

1 2013

17. januar 2013  
101. årgang

# Sykepleien

Skittent medisinsk utstyr **30**

Mindre støy på intensiv **56**

Tett på: Sara Kahsay **82**

## Etter folkemordet

Sykepleier Astrida Jeanne d'Arc  
ble nesten drept i Rwanda  
i 1994. Side 16





## Ubehagelig lukt? Utflod?

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.navamedic.com](http://www.navamedic.com)



kun 1 kapsel/døgn

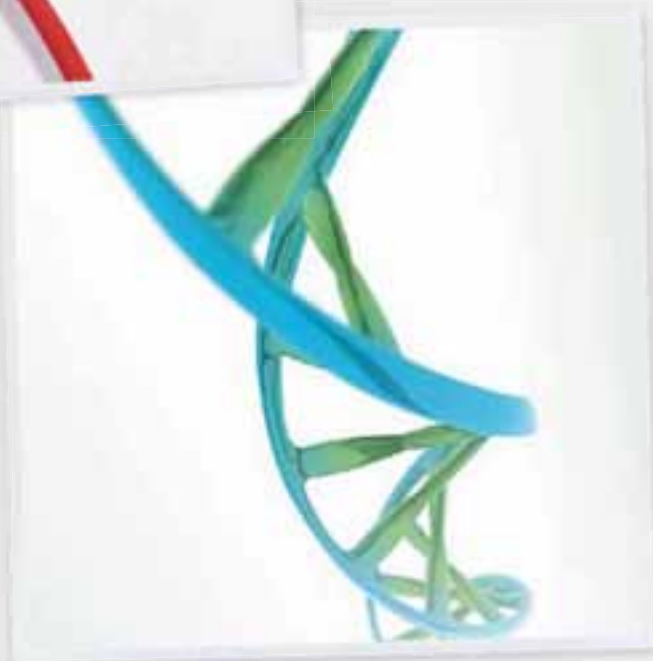
 Navamedic





# Mer innovasjon

Sammen bidrar Takeda og Nycomed til et enda friskere Norge



Gjennom 138 år har Nycomed vært et toneangivende farmasøytisk selskap og bidratt til å gjøre Norge friskere. Det skal vi fortsette med. Vi har fått ny eier og heter nå Takeda Nycomed. Takeda er et globalt forskningsbasert farmasøytisk selskap som tilfører oss flere medisiner og spisskompetanse innen nye terapiområder, og gjør oss til en del av et forskningsmiljø i verdensklasse.

Sammen er Takeda og Nycomed mer enn 1+1. Vi kan skape mer, tilby et enda bedre utvalg av medisiner og helsefremmende produkter til norske pasienter og forbrukere, og fortsette å være en aktiv medspiller for leger, sykepleiere og andre helsearbeidere. Sammen bidrar vi til et enda friskere Norge.



Nycomed: a Takeda Company

# ThevoVital - demensmadrassen

## En madrass som gir bedre søvn til personer med demens:

- ✓ Mer opplagt på dagen
- ✓ Mer tilgjengelig for kommunikasjon
- ✓ Mer ro for omsorgspersoner
- ✓ Mindre bruk av medikamenter
- ✓ Ingen bivirkninger

«Det har vært en eventyrlig forandring for henne å sove på demensmadrassen. Hun sov bedre allerede første natten, og vi har kunnet redusere hennes bruk av beroligende medikamenter. Søknaden om å flytte henne til skjermet langtidsplass på et annet sykehjem, har vi trukket tilbake.»

- avdelingsleder ved Prestrudsenteret i Hamar kommune



## ThevoChair - hvilestolen til personer med demens

### Beroligende gyngbevegelser:

- ✓ Roligere og mer mottagelig
- ✓ Mindre angst og depresjon
- ✓ Mobilisering av ankel-, fot- og hoftledd
- ✓ Stabil konstruksjon
- ✓ Ingen bivirkninger



Thomashilfen

Bardum

Ta kontakt for spørsmål eller ved ønske om utprøving på tlf. 64 91 80 60 eller theo@bardum.no Les mer på [bardum.no](http://bardum.no) eller [theo.no](http://theo.no)

## A TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02A A55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg,

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

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

**Dosering:** Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. **Voksne:** Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosejustering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Etter full seponering med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose akuttmedisin bør tilsvare en sjuendedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertestærhet være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Barn og ungdom <18 år:** Preparatet anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat med tilstrekkelig væske. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose.

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

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

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

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet.

**Overgang i morsmelk:** Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amning bør avbrytes under behandling.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørrhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetteing, lever/galle: Økte leverenzym. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet, stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tapp av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinensyndrom, kulde- og varmfølelse, frysninger, astenitilstander. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronar-sykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, søvnhjert, taleforstyrrelser, tremor. Nyre/urineveier: Akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Unormal tankegang, angst, forvirring, depresjon, euforisk humør, hallusinasjoner, søvnløshet, nervøsitet. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter, sykdomsfølelse, smerter, perifert ødem, vektapp, ulykkeskader. **Sjeldne (≥1/10000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Tanssykdom. Hjerte/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Nevrologiske: Kramper (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for kramper), sedasjon, synkope. Nyre/urineveier: Urinretensjon. Psykiske: Mageritt. Øvrige: Vektøkning. **Svært sjeldne (<1/10000), ukjent:** Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene: **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urineveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munnårs, stomatitt. Hjerte/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Nevrologiske: Svekkt konsentrasjon, migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypostesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt blødd. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Melena, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud, Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsganer/bryst: Amenoré, stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Tørste. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Psykiske: Legemiddelavhengighet. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddel-toleranse, spasmer i glatt muskulatur.

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

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

**Pakninger og priser:**

5 mg/2,5 mg: 28 stk. (endose) 130,90. 98 stk. (endose) 341,80.

10 mg/5 mg: 28 stk. (endose) 221,80. 98 stk. (endose) 636,10.

20 mg/10 mg: 28 stk. (endose) 401,00. 98 stk. (endose) 1.224,70.

40 mg/20 mg: 28 stk. (endose) 754,50. 98 stk. (endose) 2.401,90.

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

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

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

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

**Sist endret:** 12.01.2012

**Referanse:** 1. Simpson et al. Curr Med Res Opin 2008;24(12):3503-3512



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker

Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01

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



**TARGINIQ**<sup>®</sup>  
oksykodon/nalokson

# EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER<sup>1</sup>



motvirker opioidindusert  
obstipasjon<sup>1</sup>

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



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



## NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS KONTINGENT 2013

Medlemmer som er i arbeid skal fortsatt betale 1,45% av brutto lønn, men minimums- og maksimumssatsene endres.

**NB!** Brutto lønn er beløpet som fremkommer under post 111-A i lønns- og trekkoppgaven.

Nedenfor er de nye satsene oppgitt:

Type medlemskap:	Minimum pr. mnd	Maksimum pr. mnd.
Nyutdannede (de to første årene etter endt grunnutdanning)	Kr. 62,-	Kr. 215,-
Ekstraordinære medlemmer *	Kr. 62,-	Kr. 215,-
Andre medlemmer i arbeid	Kr. 62,-	Kr. 430,-
Ute av lønnet arbeid/studenter under grunnutdanning**	Kr 50,-	

### \*EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP – NSF's vedtekter § 3 D

Sykepleiere og jordmødre fra andre land kan få ekstraordinært medlemskap fra det tidspunkt de søker norsk autorisasjon. Ekstraordinært medlemskap gjelder for den perioden medlemmet avventer svar på søknad om autorisasjon og/eller gjennomgår teoretisk/klinisk kvalifisering for å få innvilget autorisasjon, normalt inntil to år.

### \*\*UTE AV LØNNET ARBEID/STUDENTER UNDER GRUNNUTDANNING

Medlemmer under videreutdanning uten lønnet arbeid (eller stipend fra arbeidsgiver), medlemmer bosatt i utlandet uten lønnet arbeid fra norsk arbeidsgiver, medlemmer i 100% arbeidsavklaring, pensjon eller uførhet og studentmedlemmer (grunnutdanning).

### NSF's LIVSFORSIKRINGSPAKKE (FORENINGSGRUPPELIV OBLIGATORISK)

I tillegg til ordinær kontingent betales det kr 128,- per måned i premie for NSF's Livsforsikringspakke. Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen. De medlemmer som ikke ønsker forsikringen, må reservere seg skriftlig på egen reservasjonserklæring.

### INFORMASJONSSKRIV OM TREKK AV KONTINGENT VIA LØNNEN

Medlemmer i lønnet arbeid skal betale kontingenten ved månedlige trekk i lønn der slik avtale er inngått mellom Norsk Sykepleierforbund og arbeidsgiver. Finnes det en slik ordning på ditt arbeidssted, kontaktes Medlemstjenester hos NSF, som sender informasjonsskriv om trekk av kontingent og evt. NSF's Livsforsikringspakke. **Informasjonsskrivet skal leveres videre til arbeidsgiver v/lønningskontoret.**

Medlemmer i lønnet arbeid som **ikke** har mulighet til å delta i trekkordningen, må innbetale maksimumssats av kontingenten selv. Ved årsskifte må disse sende kopi av lønns- og trekkoppgave til NSF, slik at kontingenten kan etterberegnes og justeres i forhold til reell inntekt.

### SELVANGIVELSEN 2012

Medlemmer som betaler kontingenten **via trekkordning** på arbeidsstedet får fradragsberettiget beløp for 2012 påført lønns- og trekkoppgaven fra arbeidsgiver.

Kontingent innbetalt **direkte** til NSF blir innberettet til skattedirektoratet i januar 2013.

For direkte betalende medlemmer er det også mulig å kontrollere innberettet beløp ved å logge seg på NSF's hjemmesider. Under fanen "Min side" velges "Mitt medlemskap". Her vil det fremkomme et felt "Siste innrapporterte fagforeningskontingent" dersom det er innberettet til Skatteetaten.

### SENTRALT AJOURHOLD AV MEDLEMSREGISTERET

**Alle henvendelser som gjelder ajourhold av medlemsregisteret rettes til Medlemstjenester ved NSF's hovedkontor, enten via internett, telefon, brev eller kontaktskjema på våre nettsider.**

Telefon: 02409

Internett: [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

Postadresse: Norsk Sykepleierforbund  
Medlemstjenester  
Postboks 456 Sentrum  
0104 OSLO



## Tema: Rwanda

- 16** Satser på forsoning
- 18** – Om pasienten er hutu eller tutsi spiller ingen rolle
- 24** NSF støtter rwandiske sykepleiere
- 26** – Sliter med psyken



# 16

# Innhold

17. januar 2013  
101. utgave

## Sykepleien

«Den «norske drømmen» gjør oss svaksynt.» Barth Tholens i Aksjonisten, side 8

### Hva skjer

- 8** Aksjonisten
- 10** Hva skjer – smånytt
- 12** Svenskene snakker som livsstil
- 13** Vi bare spør Inger Margrethe Holter
- 14** Vil forandre legemiddelforskriften
- 15** Legger kanskje om kontingenten

### Der ute

- 28** Smånytt fra Sverige
- 30** Skittent utstyr truer pasientsikkerheten
- 34** Fra urent til rent
- 38** Min jobb:  
Inger Ellen Kolbjørnsen
- 39** Hva skjedde med Patricia?
- 42** Øyeblikket
- 44** Helsesøstre må bli tøffe i trynet!

### Fag og bøker

- 48** Lærer opp pårørende til slaggrammete
- 52** Ta barns smerter på alvor!
- 54** – Hørselen er det siste som forsvinner
- 56** Mindre støy på intensiv
- 60** **NY SPALTE** Fagnyttig
- 62** Forfatterintervju: Eduardo Andersen
- 64** Bokanmeldelsen
- 66** Mangfoldig omsorg
- 70** Etikkk: Berit Daae Hustad
- 72** **NY SPALTE** Kryssord og quiz

### Mennesker og meninger

- 74** Eli Gunhild By om jordmødre
- 75** Meninger fra leserne
- 77** **NY SPALTE** Sykepleien for 10 år siden
- 79** Innspill: Tor Busch
- 80** Kronikk: Gisle Roksund
- 82** Tett på Sara Kahsay
- 86** Paragrafrytterne
- 87** Stillingsannonser
- 92** Kunngjøringer



#### Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf.: 02409

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Ansvarlig redaktør Barth Tholens  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
barth.tholens@sykepleien.no

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.  
Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12).  
Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

Tlf. og e-postadresser på [www.sykepleien.no/](http://www.sykepleien.no/)  
kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:  
Color Print A/S



**30** Blir ikke rene nok.



**82** Opptatt av kvinners helse siden barndommen i Eritrea.

«Barns smerte tas ikke på alvor.»

**52**



# I sin skjønneste orden?

Det er på tide å se på Norge gjennom nye briller.

**D**e fleste land har sine stereotyper. I USA kan «alle» bli rike. Eller president om de vil. Engelskmenn tror at alt i Frankrike handler om enten mat eller forplantning. I Skandinavia tror vi at Nederland er et frisinnert land der innbyggerne stort sett røyker hasj mens de gir hverandre aktiv dødshjelp. Og Italia er synonymt med Berlusconi og mafia.

Om vi hører på vår egen statsministers nyttårstale, er Norge noe av det beste som finnes. Mens utlandet forbinder vårt land med storslagen natur og dystre karakterer, ser vi på oss selv heller som en nasjon teppebelagt med gull og gode intensjoner. I Norge vil vi jo hverandre vel. Vi tror på fellesskapet. Mens italienerne liksom tar nakkeskudd på hverandre mens de sender en bønn til den Hellige Jomfruen, klemmer vi hverandre og er glad i Staten: Som en klok mor sørger den for at innbyggerne «ytter etter evne og får etter behov» (Stoltenberg).

Et godt selvilde er naturligvis ikke å forakte. Etter 40 år bak jernteppet sliter østeuropeere for eksempel med mismot. De er flasket opp med et intens hat mot myndigheter i sin alminnelighet, det være seg politiet, skattevesenet eller domstolene. De desillusjonerte borgerne står imidlertid

heftig i veien for å få i stand noe bedre. Når du ikke tror på noe som helst, velger du løsninger som fritar deg fra forpliktelser overfor andre i samfunnet.

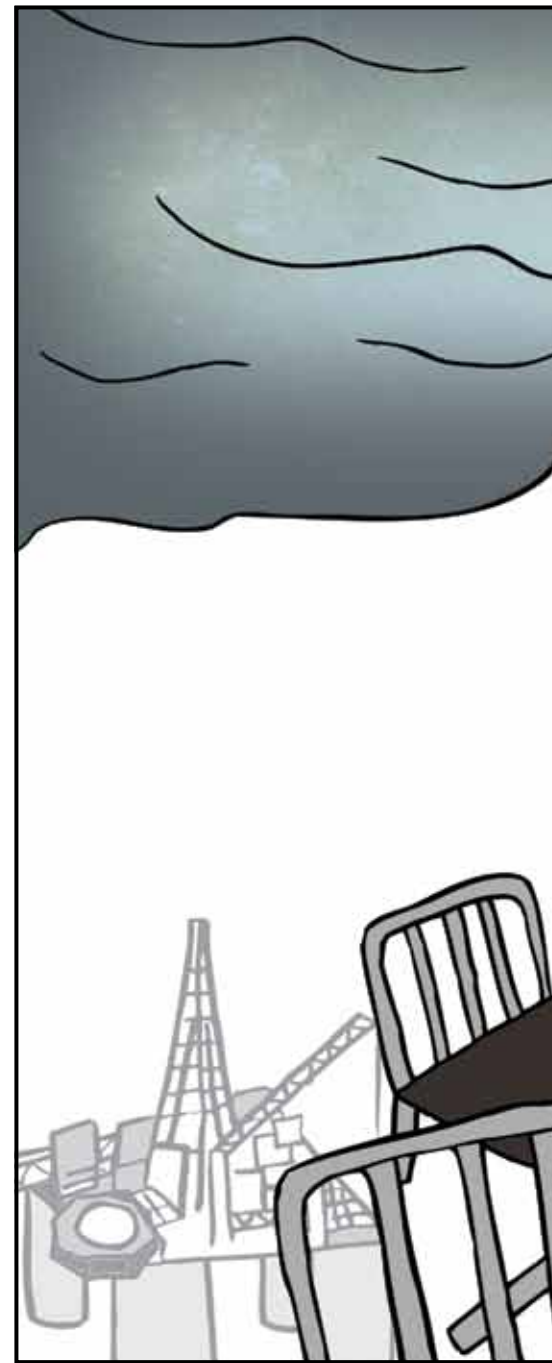
På samme måte bygger den norske naiviteten, troen på at Norge er best og snillest og flinkest i alt, opp under en samfunnsmodell hvor alle skal yte sin skjerv til nasjonenes beste. I dette norske Kardemomme-universet er alle greie mot hverandre: Det liberalistiske Fremskrittspartiet predikerer at eldreomsorg skal være direkte finansiert av Staten. De mest radikale på venstresiden går på barrikadene for full barnehagedekning og flere førskolelærere.

Vi venter altså ikke på noen politisk revolusjon her på berget. Den er avlyst fordi politikerne sliter med å finne noe å være tilstrekkelig misfornøyd med.

Dilemmaet med dette enestående norske selvbildet er at vi kan komme til å lukke øynene for jævelskapen som skjuler seg bak fasaden til vår velferdsstat – det som får oss til å likne mer på andre nasjoner. Når helseministre stadig terper på at vi har «verdens beste helsevesen», vil mange til slutt tro det, selv om vi som individer ikke alltid opplever det. Når Jonas Gahr Støre gjentar og gjentar at vi er gode, men at vi nå skal bli enda bedre, så risikerer kritikerne å havne i kroken for «grinebitere» som aldri blir fornøyd likevel.

Skyggesiden av den «norske drømmen» er at den gjør oss svaksynt for de sidene ved samfunnet som får oss til å likne mer på andre land. Men er vi bedre enn andre?

En liten test: Hvilket land hadde vi intuitivt tenkt på om vi hadde fått høre at det største statlige oljeselskapet og ditto teleselskapet var involvert i alvorlig korrupsjon? Hvor næringsmi-



nisteren blir beskyldt for stadig å plassere sine venner i sentrale styreverv. Hvor sykehus trikser med koder og ventelister? Hvor kommuneansatte er korrupte? Hvor sjefen for en sykehussammenslåing som har kostet flere mennesker livet, blir belønnet med en fet stilling i utlandet? Og hvor landets største sykehus blir tiltalt for grovt å ha utnyttet asiatiske operasjonssykepleiere?

Om dette hadde blitt oss fortalt om Russland eller et afrikansk land, ville mange ha trukket på skuldrene og tenkt: Typisk! Det er slikt man ser i tv-serier som Boardwalk Empire, Martin Scorseses saftige skildring av ukulturen i administrasjonen i Atlantic City.

Vel, min oppgave her er jo å sette det hele litt på spissen. Men alt er definitivt ikke i sin

## Sagt & ment

Helsepolitiske talsmann Bent Høie (H) har løsningen i et intervju i NRK:

«Gahr Støre må frata helseforetakene mulighet til å frata pasientene rettigheter og ventetiden». Nå gjenstår det bare å frata helseforetakene pasienter.





skjønneste orden i Norge, og på noen områder stinker det. For min del må norske regjeringspolitikere gjerne framstille Norge som et godt land å bo i, hvis det kan bidra til at vi beholder oppslutningen om fellesskapsløsninger. Men jeg skulle ønske at de hadde bedre bakkekontakt. Så uskyldssene er vi ikke.

Jeg er redd all denne selvgodheten bare vil føre til at Norge sakte, men sikkert blir dårligere på det meste. Fordi vi mister øyet for alt vi burde skjerpe oss på. At vi vil få flere fattige i Norge, at vi vil se større forskjeller og dårligere arbeidsmoral. At flere pasienter vil lide fordi regjeringen aldri ordentlig tar tak i bemanningsutfordringene. Og at vi fortsetter å importere den arbeidskraften vi trenger for så å finne nye

smutthull for å underbetale dem.

Skal man slå udyret, må man få øye på det først. Man må erkjenne at man har et problem. Selv i Italia har de forstått at de ikke kommer korrupsjonskulturen til livs uten en massiv innsats. Inntil for få år siden var mafiaen bare en del av livet, akkurat som Pavarotti, paven og pastaen. Så lenge folk ikke syntes det var noe å snakke om, ble det heller ikke gjort noe med.

Jeg vil våge den påstanden at selv Norge har noe å lære av Italias kamp mot korrupsjon. Men uansett er vi tjent med å slutte å se på andre land som dårlige kopier av det norske.

Vi må lytte bedre til signaler som skurrer og ta på oss nye briller, om enn ikke helt slik den greske ambassadøren til Norge gjorde. I fjor ble

«Skal du slå udyret, må du få øye på det først».

han oppfordret til å kommentere vår situasjon som søkkrik oljenasjon. Da satte den utsendte for Europas mest utskjelte land tingene i et litt annerledes perspektiv:

«Norge har oljen, naturen og budsjettoverskuddene. Men vi har sola!» ■■■



**50 MÅ GÅ:** Ansattes representanter i styret sliter med å godta de stadige kravene om kutt. Foto: Colourbox.

## Kutter årsverk i Vestre Viken

Vestre Viken HF skal kutte 155 millioner kroner i 2013, men skal samtidig produsere mer. Ifølge Laagendalsposten viser virksomhetsrapporten at det var «for høy bemanning ved inngangen til 2013». Det er konkretisert kutt med om lag 50 årsverk. Men flere må påregnes, melder Laagendalsposten.

De ansattes representanter i styret sliter med å godta de stadige kravene om kutt. Deres undring over prioriteringene kommer til uttrykk i en protokolltilførsel fra ansattrepresentantene:

«Ansatte opplever en omstillingstretthet fordi Vestre Viken har hatt omstilling siden starten. Med et stort etterslep av medisinsk teknisk utstyr og gammel bygningsmasse kan dette ha påvirkning på effektiviteten».

*Laagendalsposten*

## Sykepleierne skal kartlegges

Nordlandsforskning har fått oppdraget med å kartlegge sykepleiernes erfaringer under og etter 22. juli-katastrofen. I månedsskiftet januar/februar sendes det ut spørreskjema til alle medlemmer i NSF på mail. Resultatene vil bli presentert i en rapport.

– Vi oppfordrer alle sykepleiere til å sette av litt tid til å svare på spørsmålene. For å få en best mulig kartlegging, er det viktig at så mange som mulig svarer, sier spesialrådgiver i avdeling for sykepleie og profesjonsutvikling, Elisabeth Holm Hansen.

*sykepleien.no*



**ØNSKER SVAR:** Elisabeth Holm Hansen oppfordrer alle sykepleiere til å svare på spørsmålene fra Nordlandsforskning.

## Strammer inn

Regjeringen gir Arbeidstilsynet mer makt og fagforeninger muligheten til å saksøke arbeidsgiver ved ulovlig bruk av innleie.

I dag er det bare arbeidstakeren selv som kan gå til søksmål. Kollektiv søksmålsrett innebærer at fagforeningene kan reise sak mot arbeidsgiver.

Regjeringen foreslår også at Arbeidstilsynet gis økt myndighet til å føre tilsyn. Arbeidstilsynet skal få rett til å kreve dokumentasjon fra arbeidsgiver på at det er inngått avtale med tillitsvalgte om bruk av innleie. Videre vil Arbeidstilsynet kunne gi pålegg ved brudd på innleiebestemmelsene og eventuelt gi tvangsmulkt. Høringsfristen er satt til 8. februar i år.



**SAKSØKES:** Hvis lovverket vedtas kan fagforeningene saksøke arbeidsgiver. Foto: Colourbox.

*Arbeidstilsynet*

# Hva skjer



### Les mer om:

**12** Må snakke om livsstil >

**14** Vil endre legemiddel-forskriften >

**sykepleien.no**

Hvordan driver NSF bistand i Afrika? Følg saken på nettet.



Foto: Colourbox

## Å leve sammen etter hjerneslag

Slagrammede familier savner informasjon om hvordan de skal leve sammen etter et slag, ifølge doktoravhandlingen til stipendiat Gabriele Kitzmüller ved Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø.

Gabriele Kitzmüller peker spesielt på at samhandlingsreformen har ført til at det hviler et større ansvar på familien enn det gjorde før, ettersom de slagrammede i dag rehabiliteres i hjemmet og ikke ligger like lenge på sykehus.

– Kunnskapsnivået i mange kommuner er ikke godt nok til å møte slike utfordringer. Ofte mangler det både logoped, nevropsykologer og ergoterapeuter for å nevne noen, sier hun

*Dages medisin*

## Oppfinnelsen som fikk verden inn i stua

I år er det 30 år siden det moderne internett ble til.

– Jeg kan love deg at vi hadde høye forhåpninger, men vi våget aldri å tro at internett ville bli til den globale plattformen den er blitt i dag. Jeg føler meg privilegert som har fått spilt en rolle i utviklingen, sier Vint Cerf på Googles offisielle blogg.

Han var en sentral person i utviklingen av internett. Det var Vint Cerf og teamet hans som «skrudde» på Internett 1. januar 1983.

*Google blogg*

## Helsesøstre advarer mot slankehysteri

– En del foreldre blir veldig stresset av at det hele tiden er fokus på hvordan man skal leve, hva man skal spise og hvor mye man skal trene. Jeg synes at man noen ganger kunne sagt til foreldre at nå er det bra nok, dere lever sunt nok. Kanskje dere heller skulle sette dere ned og snakke litt med barna deres og bruke litt tid på det i stedet, sier lokallagsleder for helsesøstrene i Sykepleierforbundet i Oslo, Kristin Sofie Waldum, til NRK.

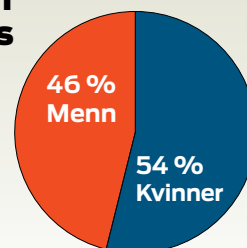
I Norge er overvekt et økende problem hos barn og unge, men mye tyder på at særlig Oslo som by er todelt.

– Helsesøstrene opplever at dette med overvekt stemmer godt overens med hvordan virkeligheten er i Oslo øst, sier hun.

På Oslos vestkant ser man derimot en helt annen trend. Helsesøstrene her opplever i større og større grad at barna er undervektige, sier hun til NRK.

## Flere kvinner enn menn på sykehus

940 000 kvinner og i underkant av 800 000 menn ble undersøkt eller behandlet ved somatiske sykehus i 2011. Hovedårsak er fødsler og at kvinner lever lenger.



## Tiltalt for å ha utnyttet filippinske sykepleiere

Oslo universitets-sykehus (OUS), og et ektepar som skal ha fungert som mellommenn, er tiltalt for overtredelse av utlendingsloven § 108: «...for forsettlig eller grovt uaktsomt å ha formidlet arbeid eller bolig for en utlending eller utferdiget eller formidlet erklæring, tilsagn eller dokumenter til bruk for en sak etter loven, når forholdet innebar en utilbørlig utnyttelse av utlendingens situasjon».



**AVVENTER:** Administrerende direktør, Bjørn Eirikstein, vil ikke kommentere saken før den har vært behandlet i retten.

Strafferammen for lovbruddene er på inntil to år. Oslo universitetssykehus er tiltalt som medskyldig, da det var de som tok initiativet til å skaffe foretaket utenlandsk arbeidskraft. Administrerende direktør Bjørn Eirikstein ved OUS vil avvente den framtidige behandlingen i retten før han kommenterer saken.

sykepleien.no

## HPV-tester ikke i strid med kravet til forsvarlighet

Statens helsetilsyn skriver på sine nettsider at ingen av landets helseforetak har rutiner eller anbefalinger knyttet til bruk av HPV-tester som strider med forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven paragraf 2-2.

– Helseforetak må sørge for at de pasientene som tidligere har blitt undersøkt med slike tester, får en forsvarlig oppfølging, melder Helsetilsynet.



**TEKNISK FEIL:** Dataproblemer kan ha ført til at pasienter har fått for sen behandling. Foto: Colourbox.

## Datasvikt

400 epikriser ble ikke sendt ut som planlagt i perioden juni 2011 til oktober året etter. Fylkesmannen i Troms har bedt om en redegjørelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

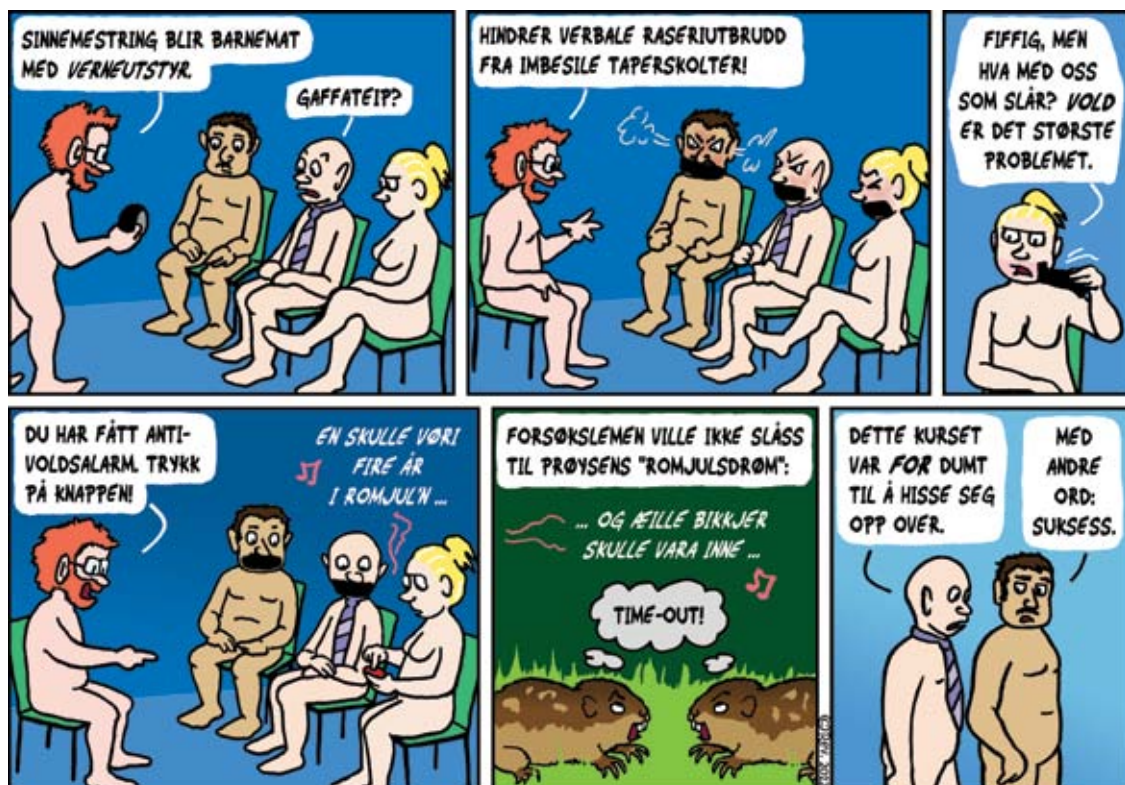
– Dersom dette systemet rammes av forsinkelser, er det en fare for at alvorlig sykdom ikke blir avdekket. I verste fall vil det frata muligheten

pasienten har til å få behandling innen rett tid, sier Svein Steinert, fylkeslege i Troms til Nordlys.

– Spørsmålet er om disse aktuelle epikrisene inneholder opplysninger som har ført til at pasienten har fått for sen behandling, eller lidt skade, sier Steinert.

Nordlys

## TERAPI av Bodil Rønhaug



## Meninger fra www.sykepleien.no

### – Fortell PST om drapstanker

” Hvor mye skal egentlig til før pst får opp øynene? Massemorderen på utøya hadde en klar «intensjon» med angrepene, og det har vist seg at han har svært mange støttespillere.

Hans

### Rikshospitalet går Gangnam-Style

” Utrolig artig. Humor på jobben gjør dagene fine og er forebyggende for så mangt. Takk Riksen, dette var moro og tøft.

Merete Dahl

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

# Svenskene snakker om livsstil



**FORNØYDE:** Gunnel Granström (til venstre) og Sølvi Vejby er glade for at det endelig skal dokumenteres hva sykepleiere gjør.

Socialstyrelsen i Sverige har pålagt helsepersonell å ta livsstilssamtaler med sine pasienter. Sykepleierne liker det bedre enn legene.

Tekst og foto **Eivor Hofstad** eivor.hofstad@sykepleien.no

**N**å skal svenske sykepleiere snakke med aktuelle pasienter om drikking, røyking og annen usunn livsstil. Hensikten er å forbygge alvorlig sykdom senere.

Ifølge Verdens Helseorganisasjon kan sunn livsstil forebygge 80 prosent av alle slag og all kransarsykdom, samt 30 prosent av all kreft. I tillegg blir livskvaliteten bedre og man lever 14 år lenger enn de med en usunn livsstil. Tobakk, alkohol, usunn mat og inaktivitet er de fire verstingene vi alle kan gjøre noe med.

I Sverige har halvparten av alle kvinner og 65 prosent av alle menn minst en usunn livsstilsvane. Derfor har Socialstyrelsen rådet helsepersonell å ta livsstilssamtaler med alle pasienter som kommer i kontakt med helseapparatet, dersom de har en usunn livsstilsvane.

I 2011 kom de nye svenske nasjonale retningslinjene for forebyggende metoder, som viser hvordan helsepersonell kan gi livsstilsråd

sens oppfordring. Svensk sjukskoterskeforening er blant yrkesgruppene, og leder i foreningen, Ania Willmann, sier til Sykepleien at det er på høy tid å gjøre noe med et problem de har hørt om lenge.

– Vi har heldigvis tradisjon for å diskutere på tvers av fagområdene, det har ikke legene, sier hun.

## Motstand

Foreløpig er det blant legene den største motstanden har vært. De er blant annet redde for at det økonomiske systemet bare belønner antall pasienter man har hatt til konsultasjon, og ikke tar hensyn til tverrfaglig samarbeid og kvaliteten på samtalene.

Men det finnes også noen få skeptiske sykepleiere. Hanne Kjöllér som også er lederskribent i Dagens nyheter, er en av dem.

– Er det retningslinjer som gjør mennesker

å dele kunnskapen vår. Mange vet for eksempel ikke at de kan bli kvitt mild til moderat depresjon med å mosjonere, sier han.

## Fem brosjyrer

– Vi er glade for at det endelig vises hva sykepleiere gjør og at samtalene våre faktisk dokumenteres, sier Gunnel Granström og Sølvi Vejby, to sykepleiere vi treffer i messehallen på «Riksstämman».

Granström er rehabiliteringssykepleier på et offentlig helsehjem og Vejby jobber ved hematologisk avdeling på Akademiska sjukhuset i Uppsala. De har i oppgave å dele ut de fem gule brosjyrene Svensk sjukskoterskeforening har utarbeidet om hvorfor det er viktig å ta livsstilssamtalene og hvilke pasientgrupper de bør ta dem med. Seinere kommer mer informasjon om hvordan man skal gjøre det.

## De færreste får samtale

Den 12. desember presenterte Socialstyrelsen tall som viste at de færreste pasientene faktisk får slike samtaler, til tross for at fire av fem er positive til det.

I policydokumentet ber de sju yrkesorganisasjonene om et tydelig oppdrag fra regionene, fylkene og kommunene som gir de rette forutsetningene for å kunne gjennomføre livsstilssamtalene. De ønsker også utdanning og kontinuerlig kursing rundt livsstil og strukturerte samtalemetoder.

– Dette vil kreve tid. Den største forandringen handler imidlertid om holdningene våre. Vi er besserwissere i dag, men personer er eksperter på eget liv, derfor må vi gi mer individuell rådgivning. Kanskje må vi også ha en strukturforandring, sier sykepleierleder Willmann. ■■

## «Vi har et felles ansvar for å dele kunnskapen vår.»

eller ta livsstilssamtaler med sine pasienter. Til takene deles inn i tre kategorier, etter hvor mye tid som brukes: enkle råd, rådgivende samtale og kvalifisert rådgivende samtale med flere konsultasjoner og med en spesiell teori eller struktur etter ulike metoder det jobbes ut ifra.

## Sju yrkesgrupper enige

På kongressen «Medicinska Riksstämman» i Stocholm i slutten av november, presenterte sju yrkesorganisasjoner i helsevesenet et felles policydokument. Der lover de å følge Socialstyrel-

friskere, spør hun og påpeker at i undersøkelser bedømmer de stordrikkende, feite og storrøykende danskene livskvaliteten sin bedre enn hva svenskene gjør.

– Det er like viktig å få hjelp når man rekker ut en hånd som å slippe å få det når man ikke vil det, sier hun i et foredrag på Riksstämman.

Lege og moderator Peter Friberg innvender at vi alle har et ansvar for å slutte å røyke, drikke mindre og gå ned i vekt for å frigjøre penger til andre typer helsetjenester til andre pasienter.

– Dessuten har vi helsepersonell et ansvar for

# Inger Margrethe Holter

Alder: 62 år

Aktuell som: Markant sykepleier som er blitt pensjonist

### BAKGRUNN:

Inger Margrethe Holter har vært sjefsykepleier på Rikshospitalet og dekan på Høgskolen i Buskerud. Hun har doktorgrad fra USA og har undervist i sykepleievitenskap på universitetet i Oslo. De siste årene har hun drevet med fagutvikling som prosjektleder på Norsk Sykepleierforbunds hovedkontor.

# Faglig streng dame

### Du har stått på mange bein. Hvilket har vært morsomst?

– Gullårene var da jeg var sjefsykepleier på Rikshospitalet.

### Hvorfor?

– Jeg hadde nærhet til pasientene og fikk bidra til at sykepleierne kunne yte sitt beste. Jeg var der helsepolitikk ble utøvd og jobbet i team med dyktige kolleger fra flere profesjoner.

### Men så ble sjefsykepleieren borte?

– Ja, i 2003. Jeg var den siste av dem på Riksen.

### Triste greier?

– Trist fordi sykepleierne er den største profesjonen på sykehuset og de som er mest sammen med pasientene. De betyr mye for kvaliteten på behandlingen. Det er viktig at profesjonen har en stemme når beslutninger tas om pasientens behandling. Tittelen er ikke så viktig, poenget er at en sykepleier sitter ved det bordet.

### Så ble du dekan. Kjedelig?

– Absolutt ikke. Det var i en tid med store endringer i utdanningssystemet.

### Hva var det beste du fikk til på Høgskolen i Buskerud?

– Jeg var med på å opprette mastergrader, bygge opp forskning og endre fagplanene i bachelorgraden. Det ble mer om sykepleierens kjernekompetanse.

### Studentene kaller deg en streng dame.

#### Hvorfor det?

– Sikkert fordi jeg spør dem hva sykepleie er. Jeg sier at hvis de ikke kan fortelle hva det er, så kan de ikke bidra optimalt i dagens helsetjeneste.

### Hva er sykepleie, da?

– Jeg svarer med Florence Nightingale og Virginia Henderson: Sykepleie er å hjelpe pasientene til å leve med følgene av sykdom og behandling – ved å rette oppmerksomheten mot svikt i pasientenes grunnleggende behov.

### Du har selv fått stilt diagnoser i det siste?

– Ja, en kronisk og en mer akutt. Revmatisme og brystkreft.

