem. Mange NSAID-er, slik som Voltaren er enterodrasjert for å redusere risikoen for ventrikkelslimhineskader. Salazopyrin-EN og lignende preparater gir hyppig gastrointestinale bivirkninger i form av kvalme med mer, og enterodrasjering bidrar til å redusere disse noe. Mange cytostatika forårsaker skade i kontakt med hud og slimhinner, og for preparatene Hydroxyurea, Navelbine og Temodal må kapslene ikke åpnes, tygges eller løses opp i munnen, men svelges hele med et glass vann. Mangelfull ren-

## Hovedbudskap

Mange pasienter klarer ikke å svelge tabletter hele. Sykepleier må da være klar over at knusing av tabletter kan ha stor innvirkning på legemiddelets effekt, og kan til dels være svært farlig. Redusert eller forsterket effekt, økte bivirkninger og helsefare for helsepersonell som håndterer medisinen er noe av det som kan skje.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Farmakologi » Legemidler » Medisiner



**FORSKRIFTMESSIG:** Tabletter skal ikke knuses hvis dette er i strid med anbefalingene. Arkivfoto: Erik M. Sundt

gjøring av utstyr til tablettknusing kan generelt overføre tablettrester fra en pasient til neste.

#### Helsefare for personell

Hvis man knuser tabletter så vil helsepersonell lettere bli utsatt for støv og partikler fra legemiddelet, og spesielt gravide bør tenke på hva de utsetter seg for av kjemiske stoffer. En rekke legemidler inneholder stoffer som kan være skadelig for fosteret. Thalidomide, Neotigason og Isotretinoin er preparater som er kjent for å være svært skadelige for fosteret. Alle disse er kapsler beregnet på å svelge hele, og helsepersonell skal aldri åpne eller ødelegge slike kapsler. Cellcept er et im-

munsuppressivt middel som har vist seg å kunne gi misdannelser. Felleskatalogen angir at kapslene skal behandles med varsomhet, og må ikke åpnes, tygges eller knuses. Innholdet i kapslene må ikke innåndes, og innholdet må ikke komme i kontakt med huden. Cytostatika er en preparatgruppe som gravide særlig må unngå, og enkelte av disse gis også som tabletter. Preparater med innhold av hormoner kan også være uheldig for gravide. Bicalutamid som brukes ved prostatakreft og finasterid til behandling av godartet forstørret prostata er eksempler på hormonpreparater som kan være fosterskadelige. Antibiotika er en stor legemiddelgruppe som kan utgjøre en helse-

risiko for dem som håndterer det, spesielt i form av antibiotikaallergi. Knusing av antibiotikatabletter vil gjøre helsepersonell mer utsatt for hudkontakt og innånding av partikler, og man bør iverksette tiltak for å beskytte personalet (2).

#### Vond smak

Mange legemidler smaker vondt. Filmdrasjering av tabletter gir dem en glatt overflate slik at de er lettere å svelge og smaken ikke blir så framtrædende. Gelatinkapsler er spesielt godt egnet til å skjule vond smak på legemidler. Man ødelegger ikke virkningen av filmdrasjerte tabletter ved å knuse dem, og innholdet i vanlige kapsler kan tømmes ut og spises, men noen legemidler vil da smake veldig vondt.

#### Informasjonskilder

Denne artikkelen nevner noen spredte eksempler, men i virkeligheten dreier det seg om et stort antall preparater som ikke kan knuses eller tygges. Det kan også være vanskelig å finne informasjon om

## «Mange legemidler skal svelges hele for å redusere risikoen for bivirkninger.»

knusing av tabletter i Felleskatalogen. I en studie blant norske sykehjem oppga nesten 60 prosent av de 1037 avdelingene som svarte at informasjonen i Felleskatalogen om knusing/deling av legemidler enten var vanskelig å finne eller var uklar (3). Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST) er en database med legemiddelopplysninger utviklet av Legemiddelverket, og denne inneholder også opplysninger om tabletter kan knuses eller deles (4). Man er imidlertid avhengig av dataprogrammer der informasjonen fra FEST gjøres tilgjengelig. Apotek og tilsynsfarmasøyter bør være naturlige kilder å spørre når man er usikker på slike problemstillinger. Mange tilsynsfarmasøyter kan også bidra med oversikter over hvilke preparater som skal inntas på en bestemt måte. ■■■

#### LITTERATUR

1. Warnebo W. Tablettknusing i sykehjem. Sykepleien forskning 2009;4:6-15. ([www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/149622/tablettknusing-i-sykehjem-en-sikkerhetsrisiko-for-pasienten](http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/149622/tablettknusing-i-sykehjem-en-sikkerhetsrisiko-for-pasienten))
2. Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet. IK-2568 / 1997 fra Helsestilsynet. ([www.helsestilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/haandtering\\_antimikrobielle\\_midler\\_ik-2568.pdf](http://www.helsestilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/haandtering_antimikrobielle_midler_ik-2568.pdf))
3. Kirkevold Ø, Engedal K. Legemiddelhandtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. Sykepleien forskning 2010;5:16-25. ([www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/337004/legemiddelhandtering-i-norske-sykehjem-med-fokus-pa-knusing-av-medikamenter](http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/337004/legemiddelhandtering-i-norske-sykehjem-med-fokus-pa-knusing-av-medikamenter))
4. FEST – Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte. Hjemmesiden til Statens Legemiddelverk. ([http://www.slv.no/templates/InterPage\\_82461.aspx](http://www.slv.no/templates/InterPage_82461.aspx))



Berit Daae Hustad,  
leder for Rådet for  
sykepleieetikk

# Glad pasient, men hva med trafikksikkerheten?

Sykepleierne snakket med henne om faren ved å kjøre bil og samtidig ta medikamenter med varseltrekant, men pasienten forklarte at hun ikke følte seg ruset i det hele tatt.

**S**om hjemmesykepleier hadde hun vært hos en rusavhengig pasient i mange år. Pasienten var ganske ung og med kroniske smerter etter en betennelse i Pancreas. Hun hadde i mange år misbrukt alkohol, noe som antakelig var medvirkende til at hun ble innlagt på sykehus med akutt pankreatitt for noen år siden. Der fikk hun kun parenteral ernæring og en ganske massiv smertebehandling. I tillegg til mengder av opioide analgetika ble det på grunn av hennes alkoholavhengighet og uro kombinert med forskjellige angst-dempende midler. For å bedre søvnen ble det også gitt forskjellige hypnotika. Medikamentene var stort sett dosert ved behov, noe som gjorde at hun etter hvert kom opp i anselige mengder.

Ved hjemreise fikk hun med seg resepter på

familien hadde hun gjennom alle årene med rus mistet kontakten med. Alkohol klarte hun å holde seg borte fra, men forbruket av ulike medikamenter var fremdeles stort. De fleste med varseltrekant.

## Oppfordret til å være sosial

Sykepleierne oppfordret henne til å ta kontakt med familien, og hun fikk etter hvert kontakt med sin gamle mor. Etter en del bearbeiding hjalp de henne til å få kontakt med andre personer i liknende situasjoner. Hun begynte på et dagsenter, og i begynnelsen var hun mye plaget av sosial angst og lavt selvbilde. Hun følte mye ubehag med skjelvende stemme, svetting og øket puls.

Sykepleierne så at hun mestret mer og mer, og hun deltok i flere foreninger med ulike ak-

Gleden var stor, og pasienten opplevde større grad av frihet. Hun tok moren med på forskjellige utflukter i nærområdet. I tillegg kjørte hun til de ulike aktivitetene. Hun fikk etter hvert noen få venner som hun også kjørte i forskjellige sammenhenger.

Sykepleierne gledet seg med pasientens fremgang, men det var et stort MEN.

## Bilkjøring og medikamenter

Dilemmaet var at samtidig som hun kjørte bilen, visste de at hun kombinerte mange medikamenter med varseltrekant. Medikamentene ble dosert og levert av sykepleierne, men de mistenkte henne for å ta «litt på si». Pasienten hadde autonomi, så de valgte å ikke gjøre noe med det.

De hadde snakket med henne flere ganger om å kjøre bil og samtidig ta medikamenter med varseltrekant, men pasienten forklarte at hun ikke følte seg ruset i det hele tatt. Mange av sykepleierne opplevde seg både medskyldig og med et medansvar når de leverte dosetten med medisinen på morgenen og de samtidig visste at hun skulle ut og kjøre bil etter en times tid.

Andre mente at legen var ansvarlig som forordnet all medisinen. Atter andre mente at dette var pasientens eget ansvar. Pasienten var autonom og fikk ta ansvar for sine egne handlinger. Det er ikke kjøreforbud ved varseltrekant på medisinsk boks, men det betyr at man skal være oppmerksomme på eventuelle

## «Noen mente at de «dolket pasienten i ryggen» med å gjøre noe som helst i denne saken.»

de ulike medikamentene. Situasjonen utviklet seg til at alkoholmisbruket ble kombinert med ulike typer medikamenter. Slik gikk det en del år inntil hun selv var klar for alkoholavrusning. Hun hadde da et lengre opphold og klarte å komme seg ut av alkoholmisbruket.

Etter hjemkomst hadde hun daglig oppfølging av hjemmesykepleier/psykiatrisk sykepleier. Pasienten syntes selv at livet var blitt bedre, selv om hun var svært ensom. Resten av

tiviteter. Hun virket ikke så depressiv. Til tross for sin angst «presset» hun seg til å delta i sosiale sammenkomster.

## Arvet bil

På grunn av morens høye alder besluttet hun at datteren skulle få overta bilen. Datteren hadde førerkort fra sine unge dager, men forbruket av alkohol hadde medført at hun aldri hadde eid noen bil.





bivirkninger. Pasienten fortalte at hun ikke hadde bivirkninger og «det var det hun selv som visste best».

Noen mente at hun var en fare for trafikk-sikkerheten og at sykepleierne burde varsle politiet. Andre mente at de «dolket pasienten i ryggen» med å gjøre noe som helst i denne saken. Det ble oppfattet av noen som angiveri.

Andre mente at de på et vis hadde seg selv å takke, fordi det var sykepleierne selv som oppfordret pasienten til å bli mer sosial.

#### Hva sier retningslinjene?

Yrkesetiske retningslinjer 4.3: «Dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger skal hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres». Var det ikke nettopp det som sykepleierne hadde gjort i denne saken, mente noen.

Det var stor uenighet i avdelingen, og det som var det springende punkt var at det var dosert flere medikamenter med varseltrekant som pasienten tok samtidig. Spørsmålet da var hvor ruset man kunne bli, og var det pasienten selv som skulle vurdere det?

Samtidig sier de yrkesetiske retningslinjer 1.3: «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig». Juridisk er det ulovlig å kjøre bil i ruset tilstand, men også etisk var det en stor belastning for mange sykepleiere å vite om en slik praksis.

Hva ville du ha gjort i en liknende situasjon? ■■■



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

# Quiz

Tekst **Kari Anne Aase Dolonen, Barth Tholens og Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 Hva er ergotisme?

- A Sykdom som tidligere skyldtes mel forurenset med meldrøye
- B Sykelig trang til ergoterapi
- C Personlighet med sterk erotisk tiltrekningskraft

## 2 Hvor ligger parietallappen?

- A I hjertet
- B I lungene
- C I hjernen

## 3 Hva betyr commotio?

- A Hjernerystelse
- B Hjerneblødning
- C Blodpropp

## 4 Hva er Ménièrees sykdom?

- A En sykdom som gir organsvikt over lang tid
- B En hudsykdom
- C En sykdom som rammer øret og som kan gi balanseproblemer

## 5 Hva menes med begrepet «folkehelse»?

- A Helsetilstanden til verdens folkeslag
- B Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- C Helsetilstanden til en gjennomsnittlig norsk statsborger

## 6 Hvem har ansvar for å overvåke folkehelsen i Norge?

- A Kommunenes interesseorganisasjon KS
- B Folkehelseinstituttet
- C Helsedirektoratet

## 7 Hvilke somatiske pasienter hadde lengst ventetid på sykehus i 2011?

- A Barnekirurgi
- B Veneriske sykdommer
- C Kvinnesykdommer

## 8 Andelen pasienter som tildeles rett til prioritert helsehjelp innen somatikk varierer mellom regionene. Hvilken region hadde færrest?

