

5 2013  
18. april 2013  
101. årgang

# Sykepleien

Trykksårjegerne **26**  
Skyr moderlig omsorg **48**  
Aksjonerer for faget **72**

# Sengebytte

Ø-hjelp skal flyttes fra sykehus til kommune.  
Det er ikke bare bare. **16**

# Klar for en ny dag?

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

Circadin® er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmønsteret.<sup>1,2)</sup>

Circadin® forbedrer søvnkvalitet og gjør at pasienten føler seg utvilt og opplagt påfølgende dag.<sup>1,2,3)</sup>



Klar for en ny dag!

Depottablett melatonin

**circadin®**

Klar for en ny dag

### Referanser:

1. SPC 2. Aging Health 2008 4(1), 11-21 3. Otmani et al. Hum. Psychopharmacol Clin Exp (2008). Published online in Wiley InterScience

### C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

**DEPOTTABLETTER 2 mg:** Hver depottablett inneholder Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

**Indikasjon:** Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

**Dosering: Bør svelges hele. Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

**Forsiktighetsregler:** Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

**Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyproporden, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zoloplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiaridazin kan føre til en økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til amnende.

**Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnsgener/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet:

Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/hymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blimler i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Heteetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus, utslett, neglesykdommer. Kjønnsgener/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi.

**Psykiske:** Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. **Stoffskifte/ernæring:** Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

**Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-/mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnrulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsøvningsstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvn sammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. **Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon** påvirkes av samtidig matinntak (T<sub>max</sub> = 3 timer og C<sub>max</sub> = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Bindes hovedsakelig til albumin, alpha1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv.

**Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form.

**Pakninger og priser pr 01.02.2013:** Enpac: 30 stk. 198,30 kr.

## Natusan® first touch. Utviklet for den nyfødte hudens unike behov.

Forskning viser at spedbarnshud er nesten en tredel tynnere enn voksen hud<sup>1</sup> og at den mister fuktighet raskere.<sup>2</sup> Dessuten får 60 prosent av spedbarna tørr hud i løpet av det første leveåret,<sup>2</sup> og opp til 50 prosent får utslett på stumpen i løpet av bleiealderen.<sup>3</sup>

Hudpleieproduktene i serien Natusan first touch er utviklet spesielt for den nyfødte hudens unike behov og inneholder verken parfyme eller fargestoffer. Bak Natusan ligger et omfattende dokumentasjonsarbeid og mer enn 60 års klinisk erfaring.



**Dokumentert mild for huden**  
Test av ingrediensene  
Test for sikkerhet og toleranse  
Dermatologisk testet



**No More Tears® – Mild mot øynene**  
Test av ingrediensene  
In vitro-tester, irritasjon og tåreflom  
In vivo-tester, irritasjon og kløe



**Sinksalve og Vaske servietter**

<sup>1</sup>Stamatias GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

<sup>2</sup>Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728–36.

<sup>3</sup>Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288–290.



Natusan® – Den nordiske barnehudeksperten



## 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*



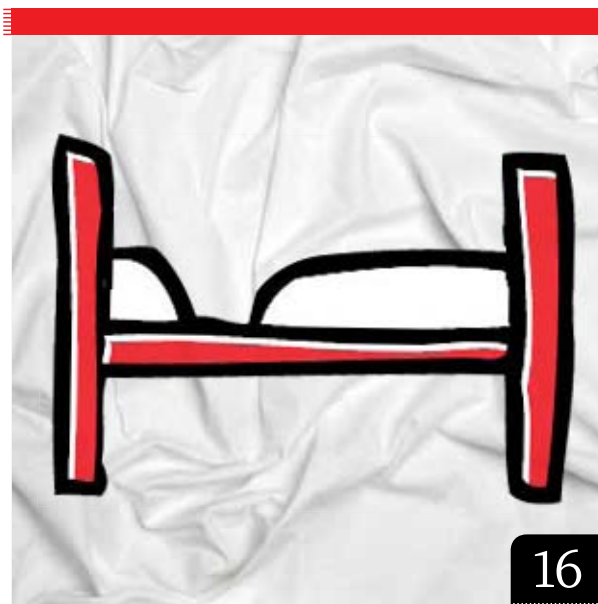
 Navamedic





## Tema: Ø-hjelpsenger i kommunene

- 18** – Vi har lite tradisjon for innleggelse utenfor sykehus  
**22** Fikk ø-hjelpseng i tillegg til alt annet



16

# Innhold

5 2013 **Sykepleien**

«Vi må tåle å møte tiggerne ansikt til ansikt.» Barth Tholens i Aksjonisten, side 6

## Hva skjer

- 10** Tommelen opp for ny etterutdanning  
**11** Vi bare spør Venke Aarethun  
**12** – En myte at selvskadere ikke får bedøvelse  
**14** – NSF ser ikke lederne

## Der ute

- 24** Småstoff fra utlandet  
**26** Tar grep mot trykksår  
**30** Våger å tenke mishandling  
**36** Inn i øyet  
**40** Lukker døren for de eldste  
**42** Min jobb: Lill Moestue

## Fag og bøker

- 44** – Trykksår kan enkelt forebygges  
**47** Ingen spøk å gå på trygd  
**48** Syke menn skyr moderlig omsorg  
**50** Gir bedre laboratoriearbeid på norske sykehjem  
**54** Fagnyttig  
**56** Forfatterintervju: Arne Klyve  
**58** Bokanmeldelser  
**60** – Vi bør spise færre karbohydrater  
**62** Etikkk: Per Nortvedt  
**64** Gjenreis helsefagenes verdigrunnlag!  
**66** Quiz og kryssord

## Mennesker og meninger

- 68** Eli Gunhild By om utdanningen  
**69** Meninger  
**71** Minneord  
**72** Kronikk: Anders Grimsmo  
**74** Innspill: Terje Carlsen  
**75** Paragrafrytterne  
**76** Tett på Camilla Stoltenberg  
  
**80** Stillingsannonser  
**87** Kunngjøringer



Si din mening på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) og Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

### Sykepleien

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

E-post: [redaksjonen@sykepleien.no](mailto:redaksjonen@sykepleien.no)

Ansvarlig redaktør Barth Tholens  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto: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** Ikke alle foreldre er snille.



**76** Camilla Stoltenberg vil kartlegge folks helse.

«Våken ligger han og venter på å få en nål i øyet.»



36



AKSJONISTEN

Barth Tholens

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien  
E-post: barth.tholens@sykepleien.no

## Ut av synsfeltet

Barmhjertighet kan være en prøvelse, særlig når vi får stakkarne midt oppi fleissen.

**I**fjor gikk jeg på ski i Rondane nasjonalpark. De myke, snødekte fjellene lå der som et dyp-fryst bilde av evigheten. Snøen knaket under skiene mine, det var årets kaldeste måned og gradestokken hadde krøpet ned til nærmere 20 minus. Landskapet var helt tomt for alt menneskelig liv. Det er jo sånt vi liker, vi som bor her i nord.

Det vil si, ikke helt. Da vinden blåste opp og gjorde Rondane om til rene Nordpolen, fikk jeg øye på en staselig bygning litt lenger ned. Solbærtoddy og do, tenkte jeg umiddelbart, og satte skiene mine forventningsfullt i snøkanten til selveste Rondeslottet Høyfjellshotell.

Men var det ikke noe rart her? Fra andre etasje stirret plutselig flere par mørke øyne på meg gjennom duggete vinduer. Var det Etiopias landslag på ski? Da jeg forserte døra, ble det fort klart at det var det ikke. Dette fordums hotellet ved randen av nasjonalparken hadde blitt gjort om til asylmottak, med plass til 180 asylsøkere. De stirret nå forbauset på meg, mens jeg forsøkte å fjerne isen fra skjegg.

Vi har en lei tendens her i Norge til å plassere ting vi ikke liker langt ut av synsfeltet. Heller enn å ha asylsøkerne i nærheten av bygdas samvirkelag burer vi dem inne et sted hvor nesten ingen ferdes. Selv der ute i fjellheimen protesterer de lokale hytteeierne. De ville i sin tid gå

så langt som å kjøpe den lille private veien som humpet opp til stedet, bare for å stoppe planene om et mottak. De hadde ikke engang lyst til å være vinterferienabo til folk i nød.

Det er pinlig. Ikke først og fremst fordi jeg synes så synd på asylsøkere som må tilbringe disse lange, seige, mørke vintrene på forblåste steder, langt borte fra alt. De vil nok bite tennene sammen.

Det er heller pinlig for oss selv: At vi ikke lenger tåler synet av dem som er mindre vellykket enn oss selv. Vi vil kanskje være fri fra andres lidelser, men risikerer å påføre oss uvitenhet. For ser du aldri en asylsøker, kan det være vanskelig helt å forstå at isolasjonen på et asylmottak i dalstrøka innafor kan være en sann lidelse for folk som ikke har det bra fra før.

Prostituerte, sigøynere, heroinister og asylsøkere – mange vil helst slippe å se dem. Da antallet afrikanske prostituerte i sentrum av hovedstaden for noen år siden økte merkbart, vedtok Stortinget en lov som gjør at folk flest ikke lenger behøver å møte de prostituerte ansikt til ansikt, om de ikke velger det. Politikere ville ikke høre på sykepleiere og annet helsepersonell som fryktet at den nye loven bare ville gjøre det vanskeligere å opprettholde et godt tilbud til denne utsatte gruppen. Nå viser det seg at lovforbudet mot kjøp av seksuelle tjenester bare har gjort at prostitusjonen har funnet nye former. Den er overhodet ikke borte. Men vi ser den ikke.

Så kom tiggerne fra Romania. Små kvinner som sitter ved kjøpesentrene og ser bedende på oss med koppen sin og en håndskrevet plakat. Menn med trekkspill og saksofoner som drar sine repeterende melodier i gågata mens vi skynder oss hjem i vintermørket.

Nå vurderer partiene på høyresiden et tiggeforbud. De vil forby at fremmede skal mase om penger ved hjelp av sin skrupelighet. Trolig har de sett seg lei på at stadig flere nødlidende



befolker våre gater og at vi blir påført dårlig samvittighet når vi går forbi. Selv norske selgere av gatemagasinerne har begynt å irritere seg over de nye tiggerne, fordi de konkurrerer om det samme markedet.

Forslaget om et tiggeforbud er motivert av tanken om at personene det handler om egentlig ikke er skrupelige likevel, men bare del av kriminelle nettverk som ikke vil oss vel.

– Så lenge vi har et system som tillater tigging, er regjeringen med på å lage grobunn for organisert kriminalitet, uttalte sågar Frps Åse Michaelsen i justiskomiteen til Aftenposten. Hun tenkte neppe på Frelsesarmeen, skolekorps og idrettslag.

### Sagt & ment

– Vi må være tydelige fra dag én om at overnatting i parker og gater ikke er greit, mener Oslos byrådsleder Stian Berger Røsland (Aftenposten).

Romfolket får klar beskjed om at de skal ligge pent i Ikea-seng med garasjeporten lukket.



Regjeringen har nå sagt nei til et slikt forbud. Men den åpner for kommunal meldeplikt for tiggere. Den vil regulere tiggernes atferd, utelukke de papirløse og sette rammer for hvor det er lov å tigge. Det blir vel ikke midt i fleisen på oss besteborgere lenger.

I motsetning til et liggeforbud, loven som forbyr kjøp av seksuelle tjenester, vil et tiggeforbud ikke kunne gjennomføres ved å forby oss å gi penger åpenlyst til noen som holder opp hånden. Det ville tatt seg ut. Man kan neppe forby folk å gi. Det foreslåtte forbudet, som også politiet har sterke ønsker om, må derfor praktiseres ved at ordensvesenet regelmessig renser gatene for sosial nød. Spør du

meg, er det en uholdbar tanke. Det vil gjøre Norge om til en festning for de vellykkede.

Hvis det så likevel skulle gå mot et forbud, for eksempel etter valget, spar meg da for argumentet om at det egentlig er til tiggernes beste å forby dem å legge seg ned foran våre føtter. At de bare venner seg til å bli avhengige av oss. Som om et tiggeforbud vil føre til at de ville ta seg en jobb i næringslivet i Romania i stedet. Tiggeforbudets oppdragende virkning er like falsk som å stenge polet foran en høytid.

Personlig håper jeg at vi også i fremtiden vil kunne møte tiggere og andre mennesker i sosial nød ansikt til ansikt. Det vil minne oss

«Skal vi renske gatene for sosial nød?»

om at mye i livet er tilfeldig og at vår plikt til å hjelpe andre ikke begrenser seg til skattetrekket. Skal vi elske vår neste som oss selv, slik Bibelen anbefaler, må vi vite hvordan vedkommende ser ut. ■■■

*Handwritten signature*



**SLÅR ALARM:** Barneombudet håper at problemet med for få helseøstre vies god plass i stortingsmelding. Foto: Colourbox

## Barneombudet ber regjeringen stille helsesøster-krav

Barneombudet har i flere år har slått alarm om mangelen på helsesøstre og håper at problemet nå blir viet plass i helseministerens stortingsmelding om folkehelse til våren.

Leder i Landsgruppen av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, støtter forslaget. Hun sier til P4 Nyhetene at det er vanskelig å få nok stillinger i skolehelsetjenesten uten at det kommer sentrale føringer. P4

## Møter ikke til ny HPV-test

En tredel av de kvinnene som ble bedt om å ta ny celleprøve etter å ha blitt friskmeldt med en ikke lenger godkjent HPV-test, har ikke møtt opp til ny undersøkelse, opplyser lederen av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, Stefan Lönnberg i Kreftregisteret, til Dagens Medisin.

Av de 210 kvinnene som både Kreftregisteret og de aktuelle sykehusene har bedt om å sjekke seg på nytt, har 76 fortsatt ikke respondert.

Kvinnene som er innkalt hadde hatt en positiv celleprøve og testet negativt med den ikke lenger godkjente HPV-testen PreTect HPV-Proofer. Denne teten ble utelukket fra masseundersøkelsene fra årskiftet.

Dagens Medisin



**ULOVLIG:** Det er straffbart for helsepersonell å medvirke til surrogati. Foto: Colourbox

## Fraråder surrogati

Helseminister Jonas Gahr Støre har fulgt med i sakene som Aftenposten har skrevet den siste tiden om surrogati. Han fraråder norske kvinner og menn å benytte surrogatmor i utlandet.

Like før påske sendte regjeringen et forslag til Stortinget om at privatpersoner som kjøper surrogatitjenester i utlandet ikke skal straffes. Bioteknologiloven regulerer kun det som skjer i Norge.

– De som hevder at denne presiseringen åpner for surrogati tar feil. Det er ikke tillatt med surrogati i Norge. Regjeringen har ikke til hensikt å endre på det, sier Støre til Aftenposten.

Han sier videre at det er straffbart for helsepersonell å medvirke til surrogati. Aftenposten

# HVA SKJER

### Les mer om:

- 10** Tommelen opp for ny etterutdanning ›
- 12** – En myte at selvskadende pasienter ikke blir sydd ›
- 14** Har lederne nytte av NSF? ›

**sykepleien.no**

Følg saken om ø-hjelpsenger i kommunene.



## Forsker i kloakken

Ved å sammenligne sporstoffer i kloakkvann, avslører forskere den totale narkotikabruken i Oslo, Bergen og Hamar i en ny studie gjort ved Norsk institutt for vannforskning (NIVA).

**NARKO:** Det tygges nærmere 100 gram khat per 1000 innbyggere i Oslo. Foto: Colourbox

Her er hovedfunnene fra studien: I samtlige tre byer brukes syntetiske cannabinoider. Litt overraskende er bruken størst i Hamar.

- › Khat finner man kun spor av i Oslo. Det tygges nærmere 100 gram khat per 1000 innbyggere i Oslo.
- › Metamfetamin brukes mer enn kokain i Bergen og Hamar. I Oslo brukes stoffet cirka tre ganger mer enn på Hamar, men bare en og en halv gang mer enn i Bergen.
- › Kokain er mest brukt i Oslo. Folk i Oslo sniffer omtrent fem ganger mer enn de gjør på Hamar, og tre ganger mer enn bergenserne.
- › Cannabis og hasj brukes omtrent like mye i Bergen og på Hamar, og i Oslo brukes nærmere halvannen gang mer enn dette.

Østlendingen

## Full kontroll over assistenten

Funksjonshemmede skal både kunne ansette og styre sine egne assistenter.

– Dette har funksjonshemmedes organisasjoner jobbet for lenge, og vi er svært glad for at regjeringen endelig rettighetsfester brukerstyrt personlig assistanse (BPA), sier kommunikasjonsansvarlig i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Ove Helset, på FFOs egne nettsider.

Organisasjonen forventer at kommunene følger opp.



**BESTEMMER SELV:** Nytt lovforslag skal gi funksjonshemmede mer kontroll over egne assistenter. Foto: Colourbox

## Tilbakekalling av autorisasjon i 2012

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rusmiddelbruk	26	8	14	12	<b>60</b>
Faglig svikt	6	4	7	6	<b>23</b>
Legemiddeltveri	16	2	0	5	<b>23</b>
Adferd utenfor tjenesten	2	9	3	5	<b>19</b>
Ikke innrettet seg etter advarsel	0	0	6	2	<b>8</b>
Seksuell utnyttning av pasient	1	2	1	0	<b>4</b>
Sykdom	1	1	2		<b>4</b>
Rollesammenblanding	1	1	0	1	<b>3</b>
Mistet godkjenning i utlandet	0	0	2	0	<b>2</b>
Sum vurderingsgrunnlag	60	31	41	34	<b>166</b>
Antall tilbakekall	32	16	29	18	<b>95</b>

Det kan foreligge flere grunnlag for tilbakekall i en enkelt sak. I tabellen fremgår det hvilke grunnlag som forelå for å tilbakekalle autorisasjoner i 2012. I enkelte saker forelå det flere grunnlag som hver for seg ville vært tilstrekkelig for å tilbakekalle.

Kilde: Tilsynsmelding fra Helsetilsynet, Mrs 2013.



## Har mistet 70 årsverk på fem år

På fem år har antall årsverk ved Nordfjord sjukehus falt fra 186 til 116. Administrerende direktør i Helse Førde, Jon Bolstad, mener at personalsituasjonen nå vil stabilisere seg.