### Hvordan har du opplevd det?

– Norge er i verdenstoppen når det gjelder å diagnostisere og behandle begge disse lidelsene. Sånn sett har jeg vært heldig. Men i dag er det fort gjort at pasienten blir et objekt. Det trengs sterk rygg for å klare det. Å være pasient har medført en bratt læringskurve.

### Har du lært noe nytt om helsevesenet?

– Jeg har sett at mye av profesjonsutøvelsen blir borte og erstattet med standardiserte prosedyrer. Mye handler om pasientforløp, det blir mindre tid til å bruke skjønn. Den medisinske utviklingen er fantastisk, mens vi som mennesker reagerer på det å bli syk som i gamle dager. Vi er ikke blitt moderne i psyken.

### Hvordan står det til med sykepleierutdanningen?

– Jeg er bekymret fordi det er 28 ulike fagplaner. Det er for mange studenter i forhold til praksisplaser og lærere. Og det er for lite vekt på utdanningsledelse.

### Hva synes du om sykepleierlederne?

– Ledere på enhets- eller postnivå har for mange administrative oppgaver, og det blir lite tid til faglig veiledning. Det går ut over kvaliteten på sykepleien som utøves.

### Myndighetene vil ha mer tverrfaglighet?

– Flott det. Men for å være tverrfaglig må du være trygg på hva du skal bringe inn av eget fag i teamet. Er du ikke tydelig på det, er det lett å erstatte deg med en annen. Da er jo hele sykepleiefaget borte.

### Hva tror du om framtiden?

– Tiden er inne for at sykepleierne samler seg om å synliggjøre hva som er vår kjerne-

kompetanse. Klarer vi det, har vi en lysende framtid.

### Hva skal du bruke tid på nå?

– Jeg skal være mye i Nordmarka, reise og skrive litt. Og jobbe 20 prosent på en høyskole.

### Er du forresten er streng dame?

– Egentlig ikke. Men det er jo positivt hvis jeg oppleves som streng på fagets vegne. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**  
marit.fonn@sykepleien.no





**ØNSKER LOVENDRING:** Anestesisykepleierne ønsker å ordinere medisiner uten å være i en juridisk gråsoner. Arkivbilde fra en operasjon på Sykehuset Telemark i 2004. Arkivfoto: Stig M. Weston.

# Vil forandre legemiddelforskriften

Operasjonsavdelinger over hele landet er i en juridisk gråsoner når anestesisykepleiere ordinerer legemidler i forbindelse med operasjon. Tekst **Eivor Hofstad** eivor.hofstad@sykepleien.no

**L**andet over er det vanlig at anestesisykepleiere selvstendig forordner og administrerer legemidler under operasjon. Det er ikke helt i tråd med loven som sier at dette er en legeoppgave.

– Hvis vi skal følge loven, får vi ikke jobbet effektivt. Derfor ønsker vi at forskriften forandres i tråd med en årelang praksis, sier Marit Vassbotten Olsen, leder av Anestesisykepleierens Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF).

Hvis loven skal følges til punkt og prikke, mener hun at det vil kreve mye mer personell enn det vi har i dag. En konsekvens av det hele vil være dårligere pasientbehandling og færre operasjoner fordi, kvalifisert personell må bruke tiden på omfattende ordinasjonsrutiner og tidkrevende dobbeltkontroller.

### Støtte av sykehusdirektør

Også Just Ebbesen, sykehusdirektør ved Sykehuset Østfold, mener noe må skje.

– Lovverket på helseområdet er liberalt i Norge, men akkurat rundt medikamenter henger det litt etter. Forskriften er for streng og ikke i tråd med praksis, sier han.

Siden 2005 har anestesiseksjonene ved Sykehuset Østfold fått avvik når farmasøytene har gjort tilsyn. I tillegg til at anestesisykepleierne

der selvstendig forordner og administrerer legemidler, har de heller ikke alltid dobbeltkontroll av medikamenter. Ifølge Vassbotten Olsen er manglende dobbeltkontroll også vanlig på operasjonsavdelinger flere steder i landet.

### Foreslår rammeordinasjon

NSF, ALNSF og Sykehuset Østfold har i Pasta-prosjektet (pasientsikkerhet, samhandling og trygg anestesi) kartlagt og belyst dagens praksis, og pekt på forbedringsområder opp mot gjeldende legemiddelforskrift. De foreslår blant annet en løsning med rammeordinasjon. Det vil si at lege godkjenner/ordinerer en anestesimetode som i prosedyreform gjør det mulig å gi medikamenter som ikke er spesifikt ordinert.

– En rammeordinasjon spesialtilpasset for anestesisykepleiere er en mer overkommelig måte å gjøre noe med problemet på enn å endre selve loven. Men det krever selvfølgelig at man samtidig sikrer at sykepleierne har den nødvendige kunnskapen om virkninger og bivirkninger, påpeker Ebbesen.

### Kledde byråkratene i grønt

For å informere om Pasta-prosjektet og om de utfordringer anestesisykepleierne daglig står overfor, inviterte samarbeidspartene representanter

fra Helsedirektoratet på besøk til Sykehuset Østfold i mars. Der ble byråkratene kledd i grønt og plassert på en operasjonsavdeling for å se hvordan det hele foregår.

Verken Øyvind Melien eller Bjørg Abotnes i Helsedirektoratet ønsker å fortelle hva de lærte av besøket på operasjonsavdelingen.

– Helsedirektoratet har dessverre ikke kunnet prioritere arbeidet med å revidere legemiddelhåndteringsforskriften. Vi har planlagt å ta tak i dette arbeidet igjen i 2013. Da vil vi hente inn nødvendige innspill fra aktuelle fagmiljøer, sier Abotnes.

Hun er seniorrådgiver ved avdeling for medisinsk utstyr og legemidler.

Delrapporten fra det toårige Pasta-prosjektet ble levert Helsedirektoratet i oktober og NSF har gjort flere henvendelser til direktoratet i denne saken. Berit Berg, leder for prosjektet, håper at de snart kan møtes for å diskutere forslaget, opp mot revisjon av legemiddelforskriften.

– Hva vil Helsedirektoratet gjøre med forslaget om rammeordinasjon?

– Vi ønsker ikke å si noe om dette nå, men kommer gjerne med uttalelser når vi har utarbeidet forslag til revidert forskrift og får sendt den ut på høring. Vi håper at det vil være klart i løpet av 2013, sier Abotnes. ■■■

# Ønsker fast pris

Norsk Sykepleierforbund vurderer å legge om kontingenten til et fast beløp.

Tekst **Kari Anne Dolonen** kari.anne.dolonen@sykepleien.no

**N**orsk Sykepleierforbund (NSF) er en av de få fagforeningene som prosentberegner medlemskontingenten i forhold til bruttolønnen. Forbundsledelsen har nylig vurdert om det heller skal bli to faste kontingentsatser for yrkesaktive sykepleiere, med et skille rundt halv stilling. Konklusjonen er at ordningen fortsetter som før. Men saken skal utredes og legges fram på landsmøtet i 2015.

– Å ha en ordning som er prosentbasert, er mest rettferdig, men krever mye administrasjon. Det er mye lettere å ha en kontingent med et fast beløp, forklarer forbundsleder Eli Gunhild By som årsaken til at forbundet vurderer kontingenten.

– Har konkurransen om medlemmene økt?

– Jeg vil ikke si at konkurransen om medlemmene

er blitt mer intensiv, men vi må hele tiden følge med på utviklingen.

– Får dere reaksjoner på prisen på medlemskapet?

– Det er vel det vi får mest reaksjoner på når vi driver rekruttering. Mange er positive til å melde seg inn, men synes det er dyrt. Når vi sammenlikner våre priser med andre forbund, viser det seg at vi faktisk ligger ganske lavt, sier By.

NSF har lenge jobbet aktivt for å beholde jordmødrene i organisasjonen. Likevel går nesten 80 prosent over til Den Norske Jordmorforening når de er ferdig utdannet jordmødre, der medlemmer i full stilling betaler 5 760 kroner i året, mens jordmødre i halv stilling eller mindre betaler 3 564 kroner i året.

Også Fagforbundet, som har 3–4000 sykepleier-

## Dette koster NSF-medlemskap

**Ordinære medlemmer:** 1,45 prosent av bruttolønnen, men maks 5 160 kroner i året og minst 744 kroner.

**Studenter og pensjonister:** 600 kroner i året.

**Nyutdannede sykepleiere:** 2580 kroner i året de to første årene etter endt utdanning. Det samme tilbudet gjelder for sykepleiere utenfor Europa som søker autorisasjon.

**Jordmorstudenter:** Gratis så lenge de er under utdanning.

**Offshoresykepleiere:** 960 kroner i året, fordi NSF ikke har forhandlingsrett for disse sykepleierne.

medlemmer, har prosentberegnet kontingent, men med høyere sats enn NSF (1,55 prosent). Det gir maksimum 6 264 kroner i kontingent. Sykepleiere som tar doktorgrader kan vurdere medlemskap i **Forskerforbundet**, som åpner for dobbeltmedlemskap for noen profesjonsutdanninger. Pris: 852 kroner per år.

Er NSF's kontingent for høy? Si din mening i Sykepleiens uhyøytidelige spørreundersøkelse på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) eller ved å sende en e-post til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no). ■■■

## Full oversikt med DIPS!

Med DIPS Panorama får du oversikt over medikasjon, observasjoner og væskeregnskap i ett bilde!

DIPS Panorama erstatter dagens papirkurve på sengepost. Det enkelte sykehus kan selv definere hvilke variabler som kan registreres i DIPS Panorama. Sømløs integrasjon med DIPS Medikasjon gjør at utdeling, seponering og nulling av valgt medikasjon kan gjøres i bare én operasjon fra kurvebildet for dem som har valgt å ta i bruk vår moderne medikasjonsløsning. DIPS Medikasjon gjør at pasientens medikasjon kan håndteres fullstendig elektronisk.



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



18 – Om pasienten er hutu eller tutsi  
spiller ingen rolle ›

24 NSF støtter rwandiske sykepleiere ›

26 – Sliter med psyken ›

# Satser på forsoning





Jordmor Verene Mukantaganda har det fint på jobb.  
Da slipper hun å tenke på det grusomme som skjedde i 1994.

Det er snart 19 år siden folkemordet i Rwanda, da nabo drepte nabo.  
Også sykepleiere og leger sendte sine kolleger i døden.

Sykepleierforbundene i Norge og Rwanda starter nå et samarbeid.

Tekst og foto **Marit Fonn** [marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)





**RWANDERE:** – Vi forskjellsbehandler verken pasienter eller kolleger, mener sjefsykepleier Agnes Uwayezu. Her fra sykehuset i Butare.

# «Om pasienten er hutu eller tutsi spiller ingen rolle.

Sjefsykepleier Agnes Uwayezu

Sykepleierne som overlevde folkemordet glemmer ikke. Men de sier nei til hevn.

## Folkemordet

› I løpet av hundre dager – fra 7. april til juli 1994 – ble tutsier og moderate hutuer massakrert i Rwanda.

› Tallet er usikkert, men 800 000 kan ha blitt drept, kanskje en million.

**A**gnes Uwayezu låser døren på kontoret sitt.  
– Ellers blir vi bare forstyrret, forklarer hun mens hun vrir om nøkkelen.

Hun er sjefsykepleier på Rwandas beste sykehus, King Faisal-hospitalet i hovedstaden Kigali.

I likhet med mange andre rwandere var hun i eksil da folkemordet foregikk de hundre dagene i 1994. Men – også som mange andre – hun dro hjem etter katastrofen. Vanlige folk var blitt mordere.

– Profesjonelle helsearbeidere var involvert i folkemordet. Leger og sykepleiere også. De drepte – og flyktet fra landet.

## Tutsi og hutu

Rwanderne levde lenge fredelig sammen. Men i 1932, da Rwanda

var belgisk koloni, ble det innført ID-kort med avkryssing for hvilken folkegruppe man tilhørte. Fordelingen ble slik: 15 prosent tutsier, 84 prosent hutuer og 1 prosent twa (pygmeer). Tutsiene, kjent som høye og tynne, ble tildelt makt i samfunnet av koloniherrn. Flertallet, hutuene, ble undertrykt. Gradvis ble deres frustrasjon vendt mot tutsiene. Svertokampanjer, og etter hvert massakre, førte til at hundretusener tutsier flyktet fra landet.

Rwanda ble uavhengig i 1962, og hutuene hadde da makt i republikken. Undertrykking og etnisk rensning av tutsier fortsatte i tiårene som fulgte. Konflikten eskalerte på 90-tallet. 6. april 1994 ble president Juvenal Habyarimana drept da flyet han satt i ble skutt ned. Dagen etter startet en voldsom nedslakting av tutsier og politisk moderate hutuer. Det varte til ut i juli. Hver dag kan i snitt ti tusen mennesker ha blitt myrdet. Det vil si sju personer i minuttet.



**MIRAKEL:** Astrida Jeanne d'Arc ødela ID-kortet og sa hun var hutu, men røpet seg likevel. – Et mirakel at jeg overlevde.



**SPOR:** Arrene etter machetene forsvinner aldri for Astrida Jeanne d'Arc.

«Det er krevende å møte dem som drepte familien og skadet meg. Problemet er at de ikke sier unnskyld. *Astrida Jeanne d'Arc, sykepleier*



**STØTTER:** Agnes Uwayezu er lojal og tett på Rwandas ledelse.

### Landet lå nede

Agnes kom altså hjem til et land i krise. Hun ble ansatt på et sykehus i Kigali.

– Systemet var nede. Det var ikke folk, ikke utstyr. Det trengtes struktur på sykepleien. Fagfolk kom tilbake fra alle land. Det er noe spesielt med oss: Når rwandere har studert i utlandet, kommer de aller fleste tilbake.

– *Hvorfor?*

– Patriotisme.

Myndighetene sier at en million ble drept. Mange var blitt mordere. Familier hadde blitt splittet. Titusener overlevende hadde psykiske og fysiske traumer.

– *Er det sykepleiere her på sykehuset som kan fortelle?*

Agnes tviler. Hun ser på listen over ansatte. Jo, der er et vitne hun kan spørre. Hun ringer til fødeavdelingen. Jordmoren hun tenkte på er på vakt, hun kan komme.

Etter en liten stund banker det på den låste døren. Agnes åpner, men det er ikke jordmoren vi venter på som står der. Det er sykepleier Astrida Jeanne d'Arc som uanmeldt stikker innom for å hilse på Agnes. Astrida jobber på en klinikk for FN-ansatte. Tilfeldigvis er også hun et av folkemordets overlevende ofre.

– *Vil du fortelle hva som skjedde?*

Hun sier ja, setter fra seg vesken, men blir stående mens hun snakker.

### Arr etter macheter

Astrida var 24 år i 1994. Hun var sykepleierstudent og hadde praksis på et sykehus i Kigali. Hun var sammen med sin yngre søster

utenfor byen da hun ble stoppet av soldater. Søstrene ble bedt om å vise ID-kort.

– Jeg ødela ID-kortet. Og sa at jeg var hutu, forteller hun.

– Men de var mistenksomme. Jeg sa jeg ikke hadde ID-kort.

Søstere fikk ikke tid til å ødelegge sitt. Dessuten var hun høy og tynn, det var ikke lett å lure dem. Hun viste dem kortet: Tutsi, sto det.

«Hva er ditt forhold til henne?» spurte soldatene Astrida, som ikke er spesielt høy, selv om hun er tutsi. Hun tenkte seg ikke om og sa: «Vi er søstre».

Dermed ble hun slått med en treklubbe med nagler på. Hun gikk straks i koma. Med macheter kuttet de henne i føttene. Fortsatt har hun arr både i hodebunnen og på hælene.

Hun lå der i en blodpøl. Noen – faktisk en hutu – tok henne til sykehuset, der hun hadde praksis.

– Så de kjente meg. Sjefsykepleieren sa: «Hun må drepes, ellers kan hun gi informasjon om det som skjedde.» Den sjefsykepleieren ble for øvrig arrestert etter folkemordet, forklarer Astrida.

Hun kom til et senter der flere var samlet.

– De lot som vi skulle få behandling, men meningen var å drepe oss.

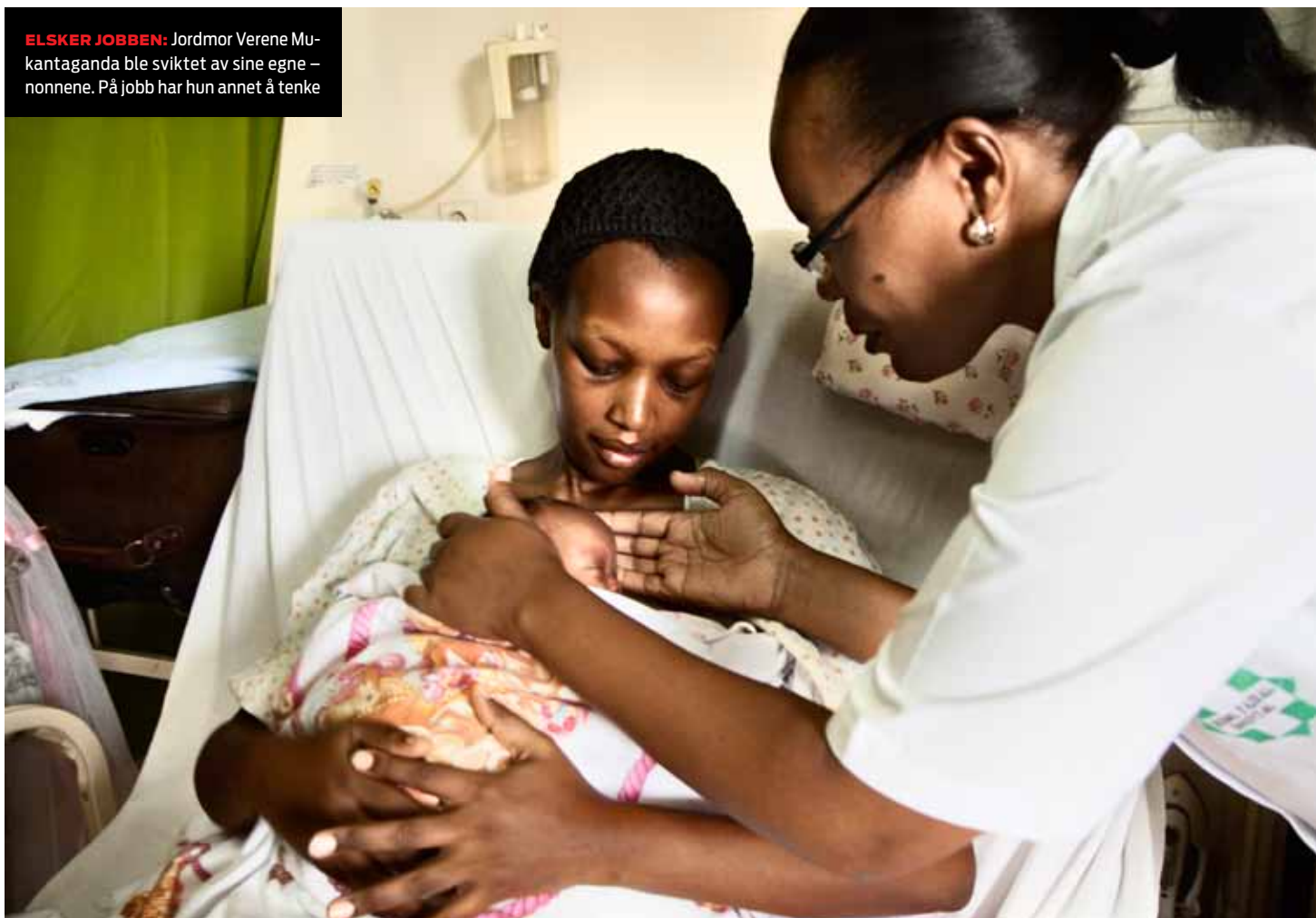
Ukene gikk. 16. juni kom Rwanda Patriotiske Front (RPF) som siden fikk stoppet folkemordet. Astrida kom til et ekte helsesenter, og utpå høsten var de fysiske skadene ok.

– *Hvordan gikk det med din søster?*

– Hun bor i Canada. Der er også mor, som har psykiske problemer. Noen ganger kan jeg ikke forstå hvorfor jeg overlevde. Først ble jeg slått, men døde ikke. Siden skulle jeg drepes, men ble reddet.



**ELSKER JOBBEN:** Jordmor Verene Mukantaganda ble svikket av sine egne – nonnene. På jobb har hun annet å tenke



Kanskje det er et mirakel fra Gud.

De ødela huset hun bodde i, så hun flyttet fra nabolaget.

– Det er krevende når jeg møter dem som drepte familien og skadet meg. Jeg må leve med dem, men det er ikke lett. Jeg håndterer det egentlig ikke, men må akseptere at det har skjedd. Problemet er at de ikke sier unnskyld.

– Ingen?

– Nei, ingen.

### Offisiell sørgeuke

De drepte faren hennes og tre brødre. Han som ble hennes mann, var i eksil. De har tre barn – 13, 12 og 8 år.

– Kjenner barna historien din?

– Ikke veldig godt. Det er ikke lett å forstå. «Hva gjorde du, siden de ville drepe deg», spør den eldste. De andre spør ikke ennå.

– Ja, hva kan man forklare, undrer Agnes.

7. til 12. april er nasjonal sørgeuke i Rwanda. Da sover ikke Astrida godt.

– Når den uken begynner, er jeg tilbake i 1994. Ai-ai, da blir det så nært. Da går jeg på soverommet og låser døren.

– Gråter du?

– Nei. Jeg har hodepine.

Å være sykepleier og omgås kolleger og pasienter er ikke vanskelig. Hun liker yrket sitt svært godt.

– Men det var hardt å være sykepleier for mange den gangen. Flere behandlet først ofre, og så ble de drept selv. De ble bedt om å forlate sykehuset uten noe sted å gå. Sjefspsykeleieren sa at

pasientene ikke ville bli behandlet av tutsier. Når sykepleierne kom utenfor sykehuset, ble de drept.

### Ble jaget fra klosteret

I mellomtiden har også jordmor Verene Mukantaganda kommet til kontoret. Hun har lyttet til Astrida, som nå viser fram arrene sine. Astrida sier det går greit selv om hun uforberedt har rippet opp i det vonde. Hun haster videre.

Verene var også sykepleierstudent i 1994 – på en misjonsskole sør i landet. Hun var 31 år og hadde vært nonne i ni år.

Verene snakker lavt på rwandisk og lar Agnes oversette.

– Jeg hadde praksis på et sykehus. Vi så at pasientene ble evakuert for å lage plass til skadede soldater.

Meningen var at studentene skulle behandle de samme soldatene som hadde drept familiene deres.

– Men da vi så at soldatene hadde treklubber og våpen, nektet vi å gå tilbake til avdelingen.

Verene var blant de heldige. En nonne sa til henne: «Dra til klosteret.» Der ble hun i et par uker. Så kom tanten hennes og kusinen på fire år til nonneklosteret og ba om vern. Men nonnen nektet dem å komme inn i trygghet. Hun ba også Verene om å forlate klosteret.

– Å bli jaget av sine egne var tøft, sier hun mens hun fikler med en kalender som ligger på bordet.

De dro til et sted i nærheten der folk på flukt hadde samlet seg i skoler og kirker for å søke trygghet.

– Men det var ikke noe godt valg, sier Verene lavmælt, men kontant.



**FORDELT:** Ordningen med inndeling i folkegruppe startet i 1932 da Rwanda var belgisk koloni.



**PERSONLIG:** Familiene har hengt opp bilder av sine drepte og savnede kjære på minnesenteret i Kigali.



**MINNES:** Thierry ble drept av macheter i mors armer, ni måneder gammel. Han var liten og svak og gråt mye. Favorittdrikken var morsmelk. Nå minnes han på folkemordets minnesenter i Kigali sammen med mange andre barn.



**VIL HUSKE:** Urwibutso minnekirke er en av mange i Rwanda: Her søkte folk beskyttelse – men ble i stedet drept sammen.

## Historikk

- › Rwanda var belgisk koloni fra 1918 til 1962.
- › Flertallet hutuer og mindretallet tutsier ble registrert som ulike folkegrupper fra 1932.
- › Tutsiene ble en maktelite.
- › Uro og opprør i 1958, hutuene fikk makt og tutsiene ble forfulgt. Mange flyktet i eksil.
- › FN-styrker kom til Rwanda i 1993.
- › Folkemord i 1994. Verdenssamfunnet var lammet.
- › Paul Kagame ledet tutsienes opprørshær Rwanda Patriotiske Front (RPF) fra eksil. Tok militær kontroll i Rwanda i juli 1994. Massakrene ble dermed avsluttet.
- › Paul Kagame er dagens president med høy oppslutning. Rwanda har kommet på fote, men Kagame er også kritisert for å være autoritær.
- › Rettsprosessen etterpå har foregått i flere domstoler og i flere land. Rwanda-domstolen i Arusha i Tanzania er opprettet av FN. Også lokale folkedomstoler – gacaca – i Rwanda har hatt rettsoppgjør.

– Soldatene kom. De drepte mennene. Kvinner og jenter ble voldtatt og torturert.

– Og du?

Nå har hun ingen ord å svare med. Hun holder hendene for ansiktet, og Agnes henter papir. Verene tørker tårene. Utdyping trengs ikke.

### Hvordan kunne det skje?

Etter hvert ble hun jordmor.

– Hva synes du om yrket?

– Jeg elsker det!

– Mødrene vil ha henne rundt seg, skryter Agnes.

– Arbeider du mye?

Agnes svarer for henne:

– For mye.

– Hvordan håndterer du egentlig overgrepene?

– Jeg prøver å leve med det. På arbeid er det fint, sier Verene.

Hun har en veileder hun kan snakke med.

– Men når sørgeuken kommer, blir det tøft igjen. Men den uken er viktig for å reflektere og for å huske de døde. Og for å tenke framover, lage nye planer. Så det er sunt også.

– Sørgeuken er viktig for alle rwandere, sier Agnes.

For alle er berørt av folkemordet. Verene mistet all familie bortsett fra tanten og kusinen. Den lille jenta, som nå er voksen, fikk problemer etter det som hendte. Verene sluttet som nonne i 2008 for å ta seg av de to slektningene. Hun forlot det religiøse samfunnet, men har beholdt troen. Hun har ikke egne barn.

– Hvordan kunne en nonne svikte sine egne?

– Ja, hvordan? Og hvordan kunne en sykepleier drepe kolleger og pasienter? spør Agnes ut i luften.

Verken hun eller Verene har svar.

Verene har fortalt sin historie, og ser lettet ut. At hun er tutsi synes hun ikke er noe å snakke om. Oppe på avdelingen tør hun opp enda mer. Kjærlig hjelper hun en nybakt mor å legge babyen til brystet.

### Nei til hevn

Agnes Uwayezu – sjefsykepleieren – er stolt av sykehuset sitt.

– Preger folkemordet dagens pasienter?

– Den mentale helsen er påvirket. Kvinner er voldtatt og traumatisert. Men de får hjelp i lokalsamfunnet. Ingen skal være alene. Enker får støtte. Foreldreløse har fått nye familier. De som er traumatisert fysisk får behandling i utlandet hvis de ikke kan bli hjulpet her i Rwanda.

– Hvordan går det å samarbeide på arbeidsplassen?

– Om sykepleieren er hutu eller tutsi spiller ingen rolle. Om pasienten er hutu eller tutsi spiller heller ingen rolle. Vi er profesjonelle. Vanskeligere kan det være der man bor:

– Du må forholde deg til naboen, som kanskje har drept din familie. De fleste familier må gjennom en forsoningsprosess. Regjeringen har sagt nei til hevn. Et stort nei!

Men ikke alle konflikter kan unngås, for eksempel om eiendom: – Hvis en enke blir fratatt land fordi hun er enke, er det klart hun vil ha rettferdighet. Men ettersom årene går, blir det mer harmoni.

Gacaca – rettsoppgjør i lokalsamfunnet – mener hun er bra for forsoningsprosessen.



## Tema **Kolleger i Rwanda**

**RWANDA:** Landet er grønt, og kalles «the land of the thousand hills». Folkemordet i 1994 har ført til at over halvparten av befolkningen er under 18 år.



Agnes er – i likhet med de fleste rwandere – lojal mot landets ledelse. Hun kjenner godt presidentens kone, som var en attraksjon på den internasjonale sykepleierkonferansen på Malta i 2011. Presidentfruen ble berømmet for sin innsats for kvinner, barn og helse, med Agnes ved sin side som «body guard».

Agnes synes nasjonen er på rett vei.  
– I helsesektoren er det ikke akseptert å skille mellom folkegrupper. Nei, nei, nei. Hvem som er hutu og tutsi er uvanlig å snakke om.  
– Men dere vet hvem som er hvem?  
– Ja.



– Og du?  
– Jeg er tutsi. Men jeg sier jeg er rwandisk.  
– Kan man se det på deg?  
– Mine foreldre sa det. Derfor vet jeg det. Alle levde fredelig sammen før. Så ble vi delt. Hva du gjorde i samfunnet avgjorde hvem

du skulle være. Det er ikke rett. Vi er alle rwandere.  
– Hvem klandrer du?  
– Den tidligere regjeringen. Og FN som lot oss i stikken.  
– Det skal ikke skje igjen?  
– Nei. Etter alt dette må vi gå videre. Jeg føler vi er på vei.





**HVA NÅ:** Det er mye å forberede når man skal bli fagforbund. Workshop må til. Edith Lunkese til høyre sammen med Mazereka Black fra Uganda til venstre.

# NSF støtter rwandiske sykepleiere

Nå skal NSF samarbeide med det rwandiske søsterforbundet. Sykepleierne skal opp og fram.

## Sykepleierne i Rwanda

- › 273 sykepleiere er med i kartleggingen over rwandiske sykepleiere:
- › 5 prosent har verken innlagt vann eller strøm.
- › 2 av 3 har ikke innlagt vann.
- › 1 av 10 har ikke strøm.
- › 3 av 4 synes de bor for trangt.
- › 8 av 10 leier bolig.
- › Halvparten tjener mellom 500 og 1 500 kroner i måneden.
- › 1 prosent tjener mer enn 4 600 kroner.
- › 6 av 10 er middels motivert i jobben.

**N**orsk Sykepleierforbund (NSF) vedtok før jul å bistå det rwandiske søsterforbundet i tre år framover. De to forbundene har allerede hatt kontakt et par år for å finne ut om et samarbeid er mulig.

Samtidig trapper NSF gradvis ned bistandsarbeidet i Zambia, for der klarer de seg snart uten norsk støtte. NSF fortsetter sitt arbeid i Malawi og Uganda.

Norad yter 6,5 millioner kroner årlig til og med 2015. NSF bistår med 10 prosent av prosjektkostnadene.

### Vil forhandle

For å finne ut hvordan det står til, har Rwanda Nurses and Midwives Assosiation (RNMA) intervjuet sykepleierne i en behovsanalyse. Resultatene ble lagt fram for sykepleieledere på en workshop i Kigali i november.

Slik står det til: Minimal lønn. Dårlige arbeidsvilkår. Få muligheter til videreutdanning og karriereutvikling. Sykepleierne savner anerkjennelse for sin innsats i jobben.

Målet er nå å gjøre RNMA om fra en profesjonsorganisasjon til også å bli et fagforbund med forhandlingsrett, slik NSF er bygget opp.

Sykepleielederne i Kigali støtter ideen – i håp om å bli mer slagkraftig. Nå gjelder det å forklare sykepleierne rundt i landet hvorfor

det er lurt å betale kontingenten, til tross for at de allerede strever med å betale sine daglige utgifter.

Michael Vitols, spesialrådgiver i NSF, deltar på samlingen i Kigali. – Undersøkelsen viser at sykepleierne primært er opptatt av arbeidsbetingelser, deretter av lønn. De har en sterk profesjonsidentitet. Forholdene likner tilstanden i Malawi og Uganda slik den var før. Det vil si; i Malawi var den verre på grunn av utstrakt fattigdom.

Nå venter hardt arbeid og antakelig motstand.

– Særlig fra konkurrerende fagforeninger. I Zambia ble ledelsen drapstruet, forteller Vitols.

På samlingen er også forbundsleder Janet Obodi fra Uganda til stede for å gi moralsk støtte. Hun formidler konsist til forsamlingen hva som er poenget med å kjempe for sykepleiernes kår:

– For å gjøre en god jobb, må sykepleierne ha en lønn å leve av.

Selv har hun trålet Uganda mil etter mil for å verve medlemmer. Nå må rwanderne gjøre det samme. Men fordelene er at landet er lite og veiene bedre enn i nabolandet.

### Hysj

Mange av dem som nå ivrer etter å kjempe for sykepleiernes sak, har mistet store deler av familien. Andre har familiemedlemmer som er i fengsel dømt som folkemordere. Alt dette kan være vanskelig å



«Lite kunnskap er lite makt. Med en master kan jeg vise til et papir. *Edith Lunkuse*



**TØFT LIV:** Selv om Edith Lunkuse er leder på sykehusets private fløy, er lønnen elendig.



**FOR FÅ:** Denne sykepleieren er én av 209 sykepleiere og jordmødre ansatt på Universitetssykehuset i Butare sør i Rwanda. Sykehusdirektøren skulle gjerne hatt 117 flere.

snakke om, og folkemordet er ikke noe tema her.

Det er heller ikke politisk korrekt å snakke høyt om hvem som er hutu og hvem som er tutsi. En ung mann i et serviceyrke betrodde seg nylig:

– Jeg er hutu. Men ikke si at jeg har sagt det, det kan skape trøbbel for meg.

#### Født i eksil

Edith Lunkuse representerer RNMA på sykehuset King Faisal. Trygt og elegant leder hun møtet som varer i to dager.

Lunkuse er født og oppvokst i eksil i Uganda – og kom hjem etter folkemordet. Familien er blitt splittet og hun har tatt seg av foreldreløse blant annet etter drepte brødre, som var soldater i 1994.

Det har vært mye hardt arbeid til lav sykepleierlønn.

– Det var ikke mye tid til kjærlighet, sier 46-åringen som var sent ute med å få barn.

Sønnen er nå fem år.

#### – Innviklet liv

Edith Lunkuse er lei av at sykepleierne holdes nede, mens legene vurderes høyt. Riktignok har hun hatt flere ledende stillinger på ulike avdelinger, og ble plukket ut til å få videreutdanning i barnesykepleie i Kenya da sønnen var baby. Nå leder hun den private fløyen på sykehuset.

– Hva tenker du om framtiden?

– Livet er innviklet. Det er dyrt å leve. Pengene går med til de daglige utgiftene, som husleie og skolepenger for sønnen min.

Hun vil gjerne ta en master, men har ikke råd.

– Lite kunnskap er lite makt. Hvordan skal jeg snakke med en superspesialist hvis jeg ikke har utdanning? Jeg har kapasiteten inni meg. Med en master kan jeg vise til et papir.

Hun er kritisk til den nye helseministeren, som er lege.

– Hun vil ikke at sykepleiere skal ha høyere utdanning.

– Hvorfor ikke?

– Jeg vet ikke.

Lunkuse synes det verste er at mange sykepleiere ikke lenger ser håp i yrket.

– De drar til andre land eller går til andre jobber i Rwanda, fordi de ikke blir respektert som sykepleiere. Legene ser ned på dem.

– Vil du forlate yrket?

– Nei, i så fall ville jeg gjort det for lenge siden. Men hvis alle drar, hva da?

#### Begynte med ingenting

Mary Murebwayire er sjefsyrkepleier i Helsedepartementet. Det ble hun like etter folkemordet. Hun har droppet andre oppgaver for å være sammen med sykepleierne på samlingen. At sykepleiertoppen støtter deres arbeid setter de stor pris på.

Murebwayire fikk i oppgave å strukturere sykepleien.

– Den gangen i 1994 hadde jeg ingen å spørre, det fantes ingen dokumenter, jeg visste ikke hvor vi skulle starte.

Men det ble åpenbart at utdanningen var det første som måtte forbedres. Til da var sykepleierne i Rwanda utdannet på videregående skole-nivå.

– Studentene var svært unge, og det var ingen egen utdanning for jordmødre eller ledere.

#### Mangler lærere

Nå er det åtte sykepleierskoler i Rwanda, inkludert to private.

– Men vi sliter med å få nok lærere. Derfor klarer vi ikke å utdanne nok sykepleiere.

Mange sykepleiere mangler motivasjon i jobben, viser kartleggingen.

– Problemet er at sykepleierne ikke er involvert i ledelsen, mener Mary Murebwayire og gir et eksempel:

En fødestue mangler lampe til å bruke under fødslene.

– Man kan ikke klandre regjeringen for at det ikke er lamper. Det er sykehusledelsens ansvar. Hvis sykepleierne hadde

#### Rwander tiltalt i Norge

En rwandisk mann som har bodd med kone og barn i Bergen siden 2001, er tiltalt for å ha medvirket til folkemord i Rwanda i 1994. 2 000 skal ha blitt massakrert, ifølge tiltalen. Blant annet skal tutsier ha blitt hentet ut fra et sykehus og drept. Mannen, som er hutu, skal også ha reddet livet til flere tutsier, blant annet sin kone.

Rettsaken foregikk i Oslo tingrett i ti uker i høst. Aktor la ned påstand om 21 års fengsel, forsvarer ba om full frifinnelse. Dom er ventet å falle i februar.





**FORSKER:** Forbundsleder André Gitembagara jobber på et senter for hiv-positive. Der forskes det også. Bildene på veggen er av de ansatte.

## – Sliter med psyken

Dårlig økonomi fører til sosiale og psykiske problemer for mange sykepleiere, mener forbundsleder André Gitembagara.

**D**et er rundt 12 000 sykepleiere i Rwanda, som har 11 millioner innbyggere.

André Gitembagara har vært leder i det rwandiske sykepleierforbundet (RNMA) siden 2008. Det var han som henvendte seg til NSF og ba om støtte, etter å ha vært i Uganda og sett hva NSF gjorde der. Han anslår at sju av ti sykepleiere er kvinner.

- Hva er sykepleiernes største utfordring i Rwanda?
- Minimal lønn, som igjen fører til sosiale problemer.

«En sykepleier tjener tusen kroner. Husleien i Kigali er tusen kroner.

*André Gitembagara, forbundsleder*

En sykepleier på laveste nivå tjener 100 000 rwandiske franc i måneden. Det vil si tusen kroner. En offentlig godkjent sykepleier tjener 1 450 kroner.

- Her i hovedstaden Kigali koster det tusen kroner i måneden å

leie en bolig med to-tre små om. Derfor bor mange i områdene rundt byen, der det er billigere å leie. Men da må de til gjengjeld bruke penger til transport for å komme seg på jobb. Det er en balansegang.

### Går til andre kvinner

Han viser til at sykepleiere jobber netter og helger.