- A Helse Vest
- B Helse Midt-Norge
- C Helse Nord

## 9 Hvor mange hoftebrudd er det i Norge hvert år?

- A Rundt 4 000
- B Rundt 9 000
- C Rundt 100 000

## 10 Hva har skjedd med risikoen for hoftebrudd?

- A Den synker
- B Den stiger
- C Den er uforandret



**ET ØRE:** Men kan det få Ménièrees sykdom? (Illustrasjonsfoto: Colourbox)

-  **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
-  **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
-  **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
-  **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**SVAR:** 1A Sykdom som tidligere skyldtes mel forurenset med meldrøye, 2C I hjernen, 3A Hjernerystelse, 4C En sykdom som rammer øret og som kan gi balanseproblemer, 5B Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning, 6C Helsedirektoratet, 7A Barnekirurgi, 8C Helse Nord, 9B Rundt 9 000, 10A Den synker

## FAG

# Prosedyresmerte

# Lindrer stikk med såpebobler

Både såpebobler og varmepute kan gjøre nålestikk på barn mindre ubehagelige.

Tekst **Nina Hernæs**

**D**en svenske barnesykepleieren Lena Hedén erfarte at nålestikk er en belastning for barn med kreft. I tre randomiserte, kontrollerte delstudier undersøkte hun ulike intervensjoner for å lindre ubehag når barn skulle få nål inn i veneport.

## Angstfylt

Nesten alle barn med kreft får en slik veneport, og i gjennomsnitt må det settes nål i veneporten mellom 50 og 100 ganger i løpet av sykdomsperioden.

I Sverige bedøves huden lokalt med kremen Emla før stikket, og barna og foreldrene får informasjon tilpasset deres nivå. Likevel har ett av ti barn stikkeangst og nålefofi. I tillegg er mange barn så små at det er vanskelig å informere dem om at smerten er kortvarig og går fort over.

## Redsel er problemet

I den første delstudien viste Hedén at barn opplevde mindre smerte og ubehag dersom de ble distraheret med såpebobler eller en varmepute. Særlig de yngre barna hadde god effekt av å bli distraheret. Hedén sier til det svenske bladet Omvårdnadsmagasinet at barn er forskjellige, og at det derfor er viktig å snakke med dem på forhånd og finne ut hvilken metode som passer best.

I den andre delstudien sammenlignet Hedén det beroligende legemiddelet midazolam med det smerte-

stillende legemiddelet morfin. Hun hadde også en kontrollgruppe. I denne delstudien hadde morfin ikke bedre effekt enn placebo.

Hedén sier til Omvårdnadsmagasinet at hun tror det henger sammen med at det ikke er smerte som er problemet ved å sette nål, men redsel.

## Bivirkninger

I den tredje delstudien undersøkte Hedén bivirkninger ved midazolam. Det er kjent at barn som får legemiddelet før en prosedyre, kan glemme hva som har skjedd. Dette kan øke redselen neste gang de skal gjennom prosedyren. Hedén fant få bivirkninger av legemiddelet, men påpeker at det er viktig å snakke med barna i etterkant for å finne ut om de husker noe av prosedyren.

## Flere informanter

I alle de tre studiene har både foreldre og sykepleiere rapportert hvordan barna reagerte på intervensjonen. Mens foreldrene så en signifikant forskjell på barnas redsel og ubehag, rapporterte sykepleiere ikke noen forskjell.

Hedén tror sykepleierne ikke merker forskjell fordi de er så opptatt av å stikke.

– Jeg er glad vi hadde flere informanter, så vi oppdaget hva som hjelper barna, sier hun til Omvårdnadsmagasinet.

Kilde: Omvårdnadsmagasinet

Hvorfor så ulike  
22. juli-konklusjoner? Side 78

Blir du like sliten  
av deltid som av heltid? Side 80

Hvordan få større  
stilling? Side 88

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 **TRUDE HYBERTSEN**

«Vi så på ambulanspersonellet at dette var ekstraordinært.»

84

INNSPILL **MARIANN KRAKSTAD**

«Anaroksi er et slags sjansespill der prisen for å vinne er å kunne bevise at man hadde rett.»

82



## NSF HAR ORDET

# Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

## Fremtidens sykepleie

NSF skal ikke bare kjempe for mer ressurser til dagens måte å drive omsorgstjenester på, men være vel så opptatt av innholdet, utdanningen og teknologi.

I løpet av vår 100-årige historie har Norsk Sykepleierforbund (NSF) vokst seg til å bli en viktig aktør i det politiske og faglige landskapet. Med 100 000 medlemmer er NSF en premissleverandør både i diskusjoner knyttet til lønns- og arbeidsvilkår og i utviklingen av selve sykepleiefaget. Vi har kjempet mange kamper, og flere vil det bli. Uansett sak, har alltid pasientene og kvalitet i tjenesten stått i sentrum. Fremtiden byr på mange utfordringer, la meg nevne noen her:

Om 15 – 20 år går vi inn i et samfunn med flere eldre og flere med nedsatt funksjonsevne enn det noe samfunn noen gang i menneskenes historie har hatt. Men for kommuneøkonomien er det ikke kun de eldre som krever menneskelige og økonomiske ressurser. Stadig flere unge uføre har behov for god helsetjeneste. Og det er kommunes ansvar å sørge for det nå, etter samhandlingsreformens inntreden. Samtidig har vi teknologi og medisiner som gjør at stadig flere mennesker kan behandles for stadig flere sykdommer og plager.

Sykepleierne vil alltid være en nøkkelfagprofesjon i gode omsorgstjenester. For å møte utfordringene må vi tenke over hvilke tjenester morgendagens pasienter trenger, og hvilken kompetanse vi som ansatte må ha. Derfor vil ikke NSF bruke årene som kommer til bare å slåss for mer ressurser til dagens måte å drive omsorg på, men være vel så opptatt av innholdet i tjenestene. Vi må bruke kreftene på å utvikle de tjenestene og det innholdet i utdanning og yrkesutøvelse som kan bidra til



**NYE TIDER:** Om 15–20 år vil det være flere eldre og flere med nedsatt funksjonsevne, men også flere unge uføre. Da gjelder det å tenke nytt om hvordan vi driver omsorg. Illustrasjonsfoto: Istockphoto

toren som dette vil kreve. Og en profesjonalisert sektor vil ikke kunne klare jobben alene.» Dette er en analyse NSF deler. Derfor må vi arbeide på måter som utløser og loser mer av samfunnets samlede ressurser inn mot omsorgstjenestene, fra pårørende, frivillig arbeid og fra nærsamfunnet.

God sykepleie og omsorg kan bare skapes i et tett, menneskelig tillitsforhold mellom den en-

med demens. Men for den enkelte og pårørende kan det være forskjellen mellom å bli låst inne eller å kunne bevege seg fritt med trygghet for å bli funnet. Teknologi kan frigjøre tid så ansatte kan gjøre mer av det de er utdannet for. Ved å sette seg inn i teknologien muligheter, og kombinere dette med sykepleierens kunnskaper og brukernes behov, vil morgendagens sykepleiere kunne bli viktige faglige rådgivere overfor enkeltbrukerne og for alle med ansvar for innkjøp av nye løsninger.

En omsorgssektor med mer bruk av moderne teknologi, større bevissthet om gode løsninger, med gjennomtenkt samspill mellom profesjonelle og amatører, og mellom tjenestens helsefaglige innhold og nærsamfunnet rundt, vil gi en mer mangfoldig sektor enn den vi har i dag. Vi har derfor mange store utfordringer som vi vil være med å ta tak i også de neste 100 årene.

## Teknologi kan frigjøre tid så ansatte kan gjøre mer av det de er utdannet for.

gode, effektive og trygge helsetjenester.

Kåre Hagen, direktør ved NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, og leder for utvalget som leverte rapporten «Innovasjon i Omsorg», skriver i Sykepleien nr. 10/2012 veldig treffende: «Vi må også erkjenne at en videreføring av dagens omsorgsmodell verken er mulig eller ønskelig: Det er et umulig prosjekt å rekruttere så mange unge til et yrkesliv i omsorgssek-

kelte sykepleier og personen som hjelpes. Det vil aldri komme teknologi som kan erstatte dette. Men teknologi kan spille en mye viktigere rolle i omsorgssektoren enn i dag, og NSF vil være pådriver for å ta dette i bruk.

Det finnes mange teknologiske løsninger som kan øke brukerens selvhjelpenhet, som kan skape økt trygghet og redusere ensomhet. Det er lett å være skeptisk til GPS-overvåking av personer

*Eli Gunhild By*

## Savner sykepleiere på legesenter

Mange med meg savner Olaug, Kari og Anne som jobbet i mange år på Haugenstua legesenter. Sykepleierne med den lune varmen og omsorgen. I 2001 forsvant sykepleierne fra legesentrene da disse ble privatisert. Inn kom helsesekretærene og legesekretærene da de ble billigere i drift enn sykepleierne.

Som mangeårig bruker av Haugenstua Legesenter husker jeg sykepleierne som gode omsorgspersoner for pasientene og gode hjelpere for legene. Blodtrykkskontroller, blodprøver, livsstilsveiledning, samtaler om sorger og gleder, samt diverse kontorarbeid var oppgaver de utførte med glans. De var mor i huset og alltid tilgjengelig. I 1996 da jeg mistet min far, droppet jeg rett inn til sykepleier som tok seg god tid til trøst og samtale. I dag har vi ikke den muligheten, for legenes tid er bundet til pasientavtaler og helsesekretærene er opptatt med telefoner og laboratoriearbeid.

Mental Helse Stovner mener at legesentrene bør ha et drop-in-tilbud som kan yte rask og menneskelig omsorg ved akutte behov. Det kan for eksempel dreie seg om vold i familien og andre kriselignende situasjoner. Dette kan langt på vei avlaste andrelinjetjenesten i psykisk helsevern. Derfor ønsker vi sykepleierne eller andre omsorgspersoner tilbake til legesentrene.

*Gunn Pound, leder av Mental Helse Stovner*

## Farlig yrke – dårlig tilrettelegging

I Sykepleien nr. 9 /12 står artikkelen «Sykepleier – et farlig yrke».

Dette kan jeg skrive under på, da jeg i 2010 fikk hjerteinfarkt som 52 åring, uten forvarsel, og uten de «klassiske» disposisjonsfaktorene for hjerteinfarkt, som for eksempel høyt BT, overvekt, diabetes, røyking, arvelig belastning osv.

I jobben jeg hadde i 2010, hadde jeg vært ansatt i 18 år, fra 1992. Det var en intensivavdeling, og jeg hadde 100 prosent stilling de første årene, senere 50 prosent, da arbeidsbelastningen var svært høy. Jeg hadde siden 1997 hatt særturnus, som var godt tilrettelagt og som fungerte perfekt for meg.

Da jeg kom tilbake i jobb etter hjerteinfarktet i 2010, fikk jeg beskjed om at det ble ny turnus, det ble slutt på særturnusene og alle måtte ha lik arbeidsbelastning. Forklaringen jeg fikk fra min sjef på at jeg ikke fikk beholde særturnusen var at «hvis jeg sluttet, skulle ny ansatt kunne gå rett inn i min turnus».

Den nye turnusen jeg ble tildelt var helt

uaktuell for meg etter hjerteinfarktet. Men jeg fikk ingen tilretteleggelse og forståelse for det. Konsekvensen ble at jeg ble syk-meldt, ledelsen firte ikke på kravene, etter hvert fikk jeg ett års vikariat ved et annet sykehus og permisjon ett år fra min stilling ved intensivavdelingen.

Jeg hadde dialog med jurist i NSF, som ville gå inn i saken hvis jeg ville tilbake i min «gamle» jobb. Dette ble ikke aktuelt. Da jeg ikke fikk lengre enn ett års permisjon, sa jeg opp stillingen ved intensivavdelingen i januar 2012, etter å ha vært ansatt i 20 år.

Når ledelsen ikke kan ta bedre vare på sine erfarne sykepleiere med kompetanse når sykdom rammer, er det et dårlig tegn.

Til ledere rundt omkring: Ta vare på de ansatte, det vil lønne seg, både menneskelig og økonomisk!

En sidekommentar er at jeg etter å ha vært ansatt i 20 år heller ikke har fått en mail eller et postkort med «takk for innsatsen».

*Skuffet sykepleier med lang erfaring*

**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)

### Gjør som i Bergen!

Leser Sykepleien nr. 9/12, der det står så fint om legevakten i Bergen, må det vel være, siden Haraldsplass diakonale høgskole ligger i Bergen.

For det første; så trenger vi denne utdannelsen, videreutdanning i legevakt-sykepleie, flere steder i landet. Gjerne på Østlandet. For det andre er jeg meget imponert over legevakten som er omtalt i bladet. At den første pasienten møter på legevakt er en sykepleier. Herlig! Og at den største gruppen på legevakten består av sykepleiere. Jeg jobber på en legevakt som styres og domineres av helsesekretærer. Hvis vi hevder oss som sykepleiere, så blir vi uglesett. Rett og slett sett ned på. Legene bryr seg ikke om hva vi er, bare job-

ben blir utført. Dette er en stor frustrasjon for meg og mine kollegaer, da jeg/vi faktisk har en 3-årig bachelor. Som en selvstendig sykepleier har vi blitt lært opp til å ha det kliniske blikket, skaffe oss oversikt, ta en rask avgjørelse og kunne forskjellige prosedyrer. Men hva skjer når vi sjelden får gjort dette? Hva skjer med det vi lærte på sykepleien? Derfor høres denne utdannelsen i Bergen ut som noe en arbeidsgiver for enhver legevakt i Norge bør satse på, og sende alle sykepleierne på denne. Hadde jeg vært leder, hadde jeg ikke tvilt et sekund. Dette hadde gjort meg tydelig, modig og stolt av profesjonen sykepleier i min arbeidssituasjon.