– Vi har en forventning om at antallet stillinger vil gå litt opp fram til vi får rusposten i full drift, og vi har også noen funksjoner som krever litt flere folk. Så vil det stabilisere seg på et nivå som ligner på det vi har i dag, sier Bolstad til Fjordenes Tidende.

Ved Nordfjord psykiatrisenter har tallet på årsverk økt fra 76 til 82,5 i samme periode. Flere av dem som tidligere jobbet ved Nordfjord sjukehus gått over i andre oppgaver ved den nyoppstartete rusposten.

Fjordenes Tidende



**AVMYSTIFISERE:** NRK skal vise noen av de mest avanserte operasjonene som gjøres. Foto: Colourbox

## Inn på operasjonsstua

NRK Puls har laget en serie på fire program hvor seerene får bli med inn på operasjonsstua. NRK Puls skal vise seerne de mest avanserte operasjonene som utføres på norske sykehus. Programene er ment å skulle avmystifisere det som skjer under slike operasjoner.

I desember i fjor viste Puls to hjerteoperasjoner, der ulike metoder for hjerteklaffkirurgi ble gjennomført ved Oslo universitetssykehus.



**SUKSESS:** OUSs fem tiltak for å forebygge selvmord har vakt oppsikt. Foto: Colourbox

## Tiltakspakke for å forebygge selvmord

Oslo universitetssykehus (OUS) har laget en tiltakspakke på fem punkter som skal forebygge selvmord ved akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Tiltakene har ifølge OUS fått internasjonal oppmerksomhet.

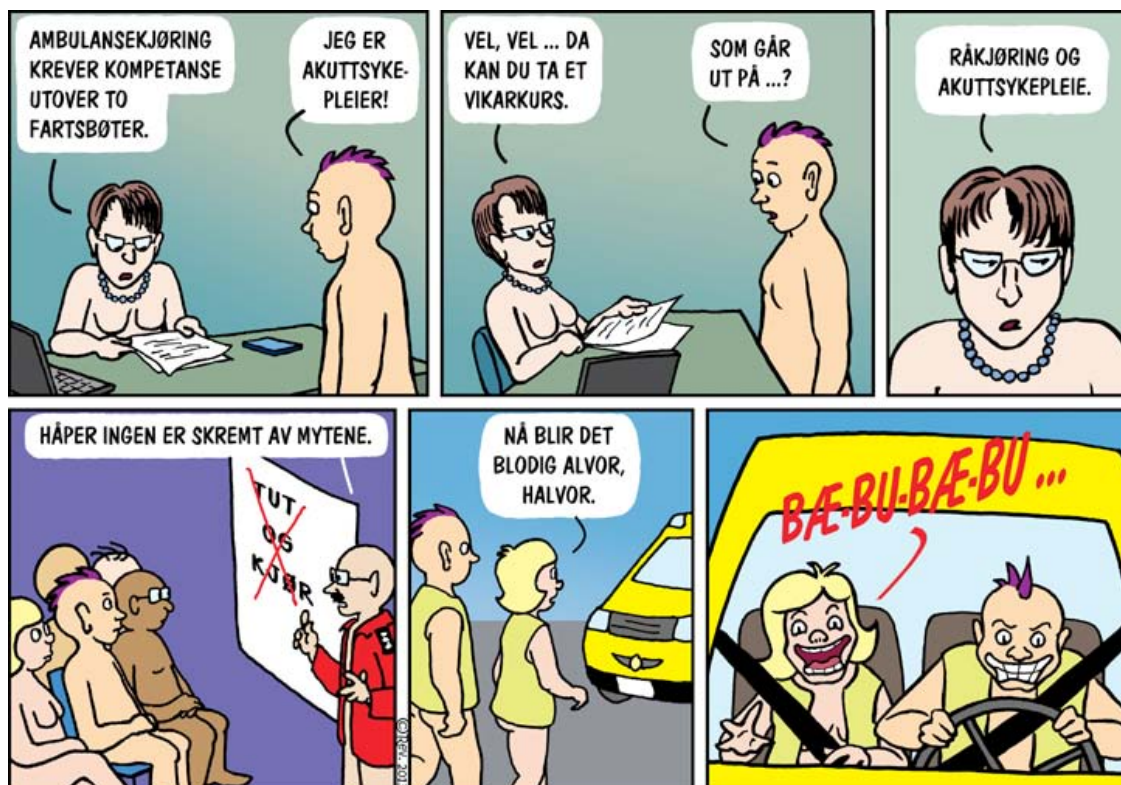
De fem tiltakene er:

1. Spesialistvurdering innen ett døgn
2. Iverksetting av beskyttelsestiltak (observasjon og sikring av rom og omgivelser)
3. Vurdering av risikoen for selvmord (både ved innskriving, utskrivning/overføring og før permisjoner)
4. Planlegging av permisjon
5. Tiltak ved utskrivelse (blant annet kriseplan for pasient, pårørende og samarbeidspartnere, avtale for oppfølging, «time i hånda», samt å involvere pårørende i utskrivningsprosessen)

Tiltakspakken er nå anbefalt nasjonalt.

Oslo universitetssykehus

## TERAPI av Bodil Rørvhaug



## Meninger fra www.sykepleien.no



### Ikke mindre familievold

” Når privatpersoner oppsøker lege og politi for å få hjelp mot vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner, møter de fleste offentlig ansatte som ikke bryr seg eller i verste fall feilbehandler offeret og støtter voldsutøverne. Vi lever i et samfunn hvor egoisme, pengebegjær og konkurranse rå.

Aase Iren Hegelstad

### – Selvskadende pasienter samarbeider ofte dårlig

” « Dette er pasienter som ofte samarbeider dårlig » Hva mener egentlig Walby med dette, i hvilken sammenheng samarbeider de dårlig? På fysisk eller psykisk nivå? På begge nivå? ...

Nanna



# Kan hjelpe mot lette kramper i bena!



## Du trenger kanskje magnesiumtilskudd?

Et veldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium® er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium® er velsmakende og lett å svelge! Floradix Magnesium® kan hjelpe for blodsirkulasjonen og mot lette kramper i bena.

Floradix Magnesium®  
kjøpes hos:



Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59  
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no

# Tommelen opp for ny etterutdanning

De 32 helsesøstrene som testet det nye etterutdanningstilbudet «Helsesøster som samfunnsaktør» har evaluert opplegget: De gir det 5,3 av 6 mulige poeng.

Tekst og foto Eivor Hofstad

Sykepleien nr 1 i år skrev vi om det nye etterutdanningstilbudet som skulle lære helsesøstrene å bli mer aktive samfunnsaktører. Opplegget er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i samarbeid med Landsgruppe av Helsesøstre (LaH), NSF.

De fire modulene handler om politiske systemer i helsebyråkratiet, kvalitet og internkontroll, rammeverk og kommunikasjon og påvirkning. Hvis helsesøstrene får offentlig spesialistgodkjenning, skal dette være en del av det fremtidens helsesøsterspesialister skal kunne.

Leder av LaH, Astrid Grydeland Ersvik, er godt fornøyd med at evalueringen så entydig viser effekten av systematisk kompetansearbeid.

– Det gir resultat, sier hun.

– Når og hvor kan dette bli et studietilbud?

– Det er det for tidlig å si. Vi er i dialog med utdanningene om å etablere etterutdanningstilbud ved noen høyskoler/universitet og hva tilbudet skal inneholde. Flere av helsesøsterutdanningene har allerede vektlagt disse temaene i større grad enn tidligere, basert på LaH NSF's arbeid, sier helsesøsterlederen.

Kompetanseprogrammet ble gjennomført over to samlinger på to dager hver. Det er tenkt at tiltaket skal utvides slik at hvert tema får en grundigere gjennomgang. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



**TØFFERE:** Debatten gikk livlig da helsesøstrene diskuterte hvordan de skulle bli mer rebeliske i den offentlige debatten. Modulen hadde kommunikasjon og påvirkning som tema.

# Venke Aarethun

**Aktuell som:** Psykiatrisk sykepleier og æresborger

**Alder:** 54 år

### BAKGRUNN:

Venke Aarethun ble i mars utnevnt som æresborger av Palestina. Hun har vært leder for Palestinakomiteen, og er leder for vennskspsforeningen Trondheim-Ramallah.

# Hedret i Palestina

### Det var litt av en utnevnelse?

– Ja, det var både overraskende og overveldende. Det betyr at solidaritetsarbeid blir lagt merke til.

### Hvorfor ble du æresborger?

– Ifølge begrunnelsen: For utrettelig å ha arbeidet for å synliggjøre palestinerne sak og for å ha dempa deres lidelser og smerte.

### Hvordan reagerte du da du fikk vite det?

– Jeg ble egentlig sjokkert. Det var så uventet. Jeg er mer vant til sjikane for å ha støttet saken i 30 år.

### Du har blitt truet og spyttet på?

– Ja, det var ikke lett å jobbe for Palestina-saken på 80-tallet. Folk spurte datteren min etter araberfitta og svinet. Det har vært en lang prosess å komme dit vi er i dag.

### Blir du stadig truet?

– Vanskelig å si hvor grensen går mellom trusler og sjikane. Jeg har valgt ikke å kommentere det. Jeg regner personer som truer som utilregnelige. Ikke alle mennesker har injurierende kraft.

### Blir du også kritisert av andre sykepleiere?

– Å ja. Fordi jeg har valgt side. Men om kritikken kommer fra sykepleiere eller andre, er ikke så forskjellig for meg.

### Som nyutdannet sykepleier jobbet du i en palestinsk flyktningleir i Libanon.

#### Hvorfor?

– Jeg vokste opp i Lærdal, ved en fjord på Vestlandet. Der lærte jeg at israelerne var Guds utvalgte folk. Jeg var nysgjerrig. Da massakrene skjedde i Sabra og Shatila, ville jeg lære mer. Jeg ble jo sykepleier fordi jeg ville ut i verden for å jobbe.

### Føler du deg partisk i Midtøsten-konflikten?

– Ja, helt klart. Jeg har tydelig tatt et standpunkt. Jeg

står på de undertryktes side – de okkupertes side. Man kan ikke sidestille de to partene.

### Hva har du gjort i ditt arbeid der nede?

– Haha, det går ikke å svare kort på det, men får prøve: Akuttmedisin i flyktningleir, koordinator under borgerkrigen i Libanon, kvinneprosjekt, bygget opp psykososialt senter, kulturutveksling, undervist ...

### Hva er du mest fornøyd med selv?

– At jeg har holdt ut i alle år. Jeg er fortsatt engasjert.

### Du har vært mye på reise mens datteren din Vilde, som nå er 21, vokste opp.

### Hvordan var det?

– Ikke alltid lett. Vi hadde en avtale om at jeg alltid ringte før hun skulle på skolen og før hun skulle legge seg, men hun var jo redd for meg. Kvinner var verst og spurte hvordan jeg kunne utsette datteren min for det. De ville ikke spurt en mann om det, tror jeg.

### Men faren var hjemme?

– Ja. Jeg reiste aldri uten å ha diskutert det grundig.

### Reiser du fortsatt til Gaza?

– Lenge siden jeg var i Gaza, for det er vanskelig å komme inn der. Men jeg skal til Vestbredden neste uke og til Libanon i mai.

### Hva skal du gjøre der?

– I Libanon skal jeg undervise på sykepleierne videreutdanning i mental helse. Og så skal jeg legge til rette for TrondheimSolistenes juleturné i Palestina-området.

### Hvordan ser du på palestinerne framtid?

– Jeg har alltid vært optimist. Men nå er jeg ikke så veldig optimistisk. Palestinerne har tapt kampen om landet. Mange bor fortsatt i flyktningleire. Det blir ingen løsning før USA ser hensikten med det. Så det drar ut.

### Hva jobber du med til daglig?

– Jeg er rådgiver på det regionale ressurscenteret om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i Trondheim. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

Tekst **Marit Fonn**

Foto **Stig Weston**



# – En myte at man syr uten be

Det kan være vanskelig å vite hva som er riktig å gjøre med selvskadende pasienter, men det er en myte at de sys uten bedøvelse, mener Fredrik Walby. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

**D**et finnes ikke noen studier som underbygger at det er vanlig at mennesker som skader seg selv blir sydd uten bedøvelse, eller at de møter mindre respekt enn andre pasienter. Det påpeker Fredrik Walby, sjefpsykolog ved Voksenpsykiatrisk avdeling på Diakonhjemmet sykehus, og forsker ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging.

I forrige nummer av Sykepleien fortalte en mor til en ung jente om hvordan de ble møtt på legevakten når datteren hadde skåret seg selv. En av reaksjonene de hadde fått var at hun vel

## – Vanlig myte

Walby har jobbet som psykolog i voksenpsykiatrien siden 1998, blant annet på psykiatrisk legevakt i Oslo.

– Jeg har hørt dette at selvskadende pasienter sys uten bedøvelse i mange år, men det er ofte fra kolleger som ikke jobber direkte med pasientene. Pasientene jeg snakker med, forteller ikke om dette selv. Jeg tror det er en vanlig myte.

– Når det er sagt, er det forskjell på de enkelte helsearbeiderne. En pasient som ofte er

Walby har skrevet sammen med Ewa Ness, tar opp dette.

– Systematiske studier av akutt intervensjon i legevaktsammenheng mangler, sier han. Basert på erfaring og med elementer fra dialektisk atferdsterapi, er det likevel mulig å gi noen råd.

– Pasienter som skader seg selv bør tilbys hjelp for å dempe den akutte krisen, sier han.

– Det bør gjøres en innsats for å unngå unødig innleggelse. Det er også viktig at det er kontinuitet i etablert behandling.

– Dette er pasienter som ofte samarbeider dårlig, og det kan være vanskelig å vurdere hva som er riktig å gjøre, erkjenner han.

## – Dårlig skjult forakt

Mange lerese har blitt engasjert i historien til moren som opplevde krenkelser da hun fulgte datteren sin på legevakta med skader hun hadde påført seg selv.

En sykepleier som jobber ved et DPS skriver dette:

«Den ene av mine pasienter – en ung kvinne i 20–30 årene har armer og ben som ser ut som om noen har pisket henne, det finnes ikke en centimeter som ikke har arr. Og hun har opplevd å bli sydd uten bedøvelse, satt sist i køen, møtt dårlig

**«Det bør gjøres en innsats for å unngå unødig innleggelse.»** Fredrik Walby, forsker

ikke trengte bedøvelse. «Du tåler vel dette, du som liker sånne smerter» hadde en sykepleier sagt til henne da hun skulle bli sydd.

Sykepleiens rundspørring viste forskjellig praksis rundt hvordan pasienter som skader seg selv blir møtt på legevakten. De fem legevaktene vi kontaktet opplyste at pasienter som er selvskadere blir behandlet på samme måte som andre som trenger å bli sydd.

innom ulike akutte tilbud vil ha større sjanse for å treffe på de verste av oss. Men mitt inntrykk er at dette ikke er den vanlige holdningen til pasienter som skader seg selv.

## Noen tips

Hvordan skal så helsepersonell opptre overfor denne pasientgruppen? En artikkel publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening, som





SYKEPLEIER

Manpower er en stolt leverandør til sykehus og kommuner i hele Norge. Nå trenger vi din kompetanse til vårt team.

Vi er opptatt av at våre ansatte trives, og tilbyr velordnede lønns- og arbeidsforhold. **Vi gleder oss til å jobbe med deg!**

Registrer din cv på vår hjemmeside [www.manpower.no/helse](http://www.manpower.no/helse), eller send en e-post til: [rekruttering.helse@manpower.notif](mailto:rekruttering.helse@manpower.notif). 22 01 80 00

# døvelse



**SKAPER REAKSJONER:** I Sykepleien nr. 4 fortalte en mor om møtene med legevakten da datteren hadde skadet seg selv..

skjult forakt – ikke bare fra sykepleiere, men helst fra leger. En lege skjelte ut sykepleieren som tilkalte ham og mente hun bare fikk bandasjere jenta sammen, pasienten min kom alikevel bare tilbake om kort tid alikevel. Men innimellom er det noen som merker seg ut andre veien – heldigvis.»

**Spørsmål på nett**  
Sykepleien spurte leserne på nett følgende spørsmål: «Vet du om tilfeller der selvskadere er sydd uten bedøvelse?»

56 personer har svart på undersøkelsen og over halvparten har svart at de har hørt om eller selv sett at selvskadere blir sydd uten bedøvelse. (Se tabellen under.) IIII

aknbh@sykepleien.no

Spørsmål: Vet du om tilfeller der selvskadere er sydd uten bedøvelse?	Antall
Ja, fordi bedøvelse var nødvendig	6
Har selv vært med på det og tenkt at det ikke burde skje	15
Har hørt historier, men aldri sett det skje	19
Nei	19
<b>Totalt antall respondenter</b>	<b>56</b>



Scann qr-koden og les sakene om barn og unges helse.

# KOMBINER JOBB OG UTDANNING I AKUPUNKTUR!

- Jeg kan fortsatt bo i Stavanger, jobbe som sykepleier og ta bachelor i akupunktur på deltid i Oslo. Min sykepleierutdannelse gir meg fritak fra de fleste medisinske fag det første året. Akupunkturutdannelsen vil gi meg flere valgmuligheter i forhold til å jobbe med pasienter.



**Marianne Mohagen (30)**  
Sykepleier og akupunkturstudent, Stavanger

- Den helhetlige forståelsen av mennesket er grunnleggende i din sykepleierutdannelse. Dette gir deg et utrolig flott utgangspunkt når du skal lære helhetsforståelse innen kinesisk medisinsk filosofi. Din kunnskap i fysiologi og patologi innen vestlig medisin, samt grunnutdanning i kommunikasjon og samarbeid med alle andre helseprofesjoner, er nødvendig når du skal arbeide som akupunktør. Det er også spennende å jobbe selvstendig med den kompetansen bachelorutdanningen gir.



**Edna Røssberg**  
Sykepleier og høyskolelektor ved Institutt for akupunktur

Som sykepleier kan du søke om fritak fra medisinske emner, og eventuelt starte direkte på andre året i bachelorstudiet. Du kan ta bachelor i akupunktur på hel- eller deltid. Se [www.nhck.no](http://www.nhck.no) for mer informasjon.