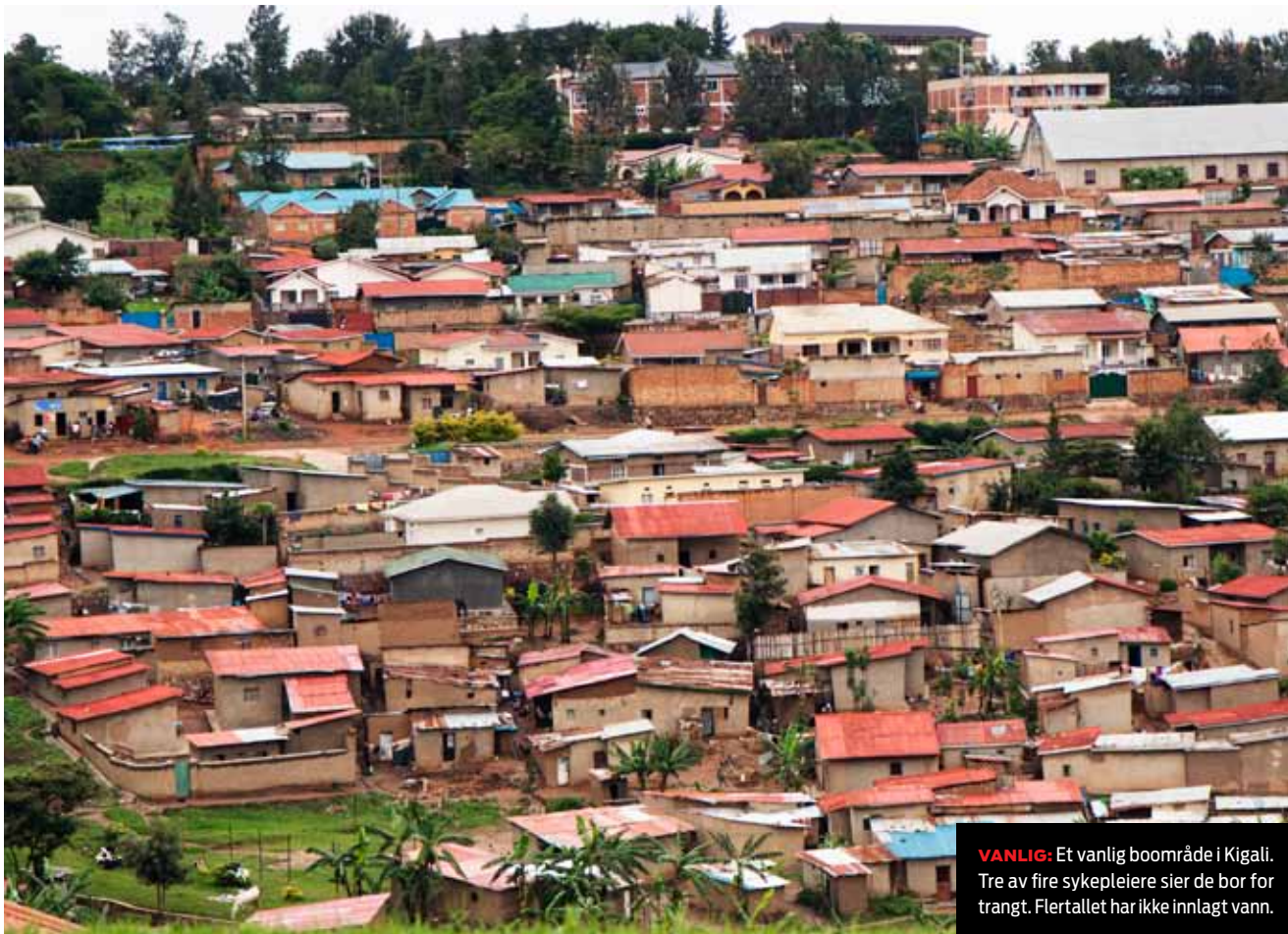
– Det er den tiden som er best egnet for å ta seg av mann og barn. Når kvinnene ikke er hjemme i helgene, fører det til at mennene finner seg andre kvinner. Da blir barna passet av hushjelpen, og det er ikke bra for oppdragelsen. Dette skaper også sosiale problemer.

Da han jobbet på sykehus, så han mange sykepleiere med psykiske problemer.

– Sosiale problemer blir ofte forsterket av folkemordet. Når problemene hopper seg opp, tenker de: «Hvis jeg bare hadde hatt familien min i live, ville jeg ikke hatt disse problemene.» Men det trengs mer forskning om dette.

Nok en utfordring er at det mangler et system for å screene sykepleiere for tuberkulose, hiv og hepatitt B og C.

- De burde undersøkes før de begynner i en jobb og jevnlig mens



## Rwanda

- › 11 millioner innbyggere – tett befolket.
- › Lite land – areal som Troms fylke.
- › Økonomi i vekst – et forbilde for andre land i Afrika. Ganske fritt for korrupsjon.
- › Synkende barne- og mødredødelighet.
- › Grenser til Tanzania i øst, Uganda i nord, Kongo i vest og Burundi i sør.
- › Forventet levealder: 60 år for kvinner, 57 år for menn.



**VANLIG:** Et vanlig boområde i Kigali. Tre av fire sykepleiere sier de bor for trangt. Flertallet har ikke innlagt vann.

de jobber. Dette er jo virus man kan få på jobb og som man kan smitte pasientene med.  
 Uten screening kan smittede få problemer med forsikringen.  
 – For hvordan kan de bevise at de er blitt smittet på jobb, og ikke andre steder?

### Noen sexarbeidere får ikke hiv

André Gitembagara er stolt av at Rwanda har innført nasjonal helseforsikring for alle. Om lag 90 prosent av innbyggerne er forsikret. Dette har ført til redusert barne- og mødredødelighet.  
 – Hvorfor er ikke alle forsikret?  
 – Noen tar ikke vare på seg selv. Og noen flytter fra distrikt til distrikt.  
 Men alle kan få. Det er også vanlig å ha en privat forsikring i tillegg.  
 – Har du det?  
 – Ja, både jeg og min kone. Arbeidsplassene våre betaler, sier to-barnsforen.  
 Han jobber på et ikke-statlig senter for hiv-positive støttet av amerikanske National Institutes of Health. Her er han koordinator for sykepleieforskning.  
 – Hva forsker dere om?  
 – For eksempel hvorfor noen sexarbeidere har hiv og noen ikke – selv om alle er blitt eksponert for viruset. Ved hjelp av disse kvinnene kan vi finne framtidens vaksine.  
 Antall nye hiv-tilfeller er for øvrig redusert fra 10 prosent i 2000 til 3 prosent i 2010 i Rwanda, forteller han.

### Så lik i gatene

Gitembagara er født i Burundi. Også han kom hjem til Rwanda rett

etter folkemordet i 1994. Han var da 22 år.  
 – Den gamle regjeringen hadde forbudt oss i eksil å komme tilbake. Da jeg kom, så jeg lik i gatene og ødelagte hus.  
 Det var særlig fra 1959 og fram til 1994 folk begynte å dele seg i grupper – hvem er hutu og hvem er tutsi.  
 – Regimet fikk vanlige folk til å drepe sine egne naboer. Lav utdanning blant folk var med på å gjøre det mulig, mener han.  
 – Det som skjedde er fortsatt ferskt. Vi er i en helingsprosess. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**  
 marit.fonn@sykepleien.no



**ALDRI MER:** Ikke alle er identifisert i massegravene på minnesenteret for folkemordet i hovedstaden Kigali.

# Dør ute

fra Sverige

Les mer om:

- 30 Skittent utstyr truer pasientsikkerheten »
- 39 Hva skjedde med spanske Patricia? »
- 44 Vil ha tøffere helsesøstre »

Tekst **Eivor Hofstad**  
eivor.hofstad@sykepleien.no



## SVENSK kongress

I slutten av november ble den tverrfaglige kongressen «Medicinska Riksstämman» avholdt i Stockholm. For første gang var ni av den svenske legeforeningens samarbeidsorganisasjoner medarrangører, deriblant Svensk sjukskoterskeforening. **Notisene på disse sidene er hentet fra kongressen.**

Foto: Colourbox



Foto: Colourbox

## Sykepleierne kan

Det er vanlig at legene står for oppfølgingen av pasienter med revmatisk sykdom som behandles med biologiske legemidler. Men i Sverige har sykepleier Ingrid Larsson og kolleger gjort et randomisert forsøk der 53 av disse pasientene i stedet fikk oppfølging av sykepleier på en av sine to årlige oppfølginger. Det var kun pasienter med lav eller ingen sykdomsaktivitet som fikk være med. Det vil si at de hadde en DAS28-score på 3,2 eller under. 54 pasienter fikk vanlig legeoppfølging begge gangene. Etter 12 måneder ble pasientene vurdert på nytt.

47 i intervensjonsgruppen og 50 i kontrollgruppen fullførte studien. Det var ingen signifikante forskjeller i forandring i DAS28-score mellom de to gruppene etter 12 måneder, og begge grupper var like fornøyd med behandlingen.

Mer informasjon:  
ingrid-larsson@spenshult.se



**ANSTRENGT:** De kvinnelige lærerne rapporterer mest nakke- og skuldersmerter. Foto: Picture-Factory/NTBscanpix.

## Lærere mer belastet enn sykepleiere

En av fire lærere har høy grad av utmatelse, og nesten halvparten av de kvinnelige lærerne har smerter fra nakke og skuldre, mens tilsvarende tall for de mannlige lærerne er 30 prosent.

– Dette er verre enn for operasjons-

sykepleiere og nesten like ille som hos pasienter med sykmelding, sier prosjektleder Inger Arvidsson ved arbeids- og miljømedisinavdelingen ved «Labmedicin Skåne» i Lund.

Hun har studert arbeidsmiljøet hos

ulike yrkesgrupper og mener lærerne utmerker seg spesielt negativt, selv om de har lavere frekvens av kliniske diagnoser sammenlignet med andre yrker. Et spørreskjema er besvart av 459 lærere fra 49 skoler, og 133 lærere er intervjuet og har gjennomgått kliniske undersøkelser.

Selv om lærerne har et relativt fysisk lett arbeid, har de et krevende psykososialt arbeidsmiljø. Arvidsson sier løsningsene blant annet er å stille mindre krav til dokumentasjon og gi lærerne mer rasjonelle dataprogrammer å jobbe med.



**KONTAKT:** Lektor Peter Hellmann foran posteren om studien. Han vil gjerne ha kontakt med norske sykepleierutdanninger for å kunne utvikle e-læringsverktøyet til å bli enda bedre.

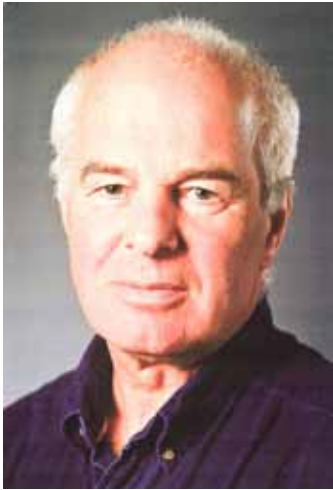
## Bedre legemiddelregning

Legemiddelregning er sykepleierstudentenes akilleshæl, men det kan bli bedre med e-læring. Det viser resultatene etter to studier utført av universitetene i Malmö og Lund, i samarbeid med Skåne universitetshospital.

I en treukers pilotstudie ble 23 andreårs-studenter delt i to grupper. Den ene gruppen brukte en internettbasert læringsplattform, mens den andre fikk utvidet undervisning med seks timers forelesninger i uken. E-læringsgruppen scorete best (gjennomsnittlig 7,4 mot 6,3 på en skala fra 1 til 10).

I den tre ukers hovedstudien ble 42 førsteårs-studenter delt i to, der begge grupper først fikk tradisjonell undervisning (en time per uke). Den ene gruppen fikk i tillegg tilgang til e-læringsverktøyet. Sistnevnte gruppe scorete 6,2 og den andre fikk 5,5.

– Dette er viktig fordi studentene gjør mye feil som kan få fatale konsekvenser. Med e-læringsverktøyet kan de sitte i fred og ro hjemme og øve seg, lese og se på filmer som viser legemiddeladministrering, sier Peter Hellmann (bildet), lektor ved Malmö universitet.



## Barnelege fikk pris

Professor Ola Didrik Saugstad ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, ble hedret med SalusAnsvarsprisen under Riksstämman. Han fikk prisen for sin banebrytende forskning rundt gjenopplivning av nyfødte. De siste 200 årene har det vært vanlig å bruke ren oksygen, men Saugstad og kolleger har vist en nedgang i dødsraten på 30 prosent ved bruk av vanlig luft. Dermed kan 250 000 barn redde hvert år. I 2010 ble luft anbefalt i internasjonale retningslinjer, basert på Saugstads og kollegenes forskning.

– Selv om jeg har hatt mye støtte, har jeg også møtt mye motstand i løpet av de drøyt 30 årene jeg har forsket innen området, derfor betyr prisen mye for meg, sier Saugstad.

SalusAnsvar er et forsikringselskap, og prisen på 1 million svenske kroner deles ut for en «synnerlige framstående vetenskaplig prestasjon» som påvirker menneskers hverdag.



Foto: Colourbox

## Ikke glem pasientenes håndhygiene

Det er ikke bare for helsepersonell at god håndhygiene er viktig. På rehabiliteringsklinikken «Falu lasarett» har de målt bakterienivået på pasientenes fingre mens de hvilte og mens de spiste. Pasientene der vasket vanligvis hendene med såpe og vann etter toalettbesøk, men ikke før de spiste. Gule stafylokokker som kan forårsake varige sårinfeksjoner (MRSA), fantes på minst den ene hånden hos 40 prosent. Tarmbakteriene E. coli og/eller Klebsiella fantes hos 16 prosent, mens hele 45 prosent hadde enterokokker, som kan gi urinveisinfeksjoner.

Etter at nye håndhygienerutiner ble innført der pasientene desinfiserte hendene med alkohol før hvert måltid, minsket bakteriefrekvensene signifikant. Men fremdeles har mange pasienter patogene bakterier igjen på fingrene sine.

– Pasientenes håndhygiene må få mer oppmerksomhet. Mange eldre pasienter kan være både forvirrede og ha vondt for å røre seg, og kan derfor ha vansker med å passe på håndhygiene sin, sier Göran Hedin ved avdeling for klinisk biologi på Falu lasarett.

## Rask spedbarnsvekst er overvektsrisiko

Det er ingen sammenheng mellom fødselsvekt og overvekt ved 16 og 18 års alder. Derimot er det to ting som viser en sammenheng med overvekt seinere i livet: Det ene er høy vekt ved 12 måneders alder, det andre er rask vekst fra fødsel til 12 måneders alder. Rask vekst er når den øverste linjen for normalvekt krysses oppad på vekstkurven.

Risikoen for overvekt er enda større med rask vektøkning mellom 18 måneder og fire år. Disse barna har en firedoblet risiko for overvekt ved 16–18 års alder.

Resultatene er fra en studie som har sett på totalt 3158 svenske barn som er født den 15. hver måned i 1981, og ble presentert på en poster av Annelie Melander.

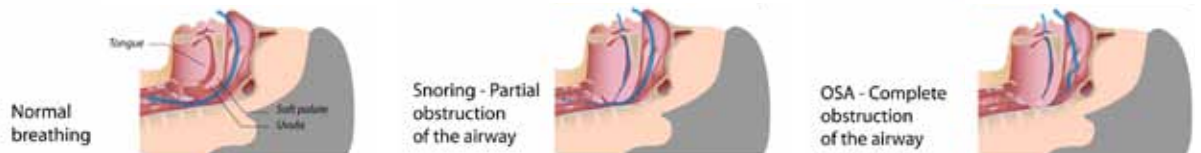


Foto: Colourbox

## Annenhver kvinne har søvnapné

En befolkningsstudie av 400 tilfeldig utvalgte kvinner mellom 20 og 70 år i Uppsala viser at halvparten av dem lider av obstruktiv søvnapné syndrom. Syndromet er ofte betraktet som en mannssykdom og har de klassiske symptomene snoring, søvnløshet på dagen og hjerte-karsykdom. Diagnosen stilles hvis man har minst fem pustestopp i timen, definert på en viss måte. Forekomsten hos kvinnene økte med stigende alder, overvekt/fedme og ved høyt blodtrykk, men hadde ingen sammenheng med søvnløshet på dagen.

Mer info: [eva.lindberg@medsci.uu.se](mailto:eva.lindberg@medsci.uu.se)



Illustrasjon: Aila/NTBscanpix

## Riskhospitalet





Økt dagkirurgi og polikinisk behandling gir mer skittent medisinsk utstyr. Felles retningslinjer for hvordan det skal rengjøres fins ikke.

# Skittent utstyr truer pasient-sikkerheten

**T**yskland og Frankrike har det. Og Nederland og Storbritannia. Men Norge har ikke nasjonale retningslinjer for en minimumsstandard for dekontaminering av medisinsk gjenbruksutstyr på tvers av helsevesenet. Det synes hygiene-sykepleier Linda Ashurst er

så pinlig at hun akter å gjøre noe med det.

Ashurst leder Seksjon for dekontaminering ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Nå er hun også blitt leder ved det nyopprettede nasjonale kompetansesenteret for dekontaminering, som holder til i

samme lokaler. Hun er bekymret for hvordan brukt med-



## Dekontaminering

Å dekontaminere medisinsk utstyr omfatter rensing på tre nivåer:

1. **Rengjøring** med rengjøringsløsning for å vaske bort all synlig forurensning før du desinfiserer. Hvis ikke dette gjøres, kan mikroorganismer bli gjemt inni eller under smuss slik at desinfeksjonsmidlet ikke kommer i kontakt med dem. Grundig rengjøring kan eliminere 90 prosent av all forurensning.
2. **Desinfisering** med fuktig varme ved minst 85 grader eller ulike kjemiske midler, manuelt eller i maskin. Det fjerner de fleste bakterier, sopp og virus, men ikke nødvendigvis bakteriesporer eller prionproteiner.
3. **Sterilisering** i maskin med høy temperatur og eventuelt damp en viss tid slik at alle former for mikroorganismer, også bakteriesporer og prioner, blir drept. Med damp er det vanlig med 134 grader i minst tre minutter, mens med tørrvarme trengs 180 grader i minst 30 minutter. Utstyr som steriliseres må ha blitt rengjort og desinfisert først.

sinsk utstyr håndteres.

– Ta for eksempel fleksible endoskop. De tåler ikke å steriliseres, og må desinfiseres med spesialmidler. Men hvordan det skal gjøres, er det ingen nasjonal oppskrift på. Det er det heller ikke for kirurgisk gjenbruksutstyr. Dermed blir det store ulikheter på reingjøringen, og mange finner på egne løsninger.

### Gir råd

Til kompetansesenteret kan hvem som helst henvende seg om det de måtte lure på om rensing av medisinsk utstyr. Både private og offentlige ansatte i første- og andrelinjetjenesten tar kontakt. Akupunktører og tatoverere er også blant dem Ashurst og kollegene rådgir, samtidig som de skal ivareta kvaliteten av dekontaminering. De må blant annet lage overordnede prosedyrer og planer, både for utdanning og faglig standard på området. Foreløpig er det lettere sagt enn gjort.

– Jeg får mange flere forespørsler enn jeg klarer å takle og besvare. Men foreløpig har vi to forbedringsområder vi vil konsentrere oss om: Å få felles nasjonale retningslinjer for dekontaminering av medisinsk utstyr, samt å få en skreddersydd formell utdanning hvor man lærer hvordan man skal arbeide med urene gjenstander og håndtere maskiner og teknisk utstyr som brukes i dekontamineringsprosessen.

### Utstyret hoper seg opp

– Avisene har skrevet om at medisinsk utstyr vaskes for hånd med Zalo enkelte steder. Står det virkelig så dårlig til?

– Zalo er fettløsende kjøkkenoppvaskmiddel og skal absolutt ikke brukes på instrumenter som skal inn i kroppen, men vi vet det forekommer på enkelte poliklinikker og legekontorer. De fleste universitetssykehus har imidlertid god faglig standard på sterilisentralene med dedikert personell og spesialutdannede fagfolk, sier Ashurst. Men hun forteller også at

på de fleste sykehus er håndteringen av det skitne utstyret todelt: 80 prosent blir tatt på sentralene, mens resten blir tatt på operasjonsavdelingene og poliklinikkene. Her kan det være så som så med kvaliteten.

– Økt pasienttall, dagkirurgi og poliklinisk behandling gir mer skit-

gjort i stand tørrsterilisatoren for å starte. Vedkommende som hadde ansvaret for å starte maskinen, glemte å gjøre dette før han gikk hjem, så dagen etter ble utstyret tatt ut igjen i god tro og brukt på pasienter. Slikt kan skje når man ikke fører en logg og ingen kontrol-

## «Spesielt på poliklinikkene blir det liggende så lenge at det tørker.» Linda Ashurst

tent medisinsk utstyr. Men det har sykehusene glemt å ta høyde for, slik at utstyret hoper seg opp. Ofte er det ikke nok instrumenter, maskiner og personell for å gjøre jobben. Spesielt på poliklinikkene blir det liggende så lenge at det tørker. Dermed blir det enda vanskeligere å få det ordentlig reint.

### En B-oppgave

Ashurst peker på at ved operasjonsavdelingene er det sjeldent relevant utdanning på personellet som har ansvaret for reingjøringen. Ofte er det operasjonssykepleiere som må gjøre dette ved siden av alt det andre, slik at tiden ikke strekker til.

– Det er en B-oppgave. Det benyttes ofte flere mindre enheter som er mye dyrere i drift for sykehuset enn en større, sentralisert enhet. Manglende vaskekapasitet og dårlig tilgang til spesialrengjøringsmetoder som for eksempel ultralydsrengjøring gir ikke beste kvalitet.

Med dårlig plass blir det også vanskelig å skille skittent og reint utstyr. Ashurst anbefaler noen få store maskiner i egnede lokaler som fysisk skiller reint fra ureint. Slik kan man forhindre at utstyret blir forurenset igjen etter desinfeksjon.

– Hva er det verste eksemplet på dårlig sterilisering du har hørt om?

– Et sted jeg ga råd over telefon om sterilisering, hadde sykepleieren

lerer. Det er heller ikke lurt å sette på sterilisatoren som det siste man gjør før man går for dagen.

### Industrien har strengere krav

Linda Ashurst synes det er et paradoks at det stilles høye hygieniske krav til produksjon av medisinsk utstyr i industrien. Det finnes ikke de samme myndighetskrav til rengjøring, desinfeksjon og sterilisering av det samme utstyret i det norske helsevesenet.

– Økende utfordringer med infeksjoner og at stadig flere pasienter behandles, gjør at dette er et veldig viktig område å prioritere. Det har med smitteforebygging å gjøre.

– Hvordan har Storbritannia klart å få til nasjonale retningslinjer på dette området?

– Der har pålagt minimumsstandarder kommet som et krav fra toppen av helsemyndighetene. De etablerte også for noen år siden en egen utdanning for personalet på steriliseringsentraler og andre som jobber med rengjøring og desinfeksjon av medisinsk utstyr. I Norge har vi kun korte kurs om temaet, og det er ingen krav om å ha kursene for å jobbe med dekontaminering av medisinsk utstyr. Det ønsker vi å endre på.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M. Weston**  
eivor.hofstad@sykepleien.no







**INGEN NASJONAL STANDARD:**

Linda Ashurst synes det er et paradoks at industrien har strengere krav til produksjon av medisinsk utstyr enn helsevesenet har til rengjøring, desinfeksjon og sterilisering av det samme utstyret.



Hver måned steriliseres tusenvis av sakser, pinsetter og skalpeller. Uten Steril forsyning stopper operasjonene på St. Olavs Hospital.

# Fra urent til rent



**STÅLKONTROLL:** Alt utstyret telles, spores og skannes.

**D**ette er et avvik, sier sykepleier og seksjonsleder Randi Solheim og peker på en blodig sakse. Den henger og dingler på en tralle som nettopp har ankommet hennes avdeling: Steril forsyning. Hun henter kamera og knipser. Operasjonsstua som sendte denne saksa fra seg slik, skal få tilbakemelding.

Innen hun er ferdig med å dokumentere avviket, klasker saksa i gulvet.

## – Ukjent fag

Et sykehus håndterer store mengder engangsutstyr – mye blir kastet. Men mye kan brukes flere ganger. Kirurgisk utstyr kan holde i årevis om det blir tatt godt vare på.

– Faget vårt er ukjent. Noen tror faktisk vi står ved en oppvaskkum, sier Ann Margrethe Berg, avdelingsjef på Steril forsyning.

Og det er langt mer enn en oppvaskkum hun har ansvar for: Nede i Underetasje 1, Steril forsyning ved St. Olavs Hospital, starter en avansert logistisk sløyfe. Det er livsviktig for pasienten

dustri lokale. Det er delt inn forskjellige soner, ut fra hvor utstyret er kommet i steriliseringsprosessen. Alt utstyr er samlet i en forhåndsdefinert kurv – en «brikke». I brikken skal det ligge et visst antall utstyr, ikke mer – ikke mindre.

Hver måned kommer rundt 7000 brikker med skitne instrumenter via robottralle, ned til første stopp: Uren sone.

Her blir alt det urene utstyret skannet inn via et sporingssystem. Utstyret fordeles etter størrelse og design i spesiallagete innsatser og skannes på nytt inn i instrumentvaskemaskinene.

– Utstyret skal kunne spores. Dersom noe mangler, eller det er utstyr som ikke er godt nok rengjort, kan vi gå tilbake i loggen og se hvor utstyret har vært innom og hvem som har kvittert ut for det, sier Randi Solheim.

## Finner blodrester og rust

Vaskemaskinene – eller vaskedekontaminatorene, som det heter – er mange og står på rekke og rad. Anestesiutstyr og optiker skal inn i en egen vaskemaskin. Sakser, tenger og andre instrumenter legges åpne på rister eller plasseres på dyser, og settes inn i andre vaskedekontaminatorene.

En rengjøring og desinfeksjon med tork tar rundt en time og et kvarter. Dersom de må bruke ultralydbehandling, som for mikroinstrumenter, tar det ytterligere 20 minutter.

Inne på ren sone blir utstyret dobbeltsjekk for blant annet blodrester, rust, sløvheter og sprekker før det legges tilbake i brikken sin. Vått utstyr

blåses tørt. Det er viktig for den videre steriliseringsprosessen. Kirurgisk utstyr blir regnet som «kritisk utstyr» i hygienesammenheng – det er fordi det blant annet kan komme i direkte kontakt med blodbanen.

## Dampende rent

Fra ren sone pakkes og skannes utstyret videre til autoklaving. Autoklaven står inne i et eget rom og steriliserer utstyret. Her blir det pakkete utstyret kjørt inn på en tralle og sterilisert ved at mettet vanndamp kondenserer i overtrykk på 134 grader.

Mettet vanndamp betyr at dampen inneholder så mye vannmolekyler som mulig, uten at det blir vanddråper.

En time og et kvarter senere er utstyret sterilt.

Nå er utstyret klart til gjenbruk. Noe blir satt direkte på lager hos Steril forsyning, noe gjøres klart til å bli hentet opp til operasjonsavdelingene av robottrallen.

## Ikke råd til utstyr

Det er stålkontroll på logistikken. Likevel; økt dagkirurgi og mer poliklinisk virksomhet, samt flere standardiserte pasientforløp, gjør at utstyr kan hope seg opp.

– Det er ikke alle avdelinger som ser seg råd til å kjøpe inn mer utstyr selv om de opererer mer. Det er en prioritering som må ses i sammenheng med et dokumentert behov, sier Berg.

Når ting hopper seg opp, kan det også handle om manglende planlegging – eller erfaring. Da DaVinci-roboten kom til St. Olavs, fikk Ann Margrethe Berg

**«Noen tror faktisk vi står ved en oppvaskkum.»**

*Ann Margrethe Berg, avdelingsjef Steril forsyning*

at denne sløyfa fungerer. Om ikke kan det skje at kirurgen står der uten skalpell – eller kanskje verre; med en skitten skalpell.

## 7000 «brikker»

Steril forsyning ser ut som et stort in-



**AVVIK:** Utstyr skal komme pent stabled usynlig tilbake fra operasjonsavdelingene. Ikke slik som dette.





**STERILT:** Sykepleier og seksjonsleder Randi Solheim følger med på at alt går som det skal i den avanserte logistiske sløyfa som sørger for at kirurgen har en ren skalpell i hånda når det er behov for den.



**RENT!** Autoklavering er siste stopp før saksene, pinsettene og skalpellene igjen kan vende tilbake til operasjonsstuene.

beskjed 14 dager før den skulle i bruk. Hun hadde ingen vaskemaskin som passet til det utstyret.

– Vi fikk heldigvis kjøpt inn riktig vaskemaskin. Til å begynne med fantes det heller ikke flere operasjonssett til roboten – nå er det fire sett, og vi har en mulighet til å få utstyret ferdig til neste dag, sier hun.

#### Hastesaker

Sammen med de andre avdelingene på sykehuset har Steril forsyning utarbeidet en detaljert driftsplan over hvilket utstyr som skal hvor og til hvilket tidspunkt. I ukedagene er det døgndrift ved sentralen. I helgene er det stengt på nettene.

– Driftsplanen følger vi slavisk, sier Berg. Det bekrefter kvalitetskoordinator Wenche Arnsberg. Dersom noe ikke går etter planen, er det hennes jobb å finne ut hvor det svikter og hvem som utførte jobben. Av og til er problemet at det ikke har vært nok folk til å utføre oppgavene.

Avdelingen er sårbar for sykefravær eller ekstraordinære ting som skjer i sykehuset for øvrig.

Det kan også skje at kirurgen som står midt oppe i en operasjon, finner ut at han eller hun trenger noe annet utstyr enn det som finnes på avdelingen.

– Da oppretter vi en hastesak. I de mest kritiske tilfellene har vi måttet løpe opp herfra med utstyr mens pasienten ligger på operasjonsbordet. Det kan skje dersom kirurgen underveis må konvertere fra en operasjonsmetode til en annen – for eksempel fra kikkhullsoperasjon til åpen operasjon.

#### Hospiterer hos hverandre

Steril forsyning ble skilt ut som egen bedrift i 2004, så nå heter de tidligere kollegene på sykehuset «kunder». De ansatte på Steril forsyning leverer etter bestilling – og mot betaling.

Men det er viktig for flyten at kundene vet hvordan Steril forsyning fungerer. Derfor blir alle operasjons-sykepleiere invitert på omvisning. Noen hospiterer. De kan ta med seg

nyvunnet kunnskap om hvorfor det er så viktig å sette den blodige saksa tilbake på riktig måte etter en operasjon. Ansatte på Steril forsyning hospiterer også på operasjonsavdelingene. De kan ha godt av å se pasienter og virkeligheten der oppe.

– En brikke som skal steriliseres kan faktisk ikke bli ferdig raskere enn den tiden vaskemaskinen, pakkingen og autoklaveringen tar. Det er ikke bare å sende ned skittent utstyr og tro at det kan bli ferdig på en halvtime. Det må være en felles forståelse, sier Randi Solheim. ■■■

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**  
aknbh@sykepleien.no

Se filmen fra  
sterilsentra-  
len her:



Den **BESTE** veien til god helse!



**Tips!**  
For å enklere gi  
tran til barnet ditt  
– Prøv den nye  
EasyTran  
sprøyten!



## Gi barnet ditt Tran enkelt!

I barndommen er riktig næring viktig. Næringsstoffene i Möller's Tran er unikt sammensatt for barns helse og utvikling, og det har flere skjønt. Men det kan være vanskelig å gi. EasyTran gründerne er begge mammaer som ønsker at barna skal få Möller's Tran så tidlig som mulig, men som slet med å gi barna sine tran. Sammen utviklet de derfor EasyTran, en sprøyte for å gi Möller's Tran på enkleste måte.

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

EasyTran,  
verdi 59,-

EasyTran finnes også å kjøpe på norske apoteker og barnebutikker. Les mer om produktet på [easytran.no](http://easytran.no).



**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 og vedlikehold. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

### Utvikling av et sterkt skjelett

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

### Trygt kvalitetsprodukt

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

**MÖLLER'S**  
GRUNNLAGT 1854



Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på [mollers.no](http://mollers.no) • Grønt nr: 800 80 555

## Inger Ellen Kolbjørnsen

Alder: 55

Yrke: Sykepleier.

Arbetssted: Enhet for klinisk nevrofysiologi, avdeling for kompleks epilepsi, Oslo universitetssykehus.

## I alarmberedskap

Drømmejobben blir paradoksalt noen ganger.

Denne jobben ser vi livet i all dets nakenhet. Det gjør vondt. Eksistensielle tanker dukker opp. Livet er så skjørt. Pasienten speiler oss, det kunne vært meg.

Vi følger pasientene via PC-skjermen. 26 horisontale blå og røde bølgelinjer viser elektriske aktiviteter i pasientenes hjerner. Bølgene blir sendt av 26 elektroder som er festet på pasientens hode. Dette er en standard video-EEG-test. Vår enhet har ti PC-er og kan altså følge ti pasienters hjerneaktivitet fra vaktrommet. Hver skjerm er også knyttet til et overvåkingskamera.

Vi observerer pasientene døgnet rundt. Vi kommer tett inn i andres liv.

Hver elektrode må festes på et helt bestemt punkt på pasientens hode. Men før dette må vi vaske disse punktene godt og smøre dem med pastakrem. Dette blir svært utfordrende når pasienten er urolig. Som tekniker må man være rask og ha godt håndlag. Ingen slurving, konsekvensene kan være alvorlige.

På vaktrommet må vi være våkne og raske til å gripe inn. Epileptiske anfall kan starte hvert minutt, hvert sekund. Øyeblikkelig ser du at alle bølgelinjene stiger, spretter opp og ned over hele skjermen og faller på hverandre: Storm i hjernen. Pasienten får kramper, rister, faller ned, munnen skummer, øynene blir hvite, viser overvåkingskameraet. Skremmende!

Men da må vi lynraskt løpe til pasientens rom, gripe inn, passe på at han ikke skader seg, hjelpe ham med å få pusten tilbake, gi beroligende medisin og passe på at elektrodene ikke er løse eller har forflyttet seg. Her kommer den menneskelige biten inn. Ikke bare den tekniske. Da er jeg sykepleier, tar vare på min pasient, så godt jeg kan.

Jobben gir meg tilfredshet og dyp glede. Jeg er i stand til å hjelpe et medmenneske i nød. Det gir et meningsfullt liv.

Men noen ganger gjør vi det motsatte. Når en pasient venter lenge uten å få anfall, må vi prøve å framkalle anfallet ved bruk av søvndepriivering eller ved å redusere medisin. Dette innebærer å framkalle smerte. Det er et brudd med sykepleiens prinsipper. Paradoksalt. Selv om jeg vet at det kan bidra til helse etter hvert, gjør det likevel vondt.

Hit kommer pasienter med forskjellig bakgrunn og fra alle steder i landet. Dette utfordrer ansatte til å ha bredere kompetanse. Derfor tok jeg etterutdanningen «Veiledning i flerkulturelt helsearbeid». Det hjelper meg til å kommunisere med pasienter med forskjellig kultur. De er i en sårbar situasjon her og kan fort føle seg avvist. Derfor jobber jeg en dag i uka med å heve helsepersonellens flerkulturelle kompetanse. Det er avgjørende for å tilby en likeverdig helsetjeneste.

Så egentlig fungerer jeg som sykepleier, tekniker og kulturveileder.

29. november var det syv år siden jeg begynte her. Fortsatt gleder jeg meg om morgenen til å komme på drømmejobben. ■■■

Fortalt til Zahir Athari Foto Zahir Athari



For ett år siden kom spanske Patricia Gadea til Norge for å prøve lykken som sykepleier.

# Hva skjedde med Patricia?

**D**en 21. januar i fjor landet Patricia Gadea i surt snøvær på flyplassen Rygge. Hun hadde reist fra solskinn i Alicante. Norsk autorisasjon hadde hun med seg i kofferten. Nå ventet det ukjente.

Heldigvis var kjæresten Jaime allerede i Oslo med jobb og leilighet. Sykepleien fulgte henne i fem måneder og fortalte hennes historie i dokumentaren *Adios Espana* i juni (Sykepleien nr. 8/2012).

## Ny i Norge

Det begynte med norskkurs i Oslo og ulønnet språkpraksis på sykehjem i Bærum. Au pair-jobbing måtte til, så fikk hun råd til en kaffekopp og telefonkort.

Hun savnet familien, tapas og sol. Men nye venner, kjæresten og håpet om betalt sykepleierjobb drev henne videre. Å lære seg språket ville åpne dører. Bærum kommune innførte i fjor krav om norsksprøve 3 for alle helsearbeidere. Så ingen bestått prøve, ingen jobb. «Du er ikke klar før i januar», sa norsklæreren. «Jeg lærer fort, jeg vil ta norsksprøven i oktober», sa Patricia.

Utålmodige Patricia ble frustrert, men ga ikke opp. Og i juni løsnet det: Vikarbyrået Helsenor skaffet henne et månedsvikariat på epilepsisenteret ved Oslo universitetssykehus. De

trengete en sykepleier straks og tok sjansen på å ansette en spansk sykepleier. Lønn i sikte!

## Personnummer

Hva skjedde videre? Fortsatt ventet norsktesten, og en mastergrad i Spania skulle avsluttes.

Men nå får Patricia endelig personnummer, norsk bankkonto og medlemskap i Sykepleierforbundet. Masterprosjektet forsvarer hun via Skype. Hun står.

Vikariatet går ut i juli, men Helsenor har et nytt tilbud: Postoperativ avdeling på Ahus trenger en vikar. 4. juli begynner hun, nå som intensivsykepleier.

Selv om hun har jobb, står målet ved lag: Norsksprøve 3. Sommeren består av jobbing og norskkurs på Folkeuniver-

sitetet. Hun får en uke ferie i Spania. I august flytter Patricia og samboer Jaime fra Grünerløkka til Majorstua. Helsenor tilbyr seg å betale husleie. Patricia er takknemlig.

Derfor blir det vanskelig når Ahus tilbyr henne et nytt vikariat. Det er jo det nærmeste fast jobb hun kan få nå.



**SYKEPLEIEN 8/12:** Sykepleien fulgte Patricia fra hun pakket kofferten hjemme i Benilloba i Spania til hun fikk sin første arbeidskontrakt som sykepleier i Norge.

## «Jeg tenkte: Hvorfor kom jeg hit?»

### Velger Ahus

Hun grubler, Helsenor har jo vært så hjelpsom. Hun spør kollegene hva de synes. «Har du planer om å bli i Norge, er det bedre å ha fast jobb. Det gir flere muligheter, og rettigheter hvis du for eksempel blir syk.» Og med fast jobb slipper hun å bekymre seg for hva





**NY I NORGE:** «Hvorfor kom jeg hit?» lurte Patricia Gadea på da hun ankom Oslo i snøværet i fjor. Men som vanlig tenkte hun positivt.



**I GANG:** 25 år gamle Patricia har nådd sine mål: Jobb

som skjer når neste kontrakt går ut.

Hun bestemmer seg for å si ja, men kvier seg for å fortelle det til sin kontakt Helsenor. Men det går fint: Han sier at de gjerne vil beholde henne, men at hun valgte rett.