*Hilsen en frustrert sykepleier*

### Uproff billedbruk

Bildet som skal illustrere artikkelen «Burde begynt med barna» på side 16 i siste Sykepleien nr. 9/2012, er misvisende. Her er temaet svineinfluensavaksineringsen.

Fint at dere bruker et bilde av vaksineringsen, men på bildet settes vaksinen et sted på armen som vi aldri setter noen vaksine. Synes det burde vise et reelt vaksinasjonssted i en slik illustrasjon. Dette har skjedd tidligere også, og det virker så dumt/lite profitt, synes jeg.

Jeg vil foreslå at dere i Sykepleien bruker bilder der vaksinen settes på riktig sted på armen en annen gang.

*Med vennlig hilsen Irene Tangen,  
Led. Helsesøster*

Sykepleien tar det til etterretning og beklager.  
*Red*



## 22. juli-dommen og perspektiver på psykiske lidelser

Etter dommen i 22. juli-rettssaken er det mange som sitter igjen med undring og spørsmål om hvordan det er mulig at to ulike rettsoppnevnte par sakkyndige, som før rettssaken ble sett på som blant de fremste ekspertene på psykiske lidelser, kunne gjøre to vidt forskjellige diagnosevurderinger. Den ene vurderingen konkluderte med at Breivik hadde en psykotisk psykisk lidelse og den andre konkluderte med at han ikke var psykotisk. Konklusjonene ble gitt av rettspsykiatere etter usedvanlig omfattende observasjoner, mange samtaler, og grundige vurderinger av observanden. Til tross for denne grundigheten ender fire eksperter opp med to diametralt forskjellige konklusjoner når det gjelder spørsmålet om Breivik var og er psykotisk eller ikke.

For å forstå hvordan dette er mulig, må vi gå til den grunnleggende forståelsen av psykiske lidelser, og jeg vil ta utgangspunkt i noe av det jeg skrev i en kronikk i tidsskriftet Sykepleien i nr. 8/2010.

På 1600-tallet utviklet filosofen René Descartes en tenkning basert på et mekanisk verdensbilde. Det var da vanlig akseptert å betrakte menneskekroppen ut fra en maskinmodelltenkning, og maskiner er bygd opp av deler som kan plukkes fra hverandre og settes sammen igjen. Dersom noe er galt med en maskin, kan man reparere den ødelagte delen. Descartes mente at mennesket kunne deles i to ulike vesener, sjelen (det tenkende) og materien (kroppen). Materien blir forstått med mekanikken alene (mekanistisk materialistisk verdensbilde). Dette ga grobunn for synet på kroppen som en maskin som det kan oppstå feil ved.

Naturvitenskapen har på mange måter tatt med seg dette mekaniske verdensbildet, og moderne medisin bygger nettopp på denne tenkningen. Den moderne

psykiatri er blitt etablert slik vi kjenner den i dag fordi medisinen som disiplin begynte å interessere seg for menneskelig galskap. Og legene tok med seg den biomedisinske arven inn i forståelsen av psykisk sykdom. Naturvitenskapen og det biologiske perspektivet har objektivitet og absolutt sannhet som gullstandard, og vitenskapsmannen skal kunne sette to streker under svaret. For å sikre objektivitet og vitenskapelig sannhet er det viktig å fjerne alle forstyrrende elementer. I medisinen er idealet å kunne gjøre nøyaktige uforstyrrede målinger ved hjelp av diagnostiske verktøy. Dette idealet er adoptert av den medisinske psykiatrien, og rettssaken etter 22. juli viste hvordan Sørheim og Husby gjennomførte diagnostiske undersøkelser ved hjelp av standardiserte diagnostiske verktøy. Troen på at deres verktøy skulle kunne måle sykdom objektivt og uforstyrret av andre elementer enn sykdommen selv var åpenbart til stede. Sørheim og Husby uttalte eksplesitt at de ikke ønsket å blande inn kontekst som for eksempel politisk forankring.

Et paradigme kan forstås som en gjengs måte å forstå eller oppfatte et fenomen på, og i årenes løp har det hersket ulike paradigmer i psykiatrien. Begynnelsen av forrige århundre var preget av troen på at man kunne reparere hjernen hos den psykisk syke, og en medisinsk tenkning i psykiatrien hadde strekt fotfeste. Etter hvert var det mange i fagmiljøet som forsto at psykisk sykdom må forstås i sammenheng med mange faktorer, og vi fikk fremvekst av en humanistisk psykiatri, hvor psykisk helse ble sett i sammenheng med kontekst og det levde liv.

Gjennom eget arbeid i psykiatrien er det min oppfatning at det i deler av fagmiljøet har vokst frem en

ny sterk tro på den objektive medisinske psykiatrien. Slik jeg ser det representerer den første sakkyndige erklæringen denne spesielle formen for perspektiv på psykiske lidelser.

Etter dommen i 22. juli-rettssaken uttalte Johan Cullberg til Aftenposten.no (24. august) at den første kommisjonen (Sørheim og Husby) hadde sin stolthet i å ikke bry seg om kontekst, og at rapporten var et uttrykk for en ren medisinsk psykiatri som bedømmer symptom og tegn uten innblanding av hvilke grunner personen har hatt.

«Kampen» mellom det medisinske og det humanistiske perspektivet på psykiske lidelser har gjennom rettssaken og dommen blitt synlig og kjent for hele befolkningen. Dommen var et usedvanlig grundig og faglig oppgjør med en ensidig medisinsk måte å forstå psykiske lidelser på. I så måte er også dommen en viktig melding til alle fagfolk, pårørende og pasienter i psykiatrien: Psykiatrien er ikke en medisinsk disiplin med objektive kriterier. Diagnoser er ikke objektive enheter som finnes her i verden i kraft av seg selv, men menneskeskapte konstruksjoner som påvirkes av historisk og kulturell kontekst. Det som var friskt før kan bli sett på som sykt nå, og det som er sykt nå kan bli sett på som friskt om noen år. På samme måte kan det som forstås som sykt i en kulturell sammenheng bli sett på som frisk i en annen. Psykiatrien skal ikke være en forklarende, men en forstående disiplin. Vi som jobber der skal undre oss mer, vi skal lytte mer og vi skal prøve å forstå mennesket i en kontekstuell sammenheng uten bestandig å ty til psykiatriske diagnoser.

*Med vennlig hilsen førstelektor Ole Greger Lillevik, Høgskolen i Narvik*



# Xwear.no

Kompresjonsstrømper gir opptil 30% bedre sirkulasjon og restitusjon i dine føtter...

Til arbeid, sport og fritid!



Anbefales av

Nasjonalforeningen  
for folkehelsen



HEI!



## Så enkelt senker du kolesterolet



Norske studier har dokumentert at Pro-aktiv reduserer kolesterolet med 10 % på fire uker. Den inneholder plantesteroler som hindrer kolesterol å tas opp i blodet ditt. Det finnes mange måter å senke kolesterolet på, men den enkleste må være å smøre Pro-aktiv på brødskiven. La Pro-aktiv bli en naturlig del av ditt daglige kosthold året rundt! Les mer på [vita Hjertego.no/proaktiv](http://vita Hjertego.no/proaktiv)

Utviklet av Vita Hjertego' i samarbeid med norske forskningsmiljøer



# Pro.aktiv



**Bente Abrahamsen,**  
seniorforsker, Høgskolen i  
Oslo og Akershus, Senter for  
profesjonsstudier.

# Deltid like slitsomt som heltid

Deltid oppleves like slitsomt som heltid for kvinnelige sykepleiere med familieforpliktelser. Tyngre vaktbelastning for sykepleiere i deltidsstilling er en viktig forklaring.

**D**eltidsarbeid er vanligvis ansett som positivt for kvinner som ønsker å redusere belastningene ved å kombinere lønnsarbeid og familieforpliktelser. Over halvparten av norske sykepleiere arbeider deltid, og den vanligste begrunnelsen er ønsket om å ha mer tid og overskudd til familien.

En ny studie av norske og finske sykepleiere tyder imidlertid på at deltidarbeid ikke gjør det lettere å kombinere yrke og familie. Artikkelen er nylig publisert i tidsskriftet «Professions & Professionalism» (nr. 1, 2012) og omfatter 1300 norske og 1250 finske kvinnelige sykepleiere ansatt på sykehus.

## Turnus og deltid

Å arbeide som sykepleier i sykehus er krevende. Pasientene er ofte svært syke, og pleierne arbeider under stort press og i høyt tempo. I tillegg har mange sykepleiere en tung vaktbelastning. Majoriteten av sykehusansatte sykepleiere inngår i en rullerende turnusordning og veksler mellom vakter på dagtid, kveld og natt. Avgjørende for

lom det å arbeide turnus og rapportering av tidskonflikter mellom arbeid og familie. Uregelmessig arbeidstid gjør det vanskelig å følge opp barna i deres fritidsaktiviteter og å være sammen som familie på ettermiddager og helger. Sykepleierne i turnus må ofte avlyse eller endre planlagte familieaktiviteter. I tillegg gjør vaktbelastningen dem slitne slik at det er vanskelig å få gjennomført oppgavene hjemme. Det er også verdt å merke seg at konflikten mellom arbeid og familie ikke bare går en vei – fra arbeid til familie, men at familieforpliktelsene kan gå ut over innsatsen på jobben. Interessant i den sammenheng er at det særlig er deltidarbeidende sykepleiere som oppgir at familieforpliktelsen påvirker innsatsen på jobben.

## Generelt lavt konfliktnivå

Generelt er det et relativt lavt konfliktnivå mellom arbeid og familie i Norge. Norge og Norden kommer svært godt ut i en sammenlikning med andre europeiske land. Det avspeiler generøse foreldrepermisjoner i forbindelse med fødsler, god dekning av barnehageplasser og at de fleste familier har tilbud om skolefritidsordning. Her må det også tas med at både holdning til likestilling mellom kjønn og praktisering av denne er kommet lenger i de nordiske landene enn ellers i Europa. I tillegg har organiseringen av arbeidstiden stor betydning for hvilke muligheter familier har for å balansere yrkesaktivitet og familieforpliktelser. Særlig har fleksible arbeidstidsordninger blitt betraktet som viktig, som muligheten til å velge mellom deltid og heltid, og når på døgnet en skal jobbe. For sykepleiere er imidlertid muligheten til å velge vaktordning lite reell. Kun et fåtall sykepleiere kan velge fritt mellom rullerende turnus, fast dagarbeid, fast nattarbeid etc.

## Norske og finske sykepleiere

En sammenlikning av arbeid-familiekonflikter for finske og norske sykepleiere er interessant fordi arbeidstid (antall timer) og vaktordning organiseres forskjellig i de to landene. I Norge er deltidarbeid svært utbredt og muligheten til å ha en arbeidstid som kan tilpasses den enkeltes behov og ønsker er langt større her enn i de fleste andre europeiske land, også innenfor Norden. Mens norske sykepleiere i stor grad kan velge hvor mange timer de vil arbeide, må de fleste finske sykepleiere velge mellom heltidsarbeid og ikke-yrkesaktivitet. Under

Turnus er langt mer utbredt blant deltidansatte enn blant dem som arbeider heltid.

resultatene som viser at det er like krevende for deltidarbeidende som for heltidsarbeidende å kombinere arbeid og familie, er at vaktbelastningen er ulikt fordelt mellom sykepleiere. Turnus er langt mer utbredt blant deltidansatte enn blant dem som arbeider heltid. Mens over 80 prosent av de norske sykepleierne med kort deltid (opp til 25 timer per uke) oppgir turnus som arbeidstidsordning, gjelder dette cirka halvparten av sykepleierne i full stilling.