Norges Helsehøyskole holder til sentralt i Oslo på Ullevål Stadion og er en del av Høyskolen Campus Kristiania.

- TA EN BACHELORGRAD I:
- AKUPUNKTUR HEL- OG DELTID
- ERNÆRING
- FRISKLIV OG LOKALT FOLKEHELSEARBEID
- FYSISK AKTIVITET OG ERNÆRING
- OSTEOPATI



**Norges Helsehøyskole**  
Campus Kristiania

Kontakt oss hvis du ønsker mer informasjon:  
Tlf 22 70 19 00 - [studier@nhck.no](mailto:studier@nhck.no) - [www.nhck.no](http://www.nhck.no)

# – Ser ikke NSF lederne?

– Norsk Sykepleierforbund (NSF) snakker mye om ledelse. Men de som er ansvarlige for ledelse – lederne – blir glemt i diskusjonen. Kommunalsjef Cecilie Puntervold Øyen lurte på hva en leder egentlig har igjen for å være medlem i forbundet. Tekst og foto Bjørn Arild Østby

**K**ommunalsjef for helse og omsorg i Jevnaker kommune, Cecilie Puntervold Øyen, mener NSF gjør altfor lite for sine medlemmer som jobber i lederstillinger.

På det årlige nasjonale lederseminaret som NSFs Landsgruppe av Sykepleieledere (NS-

NSF har i dag ikke noen formelle verv eller organisatoriske tiltak på fylkesplan eller sentralt som ivaretar medlemmer som er ledere. Tilbudet til lederne er at de som vil kan melde seg inn i faggruppa for sykepleieledere (NSFLSL). Den drives på frivillig basis, uten

lett i skvis mellom politiske og administrative beslutninger om å drive tjenesten med de rammer som er gitt og mulighetene til å drive en faglig forsvarlig tjeneste, sier Øyen.

Gjennomføringen av samhandlingsreformen gjør ikke utfordringene mindre.

Kommunalsjefen i Jevnaker kommune er leder for om lag 150 årsverk. Av disse er kun hver femte sykepleier. Å være leder for ulike yrkesgrupper innen samme tjeneste kan by på store utfordringer.

– Jeg er utdannet sykepleier, en utdanning som har gitt meg mye. Men i stillingen som kommunalsjef er jeg leder for hele helsetjenesten i kommunen, ikke sykepleier. Jeg har frivillig søkt stillingen og sagt ja til å ivareta rollen som arbeidsgivers representant i tillegg til å være medlem i samme organisasjon som mange ansatte. Det kan være en vanskelig øvelse.

## «Mange ledere opplever ofte å komme i skvis mellom ledelse og fag.» Cecilie P. Øyen, kommunalsjef

FLSL) Oppland arrangerte på Fagernes i januar var ett av temaene «NSF – et naturlig valg for sykepleieledere!». Seminaret ble en tankevekker for kommunalsjef Øyen.

– Det ble snakket mye generelt om ledelse, mens lederen og utfordringene i selve lederrollen var nærmeste fraværende.

frikjøpt tid til ledervet. Faggruppa er heller ikke en del av den formelle beslutningsstrukturen i forbundet.

### Krevende lederrolle

– Det å være leder av helsetjenester i dag er krevende og komplisert. Som leder kommer man

## – Vi trenger hverandre

– Vi trenger lederne, og lederne trenger oss, sier forbundsleder Eli Gunhild By. Hun avviser kontant påstanden om at ledere ikke får noe igjen for medlemskapet i Norsk Sykepleierforbund.

**F**orbundsleder Eli Gunhild By stiller seg helt uforstående til påstanden fra kommunalsjef Cecilie Puntervold Øyen i Jevnaker kommune om at lederne ikke har noe igjen for å være medlemmer i Sykepleierforbundet (NSF).

– I tillegg til sikkerhetsnettet knyttet til lønn og arbeidsrettslige forhold som ligger i medlemskapet, har ledermedlemmene egne fagtilbud i flere fylker; konferanser, fagdager, nyhetsbrev og prosjekter. At mange sykepleiere med lederansvar er medlemmer i organisasjonen utfordrer, men gir også NSF legitimitet og

påvirkningskraft overfor arbeidsgiver, myndigheter og politikere lokalt og sentralt, sier By.

– På hvilke måte tar NSF seg av lederne?

– NSF har en demokratisk oppbygning som skal ivareta alle medlemmene på lik linje. Det finnes med andre ord ikke formelle verv eller organisatoriske grep for ledermedlemmene spesielt. I den enkelte virksomhet blir de ivare tatt av tillitsvalgtapparatet, som er valgt eller utpekt til å representere alle medlemmene sine interesser. Det samme gjelder både for fylkeskontorene og NSF sentralt.

By viser til en fersk Fafo-undersøkelse hvor

tre av fire ledermedlemmer sier de har tiltro til at NSF vil ivareta dem når de har behov for hjelp. Godt over halvparten sier de får hjelp og støtte i lokale forhandlinger.

### Lokale løsninger

Leder av NSFs Landsgruppe av sykepleieledere (NSFLSL), Anne Moi Bø, foreslo på landsgruppens årlige lederkonferanse i januar forskjellige organisatoriske grep for å ivareta lederne: Faste lederrepresentanter i NSFs fylkesstyret og i forbundsstyret, en egen organisatorisk enhet i NSFs hovedkontor som tar seg av ledermedlemmenes lønns- og arbeidsvilkår og en egen lederopplæring for ledere som er medlemmer i NSF.

Eli Gunhild By forteller at noen tillitsvalgtområder faktisk har egen tillitsvalgt for ledere.

– Ledere møter sjelden på medlemsmøter. Jeg tror årsaken er at de kjenner på at de har en dobbeltrolle som medlem og arbeidsgiver. Resultatet kan bli at lederne ikke prioriteres hvis ikke tillitsvalgte har særskilt fokus på dem.

– På noen arbeidsplasser har de lokalt etablert



**KRITISK TIL NSF:** – Jeg savner en organisasjon med større kompetanse på spørsmål knyttet til ledere og lederrollen, sier kommunalsjef Cecilie P. Øyen i Jevnaker kommune.

Øyen etterlyser større oppmerksomhet fra forbundets side rettet mot lederrollen.

– Det er naturlig at en arbeidstakerorganisasjon satser maksimalt på å støtte sine tillitsvalgte og legge forholdene til rette slik at de kan utføre sin oppgave til beste for medlemmene. Men å være leder er også en utsatt posisjon. Også de trenger støtte i saker som omfatter deres arbeidsforhold.

#### **Stemme inn i NSF**

– *Hva mener du NSF bør gjøre?*

– Mange ledere opplever ofte å komme i skvis mellom ledelse og fag. Reglene og rutinene for bistand fra forbundet til ledere i konflikter som omfatter både leder og ansatte, er uklare. Det gjelder hvem ledere kan kontakte og hvilke former for bistand forbundet kan gi i ulike saker. Jeg savner et tillitsvalgtapparat med større kompetanse på

spørsmål knyttet til ledere og lederrollen, sier Øyen.

– NSF har i dag ingen stemme som taler ledernes sak. Det er riktig at ledere, som andre medlemmer i NSF, kan gjøre sin stemme hørt gjennom å delta på landsmøte eller bli valgt inn i forbundets ulike organer. Men dette demokratiet har sine begrensninger. Verken tillitsvalgte eller andre medlemmer vil synes det er særlig naturlig at en leder blir valgt for å fremme ledersynspunkter.

Cecilie Puntervold Øyen foreslår faste lederrepresentanter i NSF's fylkesstyret og i forbundsstyret. Hun ønsker en egen organisatorisk enhet i NSF's hovedkontor som ivaretar ledermedlemmenes lønns- og arbeidsvilkår og en egen lederopplæring for ledere som er medlemmer i NSF. ■■■

[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

egne møteplasser og arenaer hvor hovedtillitsvalgt og sykepleierledere, som er medlemmer i NSF, møtes regelmessig. Det vil kunne bidra til større rolleforståelse og gi ledere og tillitsvalgte rom til å ta drøfte NSF's politikk på ulike områder, inklusiv lønn for sykepleierledere.

#### **Ett medlem – en stemme**

– *Hva med faste lederrepresentanter i fylkesstyret og forbundsstyret?*

– Jeg tror ikke det er løsningen. Ledere som skal inn i disse verv må stille til valg og velges på vanlig måte uavhengig av stillingstype. Det er viktig at prinsippet om «ett medlem – en stemme» blir ivarerettet. Ingen grupper skal få tildelt «øremerkete» plasser eller verv. Per i dag har alle fylkesstyret minst ett medlem som er leder, og i forbundsstyret sitter det tre representanter som er ledere, sier By.

Forbundslederen støtter heller ikke forslaget om en egen organisatorisk enhet i NSF som ivaretar ledermedlemmenes lønns- og arbeidsvilkår.

– Alle medlemmer har påvirkningsmuligheter gjennom det lokale tillitsvalgtapparatet, medlems-

møter og tariffkonferanser. Forbundsstyret vil på bakgrunn av de råd det mottar fra blant annet tariffkonferansene, ivareta alle medlemsgruppens interesser i de sentrale tariffoppgjørene.

## **«Ingen grupper skal få tildelt øremerkete plasser eller verv.»**

*Eli Gunhild By*



I forbindelse med lokale forhandlinger vil de anbefalinger og føringer som sendes de lokale tillitsvalgte også inneholde en påminning om at våre ledere må ivaretas.

#### **Lederopplæring**

– *Hva med egen lederopplæring for sykepleierledere?*

– Historien om etableringen av Norges Høyere Sykepleierskole i 1959 viser NSF's lange satning på lederopplæring. I mer moderne tid er det

blant annet etablert lederutdanningstilbud for sykepleierledere i samarbeid med Høyskolen i Oslo og Akershus. NSF har også diverse utdanningsstipend som også i høy grad kommer NSF's

ledermedlemmer til gode, mener By.

Hun viser også til at NSF nylig har utviklet et eget arbeidstidskurs beregnet for ledere i sykepleietjenesten. Erfaringene hittil er ifølge forbundslederen veldig positive. En slik type opplæring vil også bidra til at ledere som er medlemmer i NSF gis et tilbud og en nærmere tilknytning til organisasjonen. ■■■

[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

18 – Vi har lite tradisjon for innleggelser utenfor sykehus ›

22 Fikk ø-hjelpseng på toppen av alt annet ›

23 Fem i fylkene ›



I disse dager går millioner av statlige kroner over til kommunene for at de innen 2016 skal bygge opp døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Pasientene skal behandles nært hjemmet, og tilbudet skal være minst like godt som på sykehus. Blir det det?

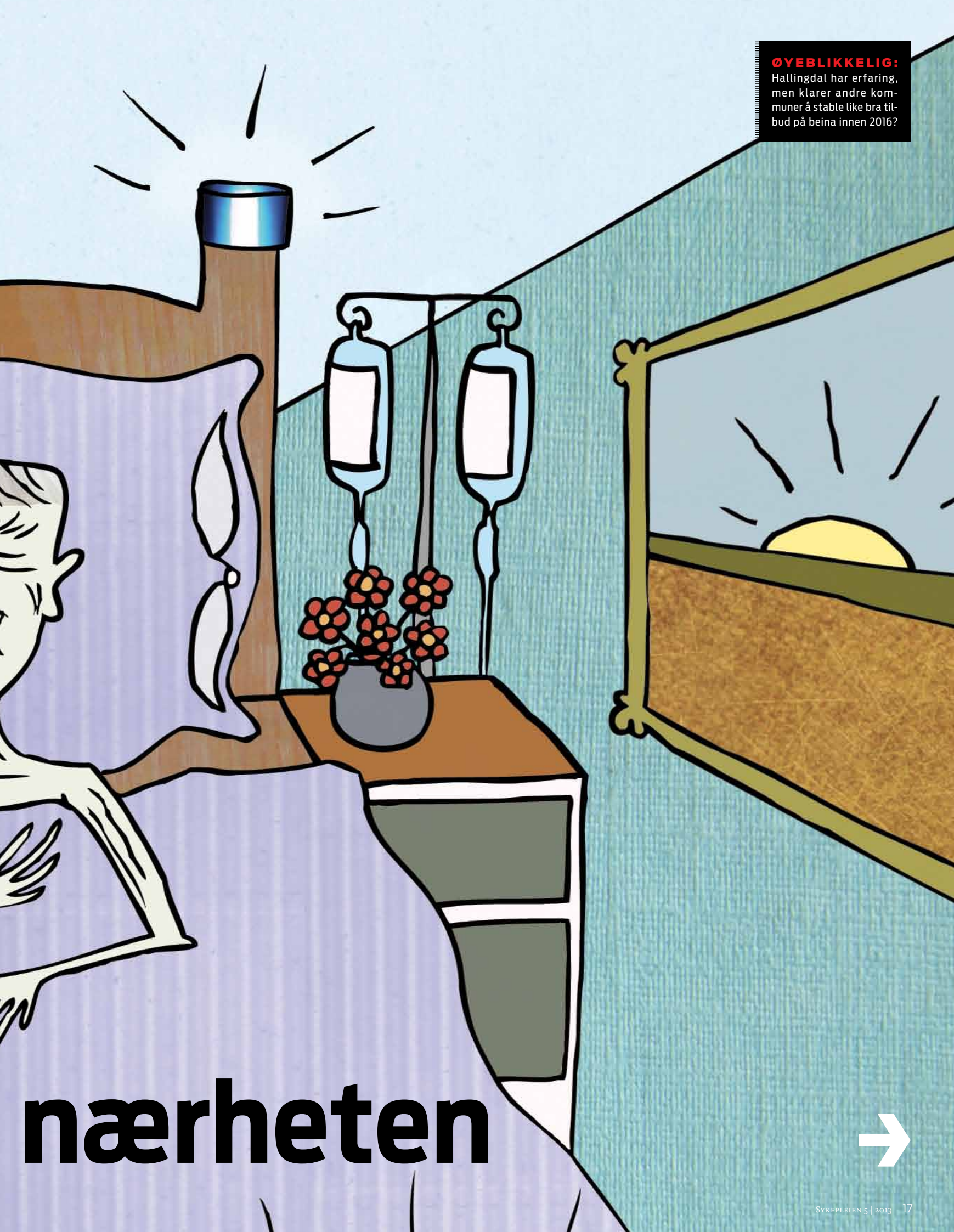
Hallingdal og Hareid kommune har to ulike historier å fortelle.

Tekst Kari Anne Dolonen og Eivor Hofstad  
Illustrasjon Marie Rundereim Foto Erik M. Sundt

# En seng i



**ØYEBLICKELIG:**  
Hallingdal har erfaring,  
men klarer andre kom-  
muner å stable like bra til-  
bud på beina innen 2016?

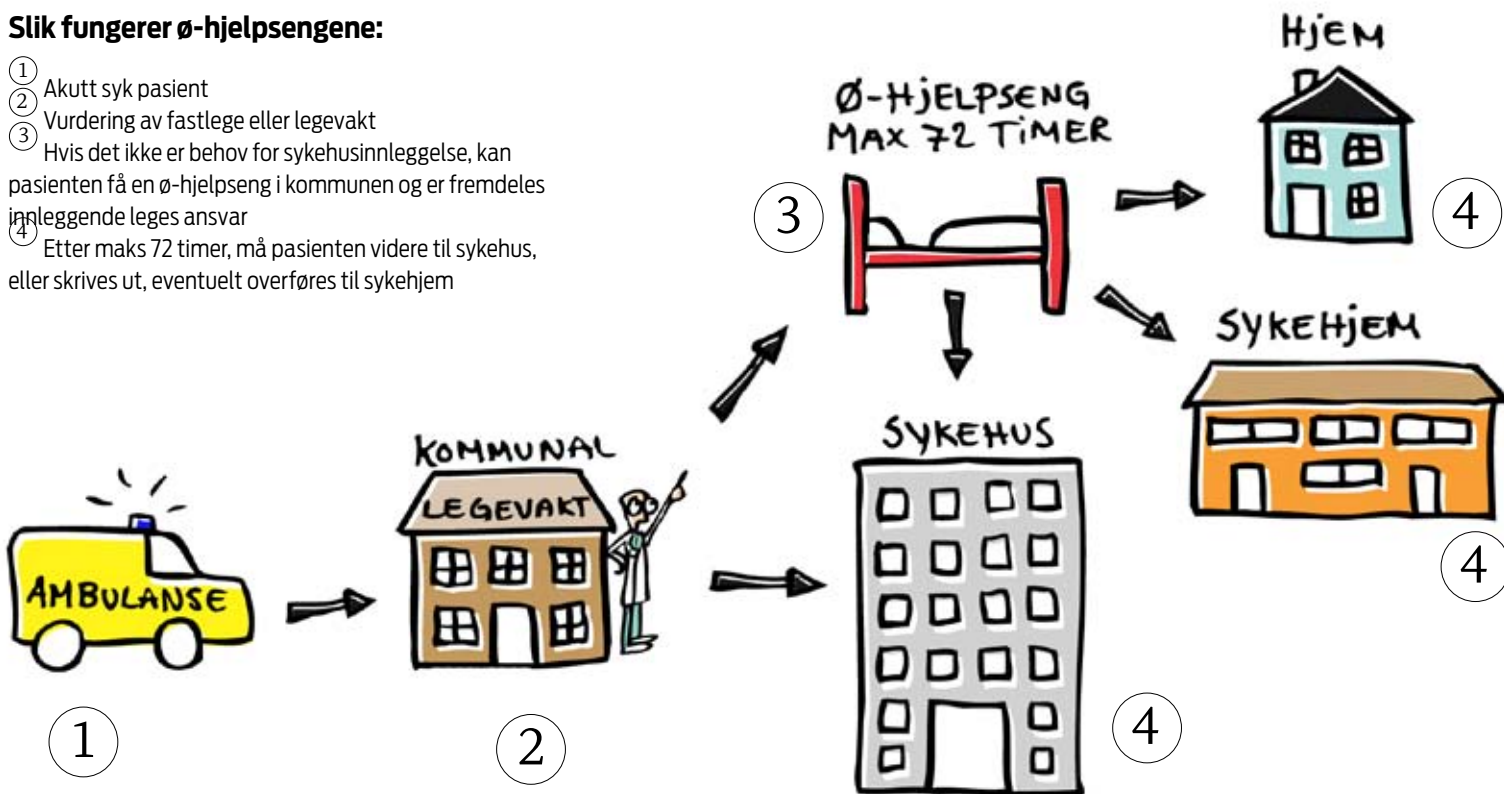


**nærheten**



## Slik fungerer ø-hjelpsengene:

- 1 Akutt syk pasient
- 2 Vurdering av fastlege eller legevakt
- 3 Hvis det ikke er behov for sykehusinnleggelse, kan pasienten få en ø-hjelpseng i kommunen og er fremdeles innleggende leges ansvar
- 4 Etter maks 72 timer, må pasienten videre til sykehus, eller skrives ut, eventuelt overføres til sykehjem



# «Vi har lite tradisjon for innleggelser utenfor sykehus.

Øystein Lappegard, kommuneoverlege

Innen 2016 skal alle kommuner gi et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til sine innbyggere. Seks kommuner i Hallingdal er godt i gang. Tekst Kari Anne Dolonen

**M**yndighetene anslår at rundt 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunen. Dette tallet vil øke med befolkningsveksten og veksten i antall eldre, til 900 000 i 2030, ifølge beregninger beskrevet i samhandlingsreformen.