Vikariatet er fra 5. november til mars. Andre med lengre ansiennitet er foran i køen, men dette er veien til fast stilling.

– Vi har aldri sparket noen vikar, sier seksjonssykepleieren.

### Eksamen

25. oktober er det muntlig eksamen. Lytteprøven er vanskelig. Patricia synes hun prater dårlig. En uke senere er det skriftlig. Hun tror hun kommer til å stryke.

Men 30. november sender hun tekstmeldingen: «Jeg har bestått norskprøve 3! Iuhuuuu!!»

For første gang siden hun kom til Norge har hun bare jobb. Hun unner seg noen uker uten språkkurs, men Bergenstest er neste mål. Nå vil hun lese boken hun har fått av en venn, Tempelridderen av Jan Guillot.

Helst skulle hun hatt fri i julen så hun kunne dra hjem til familien i Benilloba. Men det blir vakt julaften, fly til Spania 2. juledag, tilbake nyttårs-aften og rett på jobb.

### – Bare gjør det!

Like før jul snakker vi på telefon. Patricia drikker varm melk med honning. Hun er ikke helt i form, men på jobb skal hun. Klokken tre. Korridor-pasientene er blitt så mange at Ahus igjen er i nyhetene.

– Hvordan vil du beskrive dette året?

– Mye har skjedd. Jeg synes jeg har gjort en god jobb. Noen komplikasjoner har det vært; papirer som manglet, språkkrav, det var ikke lett. Men jeg har hele tiden tenkt: Det er bare å gjøre det.

Målet var alltid klart for henne: Norskprøve 3 og jobb som sykepleier. Og et vanlig liv i Norge.

– Jeg har jobbet hardt. Fra mandag til søndag var det bare å jobbe, jobbe, jobbe og studere norsk. Da jeg begynte på epilepsisenteret, ble det litt bedre, men jeg studerte jo også.

Da hun begynte på Ahus, ville hun jobbe mye fordi hun trengte penger.

– Hvis jeg hadde to timer fri, studerte jeg. Litt kjedelig, haha, men interessant å finne ut hva som er min kapasitet. Jeg er fornøyd, Jaime er fornøyd, mamma og pappa er fornøyd.

### Kan ikke krangle om været

– Hva har vært det verste?

– Ingenting har vært det verste, for

da hadde jeg reist tilbake til Spania. Men da jeg sto opp klokken fem, og kom hjem klokken tolv om natten, var jeg trøtt hele tiden. Men aktivitet gir også energi.

Det tøffeste øyeblikket var da hun kom ut av flyet på norsk jord.

– Da tenkte jeg: «Hvorfor kom jeg hit?»

– Hva har vært det beste?

– Erfaringen. Det har vært kaotisk, men gått kjempefint. Alle ville hjelpe meg.

For eksempel Rajmonda, Juan og Maurice. De er hennes nye venner. Hun legger til:

– Og Jaime. Jeg kunne ikke klart det uten ham. Man må tenke posi-

### Sykepleiere fra Sør-Europa

#### 78 sykepleiere fra middelhavslandene har fått norsk autorisasjon i 2012:

Hellas: 2

Italia: 2

Portugal: 4

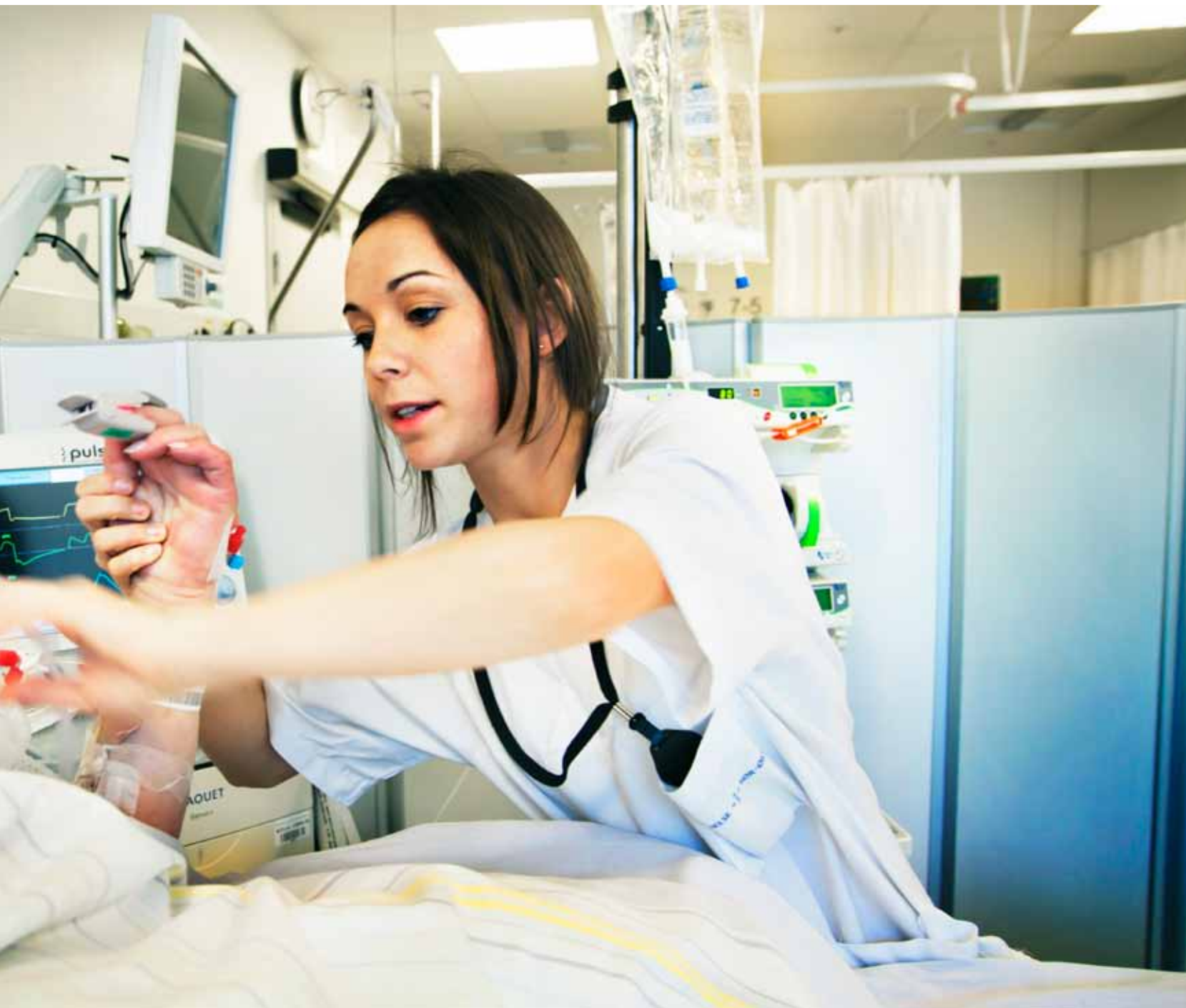
Spania: 70

De fleste kom i mai og juni for å fylle vikarbehovet for sommeren.

(Tallene gjelder til og med 12. desember)

Kilde: Statens autorisasjonskontor for helsepersonell





som intensivsykepleier og bestått norskprøve. – Jeg takker alle som har trodd på meg og hjulpet meg: Kolleger og lærere i Norge, venner fra Spania, foreldre, kjæreste ...

tivt. Det går bra, det blir bedre. Det er kaldt, men jeg kan ikke krangle om været. Tåler du ikke det, er det bare å reise tilbake. Jeg har alltid prøvd å

min sa at jeg kan få jobb til desember. Jeg kan ha et godt liv, det er ikke langt fra Spania. Arbeidsmiljøet er perfekt, bedre enn i Spania.

Flere av Patricias kullinger – ingeniører, sykepleiere, lærere – er nå i London.

– De jobber som servitører.

## «Jeg synes jeg har gjort en god jobb.»

tenke positivt når noe ikke har gått som forventet.

### – Kan ha et godt liv i Norge

Patricia er sikker på at hun er her om et år. Men om to? Eller fem? Det blir bare gjetning.

– I Spania får jeg bare sommerjobb. Her har vi jobb begge to, god lønn, leilighet, venner. Alt man vil ha. Lederen

– *Hva vil du si til andre som vil hit?*

– Jeg leste om sykepleierne som kom fra Sevilla og dro tilbake. Når du er i Spania er det lett å tenke at det vil bli fint i Norge. Men her er snø, og et språk du ikke skjønner. Hvis du er alene, er det ikke lett. Jeg har betalt 23 000 kroner for norskkurs og eksamen. Første måneden trenger man 5 000 euro for å klare seg.

Som ansatt på sykehuset tjener hun mindre enn da hun var vikar. Grunnlønnen er 387 000 kroner. Helgetillegget er 35–40 kroner.

For første gang har hele vår samtale foregått på norsk. Nå planlegger hun og kjæresten en reise i februar. Til et varmt sted. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**  
marit.fonn@sykepleien.no





**SYKEPLEIER I BLITZEN:** Året er 1941. Helt siden utbruddet av den andre verdenskrigen i 1939 har tyskerne sendt sine fly mot England. 71 ganger blir London angrepet av bombefly i det som engelskmenn betegner som «The Blitz». Hver gang uler alarmene og sivilbefolkningen lever i frykt. Særlig frykter britene at tyskerne skal bruke kjemiske våpen. Den såkalte Camberwell Division i det britiske Røde Kors er ledende i arbeidet med å instruere borgerne i bruk av gassmasker i tilfelle kjemisk krigføring. Også barn må trenes. De blir plukket opp på ulike «stasjoner» i områder hvor det er særlig stor fare for angrep, og føres i sikkerhet. På bildet blir en gruppe skolebarn eskortert av en sykepleier til et trygt tilfluktssted.

Ifølge offisielle tall mistet 68 000 britiske sivile livet i den andre verdenskrigen, mens tapene på den militære siden var på nærmere en halv million. Sykepleierne i Red Cross i England fikk stor honnør for sin formidable innsats med å hjelpe sårede blant sivilbefolkningen under The Blitz.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Scanpix**  
barth.tholens@sykepleien.no



Skan QR-koden med din mobil og les mer. Her forteller engelske sykepleiere sine krigshistorier.

Ny etterutdanning lærer helsesøstrene å bli mer rebelske.

# – Dere må bli tøffe i trynet

**J**an Erik Larsen står foran 32 helsesøstre og gestikulerer entusiastisk. Han har tatt turen til Kringler gjestegård på Maura for å lære dem kunsten å få politikere og pressefolk til å gjøre det de i utgangspunktet ikke hadde tenkt å gjøre.

Larsen bør kjenne de beste triksene siden han både har vært journalist, redaktør, lokalpolitiker og statssekretær. Nå er han seniorrådgiver i kommunikasjonsbyrået First House.

Helsesøstrene nikker gjenkjennende. De er samlet for å teste ut et nytt etterutdanningstilbud utarbeidet av NSF og Landsgruppe av helsesøstre, NSF (se notis).

## Kommunikasjon er følelser

– Vi mennesker er fullstendig irrasjonelle, postulerer Larsen og kommer med en innsidehistorie fra maktens korridorer:

Da Gerd-Liv Valla før folkeavstem-

Helsesøstrene diskuterer seg imellom. Hvor er de i dag og hvor vil de? De vil jo helst være barnas lokale barneombud, men mener de ofte havner i offerrollen når de maser om flere helsesøsterstillinger for å få gjort jobben sin. Kanskje skal de heller peke på hva som vil skje med barna hvis det ikke satses på forebyggende helse.

– Ja, dere må ikke komme med løsningen før problemet er anerkjent. Først når dere har presentert problemet, kan dere si at løsningen er flere helsesøsterstillinger, sier Larsen.

**«Vi må ikke fremstå som om vi har en master fra besserwiseruniversitetet i Sveits.»** Astrid Grydeland Ersvik

– Bestem dere for hvilken film dere vil skal rulle gjennom hodene på folk når dere snakker. Hvilke ord dere velger, vil bestemme hvilken film som går, sier han, bare få sekunder etter at han har tilstått å dele både arbeidssted og hybel i Oslo med tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen.

## Vanskelig å være godt likt

Helsesøstrene gir 99,9 prosent positive assosiasjoner i folks hoder, sier Larsen.

– Dere har et godt utgangspunkt, men samtidig kan det være vanskelig å være så godt likt. Dere er flotte folk som driver verdibasert arbeid. Dere er faglig dyktige og limet i lokalsamfunnet. Rådmannen synes det er greit at det er slik. Da blir det vanskelig å være tøffe i trynet.

ningen om EU sa i kantina på Stortinget at hun ikke var overbevist om at EU var løsningen, kikket Gro opp fra salaten og sa: «Da har du ikke lest nok!».

– Men så enkelt er det nok ikke. Kommunikasjon er ikke noe teknisk, det handler om følelser, sier Larsen og tegner fem grønne sirkler på en flipover. I dem fyller han de ulike aktørene vi ofte ser i den offentlige debatt: Goliat, som velter seg utover og dominerer innen sitt område. Så kommer ekspert, helten, offeret og rebellen.

– I folks hoder er dere her, sier Larsen og peker på helt.

– Men kanskje skal dere av og til være litt rebeller. Og dere har alt som skal til for å være ekspert eller kommentator.



## Statsministeren i heisen

De diskuterer farene med å være for mye rebell. En slik rolle er krevende og må brukes gjennomtenkt. Kan helsesøstre sette i gang en underskriftskampanje, for eksempel? Noen mener det, andre mener man heller bør melde seg inn i lokalpolitikken hvis man opplever at man ikke blir lyttet til. Helsesøsterleder Astrid Grydeland Ersvik sier de må beherske alle rollene, og ønsker fortrinnsvis at de innehar ekspert/kommentator-rollen. Men den er utfordrende i møte med brukerne, der de forsøker å fremme likeverdighet i kommunikasjonen.

– Vi må klare å formidle fagkompetansen tydelig og forståelig uten å fremstå som om vi har en master fra besserwiseruniversitetet i Sveits, sier hun.

Larsen snakker om at helsesøstrene må være «bevisste i kommunikasjonøyeblikket». Da må de bestemme seg for hvilken rolle de





**MER REBELSKE:** Sier dere ifra, vil dere vokse på det i lokalsamfunnet, men dere må også tåle at det blir konflikter, sier Jan Erik Larsen fra First House til helsesøstrene.

## Helsesøster som samfunnsaktør

«**Kommunikasjon og påvirkning**» er modul tre av fire i et pilotprosjekt som tester ut en ny etterutdanning: «Helsesøster som samfunnsaktør». Hvis helsesøstrene får offentlig spesialistgodkjenning, skal dette være en del av det fremtidens helsesøsterspesialister må kunne.

De andre modulene handler om politiske systemer i helsebyråkratiet, om kvalitet og internkontroll og om lover og rammeverk. Kompetansekartlegginger fra tre pilotkommuner har vist at det nettopp er på disse områdene det kan skorte litt på know-howen til helsesøstrene.

Foruten helsesøstre fra de tre pilotkommunene, består deltakerne av lokale faggrupeledere fra 16 av 19 fylker, fem fra styret til landsgruppe av helsesøstre NSF og to fra den sentrale prosjektgruppen.

Pilotprosjektet er et samarbeid mellom NSF og Landsgruppe av helsesøstre NSF, som startet i 2009.

## «I folks hoder er dere helter.»

Jan Erik Larsen

vil ha og hvilken film de vil fremkalle hos mottakeren. De må tenke gjennom hva de vil si. Da er det lettere å si det når sjansen byr seg.

– Tenk dere at dere står i heisen på Plaza og inn kommer statsministeren. Hva er det viktigste dere vil si som helsesøster på det minuttet dere får? spør Larsen.

Salen fniser litt.

– Trykk på stoppknappen, foreslår et lyst hode.

Så blir det pause.

Sykepleien benytter anledningen til å spørre Kjerstin Møllebakken fra Kirkenes om hva hun ville sagt på det ene minuttet. Sør-Varanger er nemlig en av de tre pilotkommunene som har jobbet i tre år med kompetansekartlegging i forbindelse med spesialistgodkjenning og etterutdanningsprosjektet til helsesøstre.



**HAR HEVET BLIKKET:** Kjerstin Møllebakken fra Kirkenes har vært med i helsesøstrenes utviklingsprosjekt i tre år. Det viktigste hun har lært, er å sette av tid til å heve blikket for å bli kjent med strukturer, politiske prosesser, lover og rammeverk.

– Vi er den eneste yrkesgruppen som ser alle barn jevnlig gjennom de første leveårene. Derfor kan vi tidlig fange opp skjevheter og få satt inn tiltak for å snu negativ utvikling. Det blir både billigere for samfunnet og mer skånsomt for barn, unge og familier. På den måten kan vi også redusere antallet som dropper ut fra videregående skole, sier hun.

### Inviter lokalpressen på kaffe

Etter pausen fortsetter Jan Erik Larsen å dele ut tips til helsesøstre.

– Det å være i media handler om to ting: Forberedelse og trening. Dere må bare trene på dette. Trening trumfer talent 1000 ganger. Men den som har talent og trener, vinner, sier Larsen og råder helsesøstre til å bli mer strategiske i svarene til journalister.

Hvis de får et spørsmål, skal de si: «Ja, jeg kommer til det, men la meg først si noe om hva som er viktig for oss ...»

– Da må dere vite hva som er viktig. Dere må kommunisere det samme over tid. Dere må lage den strategiske fortellingen om hvem dere er. Hvorfor holder menneskeheten seg med noe som heter helsesøstre?

Larsen mener helsesøstre med fordel kan bli mer offensive overfor journalistene.

– Inviter dem på kaffe og ha maks et par punkter dere vil kommunisere, ikke kom med for mye på en gang. Og når lokalavisjournalistene får kommunebudsjettet på pulten, kan dere ringe og tipse om at dere mener det som står på side 167 er viktig og at vedkommende kan ringe dere for ytterligere kommentarer.

### Tidlig intervensjon i politikken også

Overfor politikerne mener Jan Erik Larsen at god gammel lobbyvirksomhet faktisk fungerer. Likevel er det nesten ingen som driver med slikt lenger. Et annet tips er at partiene alltid bestemmer seg for hva de skal mene i forkant av møtene. Det blir for seint å troppe opp når selve møtet skal være.

– Helsesøstres blikk ønskes inn i de politiske prosessene. Dere må tenke tidlig intervensjon også på dette området, supplerer Liv Østli, som er pedagogisk ansvarlig i etterutdanningsprosjektet.

Larsen sier at helsesøstre må huske at politikerne er opptatt av anerkjennelse – de vil ha velgere. Derfor må de presentere saken slik at den får en så

stor politisk oppside og så liten politisk nedside som mulig.

– I vår kommune fikk helsesøstre beskjed om at politikerne ikke skulle vite hva helsesøstre drev med. Det skulle rådmannen fortelle dem, kommenterer en i salen.

– Dette er ikke en oppfordring om sivil ulydighet, men ingen kan hysje på dere hvis dere er ekspertene. Kanskje må regelverket for hvor mye kommunalt ansatte har lov å si omarbeides i noen kommuner. Sier dere fra, vil dere vokse på det i lokalsamfunnet, tror Larsen.

### Ikke så lett

– Men det er ikke alltid så lett når du skal jobbe i den samme administrasjonen som du kritiserer, kommer det fra bakerst i salen.

Det er helsesøster Irene Asheim Ivesdal fra Sandnes som nyanserer:

– Seinest i forrige uke var jeg på radioen og sa jeg var bekymra for om helsetilbudet til barna var på grensen til etisk uforsvarlig når vi ikke fikk tildelt nye årsverk. Journalisten kryssklippte meg med ordføreren som sa at han ikke hadde hørt noe om dette. Det resulterte i at jeg ble kalt inn på teppet til administrasjonen etterpå med spørsmål om hvorfor jeg ikke hadde sagt ifra før. Men jeg hadde jo sagt ifra til rådmannen. Hun hadde derimot ikke formidlet min bekymring til ordføreren.

– Her er vi kjernen, skyter Larsen inn.

– Hvor er lojaliteten deres? Dere må tørre å synes og høres mye mer enn dere gjør. Da vil det bli litt konflikter. Og det må dere tåle, ellers må dere nøye dere med å bli hvor dere er, med liten innflytelse, advarer han.

### 20 studiepoeng

Tilbakemeldingen etter kurset er at helsesøstre var veldig fornøyde, opplevde det nyttig og overførbart til egen praksis.

– Vi vil følge opp med konkrete arbeidsoppgaver knyttet til temaet nå i etterkant, og så vil hele etterutdanningsprosjektet evalueres på begynnelsen av nyåret, sier Grydeland Ersvik.

Blir det slik de har tenkt, vil dette presenteres som et tilbud som høyskolene kan ta tak i. Studiet er planlagt å gi 20 studiepoeng. ■■■

Tekst og foto **Eivor Hofstad**  
eivor.hofstad@sykepleien.no

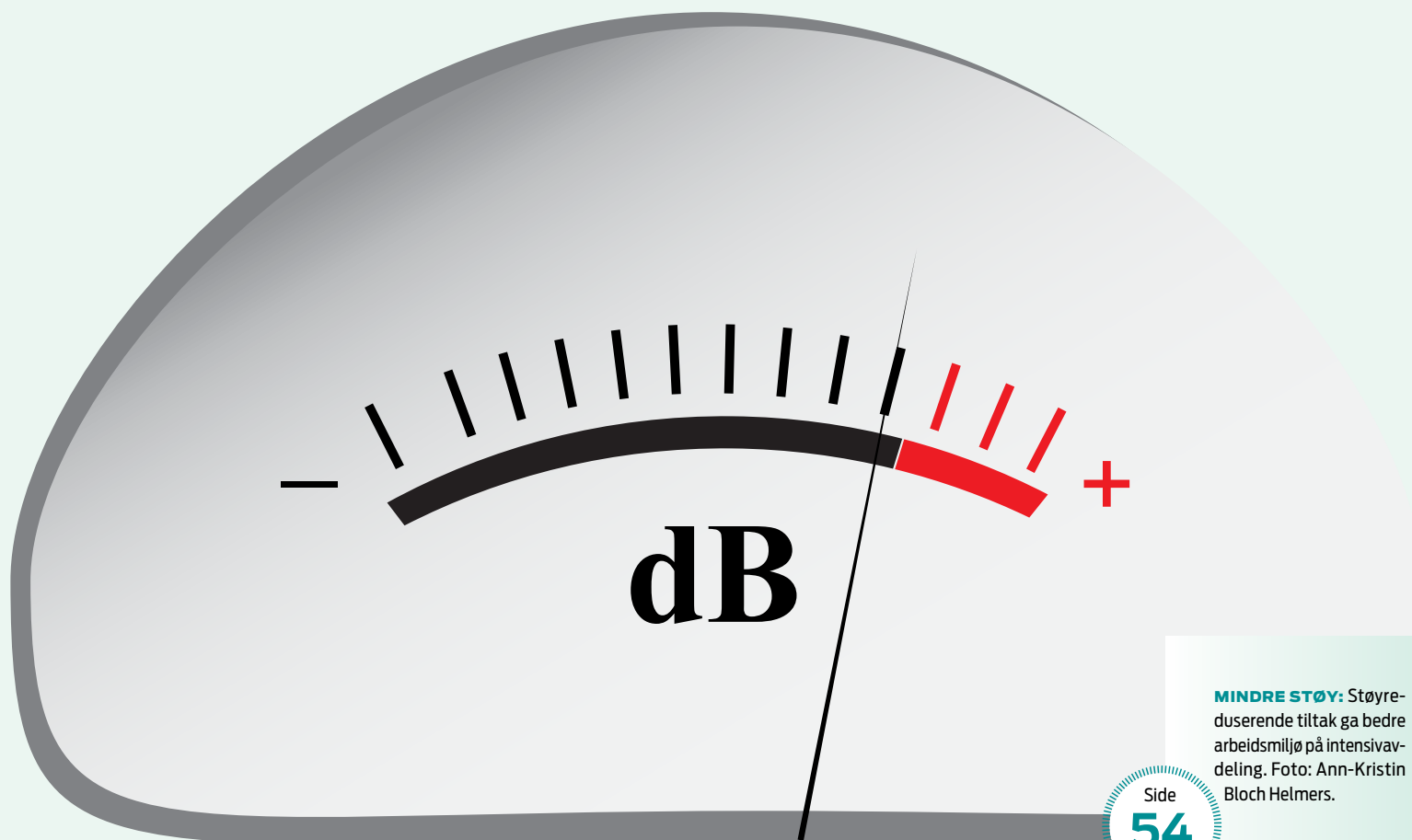
# Fag

bøker  
& kultur



FORFATTERINTERVJU:  
«Jeg gikk inn for å  
få med flere syke-  
pleiere, men det var  
vanskelig å få dem  
til å uttale seg.»

Side 62



**MINDRE STØY:** Støyre-  
duserende tiltak ga bedre  
arbeidsmiljø på intensivav-  
deling. Foto: Ann-Kristin  
Bloch Helmers.

Side  
**54**

Side  
**70**

«Er det slik at når man er 16 år og helserettslig myndig kan man gjøre som man vil?» **BERIT DAAE HUSTAD**



**Grethe Eilertsen**, sykepleier, dr. polit. førsteamanuensis, Høgskolen i Buskerud

**Randi Klemetsen**, avd. leder Ergoterapi-tjenesten, Drammen kommune

**Christer Beiermann**, sykepleier, Neurologisk avdeling, Drammen sykehus

**Dorte Vesterager Kristensen**, sykepleier, Cand. San, Høgskolelektor, Høgskolen i Buskerud

# Lærer opp pårørende til slagrammete

Pårørendeskole for ektefeller til slagpasienter gir nyttig informasjon, trygghet og mulighet til å treffe andre i samme situasjon.

I dag rammes om lag 15 000 personer hvert år av hjerneslag i Norge, og med økende levealder og bedre behandlingsmetoder vil antall eldre som får hjerneslag øke (1). Flere eldre vil dermed oppleve at ektefellen rammes av hjerneslag. Hjerneslaget rammer ikke bare pasienten, men hele familien (2). Både den slagrammete og ektefelle eller partner opplever endrete roller i samlivet (3), og familien opplever engstelse, sorg og usikkerhet i forhold til fremtiden (2,4,5,6).

## Sårbar gruppe

Nasjonale retningslinjer for akutt behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag (7) anbefaler at alle slagenheter har et informasjonsopplegg rettet mot pårørende. Til tross for at flere sykehus og kommuner de siste årene har tilbudt slagrammete og deres familier å delta i gruppesamlinger, er vår erfaring at informasjon til pasienter og pårørende er tilfeldig og lite samkjørt på tvers av tjenestenivåene. Undersøkelser har vist at de pårørende ønsker seg støtte og in-

formasjon (8,9) og at hjelpen må tilpasses den enkeltes behov (7).

Eldre pårørende er en sårbar gruppe (6). Mange har helseplager selv, flere har begrenset erfaring med bruk av nettbasert informasjon og andre igjen forteller at de er redde for å gå fra ektefellen. Dette viser at denne gruppen, som befinner seg i en krevende omstillingsprosess, har behov for et særskilt informasjons- og støttetilbud.

## Pilotprosjekt

På bakgrunn av egne og andres erfaringer, forskningsartikler og faglitteratur, ble ideen om å gjennomføre et pilotprosjekt utviklet. Vi startet en pårørendeskole for ektefeller til eldre slagrammete og la samtidig til rette for kliniske studier for sykepleiestudenter. Studentene var til stede hos den slagrammete mens ektefellen var på «skolen», slik at de kunne føle seg trygge mens de var borte. Samtidig fikk studentene anledning til å studere hvordan slagpasienter opplever situasjonen i sitt eget hjem. Prosjektet er også et ledd i at Høgskolen i Buskerud i sterkere grad ønsker å inkludere studenter i forsknings- og utviklingsstudier. I det følgende vil vi redegjøre for prosjektets mål, forberedelser, gjennomføring, evaluering og til sist gjøre noen oppsummerende refleksjoner.

## Dele erfaringer

Prosjektets overordnede mål var å støtte eldre pårørende til slagrammete i en krevende omstillingsprosess. Ved å oppmuntre deltakerne til å bringe inn temaer de var opptatt av, ønsket vi å legge til rette for en opplevelse av støtte og forståelse. Hensikten var at deltakerne skulle bli kjent med hverandre og dele sine erfaringer med andre i tilsvarende situasjon. Det var også et mål at deltakerne fikk kjennskap til re-

levante tjenestetilbud i kommunen og aktuelle interesseorganisasjoner. Prosjektets pedagogiske målsetting var at studentene utviklet dypere kunnskap om slagrammete og deres hverdagsliv ved å være hos en pasient over tid, i tillegg til at de fikk erfaring med prosjektplanlegging og -gjennomføring.

## Innspill

Prosjektgruppen hadde sitt første møte høsten 2009. Gjennom et besøk hos ambuleringsteam og Lærings- og mestringssenteret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge fikk vi verdifulle innspill til innholdet i pårørendeskolen og praktiske råd om gjennomføringen. ART ved Drammen sykehus har i flere år gjennomført Slagforum, som består av felles gruppesamlinger for slagrammete og pårørende. I den forbindelse fikk vi anledning til å be tidligere deltakere om å komme med innspill til aktuelle temaer. Det å fortelle åpent om utfordringene de som ektefeller sto overfor, og som var vanskelig å fortelle om når den slagrammete var til stede, ble særlig trukket frem. Et annet viktig tema var informasjon om kognitive vansker. Leder i Norsk forening for slagrammete og leder ved Lærings- og mestringssenteret ved Drammen sykehus deltok i prosjektplanleggingen med verdifulle innspill. Kunnskap om hvordan man kan legge til rette for å fremme deling av kunnskap, læring og prosess blant deltakerne i et gruppertilbud var svært nyttig.

## Modell

Alle innspill, litteraturstudier og prosjektgruppens egne erfaringer ga et godt grunnlag for å utarbeide en modell for struktur og tematikk. Erfaringer fra andre pårørendeskoler tydet på

## Hovedbudskap

Å forholde seg til ektefeller med kognitiv svikt er krevende. Særlig er overgangen til hverdagen i eget hjem spesielt utfordrende for pårørende. Både pårørende og sykepleierstudentene fikk gjennom deltakelse i pårørendeskolen verdifull kompetanse. For å gjennomføre en pårørendeskole slik artikkelen beskriver, er samhandling på tvers av fag og tjenestenivåer essensielt.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Hjerneslag
- » Pårørende
- » Pedagogikk
- » Sykepleiestudent





**BEHOV FOR STØTTE:** Pårørende til slagpasienter hadde stort utbytte av å treffe andre i samme situasjon. Personene på bildet har ingenting med innholdet i artikkelen å gjøre. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

at en gruppe på fem til sju deltakere ville være passende.

Våren 2010 registrerte sykepleierne på slagenheten ved Drammen sykehus aktuelle pårørende for prosjektet blant inneliggende pasienter. Oversikten tilsa at det ville være mulig å oppnå det antallet man ønsket i løpet av høsten 2010. Sykepleiestudenter fra 3. studieår ble invitert til å delta, og blant disse var det seks som ønsket å være med. Prosjektet inngikk som en del av kliniske studier med fokus på eldre og kronisk syke i kommunehelsetjenesten samt sykepleiens pedagogiske funksjon (11).

Prosjektleder, prosjektkoordinator og studentene møttes tre ganger før oppstart av pårørendeskolen. På bakgrunn av utvalgt litteratur utviklet vi i samarbeid felles «temaguiden» som studentene skulle anvende i samværet med den slagrammete. Dette utgjorde et felles kunnskapsgrunnlag for arbeidet i veiledningssamtalene, som fant sted før hvert nye besøk hos den slagrammete. Studentene besøkte den slagrammete og ektefellen i deres hjem en gang før pårørendeskolen startet, slik at alle tre hadde møtt hverandre. En av studentene deltok også på pårørendeskolen og delte erfaringene med medstudentene.

### Gjennomføring

Vi vurderte det som hensiktsmessig at pårørende deltok på pårørendeskolen i løpet av det første halvåret etter slaget. Rekrutteringen ble vanskeligere enn antatt, derfor endret vi strategien. Ergoterapeutene i kommunen rekrutterte fire ektefeller ved kontakt med deres slagrammete ektefelle. Disse fikk informasjonsskriv og en brosjyre der hensikt og innhold var beskrevet, og de som ønsket å delta kontaktet deretter prosjektkoordinator for påmelding. På grunn av studentenes studieplan kunne vi ikke vente til kurset ble fylt opp.

### Innhold

Pårørendeskolen ble gjennomført på dagtid i høyskolens lokaler, over fire dager med en ukes mellomrom mellom de første tre møtene og to ukers mellomrom mellom tredje og siste dag. Prosjektkoordinator (DVK) deltok hver gang. Hver dag inneholdt informasjon, en kort forelesning etterfulgt av en erfaringsdeling, og ble avsluttet med oppsummering og informasjon om neste møte. Den første kursdagen la vi vekt på at deltakerne ble kjent med hverandre. Alle ble bedt om å beskrive situasjonen sin for resten av gruppen. Slagsykepleier og sykepleier fra ART

deltok sammen med prosjektleder. Den andre dagen fokuserte vi på forandringer i dagliglivet med utgangspunkt i utfordringene deltakerne hadde presentert. Spesialhjelpepleier, fysioterapeut og ergoterapeut fra den kommunale rehabiliteringsavdelingen holdt innledning om kognitiv svikt, med vekt på hvordan kognitive utfall påvirker rollen som pårørende. Den tredje dagen handlet om kommunale tjenestetilbud og tilbud fra frivillige organisasjoner. Saksbehandler fra kommunens tjenestetilbedingskontor deltok sammen med prosjektleder og spesialhjelpepleier fra den kommunale rehabiliteringsavdeling. Den siste dagen var viet det sosiale livet. Betydningen av å opprettholde kontakt med egne og felles venner ble vektlagt. Ulike utfordringer, egne og andres forventninger ble tatt opp. Leder ved lærings- og mestringssenteret orienterte om deres tilbud, og lederen i Norsk forening for slagrammete deltok med informasjon og erfaringsdeling.

### Viktig informasjon

Den siste kursdagen fylte pårørende ut et enkelt evalueringsskjema. Antall dager og tidspunktet på dagen ble vurdert som passende og temaene som interessante. Informasjon om kommunenes



ulike hjelpetilbud ble ansett som svært nyttig. Pårørende savnet mer skriftlig informasjon om hvem man kunne kontakte i kommunen med ulike typer spørsmål. De som hadde etablert kontakt med ART ved utskrivelse til eget hjem ga uttrykk for at de var tilfredse med dette og opplevde at de hadde fått viktig informasjon og støtte i overgangen til eget hjem.

Deltakerne ble mer åpne om sine utfordringer med å være pårørende etter hvert. Å være ektefelle til en slagrammet med kognitiv svikt byr på spesielle utfordringer, noe som også er dokumentert i litteraturen (9,12). Det at man ikke forstår den slagrammedes atferd fører til frustrasjon og usikkerhet (13,14). Byrden de opplever har stor betydning for pårørendes følelse av velvære (15). En film om sorg fikk gode tilbakemeldinger og viste at dette er et viktig tema.

### Trenger støttespiller

Ektefeller til personer med kognitiv svikt trenger en støttespiller når de skal ta beslutningen om avlastning. Spesielt vanskelig blir det når den slagrammete selv ikke har innsikt i behovet for avlastning. I alle faser av rehabiliteringsforløpet er det viktig at informasjonen blir tilpasset pårørendes behov (4). I akuttfasen er pårørende opptatt av å få informasjon om hvordan de kan trene opp den slagrammete fysisk når de kommer hjem (4). Det blir ikke mulig å få så mye trening hjemme som med fagfolk på sykehuset. Derfor er det forståelig at ektefeller tar på seg «trenerrollen». De pårørende er opptatt av dette i lang tid etter hjemreisen, og de trenger støtte på at hjelpen de gir er bra nok (4). For noen kan den fysiske treningen bli hverdagens hovedfokus.

Erfaringene viste også at det «å koordinere» og forholde seg til mange fagfolk i løpet av en dag kan være en stor belastning. Dette blir også bekreftet i litteraturen (4). Mange erfarte at behovene de hadde for assistanse på bestemte tider av døgnet og typen hjelp ikke alltid ble tilgodesett. For noen ble dette en så stor belastning at de valgte bort hjelpen.

### Sosialt liv

Blant ektefellene som deltok var det ett til to år siden ektefellen hadde hatt hjerneslag. Det viste seg at tematikken på pårørendeskolen likevel i høyeste grad var relevant. Flere diskuterte egne begrensninger og strevet med å få til et eget sosialt liv. Dette er også en dokumentert utfordring (16). Det kom tydelig frem at ektefellene hadde størst behov for informasjon om helsetjenester rett etter hjemkomsten. Noen på-

rørende hadde strevd med å få oversikt i et par år uten å lykkes. Ektefellene arbeidet fortsatt med sorgen over livet som ikke ble slik de hadde håpet på. For de fleste tar det tid før de klarer å identifisere hva som blir behovet på sikt, for eksempel i tilfeller med kognitiv svikt. I slike tilfeller kan ektefellen ha best utbytte av å delta på pårørendeskole etter en tid.

### Viktig innblikk

Studentene syntes det var interessant å møte de slagrammete hjemme og erfare hvordan hverdagslivet artet seg. De fikk viktig innblikk i hvilke konsekvenser hjerneslaget kan få for personenes opplevelse av egen rolle og hvordan premisene for å delta i hverdagslivet endrer seg. Det å være sammen med personen i tre timer var uvant. Studentene er vant til korte besøk slik det ofte foregår i hjemmesykepleien, og «god tid» var både utfordrende og positivt. Studentene ga uttrykk for at det å delta i prosjektet hadde vært faglig stimulerende og gitt dem en tilleggskompetanse utover det ordinære studiet.

### Kontaktperson viktig

Prosjektarbeidet med pårørendeskolen har gitt nyttige erfaringer for alle involverte. Personalet på slagenheten fikk viktige innspill i forhold til hva slags informasjon den eldre pårørende trenger før utreise, og betydningen av både skriftlig og muntlig informasjon. Samtidig avdekket prosjektet at kontakt med det ambuleringsteamet (ART) før utreise hadde gjort overgangen lettere. ART har imidlertid ikke kontakt med alle familier i overgangsfasen. Dagens samarbeidsrutiner mellom sykehus og kommune tyder på at det mangler et viktig ledd ved utreise (17). For pårørende var det å ha en kontaktperson nøkkelen til å takle hverdagen i eget hjem. De ansatte på rehabiliteringsavdelingen i kommunen ble inspirert til å legge til rette for tilsvarende tilbud gjennom å delta i prosjektet.

### Oppsummering

Pårørendeskole for ektefeller til eldre slagrammete tyder gjennom dette prosjektet på å være et viktig tiltak. Det å treffe andre pårørende, på en arena der de kan ta opp forhold som kan være vanskelig å diskutere når den slagrammete er til stede, var særlig verdifullt. De uttrykte at skriftlig informasjon om kommunens hjelpetilbud og en navngitt kontaktperson ga trygghet ved utreise. Det framkom at det med fordel kunne ha vært en representant fra NAV til stede

på kurset, i tillegg til kommunal saksbehandler.