## Turnus og tidskonflikter

Uansett om en sykepleier arbeider deltid eller heltid er turnusordningen sentral for å forstå sykepleieres erfaringer med å kombinere arbeid og familieliv. Undersøkelsen viser en klar sammenheng mel-





femten prosent av finske sykepleiere arbeider deltid. Også vaktordningen framstår som mer variert på norske sykehus enn på finske. I Finland inngår nesten alle i en rullerende turnus og to helger per måned inngår i denne ordningen. I Norge er vaktene mer ulikt fordelt mellom sykepleierne. Mye tyder på at det er mer vanlig i Norge at enkelte sykepleiere skjermes helt for ubekvemme vakter og kun arbeider innenfor vanlig arbeidstid (kl. 06–18). Det betyr at kveldsvakter, natt- og arbeid i helger må deles på færre. På den enkelte avdeling løses dette ved å tilby ekstravakter. De som tar disse vaktene er gjerne sykepleiere i deltidsstillinger som ønsker å arbeide mer. Mange av disse jobber ufrivillig deltid. Konsekvensen blir at deltidsarbeidende ofte har en langt tyngre vaktbelastning enn sykepleiere i full stilling. Resultatene i denne studien bekrefter dette.

#### Samme konfliktnivå

Studien viser ubetydelige forskjeller mellom norske og finske sykepleiere i rapportering av tidskonflikter mellom arbeid og familie. Dette er overraskende ettersom finske sykepleiere arbeider flere timer per uke enn sine norske kolleger. Finske sykepleiere arbeider i gjennomsnitt 37 timer per uke, mens norske sykepleiere arbeider nesten 31 timer i gjennomsnitt. En forklaring på at lenger arbeidstid ikke fører til flere tidskonflikter kan være at vaktbelastningen er jevnere fordelt mellom sykepleiere i Finland enn i Norge. Jevnere fordeling kan bidra til at flere får en vaktbelastning som lar seg kombinere med familie uten for store tidskonflikter. En annen forklaring kan være færre ekstravakter blant finske sykepleiere. Ekstravakter som

må tas på kort varsel fører til uforutsigbarhet og gjør planlegging av familieaktiviteter vanskelig.

En svakhet ved undersøkelsen er at det ikke er informasjon om hvor mange ekstravakter og hvor mange ubekvemme vakter (natt, kveld, helg) den enkelte sykepleier jobber. Resultatene i denne studien tyder på at dette er avgjørende for muligheten til å kombinere arbeid og familie. En turnus som omfatter mange ubekvemme vakter er åpenbart mer belastende enn en turnus med hovedsakelig dagvakter og noen få kveldsvakter. For noen år siden dokumenterte Skift/turnusutvalget (NOU 2008:17) store variasjoner i vaktbelastning mellom norske turnus-sykepleiere. For noen sykepleiere er turnusen begrenset til noen få kveldsvakter i måneden, mens andre rullerer systematisk mellom vakter på dag, kveld og natt.

#### Konklusjon

For de fleste arbeidstakere er det en sammenheng mellom antall timer på jobben og hvor lett eller vanskelig det er å kombinere arbeid og familie. For norske og finske sykepleiere gjelder ikke dette. Sykepleiere med deltidsarbeid oppgir samme grad av konflikt mellom arbeid og familie som heltidsarbeidende. Deltidsarbeid synes å ha liten eller ingen betydning for hvor lett eller vanskelig det er for sykepleiere å kombinere arbeid med familieforpliktelser. Derimot har det betydning om sykepleieren arbeider kun dagvakter eller inngår i en turnusordning. Tyngre vaktbelastning blant deltidsarbeidende enn heltidsarbeidende er en viktig forklaring på at deltid oppleves like slitsomt som heltid. ■■■

**ROTETE LIV:** Når man jobber deltid og tar ekstravakter, blir hverdagen mindre forutsigbar, noe som oppleves som belastende, skriver kronikkforfatteren. Arkivfoto: Stig Weston



## INNSPILL

# Anoreksi

Mariann Krakstad, sykepleier

# Anoreksien gjør meg trygg

Det som står i fagbøkene om anoreksi er bare en liten brøkdel av hvordan den er i realiteten.

**D**ette er en sykdom svært få forstår seg på. De fleste tenker som så at: «Er det ikke bare å spise? Hva er problemet – ser du ikke at du er sykkelig tynn?». Men årsakene og alle sårene bak oss som har valgt denne «rømningsveien» fra livet er det ingen som ser. Ingen ser hva slags kraft den har, hvor vondt den gjør oss eller hvor fantastisk godt den gjør oss. Man kan stille seg mange spørsmål om hvorfor akkurat noen blir rammet av dette. Hva som er meningen med å gå så inn i en tilstand som man egentlig vet skader en selv og alle rundt. Det som er sikkert er at den gir en enorm trygghet og en enorm mestring som ingen andre kan klare å skape på samme måte.

For meg personlig er den en «demper». Den demper det som gjør meg vondt. Jeg slipper ubehaget av mine følelser og mitt eget hat over alt jeg føler jeg ikke mestrer i livet. Den gir meg en glede over å kunne slippe alt rundt meg, slippe krav og alle livets forventninger. Selvfølgelig har den sin ulempe, den hindrer meg i å gjøre ting som jeg kanskje skulle ønske jeg fikk oppleve. Men dette blekner i forhold til dens trofasthet og trygghet. Disse fordelene er mye sterkere enn ulempene.

Når folk ser en anorektiker tenker de vel bare som så at «hun der må ha et ønske om å dø, om å dø langsomt». Men slik er det ikke. Ei heller et ønske om et liv i dvale og å være følelsesmessig «flat». Leve, men likevel ikke leve. Sveve mellom liv og død der alt virker så mye

ofte flere dager fremover. Planleggingen av dagens inntak av væske og næring starter akkurat når man går av vekten. Dagene preges av mye ambivalens, skal – skal ikke. Hva skal jeg kunne få «lov» til å spise i dag, skal jeg få lov og spise noe i det hele tatt? Hva med væske – vil væsken legge seg på kroppen som store pølser rundt omkring? Man blir sliten i hodet av all ambivalensen, men likevel står man fast på valgene man tok den morgenen. Det kan være: «Hvis jeg ikke spiser i dag, kanskje jeg da kan unne meg noe i morgen?» Dagene har lett for å gå i hverandre, og plutselig er uka gått og man sitter sliten igjen på en fredag og finner ut at man faktisk ikke har spist noe som helst på alle disse dagene.

Man går på vekten hver dag og ser at vekten går ned. Man får ulike vekt mål som man vil ned til fort. Dette kan ikke gå fort nok. Man kan tenkte: «Kommer jeg bare ned dit, så kan jeg kanskje begynne å spise litt igjen». Det fungerer ikke sånn. For når målet er nådd, dukker nye vekt mål opp. Man er inni en spiral av sykelige tanker rundt kropp og vekt. Innerst inne ligger vissheten om at dette kan gå fryktelig galt, men likevel tenker man at døden rammer ikke en selv. Er det sånn at de som faktisk har dødd av sykdommen har kjent at det kom til å skje? Det er jo noe ingen vet med sikkerhet, så den tanken trøster jeg meg med. Jeg kjenner min kropp, og ingen andre skal kunne motsi meg.

Hele sykdommen blir et slags spill. Et sjansespill der prisen for å vinne er å kunne bevise at man hadde rett. Taper man er det døden som venter. Man vil bevise at man kan leve på luft og kjærlighet. Det blir et ensomt liv, men med en eneste trofast venn som alltid vil være der og gi en støtte: Anoreksien.

Hvem skulle trodd at jeg ville havne her? En oppegående, frisk jente i sin beste alder i slutten av 20-årene. Ferdig utdannet sykepleier som hadde «lært» om sykdommen fra fagbøker. Hvem skulle trodd at ikke jeg kunne være sterk nok til å takle livets utfordringer? Dette viser bare at ingen kan ha full kontroll på hvordan ytre faktorer vil kunne sette sine spor i ens sinn. Alle kan falle utfor stupet – noen faller bare høyere enn andre og klarer ikke helt å finne veien tilbake opp. Eneste jeg nå må tenke på er at jeg lærer av alt jeg er igjennom her i livet, på godt og vondt. Alt har en mening, det gjelder bare å finne ut av hva denne meningen er. Jeg kan i hvert fall si at det som står i fagbøkene om denne sykdommen bare er en liten brøkdel av hvordan den faktisk i realiteten er. Alt som skjer inni hodet er umulig for folk å forstå så sant de ikke har vært der selv. Så noen erfaringer rikere og noe klokere har jeg blitt gjennom min kamp mot dette «monsteret», som styrer min hverdag og styrer hele mitt sinn. ■■■

Man vet innerst inne at dette kan gå fryktelig galt, men likevel ...

enkler. Man blir følelsesmessig flat, noe som kan hjelpe godt om man ikke ønsker å kjenne på vonde følelser. Gleden blir også redusert, men dette merkes ikke på samme måte som at de vonde følelsene forsvinner. At de forsvinner er av mye høyere betydning.

Det handler om å gi og ta. Man kan ikke få i pose og sekk, så da må man velge. Velge mellom å kjenne på glede OG på smerte – eller å velge å ikke kjenne på noen av delene. For meg var dette valget lett. Å ikke føle gir meg trygghet. Det får meg inn i en tilstand som gir meg mer ro enn hva et «risk»-liv ville gitt meg.

Skyggesiden bak anoreksien er det de fleste kanskje kjenner mest til. Alle tankene rundt mat, trening, kropp og vekt. Det er ikke én time i døgnet som ikke disse tankene kommer med full kraft og skaper kaos inni hodet. Hvert minutt preges av dette. Dagene starter som regel med en vekt kontroll. Denne vil prege resten av dagen og

# MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



Prisbelønnet for sin smak!



1-12

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

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

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



**Anna Oppedal Tokheim,**  
Möller's ernæringsfysiolog

### Optimal utvikling av hjernen

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

### Utvikling av et sterkt skjelett

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

### Trygt kvalitetsprodukt

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

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

Grønt nr: 800 80 555

**HUSK!**

Bestill Möller's Tran til din helsestasjon på [www.mollers.no/helsepersonell](http://www.mollers.no/helsepersonell)

TETT PÅ

Trude Hybertsen

**Hvorfor:** 22. juli-kommisjonen har gitt Akuttmottaket på Ullevål mye ros for innsatsen da det smalt i Oslo. Trude Hybertsen var koordinator den dagen.

**Stilling:** Har jobbet på Akuttmottaket ved Ullevål siden 1995

**Utdanning:** Sykepleier

**Alder:** 48 år

# Alt under kontroll

Da Trude Hybertsen så ambulansefolkene komme springende inn med stadig nye pasienter, forsto hun at 22. juli kom til å bli en dag hun ville huske.

Tekst Barth Tholens Foto Stig M. Weston



# D

et er en vanlig norsk sommerdag med dårlig vær. Trude Hybertsen har egentlig fri. Men en kollega ville gjerne bytte en vakt, så hvorfor ikke, tenker hun.

Hun står opp litt senere enn vanlig, handler i nærbutikken og rusler de ti minuttene det tar til Ullevål hvor hun ankommer en halv time før vekten tar til. Alt er ved det normale. Klokka er snart to.

Hun henger litt rundt ved skranken, skravler med noen kolleger. Gjør seg klar.

Halv tre, tidspunktet for vaktskiftet på Akuttmottaket ved Ullevål, inntar hun sin plass på høyre siden av skranken. Derfra har hun god oversikt over alt som skjer på mottaket. Hun begynner med å gå gjennom rapporten over «inneliggende» pasienter. Ren rutine.

Ingenting aner hun om at dette blir en dag ingen i Norge noensinne vil glemme. Og at den vil trille rett forbi hennes skranke på en bære.

**HUN ER FRA VÆRDAL**, gikk i sin tid på sykepleierskolen i Namsos og likte seg på Ullevål fra første dag. Hvorfor? Det var vel noe med at alt kan endre seg på et akuttmottak i løpet av få minutter. Tempoet. Skiftene. Det uforutsigbare. I hovedstadsområdet er det korte avstander, så det tar ofte ikke mange minutter fra mottaket får en melding til pasienten kommer rullende inn.

## «Det var ikke kaotisk»

Men ikke tro at Hybertsen, som er glad i krim på fritiden, bare liker fart og action. Hun får faktisk ikke mer kick av hjer-testans og trafikkskadede enn hun får av gamle damer med brukken lårhals. Og hun opplever det minst like givende å gi pårørende til en akutt innlagt pasient en dårlig beskjed, som det er å stå midt opp i blod og skrik. De siste årene har hun enda begynt å foretrekke roligere vakter. Tar stort sett bare nattevakter, fra halv 11 til syv om morgenen. Da er det mindre hektisk, med færre på vakt.

Men 22. juli i fjor hadde hun altså byttet vakt.

**DET ER FAKTISK EN GOD DEL PASIENTER** på mottaket når Hybertsen får en telefon fra AMK. Klokka er 15.27, bare to minutter etter at en 950 kilos gjødselbombe har eksplodert i sentrum. AMK melder fra om at noe voldsomt har skjedd, detaljene er uklare. I løpet av tre minutter blir ti ambulanser og en legeambulans dirigert til skadestedet. Ni minutter etter at bomben har gått av, er den første ambulansen med medisinsk personell på plass i regjeringskvartalet.