Mange av kommunene er i gang med å bygge opp tilbudet. Helse- og sosialdepartementet har delt ut penger til formålet både i 2012 og 2013. 202 av 428 kommuner har til nå mottatt pengene.

Tilbudet som bygges opp skal være minst like godt som tilbudet pasientene ville fått ved et sykehus.

Ø-hjelpsenger er beregnet på pasienter som blir akutt syke. Sen- og mellomlangtidssenger kan brukes i 72 timer. Etter dette på pasienten overføres til sykehuset eller utskrives. (Se figur over)

## Lokale løsninger

Det er opp til kommunene og sykehuset hvordan de vil løse denne oppgaven. I områder med flere små kommuner, kan løsningen være å samarbeide med flere nabokommuner. Kommuner som allerede har sykestuer kan legge tilbudet her. Andre kommuner kan opprette ø-hjelpsenger i tilknytning til sykehjem (se reportasje fra Hareid på side 22).

Hallingdal sjukestugu er lett å få øye på i lille Ål sentrum. I 30 år har den vært en del av spesialisthelsetjenesten og helsetilbudet til innbyggerne i Hallingdal. Ål kommunes sykehjem, legekontor, poliklinikk, prehospitaltjenester, luftambulanseløsning og legevakt er lokalisert i samme bygningsmasse, altså er mye kompetanse samlet på ett sted.

Her fins mye nyttig erfaring for kommuner som skal bygge opp et ø-hjelpstilbud.

**ALLE ALDRE:** – Mange tror det først og fremst er eldre pasienter. Faktum er at ø-hjelpspasienten kommer i alle aldre og mange diagnosegrupper, sier kommuneoverlege Øystein Lappegard.



## Innen 2016

- › 428 kommuner skal bygge opp et ø-hjelpdøgntilbud over fire år (fra 2012 og ut 2015). 25 prosent av kommunene skal hvert år starte opp tilbud. Til dette får kommunene over en milliard kroner i året.
- › Frem til 2016 deles utgiftene mellom sykehusene og Helse- og helsedirektoratet. Fra 2016 skal midlene i sin helhet dekkes av sykehusene.
- › Kommunenes ø-hjelpstilbud skal ha tilgang på lege daglig og sykepleier 24 timer i døgnet.
- › Det skal inngås skriftlige avtaler mellom sykehus og kommune om hvilke diagnosegrupper som skal omfattes og hvilken kompetanse og utstyr tilbudet krever.



**TID FOR MEDISINER:** Pasientene som ligger i spesialisthelsetjenesten sine senger og pasientene i kommunale ø-hjelpsenger ligger side om side på Hallingdal sjukestuge og skal ikke merke noen forskjell på om de ligger i en ø-hjelpseng, eller en kommunal seng.

Kommuneoverlege Øystein Lappegard deler villig vekk erfaringer med resten av Kommune-Norge. Lappegard har kontor i Tingstugu, et lite steinkast unna Hallingdal sjukestugu, som han ofte er innom.

– Vår erfaring viser at 20–30 prosent av sykehusinnleggelsene kan unngås hvis det finnes lokale alternativer.

– Men det er ikke slik at vår organisering uten videre kan overføres til andre kommuner. Alle kommuner må selv vurdere lokale løsninger ut ifra behov, geografi og tilgang på kompetanse.

Hallingdals seks kommuner har rundt 20 000 innbyggere, det befolkningsgrunnlaget myndighetene mener må til for å bygge opp

landske undersøkelser som anslår at om lag 20 prosent av sykehusinnleggelsene er det han kaller «uhensiktsmessige».

Ifølge en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening «Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner», var det 1 005 sykestuesenger i Norge i 1972, fordelt på 64 institusjoner. I 2001 var tallet redusert til 90 slike senger. Samtidig er antallet somatiske sykehussenger redusert. Norge er nå et av landene i OECD med kortest liggetid i sykehus og færrest sykehussenger i forhold til innbyggertallet.

### Ingen standardpasient

– Hvem er ø-hjelpspasienten?

– Mange tror det først og fremst er eldre pasienter. Faktum er at ø-hjelpspasienten kommer i alle aldre og mange diagnosegrupper, sier han.

Men han bekrefter at de eldre nok utgjør en stor gruppe.

– Dette stiller krav til at kommunene har god kompetanse på geriatri. Men stor variasjon i diagnoser og det at samme diagnose kan utløse forskjellige tjenestebehov hos ulike pasienter, gjør at det er vanskelig å lage enkle retningslinjer med detaljert innhold. Kommunene må bygge opp lokale alternativer til ø-hjelpinnleggelse ved sykehus som er forankret i lokale forhold. Det er innleggende lege som må ta ansvaret for å legge riktig pasient på riktig sted til riktig tid, sier Lappegard.

– Hva er de største utfordringene for kommuner som skal bygge et nytt tilbud med ø-hjelpsenger?

– Legevaktsleger og fastleger må være med i planleggingen fra første stund. De må ha tillit til at tilbudet er faglig forsvarlig. Det er også viktig for små kommuner å få til et godt samarbeid med nabokommuner. For å bygge opp et forsvarlig tilbud trengs det både utstyr og kompetanse. Det er vanskelig å få til for en liten

## «Det er viktig for oss at pasientene ikke skal merke noen forskjell.»

*Britt Inger Liahagen, avdelingssykepleier*



et forsvarlig tilbud. Kommunene har spleiset på tre ø-hjelpsenger ved sjukestugus sengepost. Til sammen har sjukestugu 14 sengeplasser.

Lappegard er også tilknyttet Vestre Viken som forsker og doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Oslo. I den forbindelse har han forsket på området «Sykehusinnleggelse utenfor sykehus».

### Mangler tradisjon

– Vi har lite tradisjon for pasientinnleggelse utenfor sykehus i Norge. Unntakene er de nordligste fylkene som på grunn av geografi og lange avstander har måttet tilpasse helsetilbudet. I Sør-Norge blir unntaket ordningen med Hallingdal sjukestugu.

Det finnes lite forskning på dette, men Lappegard viser til uten-

kommune. Samtidig vet vel alle som har prøvd at interkommunalt samarbeid også kan være en utfordring. I tillegg er det viktig å ha god dialog med sykehuset, sier han.

Lappegard oppsummerer: Et ø-hjelptilbud må ha ansatt erfarne sykepleiere døgnet rundt, gjerne med spesialkompetanse innen geriatri eller akuttisykepleie. Det må være lege til stede hver dag, og tilbudet må ha nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I tillegg må det satses på utstyr – og kompetanseoppbygging.

### Observasjon og enklere behandling

Før Hallingdal innførte ø-hjelpsenger hadde det over flere år vært tradisjon for akuttinnleggelser ved sjukestugu. De hadde derfor erfaring for hvilke pasienter som var aktuelle for ø-hjelpsengene.

Det har vist seg å være observasjon og enklere behandling disse pasientene skal ha.

– Observasjon kan dreie seg om skader og enklere brudd som ikke skal opereres, og ulike smertetilstander, sier Lappegard.

Enklere behandling kan være infeksjoner som lungebetennelse, akutte forverring av kritiske sykdommer og for eksempel kreftpasienter som trenger lindrende behandling.

Lappegard har også sett på hvor pasientene blir sendt etter utskrivning fra sjukestugu. Tallene viser at 70 prosent sendes hjem, 8 prosent utskrives til kommunalt sykehjem.

– 10 prosent av de pasientene som kommer inn på sjukestugu sendes videre til Ringerike sykehus, etter vurdering av sykdomsforløpet.

### Medisin vs. pasient

Kritiske røster sier at man bør være forsiktige med å akuttinnlegge eldre pasienter utenfor sykehus.

– Våre erfaringer er at det er denne pasientgruppen som setter mest pris på å bli innlagt ved sjukestugu. De vil være nærme sine pårørende og sitt eget lokalmiljø, sier Lappegard.

– Pasientene og medisinsk personell har en ulik tilnærming til hva kvalitet og trygghet er. Vi leger er svært opptatt av hva som er medisinsk faglig forsvarlig og skal alltid være på den sikre siden. Pasientene har en annen vurdering. De tror helst det vil gå godt, og setter pris på et miljø som ikke er så sykehuspreget.

### Avstand

Selv om Hallingdal sjukestugu langt på vei har lyktes med sitt tilbud, er det lokale forskjeller i kommunenes bruk av sjukestugu. Lappegards funn viser at dess nærmere tilbudet man er, jo bedre kjent er det blant legene og dess mer brukt. Det er færre innleggelser fra kommuner som ligger nærmere Ringerike sykehus.

Denne erfaringen deles av sykepleierne på Hallingdal sjukestugu.

– Vi har tillit hos befolkningen. Hvis de kan, vil de heller ha behandling her enn på Ringerike sykehus, forteller Britt Inger Liahagen, som er avdelingssykepleier ved somatisk sengeavdeling og Hallingdal legevaktsentral, Hallingdal sjukestugu.

Hun forteller at innføringen av ø-hjelpsenger stort sett har gått smertefritt.

– Vi er heldige som har kommunal ø-hjelp i en etablert avdeling med stabil bemanning av leger, sier hun.

Her har de to leger i full stilling på dagtid, sykepleiere og hjelpepleiere. Alle sykepleierne har mange års erfaring og har lav turnover.

– Hva sier pasientene om tilbudet?

– De føler seg trygge og godt ivarett. Jeg tror vår erfaring, kontinuitet og stabi-

litet er viktige forutsetninger for at man skal lykkes med et kommunalt tilbud. Sykepleierne må være trygge i sin rolle, og trygge på at tilbudet er sikkert og bra for pasienten, sier hun.

– Har du råd og tips til sykepleier i kommuner som skal bygge opp ø-hjelptilbud?

– Kompetanse for sykepleiere og hjelpepleiere er en viktig suksessfaktor. Man må tidlig kunne fange opp endringer i pasientens tilstand og raskt få kontakt med lege ved forverring, sier hun.

I tillegg er det viktig med gode og klare avtaler mellom kommune og sykehus.

– Man bør lage en praktisk prosedyre for hvordan tilbudet skal ivaretas for å sikre kvaliteten. I og med at vi er organisert slik som vi er på Hallingdal sjukestugu, med interkommunal legevakt i kjelleren, var det naturlig å få til et godt samarbeid med legevaktslegene om tilsyn og ansvar for pasienter innlagt ved kommunal ø-hjelp, sier hun.

Hun understreker at det er viktig at prosedyrene gjør det helt klart hvem som har det medisinske ansvaret.

– Det er viktig fordi det skaper trygghet for sykepleierne på vakt. Sykepleierne må vite hvem som har ansvaret og hvem de skal kontakte ved forverring eller spørsmål om tilstanden.

### Noen utfordringer

– Går alt på skinner i Hallingdal?

– Det er en utfordring å sørge for at alle legevaktsleger er orientert om prosedyren vår og er innforstått med hvilket ansvar de til enhver tid har. Det hender jo at vi får inn nye leger som må settes inn i hvordan vi er organisert. Det er også viktig å ha jevnlig evaluering av tilbudet for å rydde opp i misforståelser av prosedyrene og rutinene og å klargjøre ansvar, sier hun.

Liahagen har også noen tips og råd når det gjelder hva sykepleiere som skal jobbe med kommunale ø-hjelpspasienter bør kunne:

– Avdelinger som har kommunal ø-hjelp må ha en del utstyr og trening på praktiske prosedyrer og kunnskap om observasjoner. Sykepleiere bør for eksempel kunne legge venefloner, ta blodkultur og ulike hurtigtester. Tilbudet må være trygt og sikkert for pasienten, sier hun.

Hun mener det er minst like viktig å ha klart for seg hvilke pasienter ø-hjelpspasienter de ikke kan ta imot. Derfor har de i Hallingdal også laget retningslinjer for det.

– Dette er selsagt vurderingss spørsmål fra innleggende lege, men det er et viktig arbeid å finne ut av hva vi ikke kan ta ansvar for. Dette har vi kontinuerlig fokus på og evaluerer jevnlig. Dersom vi opplever at vi får pasienter innlagt som ikke burde vært lagt inn på kommunal ø-hjelp, så tas dette opp med innleggende lege slik at vi får faglige diskusjoner rundt praksis.

I motsetning til mange andre kommuner, har Hallingdal også åpnet for at pasienter med psykiske lidelser eller rusproblematikk kan legges inn på de kommunale ø-hjelp-plassene.

– I vår avdeling har vi ikke spesialkompetanse på psykiatri og rus. Tilbudet vi gir skal derfor ikke være innleg-

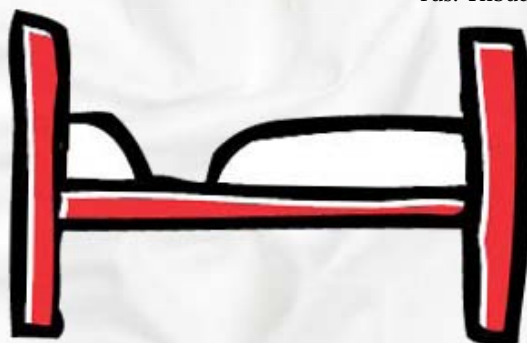
gelses i stedet for sykehus, men et tilbud ved nevroser, angst og livskriser hvor pasienten trenger trygghet og omsorg, sier Liahagen.

Dersom noe skal følges opp videre, så etableres det kontakt med den av de seks kommunene pasienten hører til i, slik at ansvaret overføres.

### Unødvendige innleggelser

«Det anslås at om lag 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunen. Hvis en forutsetter en framskrivning av dagens anslåtte omfang av utskrivningsklare pasienter og unødvendige sykehusinnleggelser, vil antall liggedøgn for pasienter som kan behandles utenfor sykehus, øke fra 550 000 i dag til om lag 900 000 i 2030.»

Kilde: St.mld. nr. 47 (2008-2009)



kari.anne.dolonen@sykepleien.no





**MÅ HA Ø-HJELPSENG:** I mindre kommuner kan det være vanskeligere å få til et ø-hjelptilbud som fungerer som det skal. Foto: Marius Myklebust

## Fikk ø-hjelpseng på toppen av alt annet

Hareid kommune fikk en øyeblikkelig hjelpsenng på sykehjemmet i høst. Men de statlige midlene som fulgte med har bare vært brukt til å hindre oppsigelser. Tekst Eivor Hofstad

**H**ovedtillitsvalgt Perdis Reitan i Hareid kommune vil helst ikke klage. Men på nyåret var hun og sju kolleger ved sykehjemmet Hadartun så bekymra for den faglige forsvarligheten at de skrev et brev til enhetslederen med kopi til kommunalsjefen for velferd og rådmannen.

For to år siden mistet de en halv sykepleierstilling. I fjor ble helse- og omsorgssektorens budsjett kutta med fem millioner kroner. Det samme året kom samhandlingsreformen, med flere og sykere pasien-

«Utstyr til intravenøs behandling som veneflon, treveiskran, og intravenøst sett var utgått på dato». Perdis Reitan



enter, så korttidsavdelingen ble ofte overbelagt. Og den 1. september kom dråpen: Sykehjemmet måtte tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud med én seng. Denne senga kom i tillegg til alt det andre Reitan og hennes kolleger gjorde fra før. Da rant det over.

– Enhetsjefen vår og kommunalsjefen ba kommunestyret om mer penger til en 75 prosent sykepleierstilling. Det fikk de ikke, sier Reitan.

### Utstyr utgått på dato

Avslaget i kommunestyret kom 31. januar, til tross for at kommunen har fått penger fra Helsedirektoratet og Helse Møre og Romsdal for å opprette dette døgntilbudet. I fjor fikk de 540 500 kroner og i år og hvert år fremover får kommunen cirka 1,1 million kroner. De pengene har ikke Perdis Reitan og hennes kolleger merket noe til.

– Har dere ikke fått noe ekstra utstyr heller?

– Hjertestarteren kom i høst. Men blærescanneren er fra Sanitetskvinnene. Ellers har vi utstyr som EKG og pulsoksymeter fra før. Utstyr til intravenøs behandling som veneflon, treveiskran, og intravenøst sett var utgått på dato sist en pasient var inne til behandling. Antibiotika for intravenøs administrering har vi ikke, kun i tablettform, forteller Reitan.

Kommunalsjef Elly Kirkeslett påpeker at det ikke har vært noen ubevisst holdning til dette:

– Sykehjemslegen og enhetsleder har i dialog med ansatte gått gjennom hva som var nødvendig av utstyr og medisiner og bestilt inn deretter. Blant annet finnes Pentrexyl injeksjon, sier hun.

### Ø-hjelpmidlene = to sykepleierstillinger

Kirkeslett forklarer at Hareid er hardt presset økonomisk. Politikerne prioriterer skole og har programfestet at de ikke vil ha eiendoms-skatt. Etter samhandlingsreformen har situasjonen bare blitt verre.



I midten av mars i år er kommunen oppe i 50 000 kroner i dagbøter fordi den ikke klarer å ta imot alle de utskrivingsklare pasientene fra sykehusene.

– Uten ø-hjelpmidlene ville vi faktisk mistet to sykepleierstillinger vi hadde fra før, sier Kirkeslett.