Felles prosjekter med studenter og ansatte gjorde prosjektet ekstra verdifullt. Samarbeidet om planlegging og gjennomføring var stimulerende, og studentene fikk kunnskap om prosjektutvikling, pasientgruppen og pårørendesituasjoner. Prosjekt erfaringen synliggjorde betydningen av samhandling på tvers av fag og tjenestenivåer, noe som er sentralt for framtidens sykepleiere og i tråd med samhandlingsreformen (17). ■■■

## Bakgrunn

Artikkelen er skrevet på grunnlag av et pilotprosjekt i regi av Høgskolen i Buskerud, Drammen kommune, nevrologisk avdeling, Lærings- og mestringssenteret og ambuleringsteamet (ART) ved Drammen sykehus samt brukerorganisasjon. Prosjektet utgår fra Geriatrifløyen Drammen, et samarbeidsprosjekt mellom Drammen kommune, Sykehuset Buskerud HF og Høgskolen i Buskerud. En målsetting er bedret samforståelse mellom kommune og sykehus.

### LITTERATUR

1. Frich JC. Hjerneslag. Tidsskriftets skriftserie. Den norske legeforening, 2008.
2. Kirkevoll M. Et slag rammer hele familien. I: Kirkevoll M, Strømsnes Ekern K, red. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001:130-149
3. Eilertsen G. "Alt er som før, men ingenting er som det var" Gamle kvinners opplevelser av livet etter slag. Doktorgrad Universitetet i Oslo: Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, 2005 Unipub.
4. Cameron JI, Gignac MAM. Timing it right: A conceptual framework for addressing the support needs and family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. Patient Education and Counseling 2008; 70: 305-314.
5. Forsberg, G. (2007) Anhørigas opplevelse. www.vardalsinstituttet.net
6. Gosman-Hedström G. (2007) Anhøriga till äldre personer etter stroke. www.vardalsinstituttet.net
7. Helsedirektoratet (2010). Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Nasjonale faglige retningslinjer. 15-1688.
8. Engebretsen L. Hvordan opplever pårørende at de blir ivaretatt på sykehus? Sykepleien 2003; 21: 35-37.
9. Mackenzie A, Perry L, Lockhart E, Cottee M, Cloud G, Mann H. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. Disability and Rehabilitation 2007; 2: 111-121.
10. Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright, J., Young, J. (2008). Information provision for stroke patients and their caregivers (review). Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2. No: CD001919.
11. Høgskolen i Buskerud (2010). Læreplan kliniske studier i kommunehelsetjenesten, SPLPRA 520 og 620.
12. Opara, J.; Jaracz, K. (2010). Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. Journal of Medicine and Life. Vol. 3, No 3, July-September, pp. 216-220.
13. Ulstein, I. (2006) Klarer man mer når man kan mer? I: R. Eidem Kruger (red). Evige utfordringer- helsetjenester og omsorg for eldre. Tønsberg: Forlag Aldring og Helse.
14. McCarthy, M.J., Powers, L.E., Lyons, K.S. (2011). Poststroke depression: Social Worker's Role in Addressing an Underrecognized Psychological Problem for Couples Who Have Experienced Stroke. Health & Social work, May; 36(2): 139-48.
15. Wyller, T.B., Thommesen, B., Sodrings, K.M., Sveen, U., Pettersen, A.M., Bautz-Holter, E., Laake, K. (2003) Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. Clinical Rehabilitation 17, 410-417.
16. Bhogal, S.K., Teasell, R.W., Foley, N.C., Speechley, M.R. (2003). Community reintegration after stroke. Top Stroke Rehabil; 10(2): 107-29
17. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement (2008-2009). St. melding nr. 47. Samhandlingsreformen: Rett behandling til rett tid på rett sted. http://www.regjeringen.no



# Kunnskap i godt selskap

Det seilende akademi i samarbeid med DFDS Seaways inviterer til fire temareiser t/r København med foredragsholdere som er blant de fremste på sine felt:

- 3.-5. mars: Slektsforsker og forfatter **Liv Marit Haakenstad**: Slektsgranskning – bruk internett til å finne ut mer om slekten din. Besøk i Riksarkivet i København.
- 10.-12. mars: Tidligere operasjef **Bjørn Simensen**: Fra Opera til Opera – Hva er opera? Hvordan kan jeg bedre forstå opera? Besøk i Operaen i København.
- 17.-19. mars: Seniorfotograf **Olav Urdahl**, Aftenposten: Digital fotografering – motiv, komposisjon, lys og digital arkivering. Fotosafari i København.
- 14.-16. april: Journalist og forfatter **Per Egil Hegge**: Språket – vårt viktigste redskap for fred og forsoning.



## En dannelsesreise i hyggelig selskap



Vårt mål med turene er kunnskap, sosialt samvær og opplevelser

Din vert på turen  
Helge Qvigstad

Mer informasjon og bestilling av reisen på:  
[www.detseilendeakademi.no](http://www.detseilendeakademi.no)

Det seilende akademi  
er en del av Qvigstad Strategi AS – org.nr.983 063 314 MVA

# Vanskelig overgangsalder?

**Femarelle - en trygg og naturlig løsning. Femarelle gir effektiv hjelp til kvinner i overgangsalderen som ikke vil eller kan bruke østrogenmedisin. Dokumentert effekt.**



Styrker benbygningen  
Hestetokter  
Hormonfri  
Vaginal tørrhet  
Naturlig



**Femarelle gir livskvaliteten et løft, og det er det mange kvinner i overgangsalderen som trenger.**

I mer enn 10 år har Femarelle vært tilgjengelig for norske kvinner, og flere tusen har fått en bedre hverdag takket være Femarelle. Forskning gir oss stadig bedre forklaring på hvorfor det er slik, det er publisert og presentert mer enn 30 studier på Femarelles effekt og trygghet.

**Femarelle får du kjøpt i hele landet der det selges helsekost eller direkte fra vår nettbutikk: [www.arcon-norway.no](http://www.arcon-norway.no)  
Be om brosjyre!**

Spør din lege om naturmiddelet Femarelle som kan hjelpe deg i din overgangsalder.

Liste over publiserte studier finnes på: [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com) søkeord: **Femarelle** Les mer: [femarelle.no](http://femarelle.no)



ARCON

Arcon Norway as, postboks 6, 4801 Arendal Tlf. 37 00 35 35 salg@arcon-norway.no [www.arcon-norway.no](http://www.arcon-norway.no)

# – Ta barns smerter på alvor!

Barn får sjelden smertestillende på legevakten. Det slutter ikke å overraske Svein-Denis Moutte.

**F**or seks av ti barn er smerte i stor eller svært stor grad hovedårsaken til at de må på legevakten. Men få har fått smertestillende før de kommer, og veldig få får det mens de er der. Det viser en kartlegging lege Svein-Denis Moutte har gjort på en større legevakt.

## Ingen retningslinjer

Moutte, som har jobbet på legevakt siden 2004, ble forundret over all skrikingen på en norsk legevakt.

– Barn kan sitte i timevis på venterommet med brudd uten at verken foreldre, sykepleiere eller leger gir dem noe for smertene. Det er helt unødvendig, mener han.

I Frankrike har alle akuttmottak lystgass til bruk under smertefulle prosedyrer på barn, og det er lovpålagt å gi god smertelindring. Sånn er det ikke i Norge, til tross for at det er godt kjent at smerte hos barn er undervurdert og underbehandlet. En utfordring er at det ikke fins retningslinjer for smertelindring av barn i Norge. Derfor ønsker han å endre praksis.

Med midler fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, Allmenntilleggsmedisinsk forskningsutvalg, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn og Norsk barnesmerteforening har han begynt å kartlegge dagens praksis. Funnene kan brukes til å utvikle retningslinjer. Kartleggingen er ikke ferdig, og de foreløpige resultatene er tidligere ikke publisert.

## Bygger karakter

– *Hvorfor får ikke barn smertestillende?*

– Det er mange myter og gamle vaner. Jeg har møtt leger som oppriktig mener at barn ikke opplever smerte på samme måte som voksne. Å snakke om smerte med leger og sykepleiere vekker alltid sterke følelser.

At smerte hos barn er underkjent er et globalt fenomen, også i Norge. Moutte erfarer at nordmenns holdninger til smerte påvirker bruk av smertestillende til barn.

– Det er en oppfatning om at «alle skal tåle litt smerte» og at «smerte bygger karakteren», sier han.

– Men nyere forskning viser at smerte kan få uheldige konsekvenser både på kort og lang sikt. Det er påvist at barn som har vært utsatt for smerte tåler smerte dårligere senere i livet.

## Blir holdt fast

Moutte opplever at mange leger og foreldre frykter barns smerte. De mangler kunnskap og er redd for å gjøre feil. Mange foreldre har en oppfatning om at barn er mer utsatt for bivirkninger og avhengighet av legemidler enn voksne er, og derfor kvier de seg for å gi smertelindring. Mange leger føler seg ikke trygg på dosering av smertestillende til små barn, spesielt når det gjelder sterke smertestillende som morfin.

– De vil helst bare få prosedyrene gjort og komme seg videre. Å trøste barnet overlater de til sykepleiere og foreldre, sier han.

Det er en tilnærming som kan ende med at barnet må holdes med fysisk makt. Moutte viser til et eksempel med en ettåring, som hadde fått kokende vann på magen. I en time satt han på venterommet, uten smertelindring, til han sovnet i mors fang. Da han ble undersøkt av lege, ble han skremt og begynte å sparke. Han fikk en stikkpille paracetamol, men legen begynte straks å dekke brannsåret med salvekompress. Det endte med at fire voksne måtte holde barnet fast i 20 minutter for å få prosedyren gjort.

## Ikke vent

Moutte lar seg også overrasket over foreldrene.



Ofte opplever han at de sier ja til at barnet har vondt, men nei til at barnet har behov for smertestillende.

– *Bør man ikke vente med smertestillende til legen har undersøkt barnet?*

– Nei. Har man bestemt seg for å ta barnet med til legevakten, er det aldri feil å gi smertestillende. Er det snakk om et brudd, vil det fremdeles gjøre vondt om man manipulerer bruddområdet. Derimot kan det være en utfordring dersom man velger å se det an og vente med å dra til legen. Da kan smertestillende i noen tilfeller maskere alvoret i situasjonen.

I kartleggingen han har gjort svarte fire av ti foreldre at barnet ikke hadde behov for smertestillende, til tross for at de mente barnet



**VIL ENDE PRAKSIS:**  
Svein-Denis Moutte vil gi smertestillende til barn med smerter.

hadde smerter. Nesten ingen av barna fikk heller smertestillende på legevakten. Da Moutte spurte foreldrene om de skulle ønske at barnet hadde fått smertestillende på legevakten, svarte sju av ti «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt». Dette overrasker Moutte veldig, og han kan ikke forklare hvorfor det er sånn.

– Det tror jeg er norsk, sier han.

– Her kommer folk til legevakten for å få en vurdering, ikke nødvendigvis behandling der og da.

#### Snakk til dem

– Men skal man ikke tåle litt smerte?

– Man skal selvfølgelig ikke lindre alt mulig. Et skrubbsår tåler man. De fleste barn tåler også litt smerte hvis de får en god forklaring på hvor-

for det gjør vondt. Det gjelder også prosedyrer. Jeg er opptatt av å snakke med barn og forklare hva som skal skje. Forskning viser at når man spør barn direkte, sier de at den beste teknikken for å hindre smerte er å informere om grunnen, teknikken og forløpet av en prosedyre. Å si at noe som gjør vondt ikke gir smerte, vil de oppleve som tillitsbrudd. Jeg mener vi må ta deres smerte på alvor, hvis ikke blir det vanskelig for dem å stole på oss.

#### Verktøy

Moutte er opptatt av at barns smerte skal vurderes systematisk. Selv bruker han smerteverktøy. Men hans kartlegging viser at han er ganske alene. Av 75 leger brukte nesten ingen

smerteverktøy på barn under tre år. En av fire svarte at de brukte det i noen eller stor grad på barn mellom tre og åtte. Fem av ti brukte det

**«Smerte vekker sterke følelser.»** Svein-Denis Moutte

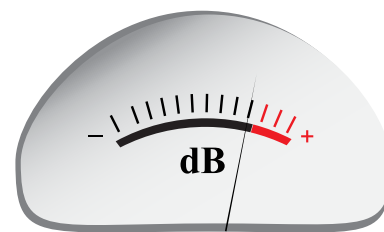
i noen eller i stor grad på barn mellom 9 og 19 år. Halvparten av legene sa de i stor eller svært stor grad ønsket mer kunnskap og prosedyrer for vurdering og behandling av smerte hos barn.

– Det er klart rom for forbedring, kommenterer Svein-Denis Moutte. ■■■

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**  
nina.hernes@sykepleien.no

# – Hørselen er det siste som forsvinner

Støyskjerming var et krav da intensivavdelingen flyttet fra gammelt til nytt sykehus på St. Olavs Hospital.



«Vi kan måle at høyt støynivå stresser pasienten.»

Ola Mikalsen

**N**å kommer jeg ned her, sier intensivsykepleier Ola Mikalsen til pasienten i senga, før han starter med trachial-suging for å fjerne slim.

Pip-pip-piiiiip! Det uler i en alarm. Ring-ring. Det kimer i en telefon. Så uler det i en alarm til, samtidig som noen ler på gangen utenfor rommet på intensivavdelingen.

Det er mye lyd rundt en intensivpasient. Pasienten som ligger i senga er under oppvåkning, og har teknisk overvåkningsutstyr koblet til kroppen: Hjerter, lunger, et stort antall medisiner – alt har hver sin alarm. Alarmene er konstruert for at de skal skjære gjennom og reageres på. Heldigvis for pasienten i senga trenger han ikke å høre alarmene til nabopasienten, eller til noen av de andre åtte som ligger på samme avdeling. Hver og en av dem er koblet til et stort antall maskiner og overvåkningsutstyr som lager lyd.

#### Like rom

På den nye intensivavdelingen på St. Olavs Hospital er det nemlig enerom for alle intensivpasienter. Avdelingen ble åpnet i mai 2010 og er utformet i

samråd med de ansatte. Støyreduksjon var et klart krav. Alle rommene er likt utstyrt, og mellom to og to rom er det en glassdør som kan åpnes og lukkes.

De færreste andre norske sykehus er like heldige. De fleste har flermannsrom, og det er ikke uvanlig med seks-sju pasienter på samme rom med bare gardiner mellom sengene som skjerming. De ansatte på St. Olavs Hospital opplever at det er en helt annen intensivhverdag nå – både for dem selv og pasientene.

– Tidligere var vi på seksmannsrom. Da var jeg helt utslitt når jeg kom fra jobb. Jeg hadde min pasient jeg hadde ansvaret for da også, men likevel tok jeg inn alle de andre alarmene og hørte alt som ble sagt og gjort, sier Ola Mikalsen.

Han er intensivsykepleier på avdelingen og har med selvsyn sett hva støyreduksjon har å si for både ham selv og pasienten.

– Nå er jeg ikke sliten når jeg går fra jobb. Vi kan måle at høyt støynivå stresser pasienten. Pulsene øker og blodtrykket blir høyere, sier han.

– For en intensivsykepleier er det et poeng å fjerne det vi kan avver-

sive stimuli fra pasienten, sier han.

Det vil si at han fjerner mest mulig av uønsket stimuli for å dempe stressnivået hos pasienten.

#### – Fikk klager

Marianne Lervaag er intensivsykepleier på avdelingen. Også hun har jobbet både på den gamle og den nye avdelingen, og har samme erfaring som kollegaen.

– Hørselen er det siste som forsvinner for en intensivpasient. Vi må alltid opptre som om pasienten hører alt som foregår, selv om han eller hun ligger i koma.

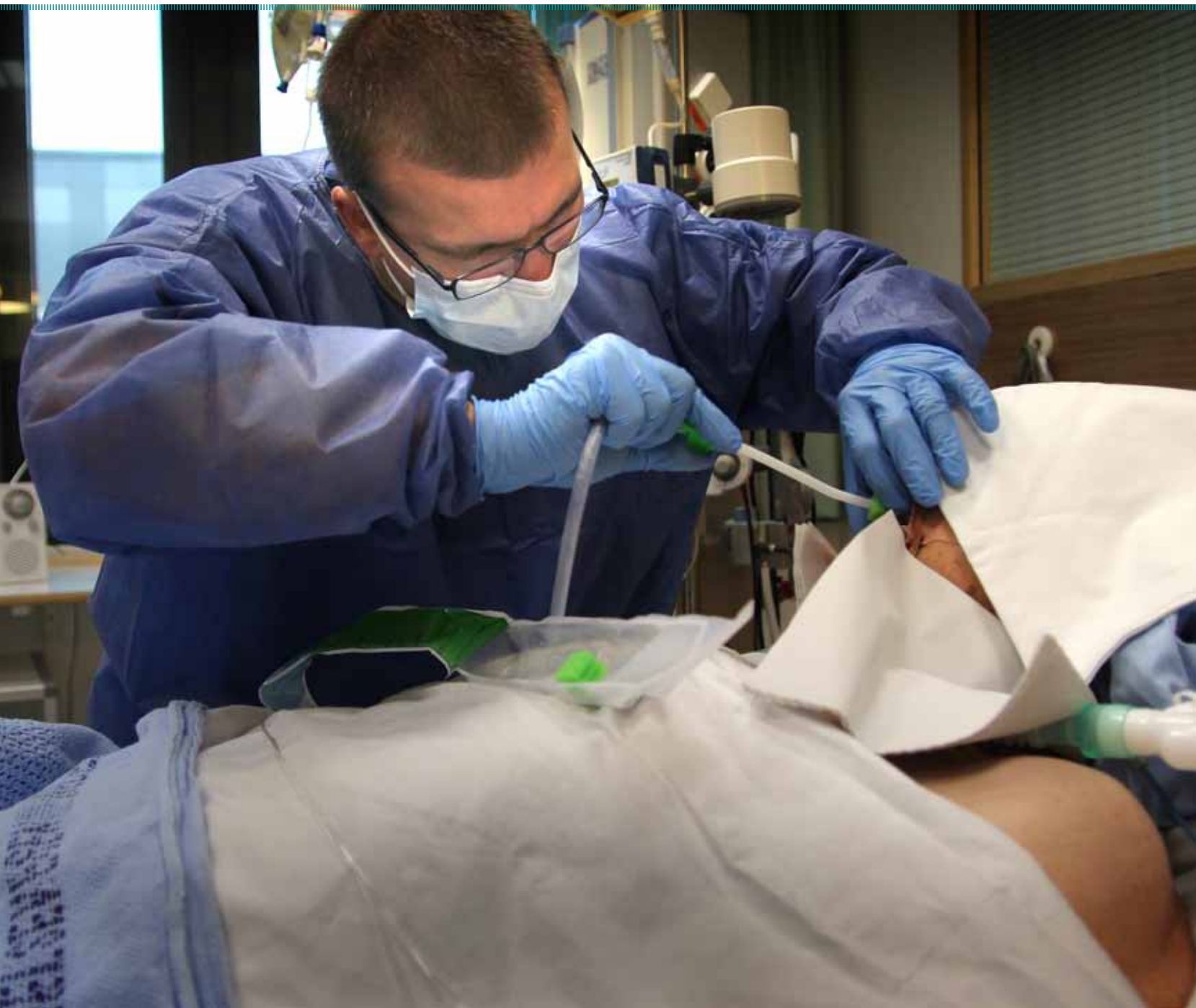
– Tidligere fikk vi klager fra pasienter som var helt utslitt av søvnmangel etter å ha vært på vår avdeling. Med enerommene har vi mulighet til å dempe belysningen, skape en nattstemning, sier hun.

– Det kan være kompliserte prosedyrer som foregår, men det er likevel stille.

#### «Pass dæ! Robottralle på vei!»

– Men alarmene går her også, så helt stille er det ikke?

– Nei, og det kan det ikke bli heller. Alarmene må vi ha. Det vi kan



**KAN HAN HØRE?** En pasient i koma kan i noen tilfeller høre hva som skjer rundt ham eller henne. Så intensivsykepleier Ola Mikalsen forholder seg som om pasienten hører alt, og snakker direkte til ham om hva som skjer. Her er det tannpuss etter trachial-suging.

tenke gjennom er vår egen stemmebruk, telefoner som ringer, og så videre.

På den gamle intensivavdelingen ble det gjennomført en støymåling. Bakgrunnen var at de ansatte fryktet for hørselsskader. Målingen viste at det ikke var fare for hørselen, men mange ansatte meldte fra om at de var veldig slitne etter endt vakt.

Etter en stund ble det hengt opp et bilde av et øre som målte støynivået

i avdelingen. Når det lyste rødt, var det et tegn på mye støy.

– Det lyste rødt mange ganger, sier Marianne Lervaag.

Nå er ikke støyreduksjon noe tilbakevendende tema på intensivavdelingen på St. Olavs Hospital lenger. Det eneste måtte være den noe masete roboten som hele tiden kjører gjennom korridorene og utålmodig ber folk om å flytte seg, for her kommer robottrallen.

– Robotene skaper en del støy og er nok et irritasjonsmoment for en del av oss som jobber her. Noen av pasientene som ligger nærmest korridoren klager også, sier hun. ■■■

*På de neste sidene kan du lese fag-artikkel om støymålingene de har gjort ved en intensivavdeling på Rikshospitalet.*

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**  
aknbh@sykepleien.no

Se film fra intensivavdelingen på St. Olavs Hospital:





Kristin Alm-Kruse

Hanne Kristin Slaaen

Mirja Varma

Siv Stafseth

Alle er intensivsykepleier og klinisk spesialist, Generell intensivhet, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus/Rikshospitalet

# Mindre støy på intensiv

Etter å ha målt en støytopp på over 120 desibel ble det satt i gang støyreduserende tiltak på intensivavdeling.

Intensiteten av støy på en intensivavdeling er ofte høyere enn i sengepostbaserte miljøer. I mange tilfeller er støyintensiteten stor gjennom hele døgnet (1). Dette kan være ufordelaktig både for intensivpasienten, pårørende og helsepersonell. En gruppe på seks kliniske spesialister i intensivsykepleie startet et kvalitetsprosjekt med støyreduksjon på Generell intensiv, Rikshospitalet, OUS. Støygruppen gjorde en litteraturstudie, støymålinger, underviste kollegaer og startet implementering av støyreduserende tiltak. For å evaluere effekten av tiltakene ble det utført nye støymålinger samt en spørreundersøkelse blant sykepleierne. Den viste en økt tilfredshet med støynivået på avdelingen, men støymålingen kunne ikke bekrefte dette på grunn av problemer med det tekniske utstyret.

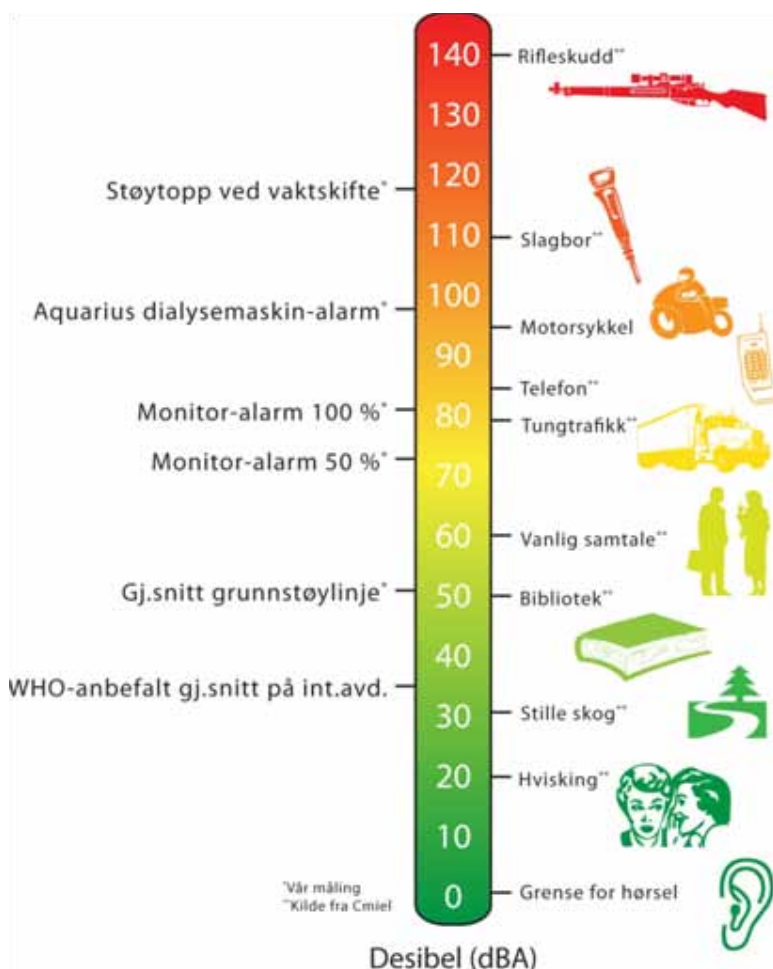
## Hva er støy?

Øret vårt er sensibelt for både frekvens og intensitet av lydbølger. Frekvensen måles i Hertz (Hz), mens intensiteten måles i desibel (dB). Grensen for hørbar lyd går ved 0 dB mens lyderskelverdien på smerte er 130 dB. Ved måling av støy er det vanlig å bruke A-vektet desibel, som

forkortes dB (A). På dB (A) skalaen resulterer en økning på 10 dB (A) en oppfattet doubling av lyden (2). Støy kan defineres som uønsket lyd (3). «Unnecessary noise then, is the most cruel absence of care which can be inflicted on sick or well», skrev Florence Nightingale i 1859 (4). Dette utsagnet viser at støy har vært et tema i omsorgen for syke i lang tid.

## Grenser for støy

Arbeidstilsynet sier i «Forskrift for vern mot støy på arbeidsplassen» at hvis en gjennomsnittlig måling av støy over en åttetimersperiode overstiger 85 dB, er det påkrevd å bruke hørselsvern. Disse nivåene av støy vil vi nok sjelden oppleve på en intensivavdeling. Vi jobber i et miljø der det kreves kontinuerlig konsentrasjon og der det



Figur 1: Sammenligning av lyder fra vår intensivavdeling og lyder fra dagliglivet.

## Hovedbudskap

Artikkelen fokuserer på reduksjon av støy på intensivavdelingen og belyser hvilke tiltak som ble benyttet for å minske støynivået. Prosjektet har vært nyttig for arbeidsmiljøet og forhåpentligvis bedret intensivpasientenes hverdag.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Intensiv » Støy » Arbeidsmiljø





Figur 2 viser potensiell konsekvens av søvndeprivasjon. Figuren er fritt oversatt til norsk med godkjenning av Tembo og Parker (10).

er behov for å kunne føre en uanstrengt samtale. På en intensivavdeling vil den øvre grensen for støy derfor være 55 dB (6). Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget retningslinjer for lydnivået på en intensivavdeling. Ifølge disse retningslinjene bør ikke lydtoppene overstige 40 dB(A) på nattetid, og det gjennomsnittlige lydnivået bør ikke overstige 35 dB(A) sett over hele døgnet (5).

Studier viser at gjennomsnittlig støy på intensivavdelingen varierer mellom 60 og 70 dB (7). Busch-Vishniac med flere (8) problematiserer i sin studie at lydnivået på deres intensivavdeling overstiger WHO's anbefalinger med minst 20 dB (A) over gjennomsnittsnivået og med minst 15 dB(A) over maksimumnivået. Våre målinger antyder at dette mønsteret dessverre gjelder hos oss også.

### Støykilder på intensiv

For å kunne redusere støy må man først identifisere støykildene. Litteraturen trekker fram kilder som støy fra selve respiratoren og dens alarmer, suging, hjertemonitoralarmer, forstøver, pulsoksymetertoner og alarmer, telefoner som ringer, ventilasjon, TV, radio, søppelbøtter med lokk, traller, calling, samtale mellom helsearbeidere, pårørende, nabopasienter, og generelle omsorgsaktiviteter (3).

Ifølge Christensen (1) står leger og sykepleiere for 30–60 prosent av støyen på en sykehusavdeling. Rommets utforming og antall pasienter og personell i rommet har også betydning. Vår avdeling består av to tremannstuer (47 m<sup>2</sup>) med gjennomgang til to enerom og ett isolat.

### Toleranse for støy

I vår hverdag er vi kontinuerlig utsatt for støy fra tekniske apparater som tv, pc, radio, biltrafikk, og noen jobber i mer støyende omgivelser en andre. Hva intensivpasienten opplever som støy vil variere. Kulturelle og sosiale faktorer spiller inn i tillegg til individuell følsomhet og erfaring med støy (1). Dersom pasienten jobber på en fabrikk med høyt støynivå, kan lydnivået på avdelingen påvirke ham på en annen måte enn en pasient som er vant til rolige omgivelser. Hvis en pasient før oppholdet har kunnskap om intensivmiljøet, vil opplevelsen av støyforstyrrelsen være annerledes enn hos en pasient uten denne erfaringen. Pasienter opplever sjelden støy som kommer fra pleie- og omsorgsaktiviteter, oksygentilførsel og respiratorer som forstyrrende. Akansel viser at konstant, lav rytmisk lyd fra respirator kan bli en del av bakgrunnsstøyen, og var mindre plagsomt for pasientene enn forventet. Det kunne til og med ha en beroligende effekt og være med på å filtrere bort plagsomme lyder (9).

### Støy og søvn

Søvnkvaliteten hos pasienter påvirkes av støy. Selv om pasienten tilsynelatende sover, forringer støynivået kvaliteten på søvnen (10). Søvn er viktig for å fremme helbredelse og for å overleve kritisk sykdom (11).

### Intensivsykepleieren

Det er gjort lite forskning på hvordan akustiske vilkår påvirker helsepersonell. Men vi vet at helsepersonells tilfredshet med arbeidsmiljøet påvirker arbeidseffektiviteten, entusiasmen og kvaliteten på omsorgen som blir gitt direkte (3). Høyt støynivå kan øke stresset hos helsepersonell, noe som igjen kan øke risikoen for medisinske feil (8).

Topf og Dillon fant i sin studie at de tre lydene intensivsykepleiere opplevde som mest forstyrrende var pipende monitorer, alarmer på utstyr og telefoner. Det vil si lyder som krever respons fra sykepleieren. De fant også at eksponering for støy kan bidra til at intensivsykepleiere blir utbrente (12).

### Tiltak

Gjennom litteraturstudier, diskusjoner med kollegaer og i prosjektgruppen identifiserte vi mulige støyreducerende tiltak. Vi valgte fokusområdene; undervisning, hvileperioder, dagsplan, faste medisintider, tilpasset alarmnivå, endring av samtalekultur, SoundEar, involvering av samarbeidende kollegaer, «timinutters pause»

og akustikkdempende plater. Ørepropper til pasientene ble vurdert som tiltak, men forkastet da det viste seg å være et kontroversielt tema i avdelingen. Motforestillingene mot å bruke ørepropper til bevisstløse pasienter ble begrunnet med at de ikke selv kan si noe om hvorvidt de ønsker ørepropper eller ikke. I de tilfeller der pasienten selv ønsker det vil proppene bli brukt.

### Undervisning

Utgangspunktet for undervisningen var at mesteparten av den reduserbare støyen er menneskeskapt, og at det derfor var viktig å øke kompetansen på dette området blant de ansatte på avdelingen (13,14,15). Alle sykepleierne fikk tilbud om to timers undervisning der de ble forberedt på prosjektet gjennom kunnskap, bevisstgjøring og diskusjon. Gjennom diskusjonene ble det klart at støyreduksjon kan være et tema som for mange var «hårsårt» og at endring av vår holdning til og kulturen rundt støy ville bli tidkrevende.

### Hvileperioder og dagsplan

Ved gjennomgang av dagsplanen besluttet vi i større grad å legge aktiviteter og stell til definerede perioder om morgenen og ettermiddagen. Pasientene skulle få flere uforstyrrede perioder, for eksempel mellom kl. 11.00–13.00. I dette tidsrommet lukker man dørene til pasientrommene og henger opp skilt med informasjon om hviletiden. Pårørende er velkomne, men får informasjon om hva hviletiden innebærer. Sykepleierne oppfordres til å bruke denne stilletiden til å ajourføre dokumentasjon og gjennomføre pauser. Hensikten er å fremme intensivpasientens søvn gjennom uforstyrrede perioder.

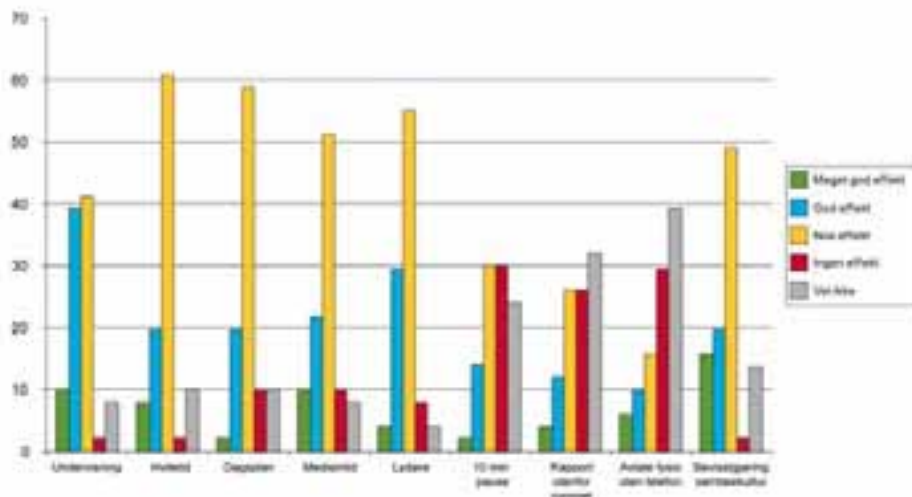
### Faste medisintider

Faste medisintider skal fremme at pasienten får lengre perioder uten å bli avbrutt eller forstyrret. Klokkeslettet vi tar utgangspunkt i er kl. 06.00 på morgenen, slik at dette er den første eller siste medisintiden. Grunnen til det valgte tidspunktet er at det sikrer en lengst mulig periode på natten før kl. 06 uten forstyrrelser. En positiv bieffekt av dette er at dagvaktene kan starte den travleste tiden på dagen med andre oppgaver.

### Tilpasset alarmnivå

Teknisk apparatur og alarmer produserer mye støy. Noen alarmnivåer er fastsatte og skal eller kan ikke reduseres av sikkerhetshensyn. Men de fleste alarmer kan sykepleiere aktivt regulere både grenser og lydstyrke på. Innstilte grense-





Tabell 1 viser hvordan sykepleierne graderte effekten av de ulike tiltakene for støyreduksjon.

verdier for alarmer og lydnivå skal sjekkes ved oppstarten av hver vakt. Man skal sikre at disse er hensiktsmessige for pasienten og for den aktuelle situasjonen. På denne måten forhindrer man unødvendige alarmer.

Mange alarmer oppfattes som unyttige av det medisinske personalet på grunn av stor forekomst av falske alarmer, det vil si alarmer som ikke har betydning for pasienten (16). Görge med flere konkluderer i sin studie med at mer pålitelige alarmer vil lokke frem mer presis respons fra sykepleierne samt redusere arbeidsmengde og støyforurensning, og forbedre pasientsikkerheten (17).

#### Endrte samtalekultur

Vi har også jobbet med den generelle samtalekulturen på avdelingen. Dette har vært holdningsskapende arbeid gjennom undervisning, diskusjoner og repetisjoner. Vi har fokusert på stemmevolum og på hvor og når man snakker.

## «Det kan være vanskelig å huske på å forebygge støy.»

Noen av disse samtaler mellom kollegaer, pårørende og pasienter kan man for eksempel gjennomføre ved å trekke seg bort fra hodeenden av pasientens seng (2).

#### Lydalarm

Det kan være vanskelig å huske på å forebygge støy. Da kan en visuell alarm som SoundEar være til hjelp (18). Det har vist seg at denne typen alarm kan redusere forekomsten av støy-

topper signifikant (19). SoundEar ble montert på tremannstuene i avdelingen. Den er utformet som et øre, som lyser grønt når lyden er på ønsket nivå, det vil si under en egendefinert grense. Alarmen lyser gult når denne grensen overstiges, og hvis lydnivået stiger ytterligere 5 dB(A) lyser den rødt. Kollegaer har også gitt tilbakemelding om at det er lettere å henvise til utløste alarmer på SoundEar enn å be sine kollegaer om å dempe seg.

#### Involvering av kollegaer

For å lykkes i arbeidet med støyreduksjon informerte vi samarbeidende enheter og yrkesgrupper om prosjektet. Blant annet ble anestesilegene, fysioterapeutene og røntgenavdelingen informert. Støyen fra en røntgenmaskin som trilles forbi ble i en undersøkelse målt til 98 dB. Til sammenlikning ligger en motorsykkels lydnivå på 90 dB (2). For å redusere antall besøk fra radiologisk avdeling, forsøkte vi å innføre at legen skulle rekvirere røntgen thorax dagen i forveien, slik at man i større grad fikk lagt undersøkelsene til samme tidspunkt.

Stadige telefonsignaler var et annet støymoment vi ville gjøre noe med. I tillegg til å justere ned volumet på telefonene har vi i samarbeid med fysioterapiavdelingen blitt enige om at de kommer inn til pasientene for å avtale tid, i stedet for å ringe. Behandlingstiden for fysioterapi forsøkes også å tilpasses før og etter hviletiden.

#### 10-minutters pause

Ifølge Åkerstedt fra Stressforskningsinstituttet ved Stockholms universitet, øker pauser sikkerheten, konsentrasjonen og våkenhetsnivået hos

personalet. For at pausen skal gjøre nytten sin bør den brukes til noe interessant, slik at hjernen får koplet av (20). På bakgrunn av dette valgte vi å prøve «timinutters pauser». Sykepleieren kan oppleve ekstra pause som et gode, samtidig som det forplikter ham eller henne til å redusere samtaler inne hos pasienten. På denne måten blir pasienten utsatt for mindre støy. Men pausen er ikke obligatorisk, og man vil bare kunne gjennomføre den når forholdene ligger til rette.

#### Akustikkdempende plater

Utformingen av rommene på intensivavdeling har betydning for støynivået gjennom akustikk og etterklang. Gjennom å installere lydabsorberende material på tak og/eller vegger er det vist at etterklangstiden kan forbedres radikalt (3).

Vi har med støtte fra NAV kjøpt inn og montert opp akustikkdempende plater på veggene på pasientrommene. Platene ble satt opp i avdelingen etter at spørreundersøkelsen ble gjort og er derfor ikke referert til der.

#### Lydmålingene

Vi har brukt to ulike typer måleutstyr under prosjektet. Før vi iverksatte tiltakene brukte vi en SoundEar Pro, et lite apparat som måler og logger hele lydnivået. Etter tiltakene brukte vi SoundEar med SoundLog, som i tillegg til å måle og lagre lyd, fungerer som en visuell alarm for det som er i fargene grønt til rødt. Denne har dessverre en begrenset målerekkevidde, slik at kun deler av lydbildet er målt. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne støynivået før og etter tiltakene.