Trude Hybertsen på akuttmottaket skjønner raskt alvor

meldingen og ringer rutinemessig til Rikshospitalet. Plutselig kommer det inn flere telefoner, og hun merker uroen på mottaket. Noe er i gjæret. Hun sier til teamleder og traumelegen Pål Aksel Næss: Nå blir du her!

De trenger folk med erfaring nå. Trude blir på posten. Fra «gul beredskap» bytter hun raskt til «rød». Full alarm og hele krisepakka.

Heldigvis har de ansatte noe å forholde seg til når en krise er et faktum. Det har de øvd på. De har utførlige lister å jobbe etter. Oppgaver som kan hakes av. Standardiserte rutiner som de kan følge. Trude ber en kollega innkalle folk hun vet ikke er på ferie. Det vil trengs erfarne folk med den rette kompetansen. Traumeteam skal helst stå klart når de første skadede fra regjeringskvartalet ruller inn.

Og folk melder seg, de strømmer inn. Sykepleiere og leger som egentlig har fri, kommer også, uopfordret. Selv helsepersonell som ikke jobber på Ullevål, vil være med. De blir raskt avvist, trengs ikke. Alt skjer i løpet av minutter.

Hybertsens kolleger har nå tømt hele mottaket for andre pasienter. De trenger alle tilgjengelige senger. Portørene har hentet pasientene og flyttet dem til medisinsk avdeling. Klokka 15.51 kommer den første ambulansene. Og så flere.

**I TIMENE SOM NÅ FØLGER TRILLES** ti hardt skadede pasienter fra Oslo sentrum forbi hennes skranke. Mens Oslo legevakt tar seg av de cirka 190 personer med mindre alvorlige skader, er det hard core på akuttmottaket. Der sluses pasientene videre, fra triage til operasjonssaler og akuttstuen. Hver pasient blir fulgt av et traumeteam, med kirurg, anestesilege og sykepleier.

Alle ti pasientene fra regjeringskvartalet som kom inn til mottaket, skulle overleve.

– Man skulle kanskje tro det, men det var ikke kaotisk, sier hun i dag, ett år senere.

Hybertsen er høy og bestemt. Sterke armer. Rolige bevegelser. Hun tar imot Sykepleien på et venteværelse for pårørende.

– Nei, heldigvis hadde vi en ny katastrofeplan å forholde oss til, og vi hadde øvd oss, med case. Vi visste hva vi skulle gjøre. Selv heismontøren som rutinemessig ble varslet, dukket opp. Han skulle vi senere få bruk for.

– Skjønnte dere egentlig omfanget av denne katastrofen på dette tidspunktet?

– Vi hørte jo ikke på radio eller så på tv. Men du kunne se det på ambulansepersonellet når de kom med pasientene at dette var ekstraordinært.

Men verre skulle det bli.

**PÅ NYTT RINGER AMK.** «Skyting på Utøya». Klokka er halv seks. Situasjonen på akuttmottaket har nettopp roet seg. De ti pasientene fra Oslo sentrum er blitt overført til andre avdelinger. De har nettopp vurdert å ta i mot «vanlige» pasienter igjen, når fredag 22. juli går inn i en ny omdreining.

– Hva er det som foregår der ute?, rakk jeg å tenke.

Til forskjell fra de skadede i Oslo, kommer pasientene fra Utøya til Ullevål luftveien. Og det tar tid før de kommer. Først

klokka 18.40 er bryggeområdet på fastlandet klarert av politiet. Ambulansene rykker etter hvert fram dit. Seks legeteam er snart i gang med akuttbehandling på stedet. 3,5 kilometer nord, på Elstangen, blir det ryddet plass til å ta i mot ambulanshelikoptere. De tolv hardest skadede pasientene blir transportert direkte til Ullevål. Det første legebemannete ambulanshelikopteret tar av cirka kvart på åtte.

Snart går helikoptrene i skytteltrafikk, den ene etter den andre lander på plattformen på parkeringsgarasjen rett ved Ullevåls hovedinngang. To erfarne sykepleiere venter på plattformen for hvert helikopter som kommer. Hybertsen holder oversikt. Hun er koordinator og melder inn nye pasienter og har et apparat på plass til å motta dem. De får til og med bruk for heismontøren når heisen fra helikopterplattformen streiker.

Om de har trent aldri så mye og har lister for både det ene og det andre, gjør det likevel et brutalt inntrykk: Bare unge mennesker. Skutt i filler. Skutt i hodet, i brystet, i armer og ben. De ruller forbi henne der hun sitter i den åpne skranken, med utsikt over hele mottaket. 21 ungdommer som kjemper for livet, og et titall leger og sykepleiere som kjemper for deres liv.

– Ekstremt, sier hun.

– Vi har trening fra å håndtere skuddskader hos en pasient, men man får aldri øvd på å få skuddskader i en jevn strøm.

– Men vi er så heldige at vi har mange flinke kirurger. De fleste har lang erfaring, også fra krigsområder i utlandet. Det ga trygghet. Vi visste hva vi gjorde, selv om omfanget satte oss på en prøve.

De besto.

**AV 31 DELVIS HARDT SKADEDE PASIENTER** som ankom Ullevål etter bomben i regjeringskvartalet og skytingen på Utøya, overlevde 30. 16 operasjoner ble utført i løpet av første kveld og natt. For denne innsatsen har akuttmottaket på Ullevål nå fått karakteren «svært godt» i 22. juli-kommisjonens rapport.

«Ut fra internasjonal kvalifisering skulle man forvente at et godt traumesenter ville oppnå en overlevelse på 26–27 pasienter med slikt skadeomfang. Dette vitner om medisinsk behandling av høy kvalitet, og at pasientene fikk optimal medisinsk behandling», står det i rapporten. En grell kontrast til vurderingen som deler av politiets innsats får.

I løpet av dette første døgnet ble hele 20 traumeteam og tolv operasjonsteam mobilisert. Operasjonsstuer ble gjort klare. Sykehuset «opplevde aldri mangel på behandlingskapasitet eller kompetanse», skriver kommisjonen. Både Rikshospitalet og Ahus sto klare til å ta imot, men bare Riksen fikk en pasient.

Kommisjonen trekker fram at en erfaren traumekirurgisk overlege ble satt til triagen ved inngangen på akuttmottaket på Ullevål.

Traumelegene Pål Aksel Næss og Tina Gaarder ble nylig kåret til «Årets Oslo-leger» av Oslo legeforeningen for sin innsats 22. juli. Sykepleier Trude Hybertsen synes det var vel fortjent. Hun føler at prisen til de to legene også er en anerkjennelse av hele teamet ved akuttmottaket. De ansatte registrerer også at 22. juli-kommisjonen er uforbeholden i sin ros. Helsetjenesten

taket katastrofen på en god måte. Ullevål var i internasjonal klasse.

**FØRST NÅR HUN KOMMER HJEM VED MIDNATT** får Trude Hybertsen satt seg ned for å følge dekningen av terrorangrepet på tv. Selv om hun har sett det meste den dagen, kjennes det virkelig skje i Norge? Hun blir sittende i flere timer, alene ved tv-apparatet.

– Kjenner du, nå ett år senere, også på en stolthet? At dere klarte dere så bra?

## «Om ting hadde klikket, hadde det vært annerledes.»

– Det hadde vært mye, mye verre om ting hadde «klikket». Om noen rutiner hadde sviktet og det hadde gått ut over noen. Men det gikk jo ganske bra, det hele fungerte jo!

– Selvfølgelig er det enkelte ting vi kan forbedre, små ting vi kan pusse på.

– Men nå har vi tryggheten. Det er godt å se.

– Så hva må du være laget av for å kunne jobbe her?

– Du må være fleksibel, for her kan du ikke planlegge dagen.

Bevare roen, selv om det er stress til tusen. Ta raske avgjørelser og være i god form, sier hun. Og spretter opp med sine hvite Nike-joggesko, åpenbart lettet over at intervjuet er over.

Helsepersonell med legning for å spille helt har akuttmottaket ikke behov for. ■■■



## PARAGRAFRYTTERNE

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.

# Fortrinnsrett for deltidsansatte

Mange jobber deltid på grunn av barn. Hva hvis man senere ønsker større stilling?

Med hjemmel i Arbeidsmiljøloven (aml) § 14-3 har fast ansatt deltidsansatte under visse forutsetninger krav på fortrinnsrett til utvidet stilling (inntil 100 prosent) fremfor at bedriften ansetter en ny person i ledig stillingsandel. Kravene er:

«(1) Deltidsansatte har fortrinnsrett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiver foretar ny ansettelse i virksomheten.

(2) Fortrinnsretten er betinget av at arbeidstaker er kvalifisert for stillingen og at utøvelse av fortrinnsretten ikke vil innebære vesentlige ulemper for virksomheten.

(3) Fortrinnsrett etter § 14-2, med unntak av § 14-2 andre ledd første punktum, går foran fortrinnsrett for deltidsansatte.

(4) Tvist om fortrinnsrett for deltidsansatte

etter § 14-3 avgjøres av tvisteløsningsnemnda, jf. § 17-2.»

Med henvisning til bestemmelsens annet ledd er det to vilkår som begge må være oppfylt for at fortrinnsretten kan gjøres gjeldende; arbeidstaker må være kvalifisert og dessuten må ikke utøvelse av fortrinnsretten innebære vesentlige ulemper for arbeidsgiver.

Etter tvisteløsningsnemndas praksis er det ikke så ofte at kvalifikasjonskravet er gjenstand for vurdering, idet krav om fortrinnsrett som regel fremsettes i forhold til stillingsandeler som tilsvarer arbeidsoppgaver arbeidstaker allerede har.

Det sentrale vurderingstemaet vil således som regel være om utøvelse av fortrinnsretten

vil innebære «vesentlige ulemper» for bedriften. Her er det viktig å være klar over bestemmelsens ordlyd; det er ikke enhver ulempe som går foran et krav om fortrinnsrett - den må være vesentlig.

Dersom arbeidsgiver eksempelvis påberoper at bruk av fortrinnsretten vil medføre behov for endringer i arbeidsplanen eller at den med flere arbeidstakere har større grad fleksibilitet ved sykdom, er det helt klart dokumentert «ulemper» for bedriften, men «vesentlige» vil de sjelden være.

Men dersom arbeidsplanen ikke lar seg tilpasse ved krav om fortrinnsrett, vil arbeidsgiver regelmessig ha dokumentert at «vesentlig ulempe» foreligger. Denne vil da være til hinder for fortrinnsretten. *Kilde: Arbeidsrettsadvokatene.no*

# Arbeidstid og styringsrett

Med turnusarbeid oppstår av og til spørsmål om arbeidsgiver ensidig kan endre arbeidstiden.

Spørsmålet om arbeidstid og styringsrett er blant annet behandlet av Høyesterett i «Seinvakt-dommen» (Rt-2009-1465).

Saken gjaldt to sykepleiere som ble tilbudt stillingen ved «Krohnggruppen, seinvakt» etter at de i søknaden hadde opplyst at de ønsket å arbeide kveldsvakter. I forbindelse med ansettelsen ble det opplyst at de måtte påregne å gå noen dagvakter.

Fire år senere fremsatte kommunen ønske om å endre turnusordningen slik at ingen av sykepleierne bare skulle arbeide kveldsvakter.

Saken ble tatt opp med de tillitsvalgte, og det ble inngått avtale om en ny turnus. Da de

to sykepleierne ble kjent med at de også skulle arbeide dagvakter, hevdet de at dette var i strid med deres ansettelsesavtaler.

Spørsmålet som Høyesterett behandlet var om arbeidsgivers styringsrett ga arbeidsgiver rett til å pålegge de to sykepleierne å arbeide dagvakter.

Arbeidsmiljølovens § 14-6 krever at lengden og plasseringen av den avtalte daglige og ukentlige arbeidstid skal fremgå av ansettelsesavtalen.

I de to sykepleiernes arbeidsavtaler var det inntatt at de skulle arbeide på «seinvakt».

Selv om «seinvakt» var avtalt, peker Høyesterett på at arbeidsgiver gjennom styringsretten i

en viss grad kan endre avtalen. Men ikke i dette tilfellet. Det heter:

«I vår sak er det avtalt «seinvakt». Det å endre en slik avtale til også å omfatte dagvakter, vil etter min mening være en så vesentlig endring av arbeidsforholdet at det normalt ikke kan gjennomføres i kraft av styringsretten.»

Konklusjonen var derfor at de to sykepleierne ikke kunne pålegges dagvakter.