Kommunalsjefen er utdannet sykepleier og synes det er beklagelig at kommunehelsetjenesten i Hareid får for lite penger.

– Omsorgstjenesten er så hardt presset at kommunene burde få øremerka midler. Dessuten trenger vi en bemanningsnorm, slik som skole og barnehage har, sier hun.

#### Uklar samarbeidsavtale

Hareid har bare 5000 innbyggere. Her har verken ansatte eller brukere vært med på å lage samarbeidsavtalen om ø-hjelpdøgntilbudet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal. De ansatte ved korttidsavdelingen på Hareid sykehjem har heller ikke fått noen detaljert oversikt over hvilke pasientgrupper de skal kunne ta imot til ø-hjelpsen. De har fått begrenset opplæring i prosedyrer de er usikre på, og det eksisterer ingen konkret plan for kompetanseheving. Alt er stikk i strid med rådene fra Helsedirektoratet.

– Det er viktig at samarbeidsavtalene om døgntilbudet mellom kommune og helseforetak spesifiserer hvilke pasientgrupper de enkelte kommuner skal kunne ta imot og at alle parter kjenner til det. Sykepleierne må sette seg inn i disse avtalene så de vet hva slags kompetanse de må ha og hvilke prosedyrer de skal kunne. Derfor er det nødvendig med kompetanseplaner, sier fungerende avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Helga Katharina Haug.

– Hva bør sykepleiere gjøre dersom de får pasienter som ikke tilhører de gruppene kommunen skal kunne ta?

– Da kan de melde avvik.

Kommunalsjef Kirkeslett påpeker at kommuneoverlegene, sykehjemslegene og fastlegene på Søre Sunnmøre har drøfta ø-hjelpfunksjonen i flere møter.

#### Ukjente kompetansekrav

Perdis Reitan visste ikke at det fantes en egen samarbeidsavtale om ø-hjelpsen. Men den definerer ikke pasientgruppene detaljert, og informasjonen som er sendt til innleggende leger i flere kommuner i regionen er svært åpen for tolkning. Der heter det at aktuelle pasienter kan være:

«Rimeleg avklara diagnose. Rimeleg klart forventa forløp. Sjukeheimen har kompetanse til nødvendig observasjon og behandling. Tilstanden eller omsorgssituasjonen tillet ikkje vidare behandling i heimen. Det kan til dømes dreie seg om infeksjonar, dehydrering, palliativ behandling, brotskader.»

I avtalen står det også hva de ansatte skal kunne, at de skal få opplæring før oppstart og at helseforbundet har ansvar for å tilby hospitering til ansatte slik at de kan lære seg prosedyrer.

– Vi har ikke hørt noe om hospitering, og det

som står om hva vi skal beherske er ukjent for meg. Men vi har hatt et bra kurs i førstehjelp og bruk av hjertestarter. Vi hadde trengt en oppfriskning i hvordan vi setter intravenøs kanyler, gir væskebehandling og steller CVK også. Slik blir ikke gjort til daglig, selv om det ligger i grunnutdanninga vår, sier Reitan.

– Temaet om behov for hospitering har vært oppe, men det har ikke vært noen klare tilbakemeldinger om det, sier kommunalsjef Kirkeslett.

Hun minner om at ansatte også har en plikt til å si ifra om manglende opplæring og at arbeidsgiver har plikt til å gi det.

#### Bekymra for sommeren

Den statlige summen Hareid har fått er basert på en antakelse om 250 ø-hjelpdøgner i året. I praksis har det vist seg å være åtte pasienter med til sammen 24 liggedøgn det første halvåret. Dermed har ø-hjelpsen vært mindre brukt enn beregnet, men tilbudet har fått god tilbakemelding fra pasienter og pårørende. De synes det er bra å slippe å dra en halv time med ferge og et kvarter med bil til sykehuset i Ålesund eller kjøre i tre kvarter til sykehuset i Volda.

– Vi er bekymra for forsvarligheten. Særlig når vi nærmer oss sommer med mye vikarer til stede. Viljen til å tilby kursing er til stede hos ledelsen, men det er ikke noen konkret plan og ting er fortsatt litt uklare, sier Perdis Reitan.

Kommuneoverlege Ottar Grimstad synes ikke helsehjelpen som blir gitt ved avdelingen er uforvarsvarlig. Men til Vikebladet Vestposten bekreftet han nylig at personalet er svært pressa, og at de ofte balanserer på en knivsegg. Han synes politikerne har hatt urealistiske forventninger til innsparings tiltakene sine.

Kommunalsjefen er glad for at kommuneoverlegen også er tilsatt som sykehjemsoverlege i halv stilling siden den 1. september. Han kan ringes fram til klokka 22 selv om han ikke har vakt.

#### Ingen sjekker

Selv om Helsedirektoratet har gitt ut eget veiledningsmaterieell som forteller kommunene hvordan prosessen rundt etableringen av ø-hjelpdøgntilbudet bør foregå, har det ikke noe ansvar for å påse at rådene følges.

– Vi har ingen faglig rolle. Vi vil etterkontrollere at tilbudet er startet opp etter at vi har bevilget penger, men vi vil ikke kontrollere om eller hvordan pengene er brukt, sier Haug hos Helsedirektoratet.

Hun påpeker at kommune og helseforetak er forpliktet til samarbeidsavtalen og vil ha en gjensidig kontroll av hverandre.

– Dette er en kommunal plikt på linje med alle andre lovpålagte plikter, hvor kravene til faglig forsvarlighet vil gjelde som vanlig, sier hun.

Fra 2016 skal alle kommuner ha ø-hjelpsen og da vil pengene til kommunene bli øremerka. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

# 5 i fylkene

Tekst Eivor Hofstad Foto Privat

Hvilke lokale utfordringer har dere med øyeblikkelig hjelp ø-hjelpdøgntilbudet hos dere?



**Tove Laila Johansen: Konstituert enhetsleder, Vestvågøy sykehjem, Nordland.**

– Vi har tre ø-hjelpsenger og to utfordringer: Det skal være sykepleiere tilgjengelig hele døgnet. Det er uklart om det betyr på avdelingen, eller om det holder at det er på huset. Sengegene skal stå i beredskap. Det gir større press på de vanlige sengene som igjen forplanter seg til de andre avdelingene som får overbelegg med langtids plasser.



**Karen Brasetvik, fylkesleder i NSF, Østfold.**

– Østfold har 20–30 ø-hjelpsenger. Der det ikke har blitt bygget nytt, legger ø-hjelpsenge beslag på sterkt etterspurte sykehjemssenger. Det betyr økt press på hjemmesykepleien, som er sikkerhetsnettet i pleie- og omsorgstjenesten. Der som kommunene ikke styrkes med flere sykepleieårverk, er jeg redd det ryker.



**Britt Engvig Hjelle, hovedtillitsvalgt i Kristiansund kommune, Møre og Romsdal.**

– Kommunen er i ferd med å etablere et ø-hjelpstilbud, men har ikke råd til å bemanne det med fulle stillinger. Det meste arbeidsgiver tilbyr er 75 prosent. Det ser ut som kommunen ikke evner til å tenke heltid i det hele tatt når nye tilbud introduseres.



**Kine Herleiksplass, tillitsvalgt, Ål kommune, Buskerud.**

– Ø-hjelpsplasser gir mer uforutsigbarhet i avdelingen, noe som gjør at det også blir mer hektisk. For noen er dette spennende, mens andre synes det er slitsomt og krevende. Ordningen krever godt tverrfaglig arbeid, noe som er vanskelig i helger og på kveldstid.



**Nina Horpestad, fylkesleder i NSF, Rogaland.**

– De samarbeidende kommunene frykter at sykepleierne vil trekkes til den kommunen som har ø-hjelpsengegene, siden gode fagmiljøer trekker gode fagfolk. Helseforetakene frykter at kommunene omgår medfinansieringen for sykehusplassene ved å bruke ø-hjelpsplassene til pasienter som skulle vært på sykehus.



# Der ute

Les mer om:

**26** Jakten på trykksår >

**30** Våger å tenke mishandling >

**36** Inn i øyet >

**40** Lukker døren for de eldste >

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

## Dødssyke fanger i **ENGLAND OG WALES**

Mer enn hver fjerde terminalt syke fange i England og Wales mangler en palliativ pleieplan, viser en offentlig rapport nylig publisert i Storbritannia. En gjennomgang av 214 tilfeller fra 2007–2012 fant også at en av sju fanger ble utsatt for feil bruk av tvang mens de var på sykehus eller hospice.

Kilde: *Nursing Standard*



## Stress gir åreforkalkning i **DANSK** studie



**FARLIG MED MANN I HUSET:** Kvinner som er samboende har større progresjon av aterosklerose enn enslige kvinner.

Dårlig psykososialt arbeidsmiljø og fysiologisk stressrespons kan gi tidlig aterosklerose (åreforkalkning). Det viser en dansk doktorgradsavhandling av Nanna Hurwitz Eller ved Bispebjerg Hospital.

Hun har beregnet grad av stress ved å måle kortisolnivået i spytt og hjerterytmevariabilitet hos over 630 friske arbeidstakere. Hun sammenlignet resultatene med hvordan de opplevde det psykososiale arbeidsmiljøet.

Stor ubalanse mellom anstrengelse

og belønning var assosiert med aterosklerose og lav hjerterytmevariabilitet hos menn. Kvinner som var samboende hadde større progresjon av aterosklerose enn enslige kvinner. Anstrengelse og overforpliktelse var hos begge kjønn assosiert med aterosklerose.

Hos kvinner var det sammenheng mellom stor stigning i kortisolnivå de første 20 minuttene om morgenen og aterosklerose. Dette ble ikke påvist hos menn.

## Publisere artikler i **JAPAN**



Ønsker du å dele kunnskapen din med japanske kolleger? Japanese Journal of Research in Family Nursing, det offisielle tidsskriftet til «Japanese Association for Research in Family Nursing» (JARFN), kommer ut tre ganger i året. Det tar imot artikler på engelsk i tillegg til japansk. Redaksjonen ønsker bidrag fra hele verden om temaer innen familiehelse, for eksempel fra helsesøstre.

Hvis du trenger mer informasjon, kan du kontakte dr. Naohiro Hohashi på e-post: [exchange@familynursing.org](mailto:exchange@familynursing.org)

## Farlig medisinslurv på **DANSKE** sykehjem



I 2011 fikk 89 prosent av de sykehjemmene som hadde tilsyn krav om forbedringer fordi legene fant feil i medisinbehandlingen. 7 prosent hadde alvorlige feil og mangler. Problemet skyldes blant annet at mange dansker har økt medisinforbruket sitt opp til 15 ulike preparater daglig. Legemidlene får de fra forskjellige steder: legen, sykehuset eller apoteket, og alle med ulike anvisninger.

For å unngå medisinslurv på sykehjemmene er det satt i gang ulike tiltak. Blant annet har Københavns kommune inngått en avtale med 17 apotek, hvor farmasøyter derfra drar ut til sykehjemmene for å hjelpe til med medisineringsen. Noen kommuner har også en forsøksordning med sykehjemsleger som skal rådgje personalet i for eksempel medisinbehandling.

Kilde: *Ugeskrift for Læger*

## Ny fugleinfluensa i **KINA**

3. april var det til sammen sju bekreftede tilfeller i Kina av en type fugleinfluensa som tidligere ikke har vært sett hos mennesker: H7N9. To av dem var døde per 3. april. Foreløpig er det ingen bevis for at sykdommen smitter mellom mennesker, men de 160 som har hatt kontakt med de smittede blir fulgt opp tett.

Kilde: *BBC*





## Undersøker dødsfall etter **AUSTRALSK** telefonspøk

I desember fikk hertuginnen av Cambridge behandling for morgenkvalme ved King Edward VII Hospital i London. To australske radio-DJ-er «tuller» til sykehuset og sykepleieren Jacintha Saldhana satte telefonen videre til en sykepleierkollega. Tre dager etterpå ble Saldhanas kropp funnet livløs, og man antar at hun tok livet sitt på grunn av telefonspøken. Den rettslige undersøkelsen rundt sykepleierens dødsfall skal holdes i London 2. mai. Den andre sykepleieren ble nylig garantert anonymitet i forbindelse med høringsen.

Kilde: Nursing Standard



## Få sykepleiere gir mer infeksjoner i **USA**

Det er større risiko for at nyfødte med svært lav fødselsvekt blir smittet av sykehusinfeksjon når nyfødtintensivavdelingen har få sykepleiere ansatt. Det viser en studie publisert i JAMA Pediatrics. Studien har sett på 67 amerikanske nyfødtintensivavdelinger, og viser også at det er vanlig med færre sykepleiere på disse avdelingene i forhold til det de nasjonale retningslinjene legger opp til.

## Mobbing og vold mot **ENGELSKE** sykepleiere



I 2012 rapporterte nesten dobbelt så mange engelske sykepleiere om mobbing, plaging og utskjelling fra pasienter, deres pårørende eller andre mennesker i offentligheten, sammenlignet med året før. Tallet hadde steget fra 22 til 42 prosent.

I tillegg rapporterte en av fire sykepleiere at de hadde opplevd fysisk vold fra de samme gruppene i løpet av de 12 siste månedene. Det er mer enn en dobling. I 2011 var tilsvarende tall en av ti.

Tallene er basert på en spørreundersøkelse av 27 000 sykepleiere ansatt i det offentlige helsevesenet National Health Service i England.

Kilde: Nursing Standard

## **SVENSKE** sykepleiere og leger samarbeider

Svensk sjukskøterskeforening og Svenska Läkaresällskapet har laget en rapport om teamarbeid og forbedringskunnskap. Teamsamvirke og forbedringskunnskap er utpekt som viktige kjernekompetanseområder i svensk helsevesen.

«Helsevesenet har i lang tid hatt et sterkt forskningsfokus. Men for at ny kunnskap skal intergreres i utviklings- og forbedringsarbeidet i hverdagen, kreves felles kompetanse», skriver Svensk sjukskøterskeforening på nettsiden sin: [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se).

Der kan du også laste ned hele rapporten, som gir et teoretisk grunnlag med eksempler fra ulike situasjoner fra svensk helsevesen.



## Krigshelt død i **USA**

Mildred Dalton Manning, den siste overlevende av en gruppe amerikanske sykepleiere som ble tatt til fange av japanerne under andre verdenskrig på Filippinene, døde i mars, 98 år gammel. Historien hennes kan leses i boken «We band of Angels» av Elizabeth Norman.

### Riskhospitalet



Trykksår kan oppstå på mindre enn en time. Men det kan ta måneder og år å behandle.

Tekst og foto Eivor Hofstad

# Jakten på trykksår

## Trykksår

Trykksår er en skade på huden og/eller underliggende vev som oppstår på grunn av trykk alene eller i kombinasjon med friksjon. Såret kan føre til alvorlige komplikasjoner som osteomyelitt og andre betennelser.

Det finnes ingen nasjonal oversikt over forekomsten av trykksår i norske sykehus og sykehjem, men tidligere undersøkelser har antydning at trykksår oppstår hos en av fem sykehuspasienter. På danske sykehus oppstår rundt 60 000 trykksår hvert år, det tilsvarer tre nye trykksår i uken på en gjennomsnittlig avdeling. I januar og februar i år på avdeling 3B ved Universitetssykehuset i Stavanger, ble det målt nye trykksår ni dager i hver måned.

### Sårene deles inn i ulike kategorier etter alvorlighetsgrad:

- ▶ Kategori 1: Rød hud som ikke blekner ved trykk. Kan oppstå på under en time hos utsatte pasienter.
- ▶ Kategori 2: Delvis tap av lærhud. Skade i huden som for eksempel blemme eller hudavskraping uten dødt vev eller blåmerker. Kan oppstå fra en dag til neste.
- ▶ Kategori 3: Tap av hele hudlaget. Skade i vevet under huden. Subkutant fett kan være synlig, men ikke bein, sener eller muskler.
- ▶ Kategori 4: Tap av alle vevslag. Blottlagt bein, sener og/eller muskler. Dødt vev eller sårskorpe kan forekomme.
- ▶ Sår i kategori 3 og 4 trenger lengre tid for å utvikles, men kommer raskere på steder hvor vi mangler fett, for eksempel hæler, ører og neserygg.

Kilder: Pasientsikkerhetskampanjen.no, Dansk selskab for patientsikkerhed og fagprosedyrer.no.

Jan Sigurd Vasstveit har årelang erfaring med trykksår, der han ligger bak forhenget på et flersengsrom på nyresengeposten 3B ved Universitetssykehuset i Stavanger. Han har amputert begge bein ved knærne og måtte opereres fordi trykksåret på hofta ble så dypt. Etter operasjonen har det utviklet seg dype fistler som må gro fra bunnen.

Sårsykepleier Mari Robberstad skyller fistelen med Prontosan, som er en bakteriehemmende væske. På den måten håper hun å holde bakteriemengden nede slik infeksjon forebygges så fistelen får en sjanse til å gro fra bunnen av.

Det er slike komplikasjoner Robberstad og hennes avdelingskolleger nå gjør alt de kan for å unngå. Sammen med en ortopedisk-kirurgisk avdeling ved Ahus har de vært pilotavdeling i forebygging av trykksår, som er et ledd i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender».

### Trykksår drepte «supermann»

Trykksår kan høres harmløst ut, men supermannskuespiller Christopher Reeve døde faktisk av det. Eller rettere sagt, av blodforgiftningen som han fikk via en infeksjon i trykksåret sitt. De alvorlige bivirkninger er bakgrunnen for at kampanjen har valgt trykksår som et av innsatsområdene for 2011–2013. Det er et høyst sykepleiefaglig område, og forebygging kan gjøres med enkle grep.

Nasjonal pasientsikkerhetskam-

panje har i samarbeid med en ekspertgruppe for forebygging av trykksår bestemt minimumsmålene: Å registrere hvor mange av de nye pasientene som screenes innen 24 timer, antall trykksår og hvor mange nye pasienter avdelingen har per dag. Selv har nyreposten valgt å legge til hvor mange som har mindre enn 18 poeng på Braden-skalaen, hvor mange av disse som får tiltaksplan og hvor mange pasienter som er screenet totalt.

flest pasienter, forteller Mari Robberstad.