Målingene har vist klare variasjoner i avdelingens døgnrytme. På natten ser vi at intensiteten av lyd er mindre enn på dag og kveld. Under vaktskiftene er det ekstra høyt støynivå, og da spesielt på vaktskiftet mellom dag og kveld. Dette samsvarer med funn fra andre prosjekter (2). I begynnelsen forsøkte vi å holde rapporten i vaktskiftet utenfor pasientrommene. Dette viste seg praktisk vanskelig å gjennomføre. Årsaken til dette er de fysiske forholdene på avdelingen. Vi uttrykte også et ønske om å se pasienten og utstyret man skulle rapportere om. I forkant av prosjektet prøvde vi ut «stille rapport», men det ble av ulike grunner ikke videreført.

#### Spørreundersøkelse

For å få et inntrykk av intensivsykepleierens opplevelse av støyprosjektet og effekten av de støyreducerende tiltakene, lagde vi en spørreundersøkelse med åpne og lukkede spørsmål. Etter en pilotstudie ble undersøkelsen sendt ut

elektronisk til de 101 sykepleierne på avdelingen. To uker senere ble det sendt ut en purring til samtlige. Svarprosenten var på 50 prosent.

Cirka 90 prosent av sykepleierne bekreftet at støy var et problem ved avdelingen og for intensivpasienten. Like mange så behov for støyredukerende tiltak, og at støyreduksjon burde være et fokusområde.

Det ble spurt om prosjektet hadde påvirket arbeidsdagen og fritiden. Blant svarene sa ni stykker (18 prosent) at de var mindre slitne og hadde mindre hodepine. En sykepleier skrev at man ble hysjet på hele tiden, en annen sa at det var mindre prat på jobb og desto mer prat hjemme.

Vi mottok signaler om at flere syntes det var vanskelig å be sine kollegaer dempe seg. Vi spurte derfor om hvordan de opplevde å be noen dempe seg. 65 prosent svarte at de synes det var litt ubehagelig, mens 31 prosent synes det var uproblematisk. Derimot syntes 78 prosent at det var uproblematisk å bli bedt om å dempe seg.

På spørsmål om hvordan sykepleierne ønsket at man skulle jobbe videre med støyreduksjon trakk de fleste frem virkemidler som bevisstgjøring, vedlikehold av og kommunikasjon om temaet som de viktigste faktorene for å oppnå en hverdag med mindre støy.

### Konklusjon

Det har vært en utfordring å implementere tiltakene i en så stor gruppe med kollegaer; jevnlig

oppfølging er av vesentlig betydning, slik som sykepleierne selv påpekte i spørreundersøkelsen.

Lydøret er et av de tiltakene som har vært lettest å gjennomføre, samtidig som det er det tiltaket som har vært lagt mest merke til. Det er en indikator som gir umiddelbar respons på lyd. Siden det kan være vanskelig å gjøre kollegaer oppmerksomme om at de «støyer», har vi fått flere tilbakemeldinger på at det er lettere å henvise til den objektive målingen fra øret.

Vi mener det faktum at 18 prosent av respondentene svarer at de har en bedre arbeidshverdag med redusert hodepine og er mindre utslitte, rettfærdiggjør og tydeliggjør behovet for et slikt prosjekt. Det er mulig å søke NAV om økonomisk støtte til denne type prosjekter. Arbeidsgiver må da stille med restbeløpet av investeringene og tid til gjennomføring av prosjektet.

Prosjektet har bidratt til en positiv endring i arbeidsmiljøet, og forhåpentligvis også til å gi pasientene et bedre opphold på intensivavdelingen vår.

*Vi vil takke arbeidsgiver som investerte tid og penger i prosjektet og de øvrige medlemmene i støygruppen; Anne-Bjørg Nilsen, Ulla Spansdahl og Ann-Marie Storsveen. I tillegg vil vi takke Øystein Horgmo fra Foto- og videotjenesten ved Rikshospitalet for hjelp med illustrasjoner. ■■■*

✓ Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

### LITTERATUR

1. Christensen M. Noise levels in a General Surgical Ward: a descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:156-164.
2. Cmiel CA, Karr DM, Gasser DM, Oliphant LM, Neveau AJ. Noise Control: A Nursing Team's Approach to Sleep Promotion- Respecting the silence creates a healthier environment for your patients. *AJN* 2004; Feb 104 2: 40-48.
3. Xie H, Kang J, Mills GH. Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Critical Care* 2009; 13:42.
4. Nigthingale F. Notes on nursing: a guide for today's caregivers / International Council of Nurses. Edinburgh: Ballière Tindall Elsevier, 2009.
5. 2006-07-10: Guidelines for Community Noise published av Worlds Health Organization (WHO) <http://www.who.int/docstore/peh/noise/Comnoise-4.pdf>
6. FOR 2006-04-26 nr. 456: Forskrift om vern mot støy på arbeidsplassen. Lest på nettet: <http://www.lovdata.no/for/sf/ad/xd-20060426-0456.html>
7. Society of critical care medicine. Guidelines for Intensive Care Unit Design. *Critical Care Medicine*. 1995; 23 3: 582-588.
8. Busch-Vishniac IJ, West JE, Barnhill C, Hunter T, Orellana D, Chivukula R. Noise levels in John Hopkins Hospital. *J Acoustical Society of America*. 2005; 118 6: 3629-3645.
9. Akansel N, Kaymaki S. Effects of intensive care unit noise on patients: a study of coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17: 1581-1590.
10. Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009; 25: 314-322.
11. Richardson A, Crow W, Coghill E, Turnock C. A comparison of sleep assessment tools by nurses and patients in critical care. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16:1660-1668.
12. Topf M, Dillon E. Noise induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart & Lung*. 1988; 17: 567-573.
13. Monsén MG, Edéll-Gustafsson UM. Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioral modification programme. *Intensive and Critical Care Nursing* 2005; 21: 208-219.
14. Richardson A, Thompson A, Coghill E, Chambers I, Turnock C. Development and implementation of a noise reduction programme: a pre- and postaudit of three hospital wards. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18: 3316-3324.
15. Kahn, DM, Cook TE, Carlisle CC, Nelson DL, Kramer NR, Millman RP. Identification and Modification of Environmental Noise in an ICU Setting. *Chest* 1998; 114 2: 535-540.
16. Chambrin MC. Alarms in the intensive care unit: how can the number of false alarms be reduced? *Crit Care*. 2001; 5 4: 184-188.
17. Gorges M, Markewitz BA, Westenskow DR. Improving Alarm Performance in the Medical Intensive Care Unit Using Delays and Clinical Context. *Anesth Analg*. 2009; 108 5: 1546-52.
18. Boehm H, Morast S. Quiet Time: A daily period without distractions benefits both patients and nurses. *AJN*. 2009; 109 11: 29-32.
19. Chang Y-J, Pan Y-J, Lin Y-J, Chang Y-Z, Lin C-H. A Noise-Sensor Light Alarm Reduces Noise in the Newborn Intensive Care Unit. *Am J Perinatol*. 2006; 23: 265-272.
20. Löwendahl AK. Fikapausen lönar sig- för alla parter. ST Press, Arbetsmiljö. 2009-10-21.

# INTENSIVKURS I HELSELEDELSE

- Lederkompetanse  
på ett semester

BI Drammen tilbyr Intensivkurs i helseledelse våren 2013. Kurset henvender seg til helsefaglig tilsatte på leder- og mellomledernivå, som ønsker å konvertere realkompetanse til formalkompetanse.

Kurset foreleses over til sammen seks dager med følgende temaer:

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

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

Foreleses følgende dager våren 2013: 4. - 5. mars, 11. - 12. april, 13. - 14. mai

For mer informasjon se [www.bi.no/helseledelse](http://www.bi.no/helseledelse)

BI DRAMMEN, Telefon 98 25 16 20, [bi-drammen@bi.no](mailto:bi-drammen@bi.no) [www.bi.no/drammen](http://www.bi.no/drammen)

TYNGDEN DU TRENGER

BI

## Placebo får deg til å sove



En studie publisert i British Medical Journal viser at mye av årsaken til at sovepiller fungerer, er placeboeffekten.

Funnene viser ut at sovemedisinene som ble undersøkt, fikk folk til å sovne raskere. Men sammenliknet med placebopiller var forskjellene små.

Blant de spesifikke sovemidlene (hypnotika) som ble undersøkt fins det to hovedgrupper:

- Benzodiazepinlignende preparater
- Benzodiazepiner

Forskerne mener at fordelene med å ta sovemedisin må veies opp mot risikoen for bivirkninger og avhengighet.

I metaanalysen inngår 13 kvalitetsstudier.

Norsk helseinformatikk skriver på sine nettsider at studien ifølge National Health Service er av spesiell interesse fordi den tar med både publiserte og upubliserte studier.

Tidligere analyser har kun inkludert publiserte studier, og de kan derfor ha vært utsatt for publikasjonsskjevhet. Studier som ikke viser effekt, blir ofte ikke publisert.

## Sannheten om mor

Sykepleier Janecke Hagevik har intervjuet døtre om deres forhold til sin mor i boken «Sannheten om mor – 23 døtre forteller». Døtre fra 24 til nesten 90 år fikk snakke fritt om forholdet til moren, alle med fiktiv identitet som gjorde det lettere for dem å åpne seg. Boken kom ut i høst.



**GREPET:** Menn vil ha en jobb som engasjerer. De har klare ideer om hva som er god sykepleie.

## Mann og forbaska god sykepleier

Stipendiat og høyskolelektor Kristin Jordal ved Høgskolen i Vestfold forsker på hvordan mannlige sykepleierstudenter går inn på dette tradisjonelle omsorgsfeltet. Høgskolen i Vestfold hadde i flere år et eget opplegg for mannlige sykepleierstudenter, men tross satsingen er det fortsatt bare rundt ti prosent mannlige studenter her. Bjørn og Christian er to av dem. I et kapittel i boka «Profesjon, kjønn og etnisitet» intervjuer Jordal de to om hvorfor de valgte sykepleie.

Begge er godt voksne og har en yrkeskarriere bak seg når de begynner på studiet.

Valget av sykepleieryrket er et svært reflektert valg. Christian gir uttrykk for at han er kommet nærmere et ideal om å hjelpe andre, de som virkelig trenger det. Bjørn får tilegnet seg ønsket fagkunnskap, samtidig som han har fått en arena der han kan utvikle seg og vokse som menneske. Å ha en jobb som engasjerer er viktig for begge to. Christian sier for eksempel: «Det å ha den driven, den nysgjerrigheten – at det her, det skal jeg fikse. For å bruke et litt flåsete uttrykk; jeg skal bli en forbaska god sykepleier».

Stipendiat Jordal mener vilje, ekthet og driv er egenskaper som står sentralt

## Flere tvillinger på Haukeland

110 tvillingpar ble født på Haukeland i 2011. Det er 19 flere enn i 2011 og 6 flere enn i 2010. Om det er en ny trend eller bare normal variasjon er for tidlig å si.

I 2011 hadde Haukeland tre trillingfødsler. Det er som normalt.

Totalt ble det født 5084 barn på Haukeland i 2012.

Kilde: Helse Bergen



for sykepleierstudentene, og at de kopler disse egenskapene til kvaliteten på arbeidet de gjør.

Intervjuene med de to mannlige sykepleierstudentene viser at de har klare forestillinger om hva som er god sykepleie, og hva slags sykepleiere de selv ønsker å bli.

Ifølge Jordal er de med på å omforholte et klassisk omsorgs- og nestekjærlighetsideal i sykepleiefaget, samtidig som de ivaretar sin identitet som mannlige studenter. Å være en god mannlige sykepleier beskrives av de to som «å ha grepet».

## Fikk Pingvinpris

Helga Jentoft fikk Pingvinprisen på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

Prisen gis til en som har vist et spesielt engasjement og vært en god ambassadør for sykehuset.

Jentoft er operasjonssykepleier, og har lang erfaring som leder. Hun har vært ansatt siden 1971 og har ifølge UNN representert stabilitet i en særdeles viktig nøkkelfunksjon. Hun roses for sin visjonære handlekraft. Prisen består av et kunstverk og en diplom.

Kilde: unn.no



Foto: Jan Fredrik Franzen

## Filmer med hjelp fra Hollywood

Profesjonelle filmskaperere har stilt opp for å lage film til barn og ungdom som skal opereres på Oslo universitetssykehus (OUS). I tillegg har sykepleiere, leger og annet personell stilt opp på fritiden - i rollene som seg selv.

– Fantastisk innsatsvilje, sier prosjektleder Anja Smeland.

Til sammen seks filmsnutter, tre for barn og tre for ungdom, skal vise hva som skjer hjemme før operasjon, på selve operasjonsdagen og når man våkner opp. Filmene skal legges på OUS sine nettsider og være tilgjengelige for alle. Planen er at de skal være ferdige til sommeren. Idé og manus: Sykepleiere ved kirurgiske barneavdelinger.

Katie Hetland og Hallgrim Haug, som til daglig lager film i Hollywood, står for filming, regi og redigering. Katie Hetland vant i høst en Emmy for arbeidet med Lady Gagas konsertfilm «Lady Gaga Presents The Monster Ball Tour: At Madison Square Garden».

Bakgrunnen er et prosjekt for å lage felles strategi for å forberede barn og unge som skal opereres på OUS.

– Det har vært mange forskjellige rutiner, og det kan være frustrerende for barn og foreldre, sier Smeland.

– Vi skal kvalitetssikre den preoperative sykepleien ved å lage ensartete og kunnskapsbaserte rutiner, men samtidig gi rom for å individualisere pleien til hvert enkelt barn. Prosjektet er et samarbeid mellom Kirurgisk avdeling for barn på OUS og Høgskolen i Oslo og Akershus.

– Det er viktig at alt ser ekte ut, sier hun.

– Derfor har også anestesileger, operasjonssykepleiere



**KLAR FOR OPPTAK:** Sykepleiere og leger stiller opp når det skal lages film om barn før, under og etter operasjon.

og bioingeniører stilt opp som seg selv. Det er også blitt tatt blodprøver og lagt inn venekanyler på ordentlig. De to pasientene er de eneste skuespillerne i produksjonen.

## Hiv-bok til fastleger

Alle fastleger i Oslo fikk tilsendt boka «Hiv for helsepersonell» i forbindelse med Verdens aidsdag 1. desember. Forfatter Åse Haugstvedt skrev boken fordi hun erfarte at helsepersonell mangler kunnskap om hiv og hvordan viruset smitter. Helsebyråden i Oslo, Anniken Hauglie, er enig. Til Blikk Nett sier Hauglie at hun tror kunnskapsnivået om hiv blant fastleger og annet helsepersonell generelt er for lavt.

– Jeg tror mange fortsatt betrakter hiv som en nisjesykdom, fordi det i dag fortsatt er en relativt smal pasientgruppe. Jeg mener det er viktig å ikke betrakte hiv som en homosykdom. Det er mye bredere enn det, sier Hauglie til Blikk Nett.



## Færre komplikasjoner uten oksytocin

Færre akutte keisersnitt og færre alvorlige rifter er resultatet etter at fødeavdelingen ved Stavanger universitetssykehus endret rutinene for bruk av oksytocin.

Ved fødeavdelingen på Stavanger universitetssykehus (SUS) har de nå valgt å la flere fødsler gå som normalt, i stedet for å stimulere med oksytocin. Tidligere ble det gitt oksytocinstimulering en time



**BEDRE FOR MOR OG BARN:** Ved å vente to timer lenger på at fødselen skal starte av seg selv, ser de færre komplikasjoner for både mor og barn ved Stavanger universitetssykehus, ifølge en fagartikkel i faggruppebladet Jordmora.

etter amniotomi – altså at fødselshinna riftes. Med de nye retningslinjene må fødende vente tre timer fra rifting til de får oksytocin. Dette har vist seg å redusere antall keisersnitt og alvorlige rifter.

Det kommer fram i en fagartikkel i faggruppebladet Jordmora.

– Selv om dette for enkelte kvinner gir et noe lengre fødselsforløp, må kanskje tid i seg selv ses på som et virkemiddel for å oppnå en normal fødsel med færre intervensjoner og komplikasjoner, skriver artikkelforfatter og jordmor ved Stavanger universitetssykehus, Elsa Lindtjønn.

– Stimulering med oksytocin forkorter fødselsforløpet, men det er ikke vist at bruk av oksytocin reduserer behovet for operative forløsninger, selv om medikamentet har vært brukt til denne indikasjonen i over 40 år, skriver Elsa Lindtjønn i fagartikkelen.

Ved hennes avdeling ble det gjort en tverrfaglig kartlegging av hva den enkelte opplevde som fordeler og ulemper med oksytocin. På bakgrunn av denne kartleggingen ble rutinene for bruk av medikamentet endret. Det var motstand mot endringene.

Etter rutineendringene viste en under-

**LES MER I JORDMORA:** Jordmora er bladet til Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund.



søkelse av bruk av oksytocin hos 9827 kvinner mellom januar 2009 og juli 2011 at rutineendringene ga tydelig reduksjon i keisersnitt og alvorlige rifter.

Tidligere studier har vist at det er en sammenheng mellom oksytocin og fødselsasfyksi, det vil si surstoffmangel hos barnet. Her er det ikke funnet signifikante forskjeller ved SUS.

– Til tross for at reduksjonen i antall asfyktiske barn ikke er signifikant, opplever både jordmødre og leger i avdelingen at en sjeldnere ser barn med alvorlig asfyksi, ifølge jordmor Elsa Lindtjønn.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**  
annkristin.helmers@sykepleien.no  
Illustrasjonsfoto **Colourbox**

## Leseboka

**I byen og på landet** het min første lesebok, utgitt av Cappelen forlag og formgitt av Thorbjørn Egner. Det skulle bli nærmere tjue lesebøker for norske elever fra Egners hånd. Jeg har noen av bøkene ennå. De enkle og vakre illustrasjonene vekker gode minner hos meg. Selv om ikke alt var bra i norsk skole i begynnelsen av 1960-tallet – noe Jens Bjørneboe fikk godt frem i romanen om Jonas – er min skolebarndom full av gode minner. Mange av dem er knyttet til Thorbjørn Egners geniale og humørfylte tegninger.

Nå når Egner minnes på sin 100-årsdag, er jeg glad for å ha fått del i hans bildeverden. Det er først og fremst bildene jeg bærer med meg videre i livet. For meg er lesebøkene gode minner om den norske enhetsskolen. Enhetsskolen og Egner står for meg som bærebjelker i et framvoksende nasjonalt fellesskap preget av samhold og solidaritet. Det var før privatskolene appellerte til middelklassens foreldre sine ambisiøse planer for sine barn. I 1960-tallsskolen var vi som kom fra arbeiderklassen likeverdige med middelklassens og borgerskapets barn. Vi utviklet et nasjonalt fellesskap i skolen. Der lærte vi å være sammen, og at det var like greit å være barn av en feier eller tømmerer som en bankfunksjonær eller direktør. En av våre fellesnevner var de etter hvert så slitte lesebøkene til Thorbjørn Egner.



KH Mygaard

# Doddos Haukeland

Eduardo «Doddo» Andersen vil vise folk på utsiden hva som skjer på Haukeland.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**  
nina.hernes@sykepleien.no

**F**or dem som jobber på sykehus, er alt som skjer helt normalt. Men for oss på utsiden skjer det spektakulære ting der.

Det sier forfatter og musiker Eduardo «Doddo» Andersen, som har skrevet boken *Mitt Haukeland* til sykehusets 100-årsjubileum.

Det er ikke en historiebok med hyllest av legepionerer, men et situasjonsbilde av Haukeland i dag. Andersen har blant annet snakket med de nybakte foreldrene til et altfor tidlig født barn, vært med på hjerteoperasjon, besøkt sengesentralen og rotet seg bort i Haukelands underjordiske irrganger.

– *Hvorfor bok om Haukeland?*

– Jeg ble spurt om å skrive, så det er riktigere å spørre hvorfor jeg valgte å skrive på denne måten. I stedet for å dra historien, ville jeg vise folk på utsiden hva som skjer inne på sykehuset, sier Andersen på telefon fra Bergen.

– Jeg ville også balansere inntrykket folk har. Gjennom media kan man få et negativt inntrykk av Haukeland, fordi det som går bra er uten nyhetsverdi.

Andersen har selv vært pasient på Haukeland. I 2004 ble han behandlet for testikkelkreft. Men den gangen tenkte han ikke på hvor blodet han fikk kom fra eller hvordan maten ble transportert fram til sengen hans. Det har han et klarere bilde av nå.

– *Samsvarer erfaringene du hadde som pasient med det du opplevde i arbeidet med boken?*

– Ja. Det er et sted med veldig høy kunnskap. Jeg hadde aldri følelsen av

at jeg kunne fått bedre behandling noe annet sted. Jeg tror det er sånn de fleste har det.

– *Var det vanskelig å få tilgang til sykehuset?*

– I begynnelsen ble jeg møtt med ekstrem skepsis og slapp nesten ikke til. Men da jeg gikk gjennom kommunikasjonsdirektøren, åpnet dørene seg. Men det innebar at jeg alltid startet på toppen av hierarkiet, det kunne vært mer interessant å starte på bunnen.

Andersens oppgave var ikke å grave

## «Kanskje gjorde sykepleierne sterkest inntrykk.»

frem det negative, men å presentere virkeligheten.

– *Kunne du skrevet det, om virkeligheten hadde vært mer negativ?*

– Det ville blitt et dilemma. Feilbehandling skjer også på Haukeland, men det er ikke systemiske feil. De behandler vanskelige tilfeller der det kan oppstå tvil som kan føre til feil. Det er viktig å få frem at det er mennesker som behandler mennesker, og da vil det oppstå feil.

I boken viser han stor ærefrykt, spesielt for jobben legene gjør. Men han legger ikke skjul på at de kan bli bedre til å informere.

– *Det sier pasientene og det opplevde jeg selv da jeg var syk, sier han.*

– *Det er ikke så mange sykepleiere som kommer til orde?*

– Nei. På et punkt i arbeidet så jeg at det bare var leger som uttalte seg.

Jeg jobbet med å få med flere sykepleiere, men det var vanskelig å få dem til å uttale seg. De har kanskje litt lav selvtillit, eller så er de redde for å bryte taushetsplikten. Den er hellig for dem, men det var også mye som ikke omfattes av taushetsplikten de nektet å la meg skrive om. For eksempel at en pasient ikke snakket godt norsk.

– *Kunne de fått mer plass om de hadde snakket mer?*

– Ja. Jeg opplever at sykepleierne vet mer om pasientene enn legene.

For eksempel på nyfødt er de tett på barna hele døgnet. De registrerer den minste endring i pust og har full kontroll på matinntak. Uten dem går det ikke.

– *Hva var morsomst med å skrive boken?*

– Å være på sykehuset. Jeg føler jeg har vært med på en fantastisk reise. Det er mange triste korridorer på Haukeland, men mye som skjer bak dørene.

– *Hva gjorde sterkest inntrykk?*

– Engasjementet til de ansatte. Både leger og sykepleiere viser glede over jobben i seg selv. Kanskje gjorde sykepleierne sterkest inntrykk. Legene får god økonomisk kompensasjon, de får anerkjennelse og makt. Det får ikke sykepleierne. De har en krevende og stressende jobb. For eksempel med korridorpatienter. Vi

ser alltid situasjonen fra pasientens ståsted. Jeg har aldri før tenkt på hvor tungt det er for sykepleierne med korridorpasienter, og hvor mye ekstra arbeid det blir når det for eksempel står en seng foran lintøyskapet.

– Har ditt syn på helsevesenet endret seg?

– Ja, jeg har fått et annet syn på økonomien. Haukeland får 8,4 milliarder kroner av staten i året. Bruker de opp dem, kommer det ikke nye penger. Da må de hente inn tapet året etter. De har et budsjett å forholde seg til. Det kan høres kaldt og kynisk ut, men et sted må bevilgningene stoppe. Jeg skjønner ikke hvordan de skal klare å ta unna alt når eldrebølgen kommer. Jeg tror vi står på toppen av hva vi kan tilby av behandling. Et eller annet sted må vi begynne å prioritere.

– Var noe på Haukeland helt ukjent?

– Ja, at det er en egen avdeling for å reparere ikke motorisert kjøretøy. Det er kjempespennende. Jeg visste heller ikke at hver eneste seng blir vasket etter at en pasient har brukt den. Det er fysisk arbeid. Sengene blir trillet fra postene, ned



## Eduard «Doddo» Andersen

Aktuell med: Mitt Haukeland

i kjelleren, vasket, tørket og redd opp før de trilles opp på post igjen.

– Er det noe du vil formidle til de som leser boken?

– At folk må slutte å klage og heller glede seg over det helsevesenet vi har. Jeg tviler på at noen har det bedre. Det kan være det fins et sykehus i USA som tilbyr bedre behandling, men det er ikke for de fattige. I Norge behandles alle likt. Jørgen hattemaker og kong Salomo får samme avanserte behandling.

– De som klager, er de som venter på å komme inn på sykehuset, påpeker Andersen.

– Det handler om kapasitet. Som kreftpasient måtte jeg også vente. Det var frustrerende, men jeg måtte innse at det var andre kreftpasienter i samme kø. De ansatte jobbet overtid og strakte seg for å behandle oss fortest mulig.

– Har du fått reaksjoner på boken?

– Ja. Jeg tror boken har løftet selvtiliten til de som jobber på Haukeland. De er fornøyde med at jeg får frem det positive som skjer der, uten å skryte. Jeg har bare observert hva de gjør. ■■■



### Alternative veier

Pasienter med eksepsjonelle sykdomsforløp

Av Tove Kruse og Anita Salamonsen  
Gyldendal Akademisk, 2012  
198 sider

ISBN 978-82-0539-523-7

Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier

## Fascinerende lesning

**ANMELDELSE:** I *Alternative veier* gjengis åtte historier om eksepsjonelle sykdomsforløp. De er hentet fra Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) sitt register for eksepsjonelle sykdomsforløp. Felles for historiene er at pasientene mener de har blitt vesentlig bedre enn forventet med alternativ behandling. De forteller med egne ord hvordan de opplever å ha blitt bedre av kreft, multipl sklerose (MS) og kronisk tretthetsyndrom. Det å få en alvorlig kreftdiagnose og å orientere seg i alle de ulike tilbudene av alternativ medisin og behandlingsformer, er ikke en enkel oppgave. En pasient beskriver det slik: «Det føles som å stå med en fot i grava og den andre på et såpestykke». Det er fascinerende lesning.

De to forfatterne har i flere år forsket på eksepsjonelle sykdomsforløp knyt-

tet til bruk av alternativ behandling. I denne boka reiser de to sentrale spørsmål: Hvordan opplever pasientene det å stå i krysningspunktet mellom det offentlige helsevesenet og det alternative behandlingsfeltet? Og: Hvilken rolle spiller pasientene i sine sykdomsforløp?

Det er blant annet interessant at MS-forbundets inntrykk er at MS-pasienter ofte opplever leger på sykehus som mer avvisende til alternativ behandling enn fastlegene.

I boka er tid fellesnevner for MS-pasientene og kreftpasientene. Det at behandlerne som møter pasienten, være seg lege eller ikke, tar seg tid til å lytte, og at de ser på sine pasienter som hele mennesker. I boka beskrives at alternative behandlere oppfordrer MS-pasientene til å lytte til kroppens signaler, noe de i mindre grad erfarer at legene oppfordrer til.

En av styrkene ved boka er at den

er skrevet av to som selv ikke arbeider i helsesektoren. De evner å gi leserne en nøytral beskrivelse av fenomenene de har undersøkt og setter fenomenene inn i et sosiologisk og historisk perspektiv.

Sett utenfra, for de av oss som til daglig ikke er ordentlig inne i denne diskursen, virker det av og til som at frontene mellom skolemedisin og alternative behandlingsformer står noe steilt mot hverandre. Men finner mennesket med lidelsen en form for trøst i behandlingen han eller hun får, er jo det det sentrale, for hovedsaken er jo at menneskene bak lidelsene får det bedre. Man kan sette dette opp mot filosofien i den Hippokratiske legeeden; av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste. ■■■

Denne boken ble også anmeldt i Sykepleien nr. 14/12, som var leserstyrt.



### Miljøterapeutisk praksis

– fortellinger fra arbeidet med utsatte barn og unge

Kate Mevik og Erik Larsen (red.)

118 sider

Universitetsforlaget, 2012

ISBN: 978-82-15-02014-3

Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier

## Grundig om miljøterapi

**ANMELDELSE:** Hva er miljøterapi? Svaret er ikke enkelt, ei heller har det to streker under seg. Miljøterapeutisk praksis avhenger av konteksten; det faglige miljøet, sammensetningen av pasienter og personale og evnen til å reflektere rundt jobben. Denne boka gjorde meg litt klokere.

Budskapet er at man kan bli en dyktig miljøterapeut ved å bruke skriftlig refleksjon til å forstå seg selv, sine tanker og følelser i forbindelse med arbeidet. Den gir en innføring i hvordan man kan skrive seg til økt forståelse; fordi det å skrive en tekst gir informasjon, og det skaper emosjoner. Ved å bearbeide inntrykk kan man vokse, både som terapeut og menneske.

Gjennom sju beretninger får leseren ta del i mange og sterke erfaringer fra forskjellig miljøterapeutisk praksis

med barn og unge. Her beskrives blant annet hvordan det kan oppleves å komme hjem til en familie der moren motarbeider terapeuten fra første stund. I etterkant reflekterer terapeuten over hva som gikk galt, og gjennom skriftlig refleksjon forstår hun at utgangspunktet for intervensjon med familien og den aktuelle moren ble helt feil, slik at samarbeidet kom skjævt ut før det fikk begynt.

Et annet eksempel er der terapeuten blir slått av en ung jente på en utflukt. Hvorfor skjedde dette? Det er sterke tekster, men som leser sitter man igjen med dypere kunnskap og forståelse. En av skribentene går fra å være terapeut til å bli leder på samme avdeling og beskriver hvilke utfordringer det gir. Han erfarer hvor viktig det er at alle drar i samme retning og at den felles

grunnforståelsen blant personalet må være på plass før institusjonen kan gjøre godt arbeid med ungdommen.

Alle som skriver har blitt mer kjent med seg selv, sine sterke og svake sider, og boka viser med eksempler hvordan man kan gå i gang med å gjøre sine egne, nyttige refleksjoner. Det er bra.

Boka er full av kunnskap om miljøterapi, som kort fortalt kan tolkes som organisering (miljøet) og utvikling og forandring (terapi). Begrepet er mye mer enn dette, men studenter, terapeuter og andre som arbeider med mennesker vil ha nytte av å lese denne grundige og lettlesteboka. Den anbefales derfor til alle som ønsker å øke sine kunnskaper, både om seg selv, sitt arbeid og om miljøterapi. ■■■



«Jeg er en elendig skribent. Gudskjelov har mange mennesker elendig smak.» *Grace Metalious*

## Litterær sykdom

**ANMELDELSE:** Livet er et sårbart prosjekt. Sykdom og død er en del av vår felles livshistorie. Skriket vi møter livet med i fødselsøyeblikket bærer i seg både smerte og starten på det som også skal bli vår bane. Det er tilfeldig hvordan livet vårt blir. Det handler om flaks og skjebne. Døden er viss, selv om timen er uvis, heter et gammelt ordtak.

Før eller siden blir vi alle rammet av sykdom. Opplevelsen av sykdom er individuell. Hvert sykt menneske har sin egen fortelling om det å være syk. Om vi legger et evolusjonsbiologisk perspektiv på livet, vil sykdom og død inngå som en nødvendig del av livsprosessen. Uten død, intet liv. Sykdom og liv er innvevd i hverandre. Samtidig som vi alle innerst inne er klar over dette, har mennesket brukt enorme ressurser på å bekjempe sykdom og forlenge livet. Det er derfor naturlig at sykdom har vært et yndet tema i verdenslitteraturen. I denne boken kommer dette sjeldent godt til syne. Her fører forfatterne leseren inn i et univers av elendighet og pine. Det er nok sykdom til alle. Det begynner med pest og ender med selvmord.

De enorme utfordringene som møtte middelaldermennesket da svartedauden rammet Europa på 1400-tallet preget hele samfunnet. Her i Norge døde to tredeler av befolkningen. Selv de mest grsigrendte delene av landet ble rammet. Døden tok ikke sosiale hensyn. Både fattige og rike ble slått til jorden av

døden selv – i folkelitteraturen framstilt som «mannen med låen». Barmhjertighet ble ikke belønnet. De som hjalp de syke ble selv smittet og brakte smitten med seg videre til andre. De ble soldater i pestens hær. Utryddelsen av så store deler av vår egen og Europas befolkning la landområder øde og bygninger tomme. Der hvor folk tidligere hadde levd og lekt, var det nå øde gårder og hus. Det ga igjen grunnlag for ny vekst og muligheter, men pesten levde videre i fortellinger og historier.

I boken presenteres vi for et bredt utvalg av litteratur der pest og pandemier har en sentral plass. Forfatterne har gått grundig til verks og får med seg en enorm bredde av elendighet slik den er framstilt i narrativ form. Det gjelder også nyere pandemier og massesykdommer som influensa, spedalskhet, tuberkulose, kreft og aids.

Den elendighet som bæres videre gjennom litterære tekster påvirker leseren mer enn de nøkterne medisinske og kliniske beskrivelser. De gode fortellingene rører oss, fordi vi kan gjenkjenne noe i oss selv i dem. Sånn sett formidler de litterære tekstene en dybde i den felles menneskelige erfaringen som lærebøkene ikke så lett får med seg. Denne boken går imidlertid ut over den rene skjønnlitteratur. Her formidles også filosofiske og samfunnsmessige forståelser om helse og sykdom.

Tiltroen til vitenskapen er stor i vår

kultur. De enorme forskningsmessige framskrittene som er gjort i vår egen levetid, har endret våre forventninger til hva helsevesenet kan utrette. Samtidig har vi sjelden vært så opptatt av helse som i dag. Opptattheten av helse og sykdom har nesten selv fått et epidemisk preg. På tabloidavisenes forsider topper overskrifter om alle de farer som truer oss. Vi dyrker vinnerne og fører videre et system som forakter svakhet. Ungdom sliter – depresjon og selvmord rammer mange. For mange er ungdomsårene blitt en kanossagang mellom altfor store forventninger og manglende sosial tilhørighet. Det blir det lett sykdom av.

I boken er selvmord, depresjon, anoreksi og hysteri psykiatriske tema som blir grundig behandlet. Det er jo også nettopp i denne kategorien mange av våre beste forfattere har befunnet seg. Hamsun sultet seg gjennom Kristianias gater før han via opphold i Amerika kom tilbake til gamlelandet og mange år senere fikk diagnosen «manglende svekkete sjelsevner». En diagnose han kjempet imot. Han gikk til angrep på psykiatrien og datidens ledende norske psykiater Gabriel Langfeldt. Amalie Skram brukte mye av sin skrivevitid på å fortelle om opphold på sinnssykehus, Henrik Ibsen drakk seg nesten fordervet, Tor Ulven tok sitt eget liv osv. osv. Det gjelder ikke kun de norske forfatterne. Boken er globalt orientert, men



### Sykdom som litteratur

Av Hilde Bondevik og Knut Stene-Johansen  
412 sider  
Unipub, 2011  
ISBN: 978-82-7477-506-0  
Anmeldt av Karl-Henrik Nygaard, sykepleier og rådgiver

med vekt på Vesten. Det gjelder også kapitlene om hjertelidelser og epilepsi. Det siste gjelder blant annet flere av Fjodor M. Dostojevskij sine bøker.

Med fare for å bli misforstått, må jeg innrømme at jeg har gledet meg over å lese denne boken. Den har inspirert til videre lesning og, tror jeg, gjort meg til en bedre leser og kjenner både av historie, sykdom og vår felles skjebne i det å vite at vi alle, en eller annen gang, vil rammes av sykdom og død. Sånn er det bare. ■■■

Hva leser du nå ?



### Leser om India

– Jeg leser en bok som heter *Indias datter* av Shilpi Somaya Gowda, sier **Merete Norheim Morken**, foretakstillitsvalgt på Oslo universitetssykehus.

– Den handler om en indisk jente som moren redder fra faren. Han vil ta livet av henne som nyfødt fordi jentebarn ikke har verdi for en fattig indisk familie, men moren frakter henne i skjul til et barnehjem. Hun blir adoptert av et legepar i USA, hvor far er indisk, og lever et godt liv. Men på besøk

i India begynner hun å lete i fortiden sin. Boken følger både datteren og den biologiske moren, og beskriver godt det strie hverdagslivet for arbeiderne i en indisk storby.

Morken sier boken gir henne innsikt i Indias kultur og hverdagsliv.

– Det er en fantastisk bok. En annen bok som har gjort inntrykk, er *Bienes hemmelige liv* av Sue Monk Kidd.

– Handlingen er fra sørstatene i USA på 1960-tallet. Den handler om rasekamp og

likestilling og er skrevet sånn at jeg får følelsen av å være der, sier Merete Norheim Morken.

Som får lest flest bøker i ferien.

– Jeg har til vanlig en bunke dokumenter på nattbordet, sier hun.

– Men det er helt greit, for de inneholder mye spennende.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Marit Fonn**  
nina.hernes@sykepleien.no



**Leni Klakegg**, sykepleier og FoU leder, Songdalen kommune

**Marit Skraastad**, sykepleier og FoU leder, Porsgrunn kommune

**Ellinor Bakke Yddal**, sykepleier og prosjektleder, Sandefjord kommune

# Mangfoldig omsorg

Hvor rustet er det kommunale tjenesteapparatet til å gi omsorgstjenester til brukere med minoritetsbakgrunn?

**H**vem har kunnskapen når Omar trenger kommunale omsorgstjenester? Er det tilfeldig hvilken kompetanse som finnes i kommunene i forhold til brukere med minoritetsbakgrunn? Har utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester et ansvar for kompetanseheving innen dette feltet?

I denne artikkelen vil vi formidle resultatet av en kartleggingsstudie om hvordan omsorgstjenesten møter mennesker med annen kulturbakgrunn. Vi vil også kort beskrive Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og samarbeidet med Senter for omsorgsforskning Sør. Studiet er gjennomført i Vest-Agder, Aust Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. USHT i Vest-Agder, Telemark og Vestfold.

## Kvalitet i sykehjem

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en videreutvikling av et nasjonalt

prosjekt fra 1999 som besto av utprøving av undervisningssykehjem i de fire daværende universitetsbyene. Formålet med satsingen var å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen gjennom et økt fokus på forbedrings- og utviklingsarbeid og tettere samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Fra 2009 ble det opprettet undervisningshjemmetjenester i alle fylker etter samme modell som undervisningssykehjemmene. I den forbindelse ble «Strategi for utvikling gjennom kunnskap» utarbeidet av Helsedirektoratet 2010, og navnet ble endret fra undervisningssykehjem til «Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester».