Gjennom å presisere at arbeidsavtalene gjaldt «seinvakt», hadde arbeidsgiver frasagt seg styringsretten som innebærer at vaktordningene kan endres. *Kilde: Arbeidsmiljøsenenteret*

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes  
Forhandlings-  
sjef i NSF



Kari Tangen  
Konstituert  
forhandlings-  
sjef i NSF



Marit  
Gjerdalen  
Advokat



Johs Bruvik  
Spesial-  
rådgiver



Kirsten  
Nesgård  
Spesialrådgiver



Oskar  
Nilssen  
Advokat



Lars Petter  
Eriksen  
Spesialrådgiver



Anne Lise  
Wien  
Seniorrådgiver



Tore Dahlstrøm  
Advokat





**sykepleien.no**

Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 210.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen.

**Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:**

## Operasjonssykepleier

**Enhet for operasjon/anestesi/sterilsentral, NLSH Lofoten**

Fast 100% stilling ledig

Operasjonssykepleierne har sitt hovedvirke på dagtid (mandag til fredag), med etablert hjemmevaksordning som dekker kveld/natt og helger.

For nærmere opplysninger, kontakt enhetsleder Laila Pettersen, tlf. 76 06 01 71, eller avdelingsleder Lars Solstad, tlf. 76 06 02 11.

**Søknadsfrist: 30. september 2012**

**Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema: [www.nlsh.no](http://www.nlsh.no)**

frantz.no



**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIHPPJVIESSO



*Cappelen Damm AS er Norges største forlagshus, med et utgivelsesprogram som omfatter skole- og lærebøker, fagbøker, skjønn- og generell litteratur, verk og kart. Forlaget eier bokhandlerkjeden Tanum AS og distribusjonsselskapet Sentraldistribusjon AS og har en samlet konsernomsetning på nærmere 1,5 mrd. kr. Selve forlagsvirksomheten har ca. 340 ansatte og utgir omkring 2000 titler årlig.*

*Den digitale tjenesten, PPS(Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten), var inntil nylig et hovedsatsingsområde i forlaget Akribe AS som ble overtatt av Cappelen Damm 1. juli 2012.*

## SYKEPLEIER – REDAKTØR PPS

**1 stilling fast ansettelse**

**1 stilling vikariat med mulighet til forlengelse**

Forlagsredaktøren skal jobbe med oppdatering og videre utvikling av PPS. Vi søker en person som trives i skjæringspunktet mellom sykepleiefaget, kunnskapsformidling og teknologi. Du må ha glødende interesse for kunnskapsbasering, -utvikling og elektroniske støttesystemer for sykepleietjenesten/eHelse.

Du må være utdannet sykepleier med mastergrad eller tilsvarende, gjerne med fagkombinasjon sykepleie og teknologi. Din arbeidserfaring kan være fra forebyggende, rehabiliterende og behandlende virksomhet, både innen somatikk og psykiatri. Du må ha god skriftlig fremstillingsevne. Det er en fordel, men ikke et krav, at du har erfaring fra kvalitetsarbeid. Du må være resultatorientert, ha interesse for sykepleiefagets utvikling og ha kunnskap og interesse for bruk av elektroniske hjelpemidler og kunnskapsformidling på nett. Arbeidet som redaktør krever at du er nøyaktig, strukturert og utholdende, og at du har gode kommunikasjonssegenskaper.

PPS-enheten består av interne redaktører, én salgssjef, en ekstern redaktør og flere eksterne forfattere og konsulenter. Det er også tett samarbeid med våre brukere.

Stillingen rapporterer til produktsjef PPS. Vi tilbyr en spennende jobb i et team med faglig dyktige og engasjerte medarbeidere.

Eventuelle spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Ann Kristin Rotegård, Produktsjef PPS, tlf. 414 77 113.

Hjemmeside PPS: [www.akribe.no](http://www.akribe.no)

Søknad og CV sendes oss innen 15. oktober.

SØKNADSKJEMA ligger på [www.finn.no/finn/job](http://www.finn.no/finn/job) FINN-kode: 37143595

**CAPPELEN DAMM**



Loppa kommune- pleie og omsorg  
100 % fast stilling

# Sykepleier

*Et hav av muligheter*

*Helt vest i Finnmark, helt nord i Norge ligger en liten kommune, blant alpine fjelltopper, under mektige isbreer, langt ute i havgapet. Med Lopp havet som transportvei og næringsgrunnlag, blikkstilte speil eller frådende udyr. Som kommune i Norge har Loppa en geografi som byr på utfordringer, men også muligheter.*

*Kommunen grenser til Troms fylke og Kvænangen kommune i sør, Alta kommune i øst og Hasvik kommune i nord.*

## Loppa kommune har ledig stilling som sykepleier 100 % fast stilling

Arbeid i tre-delt turnus med arbeid hver 3. helg. Sykepleier betjener legevakttelefon ettermiddager/helg, samt assisterer lege ved behov. Stillingen er ledig fra 12.12.2012.

Vi legger vekt på:

- selvstendighet
- samarbeidsevne
- God kommunikasjon på norsk muntlig og skriftlig
- Gjerne videreutdanning innen eldreomsorg/demensomsorg

Stillingen plasseres i stillingskode 7174 Sykepleier. Tilsetning skjer på vilkår som til enhver tid går frem av gjeldende lover, reglement og overenskomster.

Loppa kommune kan dekke flytting etter eget reglement for ansatte i faste stillinger. Gode pensjonsvilkår i KLP.

I Finnmark gjelder statlige virkemiddelordninger som lavere skatt og høyere barnetrygd, samt nedskrivning av studielån.

**Kontaktperson: Avd. leder Kirsti O. Pedersen, tlf. 78 45 30 55.**

**Søknad med CV, attester og oppgitte referanser, sendes:**

**Loppa kommune  
Parkveien 1/3  
9550 Øksfjord**

Loppa kommune gjør oppmerksom på at opplysninger om søkere kan bli gjort offentlig selv om søkeren har anmodet om ikke bli ført opp på den offentlige søkerlisten. Dette følger av Offentlighetslovens § 25

**Søknadsfrist: 10.10.2012**



**MHH** Martina Hansens Hospital  
1936

Martina Hansens Hospital er et spesialsykehus i ortopedisk kirurgi og revmatologi. Hospitalet har 100 sengeplasser, 12 tekniske senger, driver omfattende poliklinisk virksomhet og har ca. 330 ansatte. Se sykehusets hjemmeside: [www.mhh.no](http://www.mhh.no)

## AVDELINGSSYKEPLEIER TIL REVMATOLOGISK/ REVMAKIRURGISK SENGEPOST SØKES

Revmatologisk/revmakirurgisk sengepost har 24 senger og en infusjonsenhet for 10-12 dagpasienter. Posten har 29 ansatte og driver utstrakt tverrfaglig samarbeid.

### Kvalifikasjoner:

- Administrativ utdanning og/ eller ledererfaring
- Gode lederegenskaper
- Klinisk erfaring som sykepleier
- Resultatorientert

### Vi vektlegger:

- Personlig egnethet
- Evne til å skape/ ivareta et godt arbeidsmiljø
- Evne til samarbeid på tvers av profesjonsgrenser
- Evne til å ta beslutninger
- Evne til å lede personell og administrere driften av sengeposten
- Evne til å inspirere og motivere medarbeidere

Vi søker en engasjert medarbeider som vil bidra til å ivareta og videreutvikle høy faglig kvalitet og et godt arbeidsmiljø.

Vi tilbyr en spennende og utfordrende stilling med mange utviklingsmuligheter. Hospitalet har gode velferdsordninger og er behjelpelig med bolig og barnehageplass. Stillingen lønnes i henhold til gjeldende overenskomst og pensjonsordning i KLP. Fri gruppe- og ulykkesforsikring.

Ønsker du flere opplysninger kan du kontakte sjefspsykepleier/personaldirektør, tlf. 67 52 17 10.

**Søknad sendes innen 12.10.12** til sjefspsykepleier/personaldirektør, Martina Hansens Hospital, Postboks 23, 1306 Bærum Postterminal.

**Kautokeino kommune**  
har stilling ledig med tiltredelse snarest:



## PSYKIATRISK SYKEPLEIER

**Kommunen har rekrutteringspakke for sykepleiere.**

For nærmere opplysninger kontakt fagl.ansv. Solbjørg Valio tlf. 78487275 eller enhetsleder Kirsten Karen Bals tlf. 78487277

**Søknadsfrist: 8. oktober 2012**

Fullstendig utlysningstekst på [www.kautokeino.kommune.no](http://www.kautokeino.kommune.no) og [nav.no](http://nav.no)

Søknad med bekreftede kopier av vitnemål og attester sendes: Guovdageainnu suohkan/Kautokeino kommune, Servicetorget, Bredbuktnesveien 6, 9520 Kautokeino.

## SYKEPLEIER SØKES TIL DELTIDSSTILLING – FERIER OG HELGER

Mann 66 år har bodd hjemme siden 2006 med locked in syndrome. Han har godt humør og liker å bli lest for. Han får god hjelp av personlige assistenter døgnet rundt og omfattende hjemmesykepleie. Godt arbeidsmiljø. Ektefellen søker nå avlastning. Vi søker en hyggelig sykepleier med godt humør som kan bo hos oss noen uker og helger pr. år (i tillegg til assistenter og hjemmesykepleie) og som eventuelt også kan være tilkallingsvikar for assistentene. Også andre oppgaver kan være aktuelle. Lønn etter avtale. Henvendelse til Bjerke, Tennisveien 28 E, 0777 Oslo eller 99 72 67 31 innen 10. oktober.



## Tromsø kommune ønsker din kunnskap



MORTENSNES SYKEHJEM

## Sykepleiere - 100% stillinger ledige

• **Avdeling Utsikten og Bjerkely har ledig 100 % stilling hver som sykepleier.**

Avd.leder Utsikten Regine Berglund nås på tlf 77 79 17 40 eller  
Avd.leder Bjerkely Berit Mathisen kan nås på tlf 77 79 17 30

**Søknadsfrist: 12. oktober 2012**

• **Korttidsavdelingen Tromsøysund har ledig 100 % stilling som sykepleier.**

Avd.leder Tor-Petter Albrigtsen nås på tlf. 77 79 17 73 /  
95 45 73 98.

**Søknadsfrist: 12. oktober 2012**

FOR FULLSTENDIG UTLYSNING SE: [www.tromso.kommune.no](http://www.tromso.kommune.no)

Se alle ledige stillinger her:



frantz.no

Kommunen ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere. All annonsering skal gå via Frantz.

Helse Nord-Trøndelag HF består av Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DMS Stjørdal, DMS Inn-Trøndelag, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal og er organisert i ti klinikker. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Helseforetaket har 2.300 medarbeidere og foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger.

### Sykehuset Namsos

#### Kirurgisk klinikk

Operasjonsavdelingen har følgende ledige stillinger:

## Operasjonssykepleiere

- Operasjonssykepleiere – 3 X 100% stilling fast fra d.d.
- Operasjonssykepleiere – 2 X 100% stilling - vikariatet fra d.d. – 010813 - referanse 1551240194

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til avdelingssykepleier Lena Prytz Nordstrand, tlf. 74 21 58 49 – e-post lena.nordstrand@hnt.no

**Søknadsfrist: 11. oktober 2012**

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside (www.hnt.no) – der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.



St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

### Kvinneklinikken

Gynekologisk overvåkingsavdeling

## Intensivsykepleier/sykepleier

- Fast 75% stilling, natt. Stillingen er ledig fra 16.12.2012. Tiltredelse etter avtale.

Kontaktinfo: Mari Bentsdal Haugen, avdelingssykepleier, tlf. 72 82 88 58 / 970 66 181, mari.haugen@stolav.no eller Sigrid Qvenild Nesset, ass.avdelingssykepleier, tlf. 72 57 39 14, sigrid.nesset@stolav.no

**Søknadsfrist: 4. oktober 2012**

### Kvinneklinikken

## Spesialsykepleier i operasjon

- Fast 100% stilling. Stillingen er ledig 1.11.2012. Tiltredelse etter avtale.