### Stopper utvikling med tiltak

Hun leder pilotprosjektet ved avdelingen som har pågått siden begynnelsen av desember. Nå har tiden kommet for å dele erfaringene, og fremover vil det holdes flere læringsnettverk i regi av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Her kan helsepersonell fra hele landet delta. Der vil de få til-

«Vi oppdager nye trykksår hele veien.» *Mari Robberstad*

Pasientene screenes for risiko ved innkomst, både innen ernæring og trykksår. Underernæring øker som kjent risikoen for trykksår. I stellsituasjonene ser man etter rødhet og alvorligere grader av sår, også hos dem som sitter eller er oppegående. Det som oppdages må registreres sammen med tiltak og behandlingsplan. Tiltakene følger den skåren som pasienten får ved bruk av Braden-skalaen. Waterlow er en annen skala man kan bruke, men fordelene med Braden er ifølge Robberstad at den kan brukes av alt helsepersonell, uavhengig av utdanning og erfaring.

– Men for at alt skal gjøres, trengs daglige påminnelser. Vi har inter- undervisning, synliggjør resultater og har hatt screeningkonkurranse med premie til den som har screenet

takspakken som bygger på en dansk modell som pilotene har testet og kommet med endringsforslag til. Den inneholder mer enn bare stikkord, men ikke så spesifikke råd at de blir prosedyrer.

– Viktige råd er å frikjøpe en ansvarlig person. 20 prosent kan være tilstrekkelig, mener Robberstad.

Dessuten må det hele ha god ledelsesforankring, som ved alle omstillinger.

– Egentlig gjør vi ikke så veldig mye nytt, men vi har fått en større bevissthet rundt trykksår, og det vi allerede gjør er satt inn i system og rutiner. Det tar bare et par minutter å fylle ut screeningskjemaet, sier Robberstad.

– Hva har dere funnet så langt?

– Vi oppdager nye trykksår hele



**KOMPLIKASJON:** Trykksåret til Jan Sigurd Vasstveit var så dypt at han måtte opereres. Her skyller Mari Robberstad en av fistlene med bakteriehemmende væske.

veien, det er mer av det enn vi hadde trodd, men når det bare er kategori 1 (se faktaboks), kan vi lett stoppe det ved å sette inn tiltak. Totalt 4 av 18 sår de siste to månedene har vært kategori 2.

– *Hvor mange av pasientene klarer dere å screene i løpet av det første døgnet de er innlagt?*

– Nå ligger vi på 60 prosent, men vi har ligget høyere.

– *Hvorfor er det så vanskelig å screene alle når det tar bare et par minutter og dere har så stor oppmerksomhet på dette?*

– Det kan ha med måletekniske ting å gjøre. Teoretisk sett har vi kunnet screene alle nye pasienter uten at det gjenspeiles i oversikten. Fra uke 11 er dette endret. Andre grunner er tidspress: Enkelte morgener har vi opptil 11 nye pasienter. Noe av grunnen kan også være at papirarbeid gjøres på slutten av dagen.

Robberstad påpeker at flesteparten av pasientene fanges opp selv

om de ikke er screenet før klokken 12 neste dag. Andel risikopasienter som har fått tiltak i pleieplanen har flere ganger vært oppe i 100 prosent.

#### Refleksjonsmøte i lunsjen

I dag skal Robberstad ha dagens refleksjonsmøte, en faglig samling de ansatte har annenhver tirsdag i lunsjpausen med ulike temaer. Nå er det trykksår det gjelder. Sykepleiere, traineer, hjelpepleiere og helsefagarbeidere har benket seg tett rundt bordet som er fylt med matpakker, kopper og flasker. Noen må stå langs veggene i det lille rommet.

Robberstad holder opp to ark, et for hver av de siste månedene. Det er grønne, røde og hvite firkanter som danner et kors på hvert ark. De grønne firkantene viser antall dager uten nye trykksår, de røde viser dager med nyoppståtte trykksår. De hvite er dager det ikke ble målt. For både januar og februar er det ni røde firkanter, 18 til sammen. Riktignok

bare kategori 1. Robberstad synes oversikten hjelper til med å synliggjøre tilstanden i avdelingen og lar arket henge på veggen på vaktrommet. Etter hvert har de forkastet korsformen og gått over til å bruke vanlig kalender. Da ser de at sårene ikke har sammenheng med minimumsbemanning, siden de fleste oppstår på ukedagene.

– Hva skal vi gjøre for å få mer grønt, spør hun kollegene sine.

– Trykkavlastning og mobilisering.

– Bruk behandlingsplanen.

– Sørg for stillingsendring og få pårørende til å skifte hvilken side av sengen de sitter ved.

– Bruk legene. Hvis pasienter ikke vil høre på meg, gjør de som legen sier.

Forslagene hagler rundt bordet, historiene om ulike erfaringer kommer opp og diskusjonen går. Hvordan får man skiftet stilling hos pasienter som er aggressive? Hvordan bli

#### Braden-skalaen

› En skala som forutsier risikoen for å utvikle trykksår. Kriteriene det måles etter er evne til å oppfatte stimuli/smerte, grad av fuktighet, aktivitet, mobilitet, ernæring og friksjon og skyveeffekt.

› Skår 15–18: lav risiko.

Skår 13–14: Medium risiko.

Skår 10–12: Høy risiko.

Skår 9 og under: Svært høy risiko.



**TRYKKSÅRFRIE DAGER:**

– Hvordan skal vi få mer grønne dager? spør Mari Robberstad på refleksjonsmøtet i lunsjen. De blir enige om en ny ting: risikopasienter skal aldri ligge flatt på ryggen.



**SCREENING:** Julie Sund screener nyinnlagte Anne Laursen for ernærings- og trykksårrisiko. Hun skårer 16 på Braden-skalaen som betyr lav risiko, så Sund skriver behandlingsplan på henne. Tiltaket blir i første omgang å skifte stilling hyppig.



flinkere til å avlaste setet, som er det området hvor de fleste trykksårene på avdelingen oppstår? De blir enige om et nytt tiltak: Pasienter med risiko for trykksår skal aldri ligge flatt på ryggen.

Ulike madrassetyper er en viktig del av tiltakene for pasienter med risiko for trykksår, men foreløpig har utvalget ved Stavanger universitetssykehus vært lite og uoversiktlig fordi alle avdelingene har hatt sine egne innkjøpsrutiner. Dynamiske luftmadrasser har vært mangelføre.

– Nå har vi akkurat fått godkjent en felles innkjøpsordning for trykkfordelende madrasser på hele sykehuset. Det vil gi en bedre oversikt, ressursutnyttelse og bedre pasient-sikkerhet, sier Robberstad.

**Må ikke drukne i skjemaer**

På avdeling 3B er det 24 plasser, men det er som regel alltid overbelegg, og med korridorene til hjelp



har de vært oppe i 37 pasienter. I dag er der 28. Den største bolken er nyrepasienter. Men også endokrinologi, revmatologi, immunologi og generell medisin er representert. Det betyr at sykepleierne må være oppdatert innen et vidt faglig spekter.

hadde screenet 14 pasienter hver. For det fikk de en «godtepose» med produkter fra L'Occitane. Hun er trainee-sykepleier og kom til nyreavdelingen etter et og et halvt år på lungeavdelingen.

– På 3B tenker de mer helhetlig

de fordeler pasientene. Så blir det den enkelte ansattes oppgave å lese seg opp i pleieplanen på de pasientene de har ansvaret for. Der står både Braden-skåren og hvor ofte de skal snu pasienten. I tillegg leser Eikeland både sykepleier- og legenota-



Les også fagartikkelen på side 44 →

## «Egentlig gjør vi ikke så veldig mye nytt, men vi har fått en større bevissthet rundt trykksår.» Mari Robberstad

– Vi må ha lette systemer så ikke pleiepersonalet drukner i skjemaer, og spille på det vi allerede har og gjøre lokale tilpasninger. Som pleiepersonell liker vi å se at det vi gjør er nyttig, ellers gjør vi det ikke, sier Robberstad.

Jeanette Eikeland er en av de to som vant screeningen forrige måned. De

på å unngå trykksår. Bevissthetsnivået er helt annerledes enn på lungeavdelingen. Jeg blir spurt hver dag om jeg har screena, fått tiltak inn i pleieplanen og om jeg har snudd pasientene. Da går det ikke så lett i glemmeboka, sier hun.

Avdelingen praktiserer stillerapport, slik at de sier det viktigste før

tene før hun tar fatt på dagens vakt. Hun har selv et triks i ermet hun ofte bruker for å forebygge trykksår:

– Jeg ruller gjerne ei dyne og legger den som ei pølse bak langs pasienten eller under madrassen for å skifte stilling. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



**KONKURRANSE:** De to vinnerne av screeningkonkurransen henger godt synlig på vaktrommet. De screenet 14 pasienter hver på en måned.

Nina Kynø vet at ikke alle foreldre er snille.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

# Våger å tenke mishandling

**P**å Oslo universitetssykehus, Ullevål, strømmer vårsolen inn. To små stoler, en i rødt og en i blått, står på gangen mellom barnekirurgen og nyfødt intensiv. Her sitter barnesykepleier Nina

Kynø og forteller om det mange, også sykepleiere, har vanskelig for å tro: At foreldre kan mishandle barna sine.

## Tegn

Foran henne ligger et sett utskrifter. Her er det blant annet beskrevet hva helsepersonell bør se opp for. Det kan være blåmerker som det ikke er naturlig at barn har fått gjennom vanlig lek. Snøremønstre på hals og nakke, rundt håndledd og ankler. Merker etter sigaretter. Alle fysiske tegn som kan tyde på at et barn blir mishandlet og som helsepersonell kan oppdage.

## Verktøy

Men Kynø opplever at mange er usikre på hva de skal gjøre dersom de får en mistanke.

Derfor har hun sammen med spesialiserte sykepleiere, barneleger, helsesøster og sosionom laget prosedyrer for hvordan mistanke om omsorgssvikt av barn kan håndteres. De er laget for bruk ved Oslo universitetssykehus, men er fritt tilgjengelig for alle på nett.

## Fra avisen

Aftenposten, 10. april:



## Ny prosedyre

- › Omsorgssvikt og mishandling av barn: Fysisk mishandling, psykisk mishandling, seksuelle overgrep, omsorgssvikt/vanskjøtsel - Bekymringsmelding barnevern, politi.
- › Skal revideres annethvert år.
- › Utarbeidet av spesialsykepleiere, sosionomer

- og barneleger, blant andre barneombud Anne Lindboe. Politijurister og jurister med kompetanse om barnevern og helse har også deltatt.
- › Egen prosedyre for Oslo universitetssykehus.
- › Fritt tilgjengelig for alle.
- › [www.fagprosedyrer.no](http://www.fagprosedyrer.no)



Kommentator Inge D. Hanssen referer fra en rettsak på Hønefoss. Mor, morfar og mormor sitter på tiltalebenken. En helsesøster fattet mistanke ved fireukerskontrollen. Undersøkelser viser at den lille gutten har indre blødninger og bruddskader. De tre tiltalte nekter skyld. De forstår ikke hvordan skadene har oppstått. På slutten av kommentaren refererer Hanssen: På badet hjemme hos de tiltalte fant kriminalteknikerne blodsprut på veggen. Blodet var fra gutten.



**OMSORG FOR BARNET:** –Vi skal melde bekymring når vi mistenker mishandling, sier Nina Kynø.

### Bevissthet

De siste årene har media referert fra flere slike saker. Det har skapt en større bevissthet om at også barn utsettes for vold og annen mishandling.

– Kristoffer-saken har åpnet manges øyne, sier Kynø.

Ifølge Mia Myhre, barnelege og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, er det vanskelig å ta inn over seg at barn mishandles.

– Men skal vi klare å avdekke mis-

handling må vi tørre å åpne øynene, sier hun.

– Vi må se det, snakke om det og bringe det videre.

**«Vi må se det, snakke om det og bringe det videre.»** *Mia Myhre*

### Nær

Myhre mener sykepleiere har en unik mulighet til å oppdage mishandling,

fordi de kommer så nær familien.

– De er til stede i daglig stell, der foreldre kanskje er mindre på vakt enn under undersøkelser, sier hun.

Men det kan også skape en situasjon hvor det er vanskelig å handle.

– Sykepleiere kan danne en al-



**Mulige tegn på omsorgssvikt/vanskjøtsel:**

- › Barnet er preget av dårlig stell og pleie
- › Har uegnet påkledning
- › Dårlig tannstatus
- › Ubehandlete infeksjoner

**Mulige tegn på fysisk mishandling:**

- › Skader som ikke har en sannsynlig forklaring
- › Blåmerker, rift kutt eller arr på steder der det ikke er naturlig for barn å påføre seg skader ved vanlig lek
- › Brudd hos barn under ett år
- › Gamle brudd

**Mulige tegn på psykisk mishandling**

- › Negative eller fiendtlige holdninger til barnet
- › Verbale beskyldninger og/eller trusler mot barnet
- › Foreldrene anerkjenner ikke barnets verdi og legitimitet, er avvissende eller gir barnet et syndebukkstempel
- › Inadekvate forventninger til barnet som det i forhold til sin utvikling og alder ikke kan fylle

**Mulige tegn på seksuelt misbruk:**

- › Etterlater vanligvis ikke fysiske spor eller forandringer.
- › Stor variasjon i psykiske symptomer, men kan være angst, sinne konsentrasjonsvansker i skolen, seksualisert atferd og psykosomatiske plager

lianse med foreldrene eller de kan synes synd på dem. Dessuten er vi vant til at familien hjelper oss å finne ut av ting, at de snakker sant. Vi er ikke vant til at foreldre lyver.

**Meldes ikke**

Ifølge en NOVA-rapport fra 2007 viser anslag at 20 prosent av jentene og 14 prosent av guttene er blitt slått med vilje en gang i oppveksten. To prosent er slått med vilje mer enn ti ganger.

Barn utsettes også for omsorgssvikt, psykisk mishandling og seksuelt misbruk.

– Det kan være vanskeligere å oppdage, men jeg mener sykepleiere også her kan gjøre noe.

Prosedyren hun har vært med på å lage er derfor delt i fem. En handler om omsorgssvikt eller vanskjøtsel, en om fysisk mishandling, en om psykisk mishandling og en om seksuelt misbruk. I tillegg kommer en om hvordan man skal melde til politi og barnevern.

**Crossover**

– *Hvordan kan man oppdage psykisk mishandling?*

– Det kan være subtilt, og ofte er det ubevisst fra foreldrenes side. Men det kan for eksempel være foreldre som har en fiendtlig innstilling til barnet eller kommer med verbale beskyldninger eller trusler.

Mens det ved fysisk mishandling kan være nok med ett tilfelle, er psykisk mishandling karakterisert av gjentatt mønster av ødeleggende interaksjoner mellom foreldre og barn. Symptomer hos barn kan blant annet være angst, uro, fryktoshet eller depresjon.

På papiret er ulike former for omsorgssvikt, vanskjøtsel og mishandling plassert i egne dokumenter. I virkeligheten kan de opptre sammen.

**Kunnskap**

Kynø er opptatt av at helsepersonell ikke har myndighet til å avgjøre om barn blir mishandlet eller ikke.

– Det er det barnevern og politi som har. Vår oppgave er på bekymringsnivå, det er en plikt vi har både som helsepersonell og som enkeltmennesker.

Hun har selv meldt videre flere ganger.

– Det er ikke det man ønsker å gjøre, sier hun.

– Man ønsker at alle barn skal ha snille og gode foreldre, men jeg vet at det ikke alltid er sånn. Og da må vi vite hva vi skal gjøre.

**Samarbeid**

Mange synes det er vanskelig å melde bekymring, men Kynø har også opplevd å henvende seg til barnevernet i samarbeid med foreldrene.

– I de fleste tilfellene hjelper barnevernet familien, det er et fåtall saker der barnet blir tatt fra foreldrene, sier hun.

– Det kan være familier som trenger hjelp en periode. Og det å trenge hjelp er helt legitimt.

**Omsorg**

– *Er det en fare for at økt oppmerksomhet på mishandling kan føre til at man ser tegn som ikke er der?*

– Ja, og derfor er det viktig med prosedyrer. Helsepersonell skal søke kunnskap og faglige råd hos kolleger. Å melde skal være en veloverveid handling, fordi det gjør noe med familien. Samtidig er det heller aldri feil å gå videre med en bekymring. En bekymring er en omsorgshandling for barnet, og det er alltid barnet vi skal tenke på.

**God nok**

Samtidig ser hun at det er viktig ikke å ha egne standarder som referanse.

– Omsorg kan være god nok, selv om den ikke er slik jeg personlig mener den bør være. Det viktigste er at barna opplever at den omsorgen de får er god nok og tilpasset deres behov.

Hun har erfart å være bekymret, men så sett at det var det ingen grunn til.

– Men jeg har også gått og lurert på om jeg burde meldt, sier hun. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

# «Mishandling er mer enn fysisk mishandling.»

Nina Kynø

Når det er snakk om mild vold, som risting og dytting er det oftere mor enn far som utøver den. Når det er grov vold er det like ofte mor som far.

Myhre sier disse tallene er mye høyere enn hva som blir meldt til barnevernet.

**Ikke bare vold**

Nina Kynø retter på brillene.

– Mishandling er mer enn fysisk mishandling, sier hun.







**SAMARBEID:** Sammen med blant andre barnelege Laila Skotte har Nina Kynø laget den nye prosedyren.

# INVITASJON

## 100-årsjubileum

Først og fremst

**Norsk Sykepleierforbund i Sør-Trøndelag er 100 år, landets eldste krets.  
I den anledning inviterer vi våre medlemmer til jubileumsfeiring!**

### Program:

Faglige innlegg  
Utdeling av hedersnåler i gull  
Kunstneriske innslag  
Festmiddag

DATO	TID	STED	MEDLEMMER
22. mai	17.30 - 21.30	Ørland Kulturhus, Brekstad	For medlemmer på Fosen.
23. mai	17.30 - 21.30	Bårdshaug Herregård, Orkanger	For medlemmer i Meldal, Agdenes, Snillfjord, Hemne, Hitra, Frøya og Orkdal (inkl. Orkdal Sykehus og Orkdal DPS).
27. mai	17.30 - 21.30	Storstuggu, Røros	For medlemmer i Selbu, Tydal, Holtålen (inkl. Haltdalen DPS) og Røros (inkl. Røros Sykehus og Røros Rehabiliter- ingssenter).
29. mai	17.30 - 21.30	Skifer Hotel, Oppdal	For medlemmer i Oppdal og Rennebu.
30. mai	17.30 - 21.30	Snefugl Gård, Skaun	For medlemmer i Malvik (inkl. Betania Malvik), Klæbu, Melhus, Midtre Gauldal og Skaun.
06. juni	17.30 - 21.30	Clarion Hotel & Congress Trondheim	For øvrige medlemmer i Sør-Trøndelag (inkl. NSF Student).