Hovedmålet er at Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester skal være pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket. Det skal også være pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsingsområder, videreutvikle praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter, kompetanseutvikling hos ansatte, samt tilrettelegge for forskning og utvikling i helse og omsorgstjenestene. Målsettingene operasjonaliseres ved at utviklingssentrene samarbeider i sin region med de kommunale omsorgstjenestene, helseforetaket, utdanningsinstitusjoner, fylkesmenne og relevante fag og forskningsmiljøer.

## Fremmedkulturelle brukere

Hvordan møter kommunen etterspørselen etter omsorgstjenester blant brukere med innvandrerbakgrunn, og hvordan planlegger man å møte denne etterspørselen i framtida? Hvilken kompetanse og tjenesteutvikling er nødvendig i kommunene for å møte behovet for omsorgstjenester blant innvandrere, og i

hvilken grad dekkes disse i dag?

Spørreskjema og intervjuguidene er basert på fem temaer:

- ▶ Å gi en oversikt over kompetanse og kompetansebehov
- ▶ Å gi en oversikt over hvordan tjenestetilbudet blir kommunisert
- ▶ Å gi et bilde av hvordan enhetene arbeider med den daglige omsorgen i forhold til brukergruppa
- ▶ Å kartlegge i hvilken grad kommunene anvender tolk
- ▶ Å drøfte utviklingssentrenes nåværende og framtidige rolle som kunnskapsbaser for kommunene i utvikling av gode omsorgstilbud for mennesker med innvandrerbakgrunn.

Undersøkelsen ble gjennomført som en kartleggingsstudie ved hjelp av elektronisk spørreskjema og dybdeintervjuer. Spørreskjema ble sendt til 470 ledere for sykehjem og hjemmetjenester i 83 kommuner med en svarprosent på 51. Det er utført ti intervjuer med administrative ledere for utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i de fem fylkene. Studiet er gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør (1).

## Brukernes behov

Både intervjuene og spørreundersøkelsen viser at det er stor forskjell mellom kommunene og hvilke erfaring de har med brukere med minoritetsbakgrunn som trenger kommunal omsorg. Små kommuner har få brukere med minoritetsbakgrunn, mens byene har et større mangfold. Det er flest brukere i hjemmetjenesten og færrest med langtidsplass på sykehjem. Det er en forholdsvis stor del som



## Hovedbudskap

Kartleggingen viser at kommunene i liten grad er forberedt på å møte mennesker med innvandrerbakgrunn i den kommunale omsorgstjenesten. Kommunene er opptatt av temaet og ønsker å utvikle kunnskapen man har på området slik at man kan tilby denne brukergruppen gode tjenester. Man er opptatt av å se den enkelte bruker og gi individuelt tilpassede tjenester.



## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- ▶ Sykehjem
- ▶ Innvandrer



**TETTE BÅND:** Pårørende til brukere med minoritetsbakgrunn tar gjerne større del i pleie- og omsorgsoppgaver enn det som er vanlig når det gjelder norske brukere. Illustrasjonsfoto: Colourbox

søker om og mottar omsorgslønn, noe som kanskje kan forklare at behovet for langtidsplass er mindre og at familiene ivaretar omsorgen i større grad enn brukere med vestlig bakgrunn.

Flere av respondentene presiserte viktigheten av å se den enkelte bruker og gi individuelt tilpassete tjenester uavhengig av bakgrunn. De understreker også at det er viktig med tett kommunikasjon mellom ansatte i omsorgstjenesten, bruker og pårørende, for få belyst brukers historie. Det er ofte mer tidkrevende å sikre behovet for brukere i denne gruppen, og pårørende er ofte mer delaktige i å definere behovet enn hos etnisk norske.

#### Spesielle behov

Språk, kommunikasjon, mat, kulturforståelse, skikker og ritualer omkring sykdom og dødsfall er det som skaper mest usikkerhet hos helsepersonell som yter omsorg til brukere

med minoritetsbakgrunn. De opplever at den flerkulturelle kompetansen og kultursensitiviteten må styrkes i omsorgstjenesten for at brukere med andre språklige og kulturelle forutsetninger skal kunne dra likeverdig nytte av tjenestene.

#### Språk og tolk

I intervjuene ble det framhevet at særlig kvinnene, som har vært mye hjemme, behersker norsk dårlig. Det er ikke praktisk å bruke autorisert tolk i enhver situasjon i hverdagen. Autorisert tolk blir mest brukt på møter i planleggingsfasen og hvis det skal skje større endringer i omsorgen. I den daglige omsorgen er man avhengig av familiemedlemmer eller venner. Også barn blir brukt som tolker selv om flere sier de prøver å unngå dette. De kan vise til at det har oppstått uheldige episoder fordi bruker og de som tolker har ulike oppfatninger av en situasjon. Lederne

sier også at det er en økonomisk avveining å bruke tolk. Spørreundersøkelsen viser at kun 36 prosent av de spurte budsjetterer med autorisert tolk. De største kommunene budsjetterer med tolk. Både i spørreundersøkelsen og intervjuene kommer det frem at ansatte med

**«Det kan lett oppstå konflikt mellom det profesjonelle og private.»**

samme minoritetsbakgrunn ofte blir brukt som tolker i den daglige omsorgen. Det som i utgangspunktet kan virke som en praktisk og god løsning kan tvert imot skape utrygghet hos bruker. Mange av disse miljøene er små og det kan lett oppstå konflikt mellom det profesjonelle og private. Lederne som ble intervjuet sier at det er lite kunnskap om bruk av auto-



risert tolk og at det blir benyttet i liten grad. Dette samsvarer ikke helt med funnene som kommer frem i rapporten der over halvparten sier at de anvender autorisert tolk. Kommuneledelsen ser ut til å ha en annen oppfatning enn de som står nærmere brukeren.

### Skikker og ritualer

Flere av respondentene som ble intervjuet trakk frem at brukere med minoritetsbakgrunn ofte kan ha en komplisert bakgrunn, mange kan være traumatiserte uten at hjelpeapparatet vet om det. Det kan være vanskelige og uoversiktlige familieforhold som krever en ydmyk tilnærming fra omsorgsytteren. Det er en sterkere tradisjon for at pårørende til brukere med minoritetsbakgrunn tar seg av sine når de trenger hjelp. Men det kan virke som dette er i ferd med å endres, særlig hvis det er kvinnene i familien som trenger hjelp. De yn-

leverer handlelister fra brukerne og butikken leverer varer hjem til brukeren. De opplever at butikken strekker seg langt for å tilfredsstille kunden, men noen spesialvarer kan være vanskelig å få tak i. Flere av respondentene som ble intervjuet sa at pårørende til brukere med annen kulturell bakgrunn ofte tok del i tilberedning av mat. De kunne referere til episoder der pårørende hadde «inntatt» dagligstua på sykehjemmet for å tilberede og servere mat til brukeren, og at de andre brukerne reagerte på støyen og uvante matlukter på avdelingen. Men selv om det er stor usikkerhet blant de ansatte om mat og matkulturer blir det løst i de fleste tilfellene.

### Fremmedkulturelle ansatte

Begge undersøkelsene viser at det er en økning av ansatte med minoritetsbakgrunn, og flere får faste stillinger. Omsorgstjenestene blir brukt både som arbeidstreningsarena og som et ledd i språkopplæring, i hovedsak med NAV som aktør. Ansatte med minoritetsbakgrunn blir i noen grad brukt i pleie av pasienter med samme bakgrunn som dem selv. Men som tidligere nevnt er ikke dette bare positivt med tanke på små miljøer og taushetsplikten.

De fleste mener at ansatte med minoritetsbakgrunn kan bidra til økt forståelse og økt kompetanse hos de øvrige ansatte. I noen tilfeller blir de brukt bevisst i veiledning av kollegaer. Det kan være et problem med dårlig norskkunnskaper hos ansatte med annen kulturbakgrunn. For eksempel når de skal hjelpe eldre som hører dårlig og i tillegg snakker dialekt, eller når ansatte ikke vil stille enkelte pasienter; for eksempel menn som ikke vil stille damer og omvendt.

Noen etnisk norske pasienter kan være ufine og skeptiske til pleiere som ikke snakker så godt norsk og har annen hudfarge, men dette bedrer seg som regel når de blir mer kjent i miljøet. Høytider er viktig å ta med i planleggingen, mange etnisk norske setter stor pris på høytider og tradisjoner. Det er derfor viktig at det er ansatte på jobb som mestrer dette. En av respondentene fortalte om en episode der det ble servert rød bringebærsaus på ribba fordi vedkommende som var på jobb ikke kjente til hvordan den skulle serveres. Noen mener at hijab kan være et problem på grunn av hygien og beskriver det som lange «løse filler» som henger ned.

### Behov for kompetanse

Flere av informantene framhever at man

har for lite kunnskap om fremmede kulturer, men at denne kunnskapen ikke har så høy prioritet blant de ansatte. Det blir utsatt til utfordringen inntreffer, og da tyr man til ad hoc-løsninger. Det virker som de ansatte opparbeider seg god kompetanse på enkeltbrukere, men det er lite generell kunnskap om brukere med minoritetsbakgrunn. Mange avdelinger har satt av tid til etisk refleksjon der det også blir tatt opp utfordringer i forhold til brukere med minoritetsbakgrunn. Men dette er ikke systematisk gjennomført.

Spørreundersøkelsen viser at mer enn to tredjedeler har god kjennskap til utviklingsentrene og deres aktiviteter, noe som igjen genererer forventninger om kompetanseansvar. Både i spørreundersøkelsen og intervjuene mener deltakerne at USHT bør ha et ansvar for kunnskapshåndtering innen omsorg til brukere med minoritetsbakgrunn. Informantene trekker frem at man bør arbeide for et regionalt samarbeid om denne problematikken, der flere utviklingsentre deltar. Områder som blir trukket frem er utforming av serviceerklæringer på flere språk og temadager. Samarbeid med videregående skoler og høyskoler for å fokusere på problematikken i den ordinære opplæringen, og samarbeide med innvandrersorganisasjonene blir også foreslått.

### Avslutning

Kartleggingen viser at kommunene i liten grad er forberedt på å møte mennesker med innvandrerbakgrunn i den kommunale omsorgstjenesten. Men kommunene er opptatt av temaet og ønsker å utvikle kunnskapen man har på området slik at man kan tilby denne brukergruppen gode tjenester. Samhandlingsreformen forutsetter at kommunen skal være forberedt på å ta imot ulike pasientgrupper for oppfølging og viderebehandling når helseforetaket har gjort sitt. I arbeidet med å styrke kompetansen i kommuner og enheter benytter kommunene egne ansatte med innvandrerbakgrunn. Det er viktig at man kombinerer dette med utdanningstilbud av kortere eller lengre varighet for å styrke den totale flerkulturelle kompetansen. ■■■

### LITTERATUR

Disch PG, Fauske H. Omsorgstjenestens mange mellommenneskelige møter, – en kartleggingsstudie i fem regioner om omsorgstjenestens møte med mennesker med innvandrerbakgrunn. Senter for omsorgsforskning Sør, 2011.

## «Særlig kognitiv svikt er vanskeligere å diagnostisere riktig.»

gre familiemedlemmene er blitt mer vestlige i tanke- og handlingsmønster. Respondentene peker også på at de som yter omsorg føler seg usikre på ritualer brukere med minoritetsbakgrunn har rundt dødsfall. De synes det kan være vanskelig å spørre, da de er redde for at det skal virke støtende. Spørreundersøkelsen viser også at nærmere halvparten av de spurte mener at omsorgstjenesten har lav flerkulturell kompetanse og lite kunnskap om religion og religiøse høytider i andre kulturer. Mange kommer fra kulturer der religion har en større plass i dagliglivet enn i Norge og mange tjenesteytere sliter med hva de skal tilrettelegge for og innenfor hvilke ramme skal de tilrettelegge. Begge undersøkelsene viser at det er behov for mer kompetanse om sykdomsbildet til eldre med minoritetsbakgrunn, og at særlig kognitiv svikt er vanskeligere å diagnostisere riktig hos denne gruppen.

### Mat

Alle respondentene trekker frem mat og mattradisjoner som en utfordring. Det varierer hvor mye kunnskap kjøkkenpersonalet på institusjon har om mattradisjoner, særlig om muslimsk kultur. En del hjemmetjenesteavdelinger har handleavtaler med en butikk der de



**SYKEPLEIE:** Send oss ditt bilde!

## Hva er sykepleie?

Nå kan du sende oss bilder fra din hverdag.

**S**om kjent kan et bilde si mer enn 1000 ord. Nå oppfordrer Sykepleien leserne til å sende oss bilder som illustrerer hva sykepleie er. Sykepleie kan være mye og kan oppfattes forskjellig. Det er vanskelig å definere 100 prosent nøyaktig, men er likevel noe alle sykepleiere vet hva er.

Gjennom hele 2013 oppfordrer Sykepleien landets sykepleiere til å sende oss bilder som illustrerer hva de mener sykepleie er, eller hvordan de utøver den.

Hver fredag vil vi publisere bildene som har kommet inn på våre nettsider.

Send oss bilde og en kort billedtekst på maks 100 ord, til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no)

### «Likevel vet alle sykepleiere hva det er.»

Husk også å skrive hva du selv heter, kontaktinformasjon og hvor du jobber.

I slutten av 2013 vil alle som har bidratt bli med i trekningen av tre eksemplarer av praktverket Det friske og det syke mennesket I-VI av Vegard Bruun Wyller.

Sykepleien minner om at personer som blir avbildet, må ha gitt sitt samtykke til at bildene legges ut på nettet. ■■■

Start året med en

15. februar—05. april

## Aktivitetskonkurranse på arbeidsplassen!

Se vårt bilag i Sykepleien!



### Et sosialt aktivitetstiltak som passer for alle!

15. februar starter aktivitetskonkurransen "Den Store Nyttårmarsjen 2013". Målet er å "krysse Grønland" innen 05. april. Hver deltaker får innlogging til en personlig nettside med flere motiverende funksjoner og en skritteller.

- ▶ Konkurrer mot ansatte fra helsesektoren i hele Norge
- ▶ Lagkonkurranse - positivt for arbeidsmiljøet
- ▶ Alle aktiviteter teller
- ▶ Vinn flotte premier

Pris per deltaker

**299kr\***

Inkludert skritteller og personlig nettside.

\*Prisen er oppgitt eks. mva. (239 kr uten skritteller)

**Dann lag og meld dere på: [www.dytt.no/nyttar](http://www.dytt.no/nyttar)**

Meld dere på før 13. februar - Les mer på [www.dytt.no](http://www.dytt.no).



Gjør noe morsomt og aktivt sammen!



Kontakt Dytt på [info@dytt.no](mailto:info@dytt.no) eller tlf. 22 33 59 00.

**dytt.no**

Friskere og Gladere medarbeidere



# Kan en 16-åring nekte innblanding?

Autonomi er noe som vi gradvis får, men av og til og under særlige forhold kan vi se at autonomi ikke alltid er hensiktsmessig.

**M**ange av henvendelsene vi får til Rådet for sykepleieetikk omhandler spørsmål om autonomi og samtykke. Hvis det er to motstridende parter i en sak, der den ene mener seg samtykkekompetent og den andre er uenig, kan man spørre om hvor sykepleierens lojalitet bør ligge.

## **Anorexia nervosa**

Denne saken handler om en pasient og hennes pårørende, der sykepleieren syntes det var vanskelig å være lojal bare mot den ene part. Den handler om en ung, kvinnelig pasient på bare 16 år og hennes foreldre. Jenta hadde alltid hatt et problematisk forhold til mat. I oppveksten var det mye mat som hun ikke likte og som hun heller ikke var villig til å smake

mas om spising virket mot sin hensikt. Jenta gikk stadig mer ned i vekt, og situasjonen ble mer og mer fastlåst. De hadde godt samarbeid med fastlegen og gikk jevnlig til poliklinisk konsultasjon på barnpsykiatrisk avdeling på nærmeste sykehus.

Det ble gjort utallige avtaler med jenta om økt matinntak og antall måltider. Avtalene var både muntlige og skriftlige og med stor lovnad om at de skulle holdes. Felles for disse var at jenta etter kort tid var tilbake i det gamle spisemønstret. Det ble mange konfrontasjoner etter hvert som tiden gikk, og spesielt mot foreldrene gav hun uttrykk for at hun følte seg «overvåket» og at «de telte hver bit hun svelget». Bekymringer for jentas helsetilstand gikk den ene veien og beskyldninger om at de

rettighetsloven § 4-3, bare gis av: «Myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art».

Loven beskriver at personer over 16 år er helserettlig samtykkekompetent hvis det ikke er særlige grunner til at de ikke er det: «Når det er tvil om pasientene forstår hva de begir seg inn på, er deres samtykke fortsatt gyldig. Det er bare når det er åpenbart at pasienten ikke forstår hva de samtykker i, at samtykkekompetansen faller bort».

I tillegg har loven et viktig unntak for barn mellom 16 og 18 år som går ut på at visse situasjoner er av en slik art at samtykkekompetansen faller bort og at foreldreansvaret gjør at de må samtykke.

## «Det ble vanskelig å stå ansikt til ansikt med foreldrene og forsvare datterens rett til å holde dem utenfor.»

på. Dermed ble kosten ensidig og mest preget av brødmat. I fjortenårsalderen utviklet hun Anorexia nervosa.

Foreldrene opplevde at datteren i løpet av noen få måneder ble svært tynn. De uttrykte bekymring for vekten hennes, og i begynnelsen benektet hun at hun spiste lite. Hun sa at hun akkurat hadde spist når middagen kom på bordet. Ofte fortalte hun historier om at hun hadde spist hjemme hos venner etter skoletid og derfor ikke var sulten. Måltidene ble etter hvert mer og mer ampre, og foreldrenes

overvåket henne gikk den andre veien.

Noen uker etter at hun hadde fylt 16 år ble hun akutt innlagt på sykehus. Vekta var faretruende lav, og etter hvert samtykket hun til både innleggelse og parenteral ernæring, men det var på en betingelse; at hun ikke ville ha noen innblanding av foreldrene. De skulle ikke ha informasjon om hennes helsetilstand og heller ikke delta ved terapi, noe som hun ble lovet.

## **Hvem har samtykkekompetanse?**

Gyldig samtykke kan ifølge pasient og bruker-

## **Måtte avvise foreldrene**

Etter et par uker med parenteral væskebehandling, ernæring og samtaler var jenta kommet seg betraktelig. Hun samarbeidet godt, men holdt fast ved at foreldrene ikke skulle blandes inn eller få opplysninger om hennes tilstand. Foreldrene på sin side spurte etter tilstanden og bad om opplysninger. De bad om innsyn i rapporter, men måtte avvises fordi jenta ble oppfattet som samtykkekompetent.

Det var kanskje ikke det juridiske, men det etiske i saken som ble vanskeligst. Det å stå ansikt til ansikt med foreldrene og på et vis «forsvare» at datteren hadde rett til å holde dem utenfor ble vanskelig, og det var heller



ikke enighet blant personalet. I så måte kan Rådet vise til at en handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men etisk uakseptabel.

På den ene siden virket det meningsløst å ikke kunne gi informasjon til foreldrene, men bare henvide dem til datteren. På den andre siden hadde de pasienten som de hadde bestemt kunne stå for egne valg.

Rådet viser til Yrkesetiske retningslinjer § 3.4: Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres.

I § 2 heter det: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.»

### Hvor stor grad av autonomi skal en ha?

Det å være medbestemmende og ha autonomi regnes som et gode og er positivt i de fleste forhold i livet. I alle overganger i livet, slik som fra barn til voksen, utfordres autonomien på enkelte områder, alt ut ifra personens modenhet.

Er det slik at når man er 16 år og helserettlig myndig kan man gjøre som man vil? Kan man holde foreldre som man bor sammen med utenfor behandlingsopplegget? Er man ikke som sykepleier samtidig forpliktet til å samarbeide med pårørende? Frustrasjonen var stor.

Hva ville du ha gjort? ■■■

😊	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
2					10										10					
3								10												
4					10			10										10		
5									10											
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

## Quiz

Skæbnen bestemmer også en krydsord

Er der en krydsord i krydsordet? Hvad kan krydsordet være med den gule krydsord og måske en krydsord?

1. Hvad er krydsordet?
  - a) Gylden tang (10 krydsord)
  - b) Et lille krydsord (10 krydsord)
  - c) Krydsordet

2. Hvad er krydsordet?
  - a) Et krydsord i krydsordet
  - b) Et krydsord i krydsordet
  - c) Krydsordet

3. Hvad er krydsordet?
  - a) Gylden tang
  - b) Et krydsord
  - c) Krydsordet

4. Hvad er krydsordet?
  - a) Et krydsord i krydsordet
  - b) Et krydsord i krydsordet
  - c) Krydsordet



Et lille krydsord i krydsordet? Hvad er det krydsord? Hvad er det krydsord?

Et lille krydsord i krydsordet? Hvad er det krydsord? Hvad er det krydsord?



Er vi på vei mot mer  
verdibasert ledelse? Side 79

Ingen lov gir fri  
til legebesøk. Side 86

Tiden er kommet  
for å prate høyt! Side 78

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 **SARA KAHSAY**

«Kjønnslemlestelse  
har enorme konse-  
kvenser, fysisk  
og psykisk.»

82

**KRONIKK** GISLE ROKSUND

«Erfaringer der frykt blandes med  
avmakt eller skam kan i seg selv  
være helseskadelig.»

80



## NSF HAR ORDET

# Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

## Satser på jordmødrene

Flere medlemmer i faggruppen, bedre blad, synlig fag.  
Dette blir jordmødrenes år i NSF.

**N**SF er til for sykepleiere, helsesøstre og jordmødre, og dette er utgangspunktet for organisasjonens samfunnspolitiske, fagpolitiske og interessepolitiske arbeid. For oss er alle medlemmer like viktige, men i 2013 slår vi et ekstra slag for jordmødrene våre. Dette gjør vi gjennom et prosjekt som har som mål å revitalisere faggruppen og å knytte til seg flere medlemmer.

For NSF er det viktig å ha en aktiv og engasjert faggruppe for jordmødre. Tiltakene som skal styrke jordmorsatsingen i NSF spenner over mange områder – fra økt synlighet i jordmorfaglige saker, til å fortsette den lønnsmessige offensiven som så langt har gitt tydelige resultater.

Hensikten med satsingen er å tydeliggjøre NSF's politikk som har betydning for jordmødre og jordmorutdanningen. Vi skal blant annet utarbeide kommunikasjons- og mediestrategi, informasjonsmateriell samt videreutvikle web-sidene og fagbladet Jordmora.

Som en av mange faggrupper i NSF har Jordmorforbundet et stort mangfold å spille på. Det å samarbeide med andre faggrupper når det



**VIL ØKE LØNN:** NSF vil fortsette den lønnsmessige offensiven som så langt har gitt tydelige resultater, skriver Eli Gunhild By. Arkivfoto: Marit Fonn

«NSF skal være det beste valget for jordmødre, også når det kommer til lønna.»

gjelder fagstoff og tema er både mulig og ønskelig. I kvinnehelseperspektivet, som har plass i mange offentlige arbeider, har jordmødre en sentral plass.

NSF har en sterk identitet som kompetanseorganisasjon for sykepleiere, inkludert jordmødre, og det er organisasjonens holdning at jordmorutdanning må bygge på bachelorgrad i sykepleie. Vi er derfor utrolig glade for at Høgskolen i Vestfold denne høsten hadde oppstart av master i jordmorfag, som bygger på bachelor i sykepleie og praksiskrav. Sykepleierforbundet har i mange år arbeidet for denne masterut-

danningen og har støttet arbeidet med å utvikle studiet både faglig og økonomisk. NSF er overbevist om at en akademisk kvalifisering, i tillegg til en profesjonskvalifisering, er viktig og nødvendig for å utvikle jordmorfaget, og gjøre jordmødre i stand til å takle nye utfordringer i en selvstendig rolle.

NSF mener at det er viktig at jordmoryrket får den statusen og anerkjennelsen den fortjener. Vi vil derfor jobbe videre for at flere høyskoler skal tilby sykepleiere som ønsker å utdanne seg videre til jordmor, en masterutdanning. Og ikke minst at arbeidsgiverne betaler

for den kompetansen jordmødrene besitter. Dagens jordmødre begynner å trekke på årene, og vi trenger flere jordmødre fremover. Da er lønn et godt incitament for å få flere til å tilegne seg nødvendig kompetanse. Det er derfor avgjørende at lønnsoppgjørene gjenspeiler sammenhengen mellom kompetanse og lønnsmessig uttelling.

Med tanke på det fokuset vi har på jordmødre som en viktig gruppe i NSF, skal det ikke være tvil om at vi kommer til å gjøre det vi kan for at NSF skal være det beste valget for jordmødre, også når det kommer til lønna. ■■■

Eli Gunhild By

## Pasienter og brukere er en uutnyttet ressurs

Både myndigheter, helseinstitusjoner og pasienter ønsker og trenger brukermedvirkning, men i praksis ser vi i mange tilfeller at brukermedvirkning er venstrehandsarbeid og tidvis et nødvendig onde. Pasientrettighetsloven sikrer pasienten og pårørende rett til informasjon, råd og veiledning samt rett til å medvirke i egen behandling. I den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten inngår det å involvere brukerne og gi dem innflytelse i definisjonen av kvalitet på tjenesten. Statlige forventninger, nasjonale planer og strategier, lovverk og retningslinjer forventer altså at pasientens og brukerens perspektiv skal ligge til grunn både for planlegging og gjennomføring av den enkeltes behandling. Med andre ord skal brukermedvirkning i prinsippet være en viktig pilar i det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet i helsetjenesten. Dette støttes av forskningslitteraturen som peker på at pasientinvolvering i planlegging og utvikling av helsetjenesten gir bedre informasjon til pasienten, mer tilgjengelige tjenester samt introduksjon av nye tjenester.

Men i praksis viser det seg at det er utfordringer for å få dette til på en systematisk og velfungerende måte. Vi vil peke på noen utfordringer:

1) Brukermedvirkning i helsetjenesten kompliseres av et mangfold av begreper og metoder, og

ulike syn og forståelser av hva brukermedvirkning er og hvordan det kan foregå i praksis. Begrepene som benyttes er bruker- og pasientmedvirkning, pasienterfaringer, brukerrettede og brukerstyrte tjenester og helhetlige pasientforløp. Konkretisering av begrepene med tilhørende tiltak og metoder er derimot mangelfull i praksis.

2) Innhenting av brukererfaringer står høyt på agendaen i helsetjenesten, men hvordan nyttiggjør helseforetak og kommuner resultater fra bruker- og pasientundersøkelser i sitt interne kvalitetsarbeid? Brukes resultatene systematisk og aktivt slik nasjonale føringer og regelverk legger opp til? Bruker helsetjenestene innspill fra sine brukere og pasienter for å forbedre tjenestene?

Våre studier fra helseforetak viser at det er varierende grad av systematisk innhenting av pasienterfaringer, og det er varierende syn på om pasienterfaringer er et viktig aspekt i kvalitets- og forbedringsarbeid. Forskningen viser også at helsepersonell har liten bevissthet og erfaring knyttet til å involvere brukere i kvalitetsarbeid på avdelings- og institusjonsnivå.

3) En utfordring med innsamling og bruk av pasient- og brukererfaringer er å nyttiggjøre data fra den enkelte bruker på en slik måte at den faktisk bidrar til å forbedre kvaliteten på helsetjenesten.

Det vil for eksempel kunne være variasjon mellom avdelinger når det gjelder brukermedvirkning, selv om institusjonen under ett kan fremstå med stor grad av brukermedvirkning og kvaliteten på tjenesten er god. Det er viktig at slik variasjon tas høyde for. Pasient- og brukererfaringer må rapporteres tilbake til aktuelle enheter på en slik måte at de er et utgangspunkt for kvalitetsarbeidet både på avdelings- og institusjonsnivå.

4) Vi mener at det er særlig viktig å innhente og bruke pasienters erfaringer når uønskete hendelser oppstår i behandling og pleie i helsetjenesten. Når uønskete hendelser skjer, representerer pasientens og pårørendes røst et viktig perspektiv for å forstå hendelsene og for å være i stand til å lære av disse. Eksempelvis vil den kunnskapen en pasient har knyttet til sitt eget pasientforløp, som involverer kommunen, spesialisthelsetjenesten og en rekke helsearbeidere, være den eneste helhetlige kunnskapen om samhandlingen mellom alle involverte.

5) Brukerrepresentanter representerer ulike brukergrupper i helseforetak og kommuner og er en viktig partner i arbeidet med tjenestekvalitet. Forskning viser imidlertid at det å være brukerrepresentant i råd og utvalg tidvis kan være en utfordring. Brukerrepresentantene skal manøvrere mellom forventninger fra helsetjenesten om å forstå ressursituasjon og utfordringsbildet, samtidig som de skal formidle brukernes og pasientenes perspektiv som i størst mulig grad skal være dekkende for brukergruppen de representerer. Brukerrepresentantene trenger erfaring og opplæring for å fungere i rollen. Våre studier viser at det er behov for opplæring av helsepersonell i forhold til det å involvere brukere på en god måte i kvalitetsarbeidet.

Oppsummert kan vi si at det er behov for bedre metoder, iverksetting og videreutvikling av eksisterende metoder og opplæring av helsepersonell for å samle inn og bruke pasienterfaringer for å bedre kvaliteten på helsetjenesten. Pasienter og brukere er i dag en uutnyttet ressurs med kunnskap om egen helse og erfaringer med helsetjenesten som helsevesenet bør benytte seg av. Det å utvikle en kultur og holdninger som verdsetter pasienten som en partner i kvalitetsarbeidet er en nøkkel for å unngå at brukermedvirkning kun blir et nødvendig onde.

Marianne Storm, Siri Wiig og Karina Aase

### 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)

### Medforfatteren

Ida Marie Bregård var ikke alene om å skrive kronikken «Fremtidens Norge, fremtidens sykepleie» på side 72 i Sykepleien nr. 14. Beklageligvis kom ikke navnet med på hennes medforfatter: *Ragnhild Spilker (bildet)*. Hun er sykepleier og prosjektkoordinator ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI).



### Stygt

Ser at et medlem irriterer seg over tegneserien Terapi i Sykepleien og syns nakne folk er stygge. Ja, det er mye å irritere seg over i verden, og vedkommende har vel i sin yrkeskarriere som sykepleier sett mye stygt, stakkar!

Fortsett med både Terapi-serien av Bodil Revhaug og Øverli sin Riskhospitalet! Litt humor er alltid av det gode, også galgenhumor ...

... syns medlem nr. 279893 Kjell Solbakken



# Øk grunnbemanningen

Kunnskapsdepartementet spurte for en stund siden det norske folk om hvilket yrke de rangerte som viktigst: Sykepleiere, var svaret. Altså rangert over for eksempel leger. Hyggelig lesning!

Ikke så rart, siden det er den gruppen som er mest sammen med pasientene og har mest innflytelse på pasientens helse.

Fjorårets kreftsykepleier i Norge, Anne Mette Carlsen, er fra Bodø. Hun representerer kompetanse man har i kommunen.

Kommunene trenger i tillegg mer kompetent personell til å ivareta flere pasienter totalt og spesielt flere med komplekse helseutfordringer. Mer avansert behandling i kommunehelsetjenesten gjør behovet for spesialkompetanse større for å kunne opprettholde kvaliteten.

Som følge av samhandlingsreformen blir sykehuse-

sene mer spesialisert, og det blir kortere innleggelse. Dette betyr at kommunene har fått et større ansvar for å sørge for at innbyggerne får den helsehjelpen de trenger. Kommunen har blitt pålagt å sørge for en mer helhetlig tenkning med tidlig intervensjon, behandling og oppfølging.

Kliniske ekspertsykepleiere innen kreft, eldreomsorg/demens, diabetes, rus og psykisk helsearbeid vil ha kompetanse til å imøtekomme kommunehelsetjenestens framtidige behov for tjenesteyting. Telemarksforskning viser at kompetanse er billigere enn ufaglært fordi de faglærte er mer effektive ved at de observerer, vurderer, evaluerer og igangsetter tiltak fortløpende.

Undersøkelser Norsk Sykepleierforbund har fått utført viser at mange kommunepolitikere har liten oversikt over kvaliteten i eldreomsorgen. Disse viser at hele 40 prosent av ordførere og rådmenn mener at

både de selv og kommunestyrerepresentantene ikke får utfyllende informasjon om kvaliteten kommunen leverer til sine innbyggere.

Når hjemmesykepleien kommer på besøk tror mange at det er en sykepleier. Virkeligheten er at under tre av ti er sykepleiere. Den største gruppen er hjelpepleiere/helsefagarbeidere, men det er også mange uten noen helsefaglig utdanning.

Vi lever lenger, men vi blir syke eller alderdomssvekket i siste delen av livet samtidig som antallet yngre mennesker med store omsorgsbehov øker. Med innsats fra helsepersonell kan det legges til flere friske år med forebyggende tiltak og tidlig hjelp. Særlig skal det satses på forebygging og helsefremmende arbeid. «Alderdommen skal være livets høst», som filosofen Cicero sa.

For å løse heltid/deltidsutfordringene bør arbeidsgiver rette mer oppmerksomhet mot bemanning og

## Har du tatt doktorgrad?

Sykepleien Forskning publiserer nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å sende inn nødvendig informasjon til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).

sykepleien forskning

verdsette kompetanse. En bransje preget av høyt sykefravær, høy grad av deltidsarbeid, lav pensjoneringsalder og utstøting fra arbeidslivet gir en helsetjeneste der kvaliteten og pasientsikkerheten blir presset.

At arbeidsgivere bare er opptatt av at heltidsstillinger kun kan tilbys gjennom økt helgebelastning, er å velte hele ansvaret over på dem som allerede er utslitt av ubekvem arbeidstid og lav grunnbemanning. Hvordan det å arbeide to til fem helger mer i året utløser fulltidsstillinger er forenklet og feilaktig. Virkemidlene er mange, men de drukner i kravet om hyppigere helgearbeid. Alle avdelingssykepleiere, fagledere, og fagutviklings- sykepleiere vet hvor mange vi trenger å ha på jobb for å kunne ivareta pasienten.

Ved å øke grunnbemanningen vil mange av dem som i dag arbeider såkalt frivillig deltid fordi de ikke har helse til å stå i større stilling, kunne komme tilbake i heltidsstilling. Forskning viser tydelig at ved å øke grunnbemanningen vil sykefraværet gå ned og arbeidsgiver gå i pluss. De arbeidsgivere som mener dette er fagforeningspropaganda, bør ta en telefon til Kristiansund eller lese rapporten fra prosjektet ved Bergan sykehjem. De økte grunnbemanningen og sykefraværet gikk betraktelig ned, opptil 50 prosent. Hvis man har tilstrekkelig og kvalifisert bemanning, får man også gode fagmiljø og arbeidsmiljø.

Hvis en sykepleier blir tilbudt 60 prosent stilling og i tillegg skal jobbe hver annen helg, kan det bli litt av en utfordring å rekruttere de 85 000 sykepleierne og helsefagarbeiderne man trenger innen 2035. Ingen av dagens eller morgendagens sykepleiere ønsker høyere helgebelastning. Hele og faste stillinger er dessuten rekrutteringsattraktivt.

Statistisk slutter arbeidstakere som jobber skift/turnus i helsetjenesten gjennomsnittlig når de er 53 år, fordi de er utslitte. Dette er arbeidstakere som man kunne forvente skulle stå i jobb til de er 70 år

Folk blir ikke utbrent av selve jobben, men av den daglige kampen for å gjøre jobben skikkelig. Som sykepleier ivaretar man menneskers liv, helse og mestring. Det er nøkkelen til regjeringens store helsereform.

Lojaliteten ligger hos pasientene.

*Tor Erlend Nordhuus, hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund, Bodø kommune*

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

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



**Sykepleien**  
Før & nå

## Er studentstyret en gutteklubb?

«NSF Student kan ikke tolerere at organisasjonen blir fremstilt som en «gutteklubb», skriver studentleder Morten Syvertsen i Sykepleien.

Tekst **Barth Tholens** [barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

Året er 2003 og studentene har nettopp valgt ny ledelse. Syvertsen blir gjenvalgt og med seg får han både en mannlig nestleder og et styre av 13 gutter og bare seks jenter. Sykepleien registrerer valget og skriver syrlig: «NSF Student har etablert seg som en gutteklubb i «næringsliv-stil». I en kommentar strør journalist Nina Hernæs ytterligere salt i såret: "Misforholdet hadde vært urovekkende nok på en utdanning med jevn kjønnsfordeling. På sykepleierutdanningen er det oppsiktsvekkende.»

Ikke uventet slår studentene tilbake. Studentleder Syvertsen hevder at det «ikke er relevant å ha en kjønnsdebatt innenfor tillitsmannsarbeid, fordi dette gjøres på bakgrunn av et personlig engasjement som er uavhengig av kjønn.» Han mener derfor det er «skivebom» når Sykepleien «kategoriserer de studentene som gjør en fabelaktig jobb som en gutteklubb». Tidsskriftets bruk av ordet «næringsliv-stil» skriver han på kontoen «uvitenhet og fraværenhet». Han påpeker at mye av det arbeidet som gjøres av tillitsvalgte for studentene foregår i helger når journalister i tidsskriftet bekvemt nok har fri. «Lite som minner om næringsliv-stil når studentene samles og gjør en innsats.»

Også jentene i studentorganisasjonen er forarget over oppslaget i Sykepleien. I et leserbrev spør Somayah Jamali og Elise Gjermundrød: «Hvorfor skal guttene få pepper for den jobben de gjør sammen med oss jenter i NSF Student?»

Anno 2013 har NSF Student en kvinne som leder og en mann som nestleder. Inkludert vara teller studentstyret fire menn og seks kvinner. Blant fylkesrepresentantene er det 12 jenter og 6 gutter. I Akershus er vervet for tiden vakant.

## Ta ansvar, sammen er vi sterke!

Jeg er stolt av yrket mitt, på tross av alle de tøffe utfordringene som eksisterer i dagens helsevesen. Mange lurer på hvorfor jeg orker. Hvorfor orker man å stadig utsette seg for disse utfordringene som både pasienter og pleiere lider under?

Det rare er at jeg har aldri spurt med selv om dette, simpelthen fordi jeg elsker yrket mitt. Tenk for et privilegium å kunne hjelpe andre mennesker i forskjellige stadier i livet. Noen får jeg dele deres siste timer med, mens andre får jeg hjelpe inn i bedre fremtid. Den følelsen av å være til stede for et annet medmenneske er uslælig.

Men dette er ikke ensbetydende med at jeg godtar dagens system, den såkalte foretaksmodellen. De fleste pasienter er i en sårbar fase av livet, og en viktig oppgave for sykepleieren er å kunne ta seg tid til å lytte, være helhetlig til stede og hjelpe pasienten å finne en lettere vei. Pleie består ikke kun av å holde folk rene og mette. Dagens system pålegger stadig nye oppgaver og føringer, på stadig færre ansatte. Viktige observasjoner kan gå tapt og nødvendige oppgaver ufrivillig forsømt. Disse oppgavene og føringene lages ofte i pasientens navn, men i praksis ender de ofte opp med å stjele enda mer av den verdifulle tiden mellom pleier og pasient, mellom medmennesker.