Kontaktinfo: Mari Bentsdal Haugen, avdelingssykepleier, tlf. 72 82 88 58 / 970 66 181, mari.haugen@stolav.no eller Svanaug Hollingen, ass.avdelingssykepleier, 72 57 65 60, svanaug.hollingen@stolav.no

**Søknadsfrist: 4. oktober 2012**

Søknad sendes elektronisk via [www.stolav.no](http://www.stolav.no), velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger. Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



## VEFSN KOMMUNE

- et steg foran

Postboks 560 - 8651 Mosjøen - Tlf. 75 10 10 00 - Faks 75 10 10 01  
post@vefsn.kommune.no - www.vefsn.kommune.no

Felles visjon for vår virksomhet Modig - i utvikling, og dette beskriver deg som person. Våre forventninger til deg som ny medarbeider er knyttet til verdiene: Humør, Ansvarlig, Nysgjerrighet og Engasjement. Vi ønsker deg velkommen som søker til følgende stillinger:

Omsorgsdistrikt Nord har ledig følgende faste stillinger og vikariatet for

## Sykepleiere

- 75 % stilling PBS Korttidsavdelinga fra d.d. St.hj. 31202.
- 75 % stilling PBS Omsorgsavdelinga Lindrende enhet, vikariatet fra d.d. – 20.06.14. St.hj. 31121
- 75 % stilling PBS Post 2, vikariatet fra d.d. – 31.12.13. St.hj. 31163
- 75 % stilling Hjemmetjenesten Natt, tilknyttet Sentrumshjemmetjenesten, fra d.d. I turnusen inngår også vakter dagtid. St.hj. 30406
- 75 % stilling PBS Natt, tilknyttet Parkalléen, fra d.d. I turnusen inngår også vakter på dagtid. St.hj. 31145
- 75 % stilling Hjemmetjenesten Nord fra d.d. St.hj. 30316
- 80 % stilling Hjemmetjenesten Nord, vikariatet fra 25.10.12 og ca. ett år. St.hj. 30396
- 90 % stilling Hjemmetjenesten Nord, vikariatet fra 15.11.12 - 16.08.13. St.hj. 30310
- 80 % stilling Hjemmetjenesten Torolfsgt. 7 fra 01.11.12. St.hj. 30311

Evt. stillinger som kan bli ledig ved internt opprykk. Stillingene er i turnus med arbeid ca.19 helger pr. år.

### Vi søker etter deg som:

- Er offentlig godkjent sykepleier, men annen relevant helsefaglig høyskoleutdanning kan bli vurdert. Somatisk kompetanse vil bli vektlagt da alle stillinger vil måtte ta sykepleiefaglig ansvar på gjeldende avdeling og avdelinger det samarbeides med for å ha kvalifisert personale tilgjengelig til nødvendig og sikker drift. Sykepleierstudenten er også velkommen til å søke.
- har humør, viser ansvarlighet, har nysgjerrighet og viser engasjement
- har gode samarbeids- og kommunikasjonssevner
- har IT-kunnskaper
- behersker norsk skriftlig og muntlig
- for Hjemmetjenesten Nord kreves førerkort kl.B

Kvalifiserte arbeidstakere med fortrinnsrett etter hovedtariffavtalens og arbeidsmiljølovens bestemmelser vil kunne gå foran eksterne søkere. Menn oppfordres til å søke. Personlig egnethet vil bli vektlagt.

### Vi kan tilby:

- gode pensjons- og forsikringsvilkår
- spennende og meningsfylte arbeidsoppgaver
- lønn i hht. kompetanse og ansiennitet.
- et godt arbeidsmiljø

For nærmere informasjon om enheten og stillingene kan du ta kontakt med avdelingsledere på telefon 75 10 15 00.

**Søknadsfrist: 13. oktober 2012.**

### For alle stillinger gjelder:

- Vefsn kommune benytter elektronisk søknad, og vi ønsker at søkere på våre stillinger bruker dette via våre nettsider: [www.vefsn.kommune.no](http://www.vefsn.kommune.no).
- Eventuelle manuelle søknader sendes Vefsn kommune, PB 560, 8651 Mosjøen.
- Ansettelse i kommunen skjer på de vilkår som til enhver tid går frem av gjeldende lover, reglement og tariffavtaler
- Søkere uavhengig av alder, funksjonsnedsettelse, livssyn eller kulturell bakgrunn oppfordres til å søke stillinger de er kvalifisert for ihht krav i stillingen.
- Vitnemål og attester blir ikke returnert
- Søkerlister blir offentliggjort

[www.vefsn.kommune.no](http://www.vefsn.kommune.no)

Flere stillinger på  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Sykepleien

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

**Sørlandet sykehus HF****Klinikksjef - Klinik for psykisk helse og avhengighetsbehandling**

100 % st. fast

Klinikk for psykisk helse og avhengighetsbehandling (KPH) har tverrgående avdelingsledelse, består av 9 avdelinger med lokasjoner fra Flekkefjord i vest til Risør i øst. Klinikken har totalt ca. 1 300 årsverk og et budsjett på 1,1 mrd kroner. Klinikken har 291 døgnplasser, og stor poliklinisk og ambulant aktivitet. I 2012 er det budsjettet med over 166 000 polikliniske konsultasjoner og 4 600 utskrivinger.

Sørlandet sykehus fokuserer på kultur for helhet, kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling i strategiplanperioden. Egenskaper som fremmer dette vil bli vektlagt

Klinikksjefen har totalansvar innenfor aktivitet, økonomi, fag, kvalitet samt personalansvar.

Vi søker en person som har solid medisinsk/helsefaglig kompetanse, bred klinisk erfaring, erfaring fra strategisk ledelse i sykehus vil være en fordel.

Opplysninger: Administrerende direktør Jan Roger Olsen, tlf. 901 75 696

**Søknadsfrist: 23.10.2012**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobsok](http://www.sshf.no/jobsok)



frantz.no

**Psykiatrisk sykepleier**  
**Avdeling for spiseforstyrrelser**

Avdelingen har ledig 100 % fast stilling med tiltredelse januar/februar 2013.

**Vi kan tilby:**

- En utfordrende stilling innenfor et spennende fagfelt
- Introduksjonsprogram for nyansatte
- Godt arbeidsmiljø
- Lønn etter avtale
- Gode pensjons- og forsikringsordninger i KLP
- Personalbolig og barnehageplass kan tilbys ved ledig kapasitet

**Kontaktpersoner:**

Avdelingsleder Jorun Rosmer eller personalsjef Einfrid Petersen-Øverleir, tlf 32 74 97 00

**Søknadsfrist: 12. oktober 2012**

Vi ber om at du søker elektronisk via [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no), hvor du også finner fullstendig utlysningstekst.

**MODUMBAD**   
- en kilde til liv

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

**Akuttmedisinsk klinikk - Akuttmottak- og Observasjonsavdelingen****Avdelingsleder****Akuttmedisinsk klinikk er organisert i tre avdelinger:**

- AMK- og Luftambulansseavdelingen - ansvar for AMK sentralene i Harstad og Tromsø inkl. Flykoordinering, og ambulanshelikopter- og ambulansfly-tjenestene i Tromsø. Avdelingen har ansvar for klinikkens legeressurser.
- Ambulansseavdelingen - ansvar for bil- og båtambulansene, inndelt i syv seksjoner med 31 ambulansstasjoner og over 300 ansatte.
- Akuttmottak- og Observasjonspostavdelingen - ansvar for Akuttmottaket, Observasjonsposten og Medisinsk kontortjeneste i Tromsø.

Vår avdelingsleder slutter for å påta seg nye oppgaver i UNN, og vi søker hennes etterfølger fra snarest.

Akuttmottak og Observasjonsavdelingen har gjennomgått store endringer med innføring av Triage. Akuttmottaket er under ombygging, og moderne plasseffektive lokaler vil stå ferdige innen 2012. Nye arbeidsprosesser skal forankres, endringer skal følges opp og evalueres, og det letes stadig etter nye muligheter for å forbedre pasientens vei inn i sykehuset.

Avdelingsleder har et overordnet strategisk og faglig ansvar for avdelingen og inngår i klinikkens lederteam.

Til stillingen kreves det helsefaglig utdanning på universitets-/høgskolenivå og det legges vekt på innsikt i fagområdet og formell lederutdanning/erfaring. Fordel med undervisnings- og/eller forskningskompetanse.

Kontakt: Klinikksjef Jon H. Mathisen, tlf. 909 96 766 / 77 62 82 11.

Fullstendig annonsetekst, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [www.unn.no/jobsok](http://www.unn.no/jobsok).

**Søknadsfrist: 12. oktober 2012.**



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

HELSE  NORD

frantz.no



www.ldh.no

**Nytt studietilbud:**  
**Masterstudium i avansert klinisk sykepleie**  
Spesialisering i allmennsykepleie eller intensivsykepleie

**Søknadsfrist 1. november. Studiestart januar 2013.**

NB: Første opptak er forbeholdt søkere som har relevant videreutdanning og derfor vil søke fritak fra deler av studiet.

Registrer din søknad i SøknadsWeb på [www.ldh.no](http://www.ldh.no).

**Søknadsfrist for fullt masterstudium er 15. april 2013**



## TA DELEMNER I MASTER I HELSETJENESTER TIL ELDRE VÅREN 2013!

Delemne 2: Å være gammel og syk og ha behov for helsetjenester.

Gir 15 studiepoeng, pris kr 10 000,-. Samling: uke 3, 11 og 17, 2013.

Delemne 7: Å arbeide med eldre med behov for rehabilitering.

Gir 10 studiepoeng, pris kr 6700,-. Samling: uke 3, 11 og 17, 2013.

Delemne 10: Helsepersonells utfordringer i møte med akutt og kritisk syke eldre.

Gir 10 studiepoeng, pris kr 6 700,-. Samling: uke 3, 11 og 17, 2013.

Søknadsfrist: 5. desember

**LES MER:**

[WWW.LDH.NO/ELDRE](http://WWW.LDH.NO/ELDRE)

[WWW.DIAKONHJEMMET.NO/ELDRE](http://WWW.DIAKONHJEMMET.NO/ELDRE)



**NSSF** nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

**DBT** DIALEKTISK ATFERDSTERAPI

### KURS OG UTDANNING I DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT)

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en behandlingsform med påvist god effekt på selvskadende og suicidal atferd. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), Universitetet i Oslo, tilbyr kurs og utdanning i DBT.

#### Introduksjonskurs i DBT:

**Tid/sted:** 1. november 2012 (kl. 9-16),  
Hotel Gabelshus, Gabelsgate 16, Oslo  
**Pris:** kr. 1000,- inkl. lunsj, frukt og kaffe/te  
**Påmeldingsfrist:** 24. oktober 2012

#### Utdanning i DBT:

**Undervisningssted:** Oslo  
**Oppstart:** 11. mars 2013  
**Søknadsfrist:** 15. januar 2013

For mer informasjon, se [www.dbt.no](http://www.dbt.no) eller ta kontakt med Anniken Dønvold på telefon 22 92 38 42, e-post [anniken.donvold@medisin.uio.no](mailto:anniken.donvold@medisin.uio.no)



Høgskolen i Buskerud  
tilbyr våren 2013 følgende  
videreutdanninger

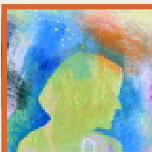
- Tverrfaglig akuttbehandling og rehabilitering av hjerneslagrammede (15 stp)
- Katastrofe- og krisehåndtering (15stp)
- Samarbeidsbasert forskning innen psykisk helse og rus (15 stp)
- Styling og ledelse av kvalitet i offentlige og private virksomheter (20 stp)
- Etikk i helsetjenesten
- Ambulant og akutt krisehåndtering (15stp)

**Søknadsfrist: 15. november 2012**

[www.hibu.no/studietilbud/helsefag](http://www.hibu.no/studietilbud/helsefag)

For mer informasjon kontakt studieleder:  
Anne Grethe Steinsvåg tlf: 32 20 64 65/32 20 64 00





## Pengespillavhengighet og problemskapende dataspilling

- forståelse og tiltakskompetanse

Nasjonalt opplæringsprogram innen forebygging og behandling. Kurs med nettstøttet undervisning med to 2-dagers samlinger på Gardermoen.

Avgift kr 1000,- dekker overnatting, kost og studiemateriell. Kan avsluttes med eksamen som gir 15 studiepoeng på masternivå.

Målgruppen for kurset er ansatte i sosialtjenesten, helsesøstre, fastleger, lærere/rådgivere, bedriftshelsetjenesten, politiet, kriminalomsorgen, frivillige og private organisasjoner.

Kurs på Gardermoen med samlinger 15. - 16. januar og 12. -13. mars 2013.

**Søknadsfrist:** 1. november 2012.

**Mer info:** [www.spilleproblematikk.no](http://www.spilleproblematikk.no)



**KoRus-Øst**  
Kompetansesenter rus - region øst



**Høgskolen i Lillehammer**  
Lillehammer University College - hil.no



## Vi søker sykepleiere og Jordmødre... til Mellomøsten og Australia

Har du lyst til å reise ut i verden med ditt fag-område, få internasjonal erfaring og spennende opplevelser? Vi kan tilby deg utstasjonering i et år om gangen. Vi matcher deg med den rette arbeidsgiver, sikrer deg gode arbeidsvilkår og hjelper med praktiske forberedelser.

### Du passer inn i vårt team...

hvis du har høy faglig kompetanse, faglig stolthet, høyt arbeidstempo, presisjon i arbeidet, og har en dynamisk, energisk og omsorgsfull personlighet.