### For mer informasjon om påmelding:

Se oppslag på din arbeidsplass, ta kontakt med din tillitsvalgt eller med fylkeskontoret på:

e-post: [sor-trondelag@sykepleierforbundet.no](mailto:sor-trondelag@sykepleierforbundet.no)

telefon: 02409.

Medlemmer uten arbeidsforhold kan velge deltakelse ut fra tidligere arbeidssted eller bostedskommune.

**Ingen egenandel**

**Hjertelig velkommen!**

Norsk Sykepleierforbund i Sør-Trøndelag  
v/fylkesleder Knut Jørgen H. Rotabakk



NORSK SYKEPLEIERFORBUND  
SØR-TRØNDELAG





**DØDEN I IRAK** Patrick Mc Andrew, sykepleier i de amerikanske styrkene i Irak, forsøker å redde livet til en soldat mens denne blir brakt til sykehuset i Bagdad. Soldaten ble hardt såret i en skuddveksling med irakiske opprørere. Året er 2004, et år etter den amerikanske invasjonen som skulle styrte landets diktator og etablere et demokrati.

Siden krigen brøt ut for ti år siden har 4488 amerikanere

mistet livet, over 3500 i kamp. Antallet sårete er beregnet til 32 000.

Hvor mange som er blitt drept på Iraks side er det mange varierende tall på. En studie i det medisinske tidsskriftet Lancet viste at over 600 000 personer kan ha blitt drept bare mellom 2003 og 2006. De fleste døde av geværkuler, av bilbomber eller andre eksplosjoner.

Offisielle tall ligger på 116 000 drepte mellom 2003 og i dag. Ifølge Wikileaks-avsløringer fra amerikanske arkiver var 63 prosent av de drepte sivile.

Kilde: Wikipedia, Lancet, Scanpix/AP

Tekst **Barth Tholens**  
Foto **AP Photo John Moore**

# Operasjonssykepleierne ser at flere kunne reddet synet om de kom tidligere til behandling.

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

## Inn i øyet

### Fakta

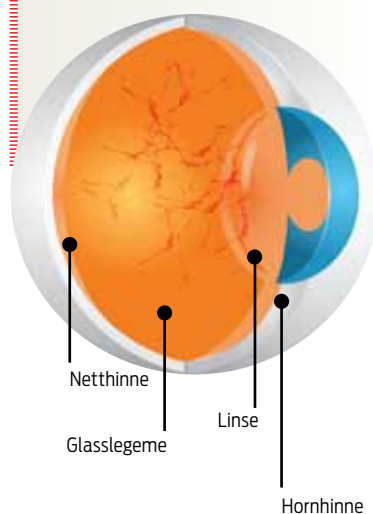
#### Symptomer på netthinneløsning:

- › Lysglimt
- › «Fluer» i synsfeltet
- › Skygge/rullgardin i synsfeltet
- › Mister skarpsynet – går fra å kunne lese bokstaver til bare å kunne telle fingre

#### Hvem rammes?

Diabetes-pasienter er spesielt utsatt, men også personer som er sterkt nærsynt, som har fått harde slag mot øyet, eller som har blitt operert i øyet tidligere.

Illustrasjon: Colourbox.com



**E**r det høyre? Eller venstre? Operasjonssykepleier Hege Kvistad spør, og makker Elisabeth Vik Marø sjekker. Først i operasjonspapirene. Deretter i journalen. Og til sist på pasienten selv, som kommer gående inn døren til operasjonsrommet til Øyeavdelingen ved Oslo universitetssykehus. Han er iført morgenkåpe og har blå poser på bena.

Det er venstre øye som skal opereres. Pasienten er ved godt mot. Han har netthinneløsning og har ligget helt i ro siden dagen før.

#### Kan bli blind

Netthinneløsning er ofte en følgetilstand av naturlige aldersforandringer i øyet, men kan også være en komplikasjon til diabetes. Netthinnen kan løsne helt eller delvis. Synet vil da forsvinne eller bli svekket i hele området der netthinnen har løsnet.

Tilstanden krever øyeblikkelig hjelp. Til denne avdelingen kommer de aller fleste tilfellene – og de fleste av pasientene må opereres. Om det blir forsinkelser, kan synet gå tapt.

– Det er ingen overlege som står på utsiden og koordinerer, vi er helt sykepleierstyrt, sier enhetsleder og operasjonssykepleier Dyveke Brandt Qvenild. Fire ulike seksjoner bruker operasjonsheten, og legene blander seg ikke inn i avviklingen med mindre det er medisinske grunner til det.

#### Våken

Elisabeth Vik Marø tar morgenkåpa og skoene og ber pasienten legge seg på

operasjonsbordet. Lydig strekker han seg ut i ryggleie og fester blikket på de store lampene i taket. Operasjonen skal forgå uten narkose, kun med lokalbedøvelse. Han har fått medisiner for å slappe av, men vil være bevisst og få med seg alt som skjer i rommet. Ikke gjennom synet, for øynene vil bli tildekket, hvert på sin måte. Men han kan høre. Og lukte. Bevege fingertuppene. Snakke.

Elisabeth Vik Mårø oppmuntrer og gir informasjon mens hun drypper øyet med bedøvelsesdråper. Hun er imponert over pasientene som kommer traskende inn her, vel vitende om hva som skal skje.

#### Klagesaker

Operasjonssykepleierne på avdelingen ser hver dag hvor viktig det er å komme så tidlig som mulig til spesialist dersom netthinnen løsner.

Ventetidene hos øyelege er ofte lange, og noen pasienter velger å gå til optiker ved synsforstyrrelser. Det er en pågående debatt om optikere skal kunne henvise direkte til spesialisthelsetjenesten, eller om pasienten må gå veien om fastlege for å komme til behandling.

Tall fra Norsk Pasientskadeerstatning viser at hele 9 av 15 innklagete saker i optikerbransjen relateres til netthinneløsning. Klagetallene indikerer at pasientens forståelse og opplevelse av optikerens innsats ikke er god nok, ifølge Norges optikerforbund.

#### – Au!

Med en våken pasient på operasjonsbordet, gjelder det å komme raskt til poenget:

Mannen er pasient nummer 2 i dag,

og flere kommer etter. Operasjonssykepleierne jobber i team, én koordinerer og den andre er sterilt utøvende. Drevet sender de stikkord gjennom rommet.

– Du mangler ILMBlue, sier Mårø, mens hun ser gjennom oppmeldingskjemaet med beskjeder til operasjonsstuen.

– Ok, takk, sier Hege Kinstad.

– Ferdig, sier Maarø etter å ha desinfisert rundt øyet – 5 omganger med hvite tupfer-dotter dynket i klorhexidin, slik prosedyren sier.

Etter å ha klargjort pasienten, som ligger imponerende stille, kommer seksjonsoverlege Ragnheidur Bragadottir inn. Det er hun som skal operere. En ferdigopptrukket sprøyte med bedøvelse, en blanding av xylocain og marcain, venter. Hun er seksjonsleder på kirurgisk retina, det betyr at hun er spesialist på behandling av netthinnesykdommer.

– Au, sier pasienten når bedøvelsen injiseres gjennom huden rett under øyet. Væsken legger seg i hulrommet bak øyet og bedøver synsnerven.

– Da er det verste over, sier Bragadottir.

– Ja, det kan du si, sier pasienten.

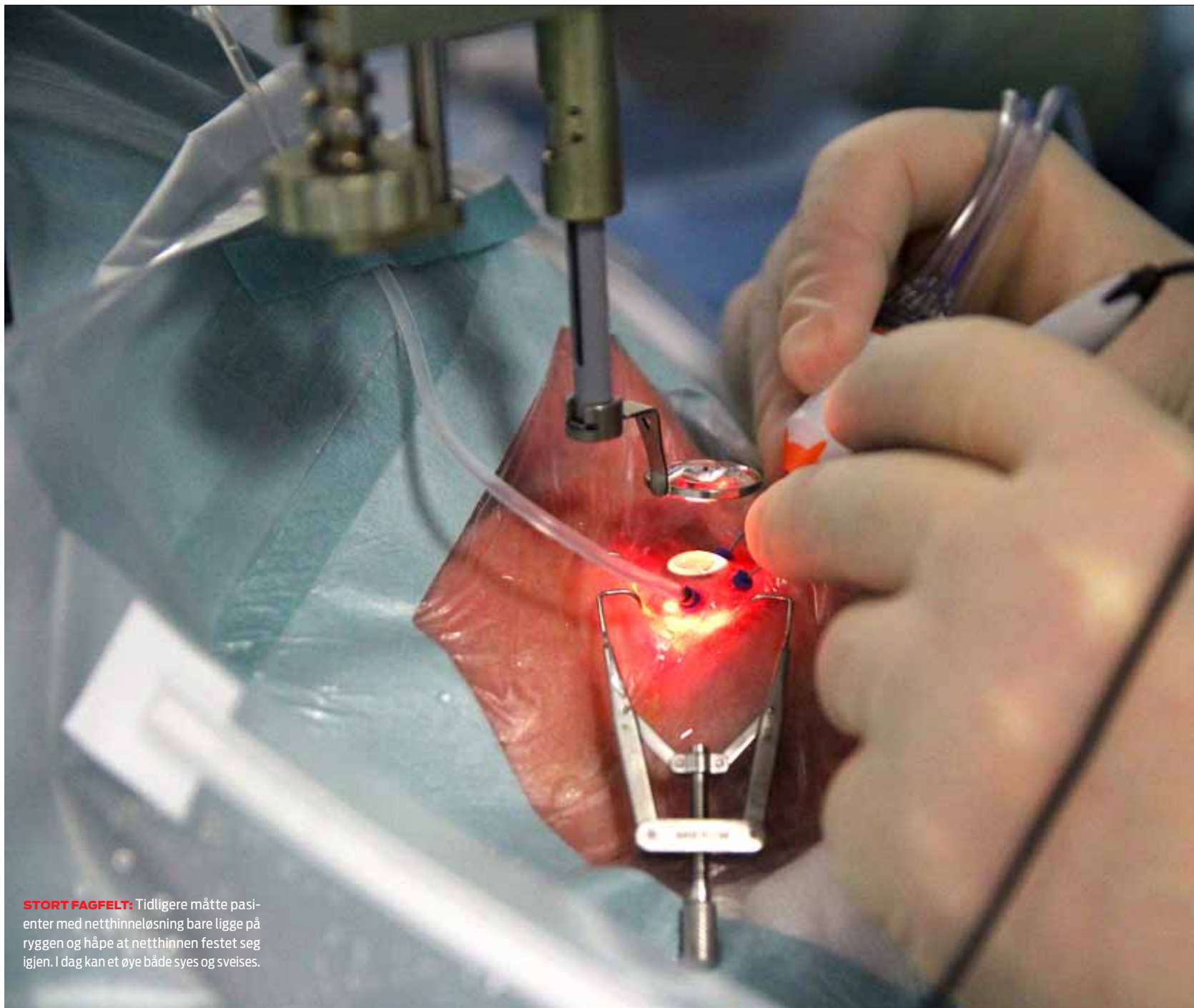
#### Bitte-bitte-lite

En steril, grønn duk dekker øvre del av ansiktet. En bøyle holder resten av duken oppe, slik at han har munn og nese fri.

Slik skal han ligge i halvannen time. Han må ikke nyse, hoste, le eller gråte uten å si fra. Det er viktig at pasienten klarer å ligge helt stille når diverse instrumenter befinner seg dypt inne i øyet. →



**STØ PÅ HÅNDA:** Operasjonssykepleier Hege Kinstad og øye-lege Ragnheidur Bragadottir ser til at den våkne pasienten ligger helt stille.



**STORT FAGFELT:** Tidligere måtte pasienter med netthinneløsning bare ligge på ryggen og håpe at netthinnen festet seg igjen. I dag kan et øye både syes og sveises.

– Dette er ikke noe for dem som har klaustrofobi, sier operasjonssykepleier Hege Kinstad.

Hun har jobben som sterilt utøvende sykepleier under operasjonen. På forhånd har hun gjort klart et bord med mikroinstrumenter: Øyesperre, kniver

Det er sykepleieren på steril side som klargjør vitrectomimaskinen – kontroll-senteret: Bragadottir får instrumenter til å plassere trokarene. Kinstad trykker på knapper, leverer, justerer. Elisabeth Vik Marø koordinerer, spretter opp på sekundet når noe mangler.

tene til å redde synet mye bedre – om behandlingen startes i tide.

Øyeoperasjonen foregår ved hjelp av mikro-lapraskopiske prinsipper: Små hull i øyevæggen, hvor de kirurgiske instrumentene føres inn.

Med stødig hånd setter Bragadottir inn tre trokarer: En til saltvannssoppløsning som skal holde øyet åpent, etter at glasslegemet som ellers holder øyet åpent er fjernet. En trokar til lys og en til instrumenter.

## «Øyet er som et maleri. Det er vakkert.»

*Elisabeth Vik Marw, operasjonssykepleier*

med trokarer som skal føres inn i øyet, pinsetter. Silikonoljen som skal holde netthinnen i ro står klar. Det samme gjør tungtvannet som skal brukes når Bragadottir om litt skal forsøke å feste netthinnen med laser. Mens tungtvannet skylles ut umiddelbart etter bruk, blir silikonoljen værende i øyet.

– Går det bra, spør kirurgen mens hun stikker.

– Joda, svares det langt der nede.

### Stødig hånd

Tidligere fantes det bare en måte å behandle netthinneløsning på: Ligge på ryggen og håpe det beste. Nå er utsik-

### – Et maleri

– Nå deler jeg linsa i fire. Deretter suger jeg den ut fra øyet, sier kirurgen. Hun skal gjøre flere ting inne i øyet på denne pasienten:

Fjerne katarakt, altså grå stær, bytte



**SYKEPLEIERSTYRT:** Avvikling av operasjonsprogrammet koordineres av to ledende operasjonssykepleiere som har driftsansvar for hver sine seksjoner. Elisabeth Vik Marø er inne hos pasienten.

linse, fjerne forkalkninger, og se hva det går an å gjøre med den løse netthinnen.

Noen meter unna sitter Elisabeth Vik Marø og holder begge hendene om en liten boks. Inne i den ligger en ny linse.

På en skjerm på veggen blir øyet til pasienten forstørret mange ganger. Det ser ut som en støvsuger som via et bittelite snitt trekker med seg den geleaktige linsemassen fra øyets forkammer.

– Øyet er som et maleri. Det er vakert. Fascinerende å se på, sier Elisabeth Vik Marø med blikket festet på skjermen på veggen.

– Mange tror at øyet er lite og kjedelig å jobbe med. Men jeg har vært her i to år og har fremdeles masse å

lære, sier hun fra sin posisjon noen meter unna de tre andre. Fremdeles med et fast grep om linseboksen. Snart skal den åpnes. Da kan hun ikke nøle.

Ved Oslo universitetssykehus opereres om lag 1300 pasienter i året med denne lidelsen. Det er ofte middelaldrende og eldre som rammes.

– Linse? sier legen.

Elisabeth Vik Marø leverer den til sin partner, som åpner boksen og holder linsa klar. Legen tar imot og med stødige bevegelser smyer hun den sammenfoldede linsa inn gjennom snittet. Manøvrerer forsiktig rundt. Så er den på plass. Midt i. Passer akkurat. Sjelens speil funkler på nytt.

#### **Stive folder**

Når linsen er på plass, er det på tide å gå videre, dypere. Legen jobber stille, konsentrasjonen dirrer i rommet. Så kommer det en hakkende lyd fra maskinen når glasslegemet kuttes. Deretter en summende lyd når maskinen suger til seg tusenvis av linsebiter. Bragadottir har nå kommet helt bak til retina – netthinnen. Den skal egentlig ligge stramt og elastisk oppslått over det bakre øyet, som et lerret. Her ligger den i stive folder.

Makula, skarpsynssenteret, er et avgjørende punkt. Dersom avløsningen passerer dette punktet, har pasienten

mistet skarpsynet. Da er det ikke mulig å gjenskape synet han hadde på forhånd.

Skjermen på veggen viser skarpsynssenteret tydelig. Netthinneløsningen her har kommet for langt. Øyet har mistet skarpsynet.

Målet er å bevare gangsynet.

Etter halvannen times intenst arbeid

## «Vi er helt sykepleierstyrt.»

*Dyveke Brandt Qvenild, enhetsleder*

syk Bragadottir sitt siste sting. Vik Marø er allerede i gang opprydning. Tidsplassen er stram.

– Nå er du ferdig, sier Bragadottir til pasienten. Raskt er både øyesperre og steril duk fjernet. Øyet tapes med bandasje. Sykepleierne og legen spøker lett med at noen synes det å fjerne tapen gjør mest vondt.

– Jeg vet nå ikke helt det, sier pasienten.

Vik Marø finner igjen morgenkåpe og sko.

Legen har forsvunnet ut av rommet, og sykepleierne følger pasienten ut til en ventende portør som skal ta ham videre til sengeposten. For å holde netthinnen på plass må han holde ansiktet vendt ned mot gulvet til i morgen.

Deretter kan han igjen løfte blikket. ■■■

aknbh@sykepleien.no

Scan koden og se film fra operasjonen her.



Aborttallene blant de eldste unge i Oslo stiger. Nå mister de tilbud om gratis prevensjon.

Tekst og foto Nina Hernæs

# Lukker døren for de eldste



**ALT SOM HANDLER OM SEX:** Sex og samfunn tilbyr veiledning om alle sider ved ung seksualitet, i tillegg til å skrive ut prevensjon og teste for seksuelt overførbare infeksjoner.