Men hva skal man gjøre da? Så lenge dagens system vedvarer vil man dessverre møte de samme utfordringene hvor enn man slår seg ned, dersom man ønsker å jobbe med den direkte pasientrettede

pleien. Mitt svar blir at man må velge hvor man vil slå rot og kjempe derfra.

Men hvordan kjemper man? Det første man kan begynne med er å skrive avvik. Alle arbeidsplasser skal ha et avvikssystem som det er viktig å benytte seg av. Det fører dessverre ikke så ofte til endringer, men det er en form for dokumentasjon, og man er pliktig til å dokumentere. Og skulle, for eksempel, underbemanning virkelig føre til en klagesak, eller i verste fall en fatal episode en dag, er det en sikkerhet å vite at man har dokumentasjonen i orden. Det nytter lite å komme i ettertid å si at man har klaget og sagt ifra til leder om sårbare situasjoner så lenge det ikke står dokumentert noe sted. Det vil også være lettere for din nærmeste leder å argumentere videre oppover i systemet for bedre tilpassete budsjetter hvis man har dokumentasjon å vise til.

Et annet bra tiltak er å ta kontakt med tillitsvalgt på arbeidsplassen. De kan hjelpe med å finne frem i regelverk, kontakte forbundet om utfordringen ikke lar seg løse på arbeidsplassnivå og fungere som støtte i en eventuell utfordrende prosess. Har man ikke noe tillitsvalgt, kan man alltid undersøke muligheten for å bli det selv.

Undersøkelser viser at det finnes en fryktkultur på mange helseinstitusjoner. Man er redd for å si ifra om kritikkverdige forhold. Som sykepleier er du pasientens advokat, og hvis du ser at pasienten berøres, på noen som helst måte, i negativ retning som følge av dagens system, er det ditt ansvar å si ifra. Som

sykepleier og medmenneske har man både en plikt og en rett til å si ifra når noe er galt. Lojalitet overfor arbeidsgiver skal, etter mitt syn, aldri gå foran pasientens beste. Dette reflekteres i helsepersonelloven som sier at helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

Andre løsninger som går utenfor arbeidsplassen er å ta kontakt med media. Dette er en måte å nå fram med et budskap man mener er viktig at allmennheten skal vite om, hvis man har prøvd iherdig å løse en utfordring på arbeidsplassen uten å nå frem. Arbeidsplassen skal ha utarbeidet regler for fremgangsmåte når man ønsker å varsle til media. Det er viktig å sette seg inn i disse, eventuelt få hjelp av forbundet i tillegg, før man går til det steget.

Selv har jeg i tillegg meldt meg inn politisk med et ønske om å nå lenger enn bare endringer på min egen avdeling. På den måten kan man jobbe aktivt med de ulike utfordringene man står overfor og jobbe for å endre selve systemet.

Tiden er kommet for å utfordre seg selv! Gjør noe du ikke tør! Tiden er kommet for å prate høyt, la det være den nye kulturen! Mange pasienter, pårørende og pleiere føler avmakt, ikke sett deg ned og føle avmakten med dem, men ta grep og gi dem og deg selv makten tilbake!

Ta ansvar, sammen er vi sterke!!

*Christel Brurås-Leine, Rødt Oslo*

## Legevaktsykepleie

I Sykepleien nr. 9/2012 i artikkel om videreutdanning av legevaktsykepleiere blir det hevdet at Haraldsplass diakonale høyskole startet landets første videreutdanning på dette området høsten 2011.

At dette er landets første videreutdanning for legevaktsykepleiere er ikke riktig. Allerede midt på 1970-tallet tok daværende legevaktsjef dr. Karl W. Høgler ved Regionsykehuset i Trondheim (nå St. Olavs Hospital) initiativ til å sette i gang videreutdanning for legevaktsykepleiere. Dr. Høgler som også var oberst ved Forsvarets sanitet, hadde flere opphold ved utenlandske stridssoner bak seg og hadde sik-

kert innsett behovet for en mer avansert førstelinjehandling enn det en norsk legevakt kunne tilby.

Hans initiativ førte til opprettelsen av en 16 måneders videreutdanning av legevaktsykepleiere ved RiT med oppstart i 1979 etter program og fagplaner godkjent av Sykepleierforbundet. De første kullene ble uteksaminert i 1981 og 1983. (8 + 7 kandidater). Kandidatene fikk tittelen spesialsykepleier med tilhørende plassering i lønnsregulativet. Flere av dem er fortsatt i virksomhet i faget på forskjellige steder i landet.

Etter budsjettomprioriteringer ved RiT i 1984 ble

utdanningen lagt på is i et år, men kom dessverre aldri i gang igjen.

Det er på vegne av de uteksaminerte kandidatene fra 1981 og 1983 at jeg gjerne vil at denne rettelsen blir tatt inn i Sykepleien.

Helt til slutt vil jeg nevne den bemerkelsesverdige likheten mellom fagkrets og vektlegging i Bergen i dag og i Trondheim for 30 år siden tatt i betraktning at planene er utarbeidet uavhengig av hverandre.

*Med vennlig hilsen Anne Marie Johansen, Tidligere faglærer ved videreutdanning i legevaktsykepleie ved RiT*



## INNSPILL

# Profesjonell ledelse

Tor Busch, professor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag

# Ledelseskonflikter i sykepleien

Må en leder med sykepleiebakgrunn legge faget på hylla og bruke all energi på å holde seg innenfor trange budsjetter?

**H**ele offentlig sektor er reorganisert i løpet av de siste tretti årene, og både helsevesenet, utdanningssektoren, sosialsektoren, politiet og andre profesjoner har opplevd sterkere regulering – noe som kan ha redusert muligheten til å utøve profesjonell ledelse.

Hvorfor har vi så fått denne utviklingen? På slutten av 1980-tallet fikk vi en internasjonal trend – New public management – hvor metoder fra privat næringsliv ble overført til offentlig sektor. Et underliggende – og ikke alltid uttalt spørsmål – var om den faglige friheten i profesjonelle yrker ble misbrukt. Samtidig var offentlig sektor blitt stor og politikerne var usikre på om ressursene ble utnyttet på best mulig måte. I grove trekk ble resultatet mer markert, mindre hierarki og mindre vekt på profesjonell styring.

I helsevesenet har ledere på alle nivå fått større ansvar og myndighet, det er blitt lagt mer vekt på resultatmålinger og kravet om dokumentasjon har økt. Samtidig har pasientene fått større rettigheter.

Lederne i helsevesenet ble gjennom dette pålagt større arbeidsgiveransvar. Derved måtte de håndtere krav om høy effektivitet samtidig som de skulle skape god kvalitet for pasientene. For å sette det litt på spissen kan vi si at de måtte håndtere to former for logikk – en knyttet til egen profesjonen og en knyttet til økonomi.

En logikk representerer i denne sammenheng en bestemt måte å tenke på. Den bygger på spesifikke verdier og er bestemmende for hvilke beslutninger som fattes. Forskning har vist at det finnes ulike former for logikk i norske sykehus. Blant annet kan det skilles mellom en byråkratisk, en økonomisk og en profesjonell logikk.

Den byråkratiske logikken er knyttet til offentlig forvaltning. Det legges vekt på systemer, rutiner og strukturer. Kjernen i den økonomiske logikken er en mål – middel-tankegang med stor vekt på effektivitet. I den profesjonelle logikken vil beslutninger fattes ut fra profesjonelle normer, verdier og retningslinjer. Dette kan skape utfordringer for sykepleiere som går inn i lederposisjoner. De må både følge formelle regler, finne kostnadsreduserende tiltak og følge profesjonelle standarder. Og disse kravene er ofte i konflikt med hverandre. Noe må da vike plass. Tidligere innlegg i Sykepleien tyder på at profesjonelle standarder ofte er den tapende part.

Et interessant spørsmål er om dette har svekket verdiene i syke-

pleieprofesjonen. Så langt er det ikke noe forskning som tyder på det. I en stor dansk undersøkelse fra 2001 ble det konkludert med at de tradisjonelle verdiene i offentlig sektor fortsatt var på plass. En norsk undersøkelse blant enhetsledere i kommunal helsetjeneste fra 2008 viser noe av det samme. De tre viktigste verdiene er «oppfyllelse av individuelle brukerbehov», «profesjonelle standarder» og «rettssikkerhet». Profesjonelle standarder kan sies å bestå av verdier som ansvarlighet, integritet, objektivitet, uavhengighet og høy tjenestekvalitet. Dette er en sterk indikasjon på at enhetslederne fortsatt holder sykepleieverdiene høyt.

Nå er det ingenting som tyder på at kravet til ledere i helsevesenet vil endre seg i årene framover. Sykepleiere som går inn i lederposisjoner må fortsatt forholde seg til ulike logikker. Forskning viser at dette dilemmaet løses på ulike måter. Et alternativ er å bruke ulike logikker i ulike situasjoner. Når budsjettet skal diskuteres, bruker man økonomibrillene, og når driften skal vurderes går man inn i profesjonsrollen. Dette er en vanskelig strategi som mer skjuler konfliktene enn å løse dem. En alternativ strategi er å velge en dominerende logikk som skal være bestemmende for viktige avgjørelser.

Etter mange år med mye oppmerksomhet mot styring og kontroll i offentlig sektor, peker flere forskere på at verdiene nå kan få en

«Sykepleiens verdigrunnlag må være til stede når beslutningene fattes.»

renessanse. Det betyr i praksis en form for verdibasert eller profesjonell ledelse. Ut fra dette kan det være naturlig for sykepleiere å velge sine egne profesjonelle verdier som dominerende logikk. Profesjonelle standarder må da holdes høyt og bringes inn i viktige beslutningssituasjoner. Dette krever god innsikt i profesjonens verdigrunnlag, sterke argumenter og evne til å synliggjøre negative konsekvenser av andre logikker. Det er alle tjent med. Skal vi skape et godt helsevesen, må også sykepleiens verdigrunnlag være til stede når beslutningene fattes. Dette er sykepleiernes ansvar, selv om det kan være tungt. Ingen andre ledere kan ta denne rollen. ■■■



## KRONIKK

# Forebyggende helsearbeid

**Gisle Roksdal**, fastlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, tidligere leder i Norsk forening for allmennmedisin.

# Får friske behandling de ikke trenger?

Storstilte «helsekontroller» av friske mennesker representerer sjelden rasjonell eller forsvarlig ressursbruk.

**D**årlige levekår og manglende sosial støtte er de faktorer som samlet sett har størst negativ innvirkning på menneskers helse gjennom hele livsløpet (1). Jo høyere en gruppe er på den sosiale rangstigen, jo bedre er gjennomgående helsa. Denne sosiale gradienten i helse er blant de største utfordringene for hele vår velferdsstat og en stor utfordring for alt forebyggende helsearbeid.

De senere års forskning innen medisin og tilgrensende fagfelt har bidratt til en langt dypere forståelse av de grunnleggende sammenhengene mellom livsbetingelser, levekår og helse (2). Den nye kunnskapen bekrefter hvor viktig det er å betrakte det enkelte menneskes helse i et livsløpsperspektiv, hvor en ser på sosiokulturelle, relasjonelle og personlige forhold.

### Gir diagnoser raskere

Fra mange hold er det i dag store forventninger til ulike deler av helsetjenesten om å gjennomføre risikooppfølging og tidlig intervensjon med tanke på mulig fremtidig sykdom. Tidlig diagnostikk og behandling har stor oppmerksomhet i media. Forsidene i løssalgsavisene er fulle av overskrifter som «Sjekk deg for ditt, sjekk deg for datt», her kan du lese om tidlige tegn på kreft og hjertesykdom, du kan være syk uten at du vet det, osv.

Realiteten er at vi de siste tiårene har sett en betydelig reduksjon av inngangskriterier for både sykdomsdiagnoser og behandling. Kri-

myndighetskrav, nasjonale strategier, handlingsplaner og kampanjer.

Det er dokumentert at gode relasjoner har avgjørende betydning for den enkeltes helse. I en metaundersøkelse basert på 128 studier fant man at sterke relasjoner kan ha mer å si for dødeligheten enn tobakksrøyk (3). Det er videre et lineært forhold mellom antall negative barndomsopplevelser og sykdommer i voksenlivet (4). Det er derfor grunnleggende i forebyggende helsearbeid å bidra til et samfunn der folk flest møter respekt og derigjennom lærer selvrespekt. God skole-, barnehage- og familie- og integreringspolitikk er fundamentalt. Et av de viktigste forebyggende tiltak er å sikre at alle barn får en trygg oppvekst i nærvær av ansvarlige voksne.

Kommuner og fylkeskommuner har ansvar for å skape et helsefremmende lokalmiljø, gjøre det lettere å ta sunne valg, legge til rette for relevante grupperettete helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak og for å gjøre opplysninger om disse tiltakene tilgjengelig (5). Lokale helsearbeidere har ansvar for å gjøre seg kjent med slike helsefremmende aktiviteter, slik at de kan gi individuelt tilpassede råd.

### Screening til debatt

Nasjonale strategier for å redusere forbruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler er viktig. Det samme gjelder arbeidet for å gjøre det lettere å være fysisk aktiv og andre generelle forebyggende tiltak mot helseskadelig overvekt. Strategiene bør bygge på erkjennelsen av at grunnlaget for helsemessig ugunstige levevaner ofte er skapt tidlig i et menneskes liv under innflytelse av forhold utenfor individet selv.

Screeningprogram for kreftsykdommer er for tiden gjenstand for stor internasjonal debatt. Det er blant annet vist at cirka 800 norske kvinner hvert år får en unødvendig kreftdiagnose som følge av mammografiscreening, og dermed kreftbehandling (strålebehandling, cellegift og hormonbehandling) uten å ha noen nytte av det (6). Muligens skyldes det meste av økningen i antall diagnostiserte tilfeller av brystkreft, prostatakreft, tyroideakreft og nyrekreft de senere årene såkalt overdiagnostikk (7). Det betyr at det blir funnet «kreftsvulster» med moderne utstyr og screeningmetoder som aldri ville ha kommet til å gi den aktuelle personen verken sykdom eller forårsake død. Mange av kreftsvulstene som blir funnet vil enten gå tilbake av seg selv eller vokse så sent at pasienten vil dø av noe annet. Kreftsvulster kan med andre ord finnes for tidlig (8). Problemet er at ingen kan vite hvilke svulster som vil skape sykdom og hvilke som ikke vil det i det øyeblikk en kreftsvulst blir diagnostisert via

«Stadig flere friske risikerer å få diagnoser dersom de undersøkes.»

teriene er redusert for hva som betraktes som høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå, høyt blodsukkernivå, astma, hjerteinfarkt, hjertesvikt, osteoporose oa. Vi har sett en betydelig økning i antall psykiatriske diagnoser. I forbindelse med den siste revisjon av diagnosemalen for psykiatriske lidelser, reduseres igjen kriteriene for diagnoser innen bipolarspekteret, ADHD, samt autismespekteret. Over år har slike endrete kriterier gjort at stadig flere friske risikerer å få diagnoser dersom de undersøkes.

### Politikken er grunnlaget

Grunnlaget for all helsefremmende og forebyggende arbeid gjøres politisk både nasjonalt, regionalt og lokalt gjennom politisk arbeid,





**HELSE I VENNSKAP:** Grensen for hva som skal diagnostiseres blir lavere. Og relasjoner viser seg å spille en stor rolle for vår helse, ifølge forskning. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

en screeningundersøkelse. Fenomenet overdiagnostikk kan bare studeres i ettertid i store undersøkelser.

### Individuelt forebyggende arbeid

På individnivå må kunnskapsformidling, råd og veiledning tilpasses den enkelte og støtte opp under vedkommendes ressurser og livskraft. Ethvert forebyggende initiativ må betraktes i lys av gode relasjoner til familie, venner og kolleger. Meningsfylt arbeid og god integrasjon i samfunnet er av grunnleggende betydning for den enkeltes helse.

Alle helsearbeidere har en viktig oppgave i å hjelpe og støtte den enkelte til å ha omsorg for seg selv og sine nærmeste, begrense sitt forbruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler, samt oppmuntre til regelmessig fysisk aktivitet og et sunt kosthold.

Personer som har, eller kan forventes å ha, betydelig økt risiko for fremtidig alvorlig sykdom, bør blant annet ha god tilgang til sin fastlege. Fastlegen bør være spesielt oppmerksom på mennesker som har opplevd eller opplever omsorgssvikt, traumer og krenkelser av ulike slag.

Mennesker med krevende omsorgsoppgaver, mennesker med rusproblemer og pårørende til slike, samt mennesker med tunge, psykiske lidelser og påkjenninger, har også økt risiko for annen sykdom. Det samme gjelder mennesker som har falt ut av arbeidslivet eller som av andre grunner har mistet eller er i ferd med å miste kontroll over egen livs- eller arbeidssituasjon.

Det er viktig å være oppmerksom overfor barn som er pårørende til alvorlig syke eller dårlig fungerende foreldre eller søsken. Barn (fra unnfangelen av) og gravide er spesielt sårbare grupper.

### Kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer for sykdomsspesifikk forebygging kan være nyttige hjelpemidler, men de baseres generelt på statistiske gjennom-

schnittsberegninger med begrenset gyldighet for det enkelte individ. Anbefalte grenseverdier for risikointervensjon er ikke medisinske fakta, men bygger på konsensus ut fra forskningsbaserte data og subjektive verdivalg. Konsensusprosessene er ofte influert av fagmiljøer med sterke og engasjerte opinionsledere. Kommersiell interesse har over lang tid satt dagsorden for hvilke sykdommer leger oppfordres til å forebygge og hvilke midler de skal bruke. Både farmasøytisk industri og enkelte grenspesialistmiljøer fokuserer sterkt på biologiske målinger og medikamentbruk.

Risikooppdagelse og -intervensjon er ikke alltid et gode. Dersom et tiltak ikke oppleves som relevant og realistisk, kan resultatet bli bekymring og avmakt hos individet. Et sterkt og selektivt fokus på målbare risikofaktorer kan bidra til å avlede oppmerksomheten hos helsearbeider og pasient fra mer grunnleggende forhold med større betydning for vedkommendes liv og helse.

### Etiske dilemmaer

Summen av de anbefalte intervensjoner skaper betydelige praktiske problemer og etiske dilemmaer. Disse oppstår blant annet fordi antallet lidelser som omfattes av autoritative retningslinjer stiger, og fordi terskelverdiene for intervensjon og bruk av diagnoser senkes. Store deler av befolkningen kan, om alle anbefalte tiltak blir fulgt opp, komme til å endre status fra friske til «risikanter». Vi vet at god, egenvurdert helse er en viktig prognostisk faktor i seg selv. Utstrakt bruk av sykdomsdiagnoser på risikotilstander og hverdagsplager er uheldig.

Det er grunn til å være særdeles skeptisk til kommunikative og pedagogiske virkemidler som kan krenke eller stigmatisere utsatte pasienter. Erfaringer der frykt blandes med avmakt eller skam kan i seg selv skade den enkeltes helse.

Storstilte «helsekontroller» av friske mennesker representerer sjelden rasjonell eller forsvarlig ressursbruk. ■■■

### LITTERATUR

1. <http://www.marmotreview.org/>
2. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 2011; 131: 683-7
3. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. J Holt-Lunstad, TB Smith, JB Layton - PLoS Medicine, 2010 - dx.plos.org
4. The ACE Study, Kaiser Permanente and CDC
5. Lov om Folkehelsearbeid
6. Overdiagnostikk av brystkreft etter 14 år med mammografiscreening. P-H Zahl, J Mæhlen, Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132:414-7
7. Overdiagnostik. Making people sick in the pursuit of health. Dr. H. Gilbert Welch, ISBN 978-0-8070-2200-9
8. SJPHC editorial 2010: 28: 1-3. Linn Getz and John Brodersen

## TETT PÅ Sara Kahsay

**Hvorfor:** Hun er jordmor og har jobbet med kvinner og minoritetshelse i 20 år. I fjor fikk hun Plans Jentepris for sitt arbeid mot kjønnslemlesting.

**Stilling:** Jordmor og rådgiver ved Nasjonalt senter for minoritetshelse (NAKMI)

**Utdanning:** Jordmor

**Alder:** 48 år

# Redder jentene

Jordmor Sara Kahsay har vært opptatt av kvinnehelse siden barndommen. Engasjementet kostet henne nesten livet.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**  
[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)



**D**en 9. desember 2011 sitter Sara Kahsay på toget på vei hjem fra jobb. Klokken er noen minutter over fem. Bakken er snødekt, himmelen mørk. Hun hilser på en pakistansk nabo som sitter like ved. Hun legger merke til at han banner og slår i setet med knytteneven. Noen minutter etter blir hun slått og sparket bevisstløs av den samme mannen, 50 meter fra hjemmet sitt.

Legene forberedte døtrene på 10 og 16 år på at moren deres ikke ville overleve, eller våkne opp og ikke kjenne dem igjen. Tolv uker etter våkner hun på Sunnaas sykehus. Det første alenemoren utbryter er: Hvor er barna mine?

– Jeg husker hvert øyeblikk av overfallsdagen som om det var i går, forteller Kahsay.

– Fram til jeg ble slått ned. Etter det er alt svart.

**KAHSAY ER ANSATT** ved fødeavdelingen på Oslo universitets-sykehus og rådgiver ved Nasjonalt kompetansesenter for minoritets-helse (NAKMI). 11. oktober i fjor ble hun tildelt Plans Jentepreis for sitt arbeid mot kjønnslemlesting. Hun var invitert i kronprinsparets bryllup og har også ved andre anledninger vært gjest på Slottet.

Vi møtes i Oslo sentrum et par dager før jul. I dag er det ingenting som tyder på at hun for bare et år siden lå i koma med livstruende hodeskader. Hendene er i stadig bevegelse, og hun snakker fort og mye.

– Allerede før jeg begynte på sykepleien oppdaget jeg at minoritetshelse er et viktig tema, forteller Kahsay.

## «Jeg husker hvert øyeblikk av overfallsdagen som om det var i går.»

Hun hadde jobb som pleieassistent på Aker sykehus da en vietnamesisk pasient ble innlagt med diaré.

– Han spurte etter et bekket, men sykepleieren forsto ham ikke og ga ham en urinflaske i stedet. Jeg forstår ikke hva hun tenkte på, pasienten hadde jo diaré. Da jeg fant flasken med avføring på nattbordet hans gikk jeg til vaktrommet og sa hva jeg mente.

På grunnutdanningen i sykepleie skrev hun hovedoppgave om kommunikasjonsproblemer mellom innvandrere og helsepersonell. På jordmorutdanningen valgte hun temaet svangerskapsdiabetes hos asiatiske kvinner.

– Disse kvinnene endret livsstilen totalt når de kom til Norge. I hjemlandet besto husarbeidet av tungt, fysisk arbeid, mens i Norge ble de sittende mye inne og kroppsarbeidet ble erstattet av maskiner.

**MEN INTERESSEN FOR KVINNEHELSE** oppsto lenge før, under oppveksten i Eritrea. Kahsay var den eldste jenta i en søskenflokk på ni, og ble sendt av gårde etter hjelp når moren skulle føde.

– Alle kvinnene i nabolaget fødte hjemme. Min mor gjorde selv i stand til sine egne fødsler, forteller Kahsay.

– Hun vasket og la fram tøy og kokte vann til sterilisering, og

når hun begynte å få vondt i magen ba hun meg hente den lokale fødselshjelperen.

Moren fødte alle barna sine uten komplikasjoner. Kahsay fikk ikke være til stede under fødselen, men satt i rommet ved siden av og hørte henne stønne.

– Hun lagde litt lyder, men hun hylte aldri, minnes Kahsay.

Når hun hørte skrikene fra det nye barnet løp hun og ga beskjed til faren som satt og ventet spent i den andre enden av huset.

– Når fødselen var overstått gikk en av kvinnene ut på trappen og lagde en lyd som varslet at barnet var født.

Khasay demonstrerer ved å lager en høy syngende lyd mens hun «knepper» med tungen.

– De ropte tre ganger hvis det var jente og sju hvis det var gutt, det var veldig diskriminerende. Men den tradisjonen er heldigvis slutt, likestillingen i Eritrea er på vei opp.

En hendelse gjorde særlig inntrykk på Kahsay.

– En kvinne i landsbyen lå og fødte i en hel uke, moren min var der og hjalp til. Til slutt fikk hun hjelp av en jordmor fra sykehuset. Det var da jeg bestemte meg for at jeg ville arbeide med kvinners og barns helse.

Hun mener det er farens fortjeneste at hun ble så selvstendig.

– Far var veldig stolt av døtrene sine, han kalte oss sin lykke, sier hun. Øynene blir blanke.

– Han var utradisjonell. Han hadde ikke høy utdannelse, men han hjalp til med husarbeidet og ga døtrene sine frihet.

Familien tilhørte middelklassen og døtrene gikk på italiensk pikeskole. Slik ble Kahsay og søstrene påvirket av vestlig kultur og verdier.

– I Eritrea var det vanlig å gifte seg tidlig, men jeg sa til faren min at jeg ikke ville gifte meg. Jeg vil ikke være kone, sa jeg. Da lo han.

Som ung leste Kahsay europeisk litteratur og flere bøker om apartheid.

– Jeg ble opprørsk.

Hun smiler.

– Og jeg ville ha en intellektuell mann, en mann som kunne forstå meg.

Det var faren som oppmuntret henne til å reise til Europa for å ta utdannelse. Borgerkrigen mellom Etiopia og Eritrea gjorde det utrygt å være ung i Eritrea. Soldater misbrukte unge kvinner seksuelt, og Kahsay var utsatt fordi hun var med i en frigjøringsbevegelse.

– Før jeg reiste fra Eritrea lovte jeg min far at jeg aldri skulle jobbe som hushjelp, det løftet har jeg holdt.

Kahsay kom til Norge i 1981, 17 år gammel. Det første året gikk hun på folkehøyskole på Brandbu.

– Fordi jeg var så ung tilbrakte jeg helgene hos en fosterfamilie. De kom og hentet meg hver fredag. Det var en snill familie, jeg fikk fire «brødre» og lærte meg norske skikker og lagde norsk mat.

– Men selv om jeg var ung, var jeg svært selvstendig sammenliknet med norske ungdommer, mener hun.

– Afrikanske ungdommer blir tidlig voksne. Som eldste datter i en stor søskenflokk var jeg vant til mye ansvar.

**KAHSAY VAR FERDIG UTDANNET** sykepleier i 1989, og i 1994 begynte hun på jordmorutdanningen. Hun begynte å engasjere seg

i arbeidet mot kjønnslemlestelse på 90-tallet. Under oppveksten i Eritrea var hun vitne til at søsknene ble omskåret, et ritual alle nyfødte måtte gjennom. Som jordmor ved gynekologisk avdeling på Oslo universitetssykehus så hun med egne øyne hvilke fatale konsekvenser omskjæring kunne medføre for jentene.

– I klinikken har jeg sett mye lidelse på grunn av kjønnslemlestelse. Jeg har møtt kvinner som er totalskadet nedentil, forteller Kahsay.

– Hos noen fødende er fødselsåpningen helt lukket, slik at vi må gjøre et inngrep for at barnet skal kunne komme ut.

Kahsay forteller at mange av kvinnene lever i et smertehelvete.

– Kjønnslemlestelse har enorme konsekvenser både fysisk og psykisk, understreker hun.

– Omskjæring er et tabubelagt tema. Jentene som er utsatt for dette tør ikke dusje eller vise seg nakne for norske jenter i oppveksten. En gynekologisk undersøkelse kan være traumatisk. Når kvinnene blir lagt på benken og må sprike med bena får de ofte flash-back.

Som leder av den eritreiske kvinneunionen i Norge deltok Kahsay i arbeidet for en norsk lov mot kjønnslemlestelse. Loven kom i 1995. Hun har også bidratt til Helsetilsynets veileder for hvordan helsepersonell skal håndtere kjønnslemlestelse og undervist helsepersonell og ansatte i Helsetilsynet om temaet.

– I Helsetilsynet var de veldig redde for at afrikanere skulle oppfatte veilederen som stigmatiserende. Men jeg sto på mitt. Kahsay slår knytteneven i bordet.

– Dette er informasjon, ikke stigmatisering, fortalte jeg dem. Det viktigste er å hjelpe unge jenter som lider.

I 2004 startet Kahsay og gynekolog Sverre Sand opp et lavtersktilbud for kvinner ved Gynekologisk poliklinikk på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

– Gjennom handlingsplanen fikk vi vist fram pekefingeren, sier Kahsay.

– Vi viste at omskjæring er unødvendig og helseskadelig, og vi bidro til å gjøre det ulovlig. Men kvinnene trengte et tilbud. Et sted de kunne komme uten foreldre eller ektemenn for å få veiledning og helsehjelp.

Gjennom tilbudet fikk kvinner med kjønnslemlestelse gynekologisk undersøkelse, og råd om infeksjonsfare, hygiene og sexliv.

– Tilbudet gjorde at vi fikk kvinnene på tomannshånd, slik at de kunne fortelle om problemene sine uten ektemenn eller foreldre til stede.

Kahsay har intervjuet flere av kvinnene på poliklinikken om når de ble omskåret, hvor og hvordan. Materialet var tenkt som utgangspunkt for en mastergrad, men det var før hun ble overfalt. Selv om hun er smertefri og skaden ikke lenger synes utenpå, blir hun fort sliten og sliter litt med kortidshukommelsen.

– **KJENN HER**, sier Kahsay og tar seg til høyre side av hodet der skallen ble knust under overfallet og i dag er erstattet med et proteselokk.

Som pasient fikk hun evaluert sykepleiefaget fra den andre siden. Hun kan ikke få fullrost de ansatte på Sunnaas; det gode samarbeidet på tvers av fag og opplevelsen av at de ansatte alltid hadde tid, har gjort dypt inntrykk.

– Men det var tøft å ta imot omsorg, mine pårørende måtte pushe meg til å dra i snora etter hjelp, forteller Kahsay.

Kahsay er sikker på at overfallet på henne var planlagt.

– En av mine kollegaer på NAKMI, en sosialantropolog som jobbet med genetisk veiledning ved ekteskap mellom fettere og kusiner blant pakistanere, ble truet, forteller hun.

– Mannen som overfalt meg kjenner til meg og vet at jeg jobber

## «Jeg har møtt kvinner som er totalskadet nedentil.»

ved NAKMI. I politiavhør fortalte han at han trodde jeg samarbeidet med PST og at jeg jobbet for å forhindre at pakistanske barn ble født i Norge.

Rettsaken mot gjerningsmannen er avsluttet, han er dømt til tvungent psykisk helsevern.

– Arbeidet med kvinner og omskjæring innebærer mange etiske dilemmaer, sier Kahsay.

– Som helsepersonell har jeg taushetsplikt, men samtidig er kjønnslemlestelse et tema det er viktig at vi snakker åpent om i det offentlige rom. ■■■



## 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.

# Fri for å gå til lege og kiropraktor?

Sjekk reglene der du jobber, er rådet fra **Lars Petter Eriksen** i NSF.

**Tore Dahlstrøm** svarer en leser som føler seg forbigått ved ansettelse.

En sykepleier i svangerskapspermisjon føler seg forbigått etter at ledige fulltidsstillinger er tildelt uten at hun fikk vite om dem. Hun skriver dette:

**?** Jeg er fast ansatt i 75 prosent stilling som sykepleier i staten. Jeg har tidligere levert en generell søknad til avdelingsledelsen med ønske om å gå opp til 100 prosent stilling snarest mulig.

Det har i senere tid vært utlyst flere stillinger på avdelingen min, til sammen nærmere 400 prosent faste stillinger i tillegg til flere vikariater. Det er fremdeles vikariater ledige. De faste stillingene er imidlertid utdelt til andre søkere, både interne, fra før av fast ansatte med omtrent samme ansiennitet/erfaring som meg, men også nyansettelser og ansettelser av personer som tidligere kun var i vikariater. Jeg gikk ut i svangerskapspermisjon i juni 2011 og skal tilbake på arbeid i november. Jeg har således ikke vært til stede på arbeidsplassen og fått følge med på alt som skjer der, men jeg trodde ikke jeg behøvde å passe på at min tidligere søknad ble husket. Jeg ble derfor skuffet da jeg oppdaget at jeg var forbigått og hadde gått glipp av muligheten til 100 prosent fast stilling i denne omgang ettersom stillingene allerede er utdelt. Er det virkelig slik at jeg ikke kan gjøre noe med dette, selv om loven sier at jeg som deltidsansatt har fortrinnsrett?

Jeg ser at loven gir meg rett til å kreve forhandlinger, eventuelt bringe saken inn for tvisteløsningsnemnda, men der er det også en to ukers frist. Siden min søknad ikke

ble tatt i betraktning, fikk jeg heller ikke noe avslag i forhold til fortrinnsretten og vet ikke hvordan jeg står i forhold til denne fristen. Jeg har jo bare i ettertid fått vite at stillingene er utdelt.

Hvordan skal jeg forholde meg til dette?

**§** Arbeidsmiljøloven har ikke regler om framgangsmåten for utøvelse av fortrinnsrett. På det enkelte arbeidssted kan det imidlertid være fastsatt retningslinjer for hvordan man skal gå fram dersom man vil gjøre krav på fortrinnsrett. Hvis du har tilkjennegitt for arbeidsgiver at du ønsker en utvidelse av stillingen, skal dette i utgangspunktet være nok, og arbeidsgiver plikter å vurdere dette før utlysning eller ansettelse i den ledige stillingen. Vår anbefaling er imidlertid at deltidsansatte som ønsker å gjøre krav på fortrinnsrett til en ledig stilling, gir beskjed om dette i en søknad på stillingen. Arbeidsgiver er videre pålagt å informere arbeidstakere om ledige stillinger i virksomheten. Dette gjelder også for arbeidstakere som for eksempel er i foreldrepermisjon. Tvist om fortrinnsrett kan bringes inn for Tvisteløsningsnemnda. Fristen for å bringe saken inn for nemnda er fire uker regnet fra det tidspunkt arbeidsgiver avslo kravet om fortrinnsrett fra arbeidstaker. Loven stiller ikke krav til hvilken form arbeidsgivers avslag skal ha, og nemnda har i flere saker slått fast at også muntlige beskjeder kan utløse fristen for å klage til nemnda. Nemnda har også i noen saker lagt til grunn at også mer generell intern informasjon om at de konkrete stillingene er besatt er fristutløsende. Dersom arbeidstaker krever for-

handling etter at det er gitt et avslag på krav om fortrinnsrett, er det viktig å være klar over at slike forhandlinger ikke utløser noen ny frist.

**?** Jeg har vært nødt til å dra til lege/kiropraktor i arbeidstiden og har lagt timene til sist på dagen. Jeg har gått klokken 13.45 eller 14.00 selv om jeg hadde arbeidsdag til 15.15 eller 15.30. Selv om arbeidsgiver ikke leier inn vikar for meg hevder man at jeg må jobbe dette inn i stedet for å ikke trekkes i lønn.

Må jeg avspasere og jobbe inn, eller er det «lov» å være borte fra jobben for å gå til lege/kiropraktor?

**§** Det finnes ingen uttrykkelig lovbestemmelse som regulerer adgangen til å få fri til lege- eller kiropraktorbesøk. Noen har rett til fri med lønn for å gå til lege/kiropraktor nedfelt i sin tariffavtale, men det gjelder ikke noen av de avtalene NSF er part i.

Det vil være naturlig å skille mellom rett til fri med og uten lønn. De fleste ville vel reagere hvis arbeidsgiver skulle nekte deg fri til nødvendige legebesøk, særlig hvis det ikke er mulig å legge slike besøk utenom arbeidstiden. Selv om det ikke fremkommer i noe regelverk, vil det lett kunne bli regnet som uforholdsmessig inngripende av arbeidsgiver å nekte nødvendige legebesøk.

Hvorvidt man har rett på lønn ved lege- eller kiropraktorbesøk er litt varierende. Det er likevel slik at når man ikke har noen tariffmessig eller lovmessig krav på det, vil rett på eventuell lønn fremkomme av for eksempel personalreglement i virksomheten. Sjekk derfor reglene der du jobber!

Passer på paragrafene:





**SPECIALPRIS**  
kr. 19.990,-

## MØT SYKEPLEIERE FRA HELE VERDEN!

SPENNENDE FOREDRAG OG FAGLIG  
INPUT PÅ ICN-KONGRESS I AUSTRALIA  
– MED ALBATROS-REISELEDER, 11 DAGER

ICN holder sin 25. internasjonale kongress i Melbourne, og under kongressen bor du på et godt hotell og blir transportert frem og tilbake til kongressen i buss. Du får også en hel dag til å oppleve Melbourne på egen hånd! Melbourne sies av mange å være Australias hyggeligste storby med trikkevogner, vakre bygninger og et spennende kulturliv.

Vil du bli down under litt lenger kan du forlenge reisen din med en rundtur til vinlandet, Great Ocean Road, Canberra og Sydney. Her får du 5 dager ekstra der du opplever både det særpregede australske landskapet, berømte kyststrekninger og livlige storbyer.

AVREISE 15. MAI 2013

**KR. 19.990,-**

Tillegg for enkeltrom: kr. 4.990,-

Forlengelse: kr. 14.990,-

Tillegg for enkeltrom på forlengelsen: kr. 4.990,-

### Informasjon og påmelding

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

[info@albatros-travel.no](mailto:info@albatros-travel.no)

Vennligst opplys reisekode LR-SYK

### DAGSPROGRAM

Dag 1 Avreise fra Oslo

Dag 2 Ankomst Melbourne. Tid på egen hånd

Dag 3 Fri til egne opplevelser i Melbourne

Dag 4–9 ICN-kongress

Dag 10 Hjemreise

Dag 11 Hjemkomst til Oslo

### DAGSPROGRAM FOR FORLENGELSEN

Dag 10 Yarra Valley. Damptog, besøk på vingård og byrundtur i Melbourne

Dag 11 Great Ocean Road, en av verdens mest spektakulære kyststrekninger

Dag 12 Melbourne – Canberra

Dag 13 Canberra – Sydney. Rundturer i byene

Dag 14 Blue Mountains. Besøk i Wildlife Park og flott natur

Dag 15 Sydney. Tid på egen hånd

Dag 16 Hjemreise

Dag 17 Ankomst Oslo

NB! Påmelding og gebyr til ICN-konferansen er ikke inkludert i reisen – det skal hver enkelt deltaker sørge for selv på [www.icn2013.ch/en/registration](http://www.icn2013.ch/en/registration).

**Fristen for påmelding er 14. februar 2013.**



### Prisen inkluderer

- Fly Oslo – Melbourne t/r via Bangkok med Thai Airways på økonomiklasse
  - 8 netter på Travelodge Docklands i delt dobbeltrom
  - Frokost på hotellet alle dager
  - Visum til Australia
- (OBS! Prisen inkluderer ikke påmeldingsgebyr til kongressen.)



# Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!

Besøk oss på [www.albatros-travel.no](http://www.albatros-travel.no)

**ÅPENT I HELGENE:** Telefonene er åpne også lør-søn kl. 10-15. Ring på tlf.: 800 58 106