### Er du interessert?

Kontakt oss på tlf 0045 45 540 540  
eller send e-mail til [info@powercare.dk](mailto:info@powercare.dk)

POWERCARE A/S  
Sønderhøj 16, 1.  
DK-8260 Viby  
Tlf. (+45) 45 540 540  
[info@powercare.dk](mailto:info@powercare.dk)  
[www.powercare.dk](http://www.powercare.dk)



MEDIC STAFF BY  
**POWERCARE**



## ASTMA, KOLS og mestrings av livet med tung pust.

To dagers kurs  
**15.-16. november 2012**  
Kurset er for ansatte i hjemmesykepleie, sykehjem,  
legesentre, rehabiliteringsavdelinger.

Program, informasjon og påmelding: <http://www.lhl.no/no/glittrelinikken/>  
Kurset er godkjent til klinisk spesialist.

## Treff passive jobbsøkere i Sykepleien!

De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse.

**Sykepleien**



## MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.  
OSLO - TRONDHEIM - STAVANGER  
[mediyoga.com](http://mediyoga.com) +46 85 40 882 80

# Dedicare gratulerer Norsk Sykepleier- forbund og alle sykepleiere med de første 100 år :-)

Dedicare er den største leverandør av helsepersonell til sykehus i Norge samt har rammeavtale med en rekke kommuner som Bergen, Trondheim, Tromsø, Asker, Bærum m. fl.

Vi er av våre kunder anerkjent for at vi har de beste sykepleierne og den beste oppfølgingen. Vi mener det er fordi vi er sykepleiere selv og har variert erfaring fra helsesektoren.

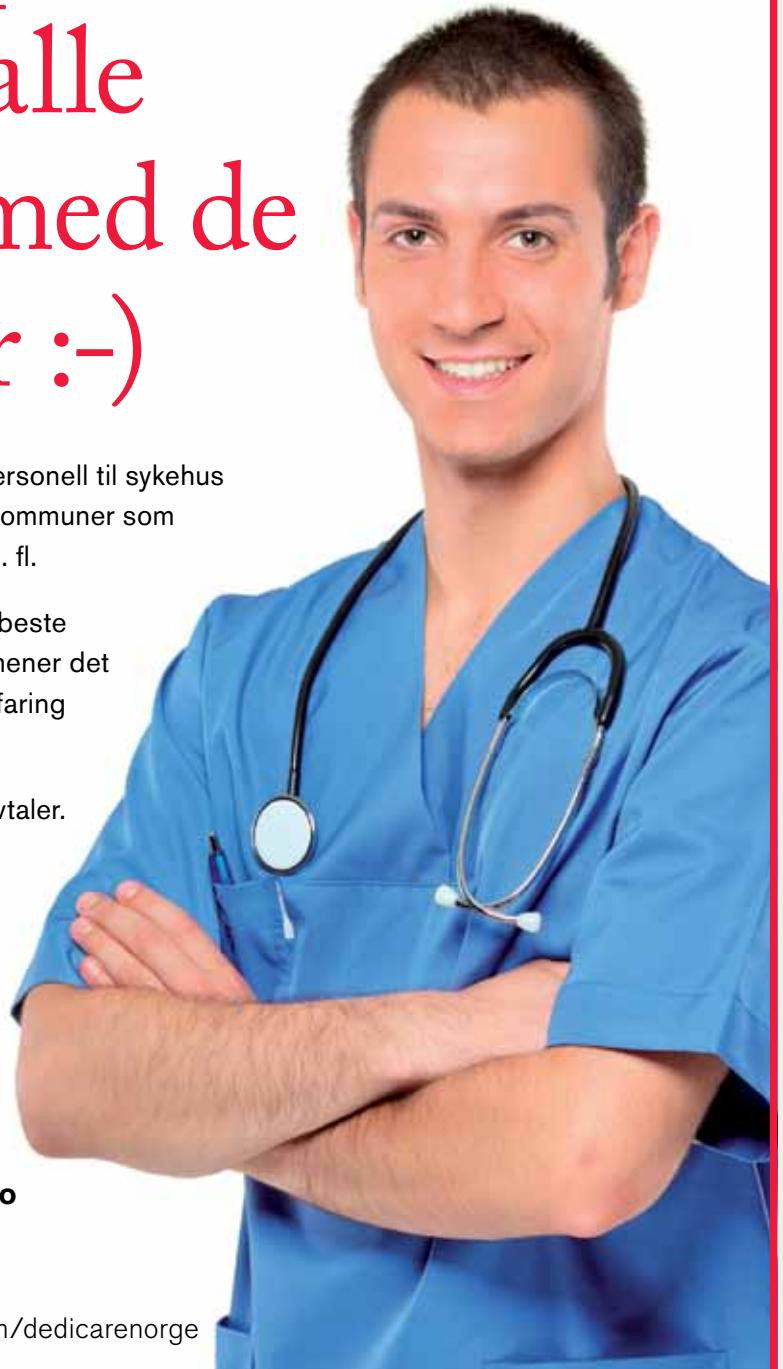
Vi tilbyr våre kunder tett oppfølging og gode avtaler.

#### For våre ansatte tilbyr vi:

- 10-15% mer enn tariff
- Du bestemmer når du vill jobbe
- Heltid/deltid – du bestemmer
- Jobb der du vill – vi er over hele landet

Kontakt oss enten via [www.dedicare.no](http://www.dedicare.no)  
eller kontakt oss via mail [nurse@dedicare.no](mailto:nurse@dedicare.no)  
eller ring **74 80 40 70**

 Lik oss på Facebook – [www.facebook.com/dedicarenorge](http://www.facebook.com/dedicarenorge)





## Profiler din egen kommune!

Sykepleien fyller snart 100 år og blad nr 14 blir et eget Jubileumsnummer. Vi feirer dette med å tilby deg et helt unikt annonseprodukt. Lag en egen profileringsannonse hvor du kan presentere, din kommune, din egen arbeidsplass eller avdeling til en rimelig penge.

Formatet er ¼ side (200 mm bredde x 60 mm høyde).  
Og prisen er kun 4.000,- (ord. pris er 6.000).

## Vinn gavekort!

Sykepleien kårer den beste annonsen. Premien er et gavekort på 3.000,- . Kriteriene er annonsens evne til å få oppmerksomhet samt utforming. Humor legges det også vekt på, så her er det bare å slippe seg løs.

Benytt sjansen til å sette din avdeling, din arbeidsplass eller kommune på kartet. Send inn annonsen til [Silje.marie.torper@sykepleien.no](mailto:Silje.marie.torper@sykepleien.no) innen 29. november (bladet utgis 6. desember).

**Sykepleien** 100 år



AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering, vikarformidling og helhetlige omsorgstjenester. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.

# Nytt e-læringskurs i epilepsi for helsepersonell

**Ambio Helse og Avdeling for kompleks epilepsi (SSE) ved Oslo universitetssykehus har gleden av å kunne tilby et nytt e-læringskurs i epilepsi for helsepersonell.**

Grunnleggende kunnskap om epilepsi er viktig for at helsepersonell skal føle seg trygge med denne pasientgruppen – spesielt i en anfallssituasjon. Kurset er relevant for alle som er i kontakt med pasientgruppen – men er også spesielt tilpasset personell som jobber i omsorgsboliger med fordypning i epilepsi og psykisk utviklingshemming.

Vi har undervisningsplikt mot både primær- og spesialisthelsetjeneste og tilbyr dette kurset til kun en kostpris: **kr 240,- eks mva / kr 300,- inkl mva pr kurs/person.**

Arbeidsgivere kan bestille kurs til de ansatte ved å kontakte oss på [kurs@ambiohelse.no](mailto:kurs@ambiohelse.no) eller telefon 22411702. Privatpersoner kan kjøpe kurs online via [www.helsekursportalen.no](http://www.helsekursportalen.no) og starte kursingen umiddelbart.

## Kurset inneholder følgende hovedtemaer:

- Hva er epilepsi
- Anfallsklassifisering
- Når anfallet ikke går over av seg selv
- Anfallsobservasjon og dokumentasjon
- Behandling og oppfølging
- Andre forhold når pasienten har epilepsi
- Epilepsi og psykisk utviklingshemming

E-læring gjør kursingen mer fleksibel og tilgjengelig - gå inn på [www.helsekursportalen.no](http://www.helsekursportalen.no) i dag!

## SOMMERVIKARER

### ■ Vi har ledige sommervikarer!

Vi har per nå ledige legestudenter, sykepleiestudenter, hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere og assistenter.

For mer informasjon, kontakt oss på telefon: 22 41 17 02 eller pr. e-post: [helse@ambiohelse.no](mailto:helse@ambiohelse.no)



# Langs pilegrimsruten til Santiago de Compostela



**Følg i pilegrimenes fotspor gjennom vidunderlige spanske landskaper, middelalderbyer med vakre kirker – og mer enn 1000 års historie – med Albatros-reiseleder, 8 dager**

På denne kulturhistoriske reisen har vi valgt ut noen av de mest interessante stedene på den berømte nordspanske pilegrimsruten – historiske kirker og klostre, imponerende katedraler og pittoreske byer. Vi har lagt inn mulighet for kortere vandring langs pilegrimsruten, hvor vi kommer forbi vinmarker, høysletter og fjellområder – og på egne ben kan følge den meditative reisen pilegrimer i mer enn et årtusen har gjennomført med vandrestock i hånden og endemålet – den hellige Jakobs grav – for øyet. Vi har imidlertid gjort turen komfortabel og tar de lange strekningene med buss, sover på behagelige hoteller og smaker de forskjellige regionenes gode mat og drikke, inklusive vinsmaking i Rioja.



## 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)

Vennligst opplys reisekode LR-SYK

**Albatros**  
travel  
Medl. DK RGF

## DAGSPROGRAM

- Dag 1** Oslo–Bilbao.
- Dag 2** Bilbao–Pamplona. Byrundtur, kirker.
- Dag 3** Pamplona–Burgos. Kirker, vinsmaking og vandring.
- Dag 4** Burgos–León. Burgos-katedralen, kloster, kirker, vandring.
- Dag 5** León–Ponferrada. Santa María de León-katedralen, Hostal San Marcos, Gaudís bispepalass, vandring til Jernkorset.
- Dag 6** Ponferrada–Santiago de Compostela. O Cebreiro-passet, blekksprutspesialitet, vandring.
- Dag 7** Santiago de Compostela. Byvandring, Santiago-katedralen, pilegrimsmesse og avskjedsmiddag.
- Dag 8** Kort besøk i Porto. Hjemreise Porto–Oslo.

## Prisen inkluderer:

- Fly Oslo–München–Bilbao / Porto–München–Oslo med Lufthansa t/r
- Alle flyskatter og -avgifter
- Svensk el. norsk reiseleder
- Engelsktalende lokalguider der det kreves
- Transporter og utflukter ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Halvpensjon som består av frokost og middag
- Vinsmaking i Badarán



**Kun  
12.990,-**

6. mai 2013

Tillegg for enkeltværelse,  
kr. 2.500,-

Avsender  
Sykepleien  
Postboks 456 Sentrum  
NO-0104 Oslo



 **HYUNDAI** | NEW THINKING.  
NEW POSSIBILITIES.



# Stort har blitt enda større



## Tenk på nytt

### Ny generasjon Hyundai i30 stasjonsvogn

Pris fra kr 226 850,-\*

Bak de sporty linjene i den nye Hyundai i30 stasjonsvogn finner du en av de mest komfortable og romslige kupeene i klassen. Bagasjerommet gir deg 528 liter, mer enn det du får plass til i syv middels store koffert. Det er vanskelig å tro når du ser bilen fra utsiden. Bak rattet venter noe av det nyeste innen bilteknologi, mye av det konstruert for å gjøre i30 stasjonsvogn til en bil ulik noen annen bil i samme klasse. Og alt sammen, fra innerst til ytterst, er dekket av vår unike garanti med fem år og ubegrenset kjørelengde.

Du trodde kanskje du visste noe om Hyundai? Tro om igjen.

Les mer om en av verdens raskest voksende bilmerker på [www.hyundai.no](http://www.hyundai.no)

\* Veiledende pris levert Oslo/Drammen inkl. leveringsomkostninger (kr 8 900,-). Frakt til forhandler utenfor Oslo/Drammen, årsavgift, vinterhjul og metallic lakk kommer i tillegg. Drivstofforbruk blandet kjøring: 0,65 l pr. mil. CO<sub>2</sub>-utslipp: 145 g/km. NOx=27,5 mg/km. (Gjelder 1,4l bensin 100hk 6MT Classic). Bildet kan avvike fra tilbudt modell. Vi tar forbehold om trykkfeil og endringer.



Ubegrenset kjørelengde