**P**å grunn av stor pågang og reduserte tildelinger må vi dessverre endre aldersgrensen for å bruke klinikken vår», står det på døren til Sex og Samfunn på Grünerløkka i Oslo. Fra 1. januar får ikke lenger unge på 24 og 25 hjelp her.

Det er en utvikling assisterende daglig leder Tore Holte Follestad sterkt beklager.

– Det er paradisk at vi må kutte i helsetilbudet til den gruppen som stiger på abortstatistikken, sier han.

## Populært tilbud

Sex og samfunn, senter for ung seksualitet, er et gratis tilbud til unge opp til 23, eller inntil nylig, 25 år. Her gis veiledning om prevensjon, abort og seksuelt overførbare sykdommer. Det tas prøver, og jenter kan få resept på p-piller eller få lagt inn spiral eller p-stav. Alt er gratis.

Tilbudet blir stadig mer populært, med 18 200 besøk i 2012. Det var en markant økning fra 13 700 besøk året før. Økningen var størst blant de mellom 20 og 25 år.

– Det var kvelder da det kom så mange at vi måtte stoppe inntaket. De ansatte jobbet mye overtid, ble slitne og hadde mye etterarbeid. Vi måtte gjøre noe, sier Follestad om den nye aldersgrensen, som ikke er blitt godt mottatt hos brukerne.

– Det har til tider vært svært amper, og vi har hatt utagerende episoder.

For oss som jobber her er det svært ubehagelig, sier han.

## Har varslet

Problemet, ifølge ham, er at driftstilskuddet har stått på stedet hvil i mange år.

– Da forsvinner kroneverdien etter hvert, sier han og presiserer at dette burde være godt kjent for byens politikere.

– Dette har vi varslet om, både skriftlig og muntlig. Nå måtte vi gjøre noe for at tilbudet ikke skulle kollapse.

## Abort

Han frykter de stengte dørene kan føre til flere aborter blant de eldste unge i Oslo.

Det er en bekymring Ulla Olendorff, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, deler.

– Lett tilgjengelig prevensjon reduserer antall aborter, sier hun, og viser til at man nasjonalt nettopp satser på tiltak som kan få ned antall aborter i aldersgruppen 20–24 år.

Mens det totale antall aborter i Norge synker, stiger det i denne gruppen. Stigningen er størst i Oslo, med 866 aborter i aldersgruppen 20–24 år i 2011. Det er 37 flere enn i 2010, ifølge Folkehelseinstituttets tall.

Tore Holte Follestad etterlyser handling fra Oslos politikere.

– Vi har en byråd som tilsynelatende ikke tar initiativ til å gjøre noe med dette, sier han.

## Må prioritere

Det er helsebyråd Anniken Hauglie ikke enig i. Hun sier tilbudet til Sex og samfunn er et av flere tiltak for å redusere antall aborter i Oslo.

– Men jeg har forstått det som at en stor del av økningen av besøk hos Sex og samfunn skyldes svenske arbeidsinnvandrere.

– De har rett til ordinær legehjelp, men velger trolig Sex og samfunn fordi det er gratis, sier hun.

– Sex og samfunn bør prioritere Oslo-ungdom og henviser arbeidsinnvandrere til andre helsetilbud som de har rett til å motta. De bør i hvert fall vite om muligheten slik at deres rett til helsehjelp ivaretas.

## Fastlege

Den uttalelsen gjør Tore Holte Follestad oppgitt.

– De har fastlege eller rett til kommunal lege?

– Ja, men de bruker ikke fastlegen. Der er det ventetid og de må betale 180 kroner gangen. Her er alt gratis. Noen fastleger skriver bare ut p-piller for tre måneder. Da må jentene til fastlegen fire ganger i





**ETTERLYSER HANDLING:** – Vi har varslet, sier Tore Holte Follestad om kuttene på Sex og samfunn.

året bare for prevensjon. Dessuten får vi besøk av norsk ungdom fra andre byer som ikke har fastlege i Oslo.

Han legger til at det ikke er alle fastleger som legger inn spiral og p-stav.

- Hva med helsestasjon for ungdom?
- De har øvre aldersgrense på 18–20 år.

#### **Ikke flere penger**

Helsebyråd Hauglie sier Sex og samfunn må forholde seg til det tilskuddet bystyret bevilger,

– Jeg har diskutert med dem om det er mulig å øke inntektene, sier hun.

– For eksempel ved å ansette en lege med refusjonsrett og ta betalt for enkelte tjenester. Det vil bedre deres økonomi og gjøre dem mindre avhengig av kommunale tilskudd.

En legehjemmel ville løst problemet,

I sitt alternative budsjett foreslo Ap å øke bevilgningene med en million, men ble nedstemt.

Tellevik Dahl understreker at det ikke er for seint å snu.

– Det er mulig å legge penger inn i revidert budsjett, som skal vedtas i juni, påpeker hun.

#### **Fra fire til tre**

Om det ikke kommer flere midler, kan Sex og samfunn bli tvunget til å

## **«Det har til tider vært svært ampert.»**

bekrefter Follestad, men har fått muntlig beskjed om at det vil ikke kommunen gi Sex og samfunn.

#### **Ikke for seint**

Tone Tellevik Dahl (Ap), leder av helse- og sosialkomiteen i Oslo bystyre, mener det er helt feil å redusere tilbud som har effekt.

redusere tilbudet ytterligere. Fra juni kan antall åpne kvelder bli redusert fra fire til tre.

– Et ytterligere dramatisk redusert tilbud, sier Follestad, og peker på at en fjerdedel av dagens brukere ikke lenger vil få hjelp.

– Hvor skal de gå, undrer han. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

## Lill Moestue

Alder: 58

Yrke: Akupunktør

Arbeidssted: Balderklinikken

Liker  
å stikke

Akupunktur krever presisjon og nøyaktighet.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

**J**eg jobbet i flere år som anestesisykepleier på Rikshospitalet før jeg ble akupunktør. Som anestesisykepleier er jeg ikke redd for å stikke. Det er et arbeid som krever presisjon og nøyaktighet, og jeg liker det godt. Jeg hadde lenge følt meg tiltrukket av komplementærmedisin, men våget først å ta skrittet da jeg ble skilt. Som alenemor til to barn var det et stort skritt å ta, men omveltningen i livet mitt gjorde at jeg våget det.

Min bakgrunn fra anestesi og akuttmedisin kommer godt med. Det hender det kommer pasienter hit som er veldig dårlige, da oppfordrer jeg dem til å ta røntgen, CT eller å oppsøke fastlege hvis de ikke allerede har gjort det. Min kliniske erfaring gir meg trygghet og kunnskap, og gjør det samtidig lettere for meg å tilegne meg annen kunnskap. Kinesisk medisin innebærer en helt annen måte å tenke på. Dette med yin og yang, i begynnelsen syntes jeg det var svært innviklet. Men etter hvert oppdaget jeg hvordan kinesisk medisin forklarer den menneskelige organisme og dens ubalanser og sykdommer på en god måte.

Som akupunktør lærer du en egen utspørringsteknikk som innleder behandlingen. Et slikt intervju gir innblikk i mange diffuse plager og symptomer som akupunktur kan lindre, men ikke alltid. Etter intervjuet følger jeg opp med vanlige timer. Jeg bruker vanligvis en halv time på hver pasient. Det første jeg gjør er å sjekke pasientens puls og tunge og bruker dette som et supplement til å stille diagnosen i kinesisk medisin. Jeg legger stor vekt på samtalen, det opplever jeg at pasientene setter pris på. «Ingen spør meg om hvordan jeg har det», er det mange som sier. Under samtalen får jeg nyttig informasjon som bestemmer mine punktvalg i det videre forløpet. Jeg setter nålen gjennom huden med en rask bevegelse. Deretter jobber jeg en stund med nålen for å framkalle den rette nålefølelsen. Nålefølelsen kan oppleves som et lite støt, en stråle eller varme, og kan noen ganger være litt smertefull. Følelsen er viktig for å bevege energi i energibanene. Deretter ber jeg pasienten om å puste dypt og slappe godt av. De fleste ligger med nåler 30–40 minutter. Mange sovner, og de aller fleste slapper godt av.

Jeg opplever at akupunktur har god effekt på flere ulike tilstander. Mange med kroniske plager som allergi og forkjølelse blir friske, men fortsetter å komme for å forebygge plager. Jeg liker å jobbe med kvinner i menopausen og infertilitet. Forskning har vist at sjansen for å bli gravid øker litt med akupunktur. Jeg liker jobben fordi jeg er glad i mennesker. Jeg slutter aldri å fascineres over hvor forskjellige vi er. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:  
Forebygging av  
trykksår. Side 44

FAGKRONIKK:  
Krevende å være  
trygdemottaker. Side 47

FAGNYHET:  
Syke menn vil ikke  
ha omsorg. Side 48

Etikk i  
helsefag.  
**Se bokan-  
meldelser**  
Side 58

Sykepleien

# Fag

bøker  
& kultur



FORFATTERINTERVJUET:  
«Kald bedriftsideologi  
ødelegger mye av  
forholdet mellom  
menneskene.» Side 56

**BEDRE LABORATORIEARBEID:**

Noklus tilbyr innførings- og oppfølgingskurs i laboratoriearbeid utenfor sykehus og undersøkelsen viser at sykehjemmene som har benyttet tilbudene opplevde dem som nyttige. Illustrasjonsfoto: Stig Weston.

Side  
**50**

Side  
**60**

«Det synes ikke som noen god idé å bytte ut mettet fett med karbohydrater.» **JAN HELGE HALLERAKER**



Kevin Tempel, sykepleier, Borge Rehab, Fredrikstad kommune, og SØF, avdeling for akuttgeriatri

# – Trykksår kan enkelt forebygges

I Danmark screenes alle pasienter ved sykehusinnleggelse for å forebygge trykksår.

Jeg ble utdannet sykepleier i Danmark i januar 2012. Fra februar samme år har jeg arbeidet i Fredrikstad, både på sykehjem og ved Sykehuset Østfold. Jeg har lagt merke til at pasienter ofte får trykksår på norske sykehus og sykehjem og at man ikke har tilgang til de rette hjelpemidlene som kan forebygge dette. Dette synes jeg er rystende. I Danmark har man tatt problemet svært alvorlig og nesten utryddet trykksår på de fleste sykehus.

## Kostbart

Dr. Posnett, som er professor i økonomi og har spesialisert seg i økonomi og sårbehandling, framla på en konferanse i København i 2002 tall som viser at trykksår hos pasienter på sykehus og sykehjem koster helsevesenet 1,3 milliarder kroner i året. Han har også regnet ut at et enkelt trykksår koster fra kr 12 240–168 300 å behandle, avhengig av sårgraden (1). Og dette er bare det økonomiske aspektet. Trykksår påfører også pasienter unødvendig smerte og lidelse som

## Braden-skala

### Evnen til å oppfatte og reagere på stimuli

*Evnen til å reagere hensiktsmessig ved ubehag som er trykkrelatert.*

1. Helt begrenset
2. Meget redusert
3. Noe redusert
4. Ikke redusert

### Fuktighet

*I hvor stor grad huden er utsatt for fuktighet*

1. Fuktig mesteparten av tiden
2. Fuktig
3. Fuktig av og til
4. Ikke redusert

### Aktivitet

*Grad av fysisk aktivitet*

1. Sengeliggende
2. Stolbundet
3. Går av og til
4. Går ofte

### Mobilitet

*Evne til å styre kroppen og skifte stilling*

1. Fullstendig immobil
2. Meget begrenset
3. Tilstrekkelig
4. Meget bra

### Ernæring

*Vanlig mønster for fødeinntak/ernæring*

1. Svært dårlig
2. Sannsynligvis utilstrekkelig
3. Tilstrekkelig
4. Meget bra

### Friksjon og skyveeffekt

1. Problem
2. Potensielt problem
3. Ikke noe øyensynlig problem

## Hovedbudskap

I Danmark utfører man forskningsbasert sykepleie ved å screene alle pasienter som legges inn for å forebygge trykksår. Screeningen blir gjort samme som dag pasienten innlegges, slik at han eller hun kan få den korrekte madrassstypen umiddelbart etter innleggelse.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Ernæring › Hud › Sår



**KAN UNNGÅS:** Riktig madrass og screening har bidratt til å nærmest utrydde liggesår ved danske sykehus og sykehjem. Foto: Bernt Eide/Samfoto

de ikke behøver å godta, ettersom det i dag finnes nok av hjelpemidler for å forebygge dette. Hvis man ikke har utført disse forebyggende behandlingene mener jeg det er på grensen til uakseptabel pleie som bør gi erstatning ved pasientskadesøksmål. I Danmark er man blitt bevisst på dette, man handler resolutt og screener pasienter med det samme de innlegges.

#### Screening

I Danmark utfører man forskningsbaserte screeninger når pasienter blir innlagt på en sengepost. To av disse er ernæringscreening og trykksårscreening. Ernæringscreening blir gjort av alle pasienter som legges inn på en sengepost. Dette gjør man fordi et av målene i dansk pleie er å unngå vekttap hos eldre

pasienter ved sykehusinnleggelse. Man regner derfor ut BMI og finner ut hvilken type kost, energibehov og proteinbehov pasienten har. Har man under 17 i BMI, blir man henvist til en klinisk ernæringsfysiolog. Hvis man har sår, trenger man også et større inntak av proteiner

## «Trykksår påfører pasienter unødvendig smerte og lidelse som de ikke behøver å godta.»

på grunn av helingsprosessen. Ernæringscreening henger altså sammen med trykksår og forebygging av dette.

#### Enkelt verktøy

Den viktigste av screeningen i denne sammen-

hengen er likevel trykksårscreeningen, som gjøres ved hjelp av BRADEN-skalaen. Med dette enkle verktøyet har man i Danmark nesten utryddet alle trykksår som ville oppstått ved en innleggelse. Over 40 prosent av alle pasienter er geriatriske pasienter (2–4), og en ting disse

har til felles er at de er mer utsatt for trykksår enn andre pasientgrupper. Ved hjelp av BRADEN-skalaen kan man skåre en pasient ut ifra forskjellige kategorier, og ut ifra en samlet skår velger man hvilken type madrass pasienten skal ha for å forebygge trykksår.





### Trykfordelende og trykaflastende madras vælges ud fra nedenstående skema

Sårstadiet \ Risikogruppe	Normal hud	0	1	2	3	4
Lav Braden score: 15-18	■ Hospitalsmadras	■ Hospitalsmadras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras
Middel Braden score: 13-14	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras
Høj Braden score: ≤ 12	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras	■ Statisk trykfordelende madras

\* Skemaet skal betragtes som vejledende og må ikke træde i stedet for klinisk sygeplejevurdering

- Hospitalsmadras
- Statisk trykfordelende madras: Standardmadras med viskoelastisk skum eller hospitalsmadras kombinert med toppmadras.
- Dynamisk trykaflastende madras

#### Madrasser

I kommunene er det hjelpemiddelsentraler som har de madrassstypene man trenger på lager, men på sykehusene har de en egen hjelpemiddelsentral eller sengesentral som har ganske mange madrasser tilgjengelig. De vanligste madrassene, som virker helt utmerket for å forebygge trykksår er:

- › Tempur toppmadrass (for de med lav risiko)
- › Statisk luftmadrass (for de med lav risiko)
- › Tempur hel madrass (for de med lav til middels risiko)

## «Et moderne sykehus skal ikke gi pasientene sine unødvendige trykksår!»

- › Dynamisk luftmadrass (for de med middels til høy risiko)

Sengeliggende og immobile pasienter skal ha dynamisk luftmadrass (5). Jeg ser at man ofte bruker grønne luftmadrasser som kun blåses opp en gang, men disse har nesten ingen funksjon mot trykksår. Slike madrasser fungerer sammen med et snuregime, men kun på pasienter med lav risiko og ikke på dem som allerede har utviklet et trykksår. Siden trykket ikke endrer seg i madrassene vil den immobile pasienten ha det samme trykket på samme sted også med disse. Dette unngår man ved å bruke dynamiske luftmadrasser der trykket forandrer seg jevnt hele tiden ved hjelp av en mekanisk, trykkjusterende pumpe. Man må selvsagt også utføre andre prosedyrer som å huske at pasien-

ter som er immobile må få hjelp til å snu seg, smøre pasienter godt bak med fet krem, og gi dem riktig kost.

#### Konklusjon

BRADEN-skalaen og riktig madrass har hatt kjempesuksess i Danmark. Disse enkle virkemidlene mot trykksår bør også vi i rike Norge bruke, om vi skal kunne kalle våre sykehus moderne. Noen norske sykehus har riktignok allerede tatt dem i bruk, men altfor mange sykehus og kommuner bruker dem ikke. Mange tror de

sparer penger ved ikke å ha de riktige madrassene tilgjengelige på en hjelpemiddelsentral eller et sengelager, men det motsatte er tilfelle. Et moderne sykehus skal ikke gi pasientene sine unødvendige trykksår! ■■■

#### LITTERATUR

1. Olsen LF. Trykksår koster en milliard. Dagens Medicin 2002; 24: 6.
2. Norsk helsebibliotek. <http://www.helsebiblioteket.no/Eldre/27699.cms> 2010.
3. <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/tab-2012-04-20-01.html>
4. <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Handlingsplan%20geriatri%20feb%202004.pdf>
5. <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/files/Hospital/HE-Midt/AFDELINGER/Karkirurgisk%20afdeling/S%C3%A5rcenter/pr%C3%A6valensunders%C3%B8gelse%20trykks%C3%A5r.pdf>

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

# Høstens DELTIDSSTUDIER

Skreddersydd for deg som er i arbeid

SØK OPPTAK PÅ [HARALDSPASS.NO/HDH](http://HARALDSPASS.NO/HDH)

Se fullstendig annonse i dette magasinet.

**Haraldsplass**  
 DIAKONALE HØGSKOLE  
 Bergen Diakonissehjem



Cille Steinfeldt-Foss, enhetsleder for psykiatrisk akutt-team ved DPS Aust-Agder og medlem av Rådet for sykepleieetikk

# Ingen spøk å gå på trygd

Det er ofte krevende for brukere med psykiske problemer å forholde seg til trygdesystemet.

**E**tter å ha arbeidet i helsevesenet hele mitt yrkesaktive liv har jeg erfart at vi fagfolk, enten vi sitter i behandlingssektoren eller i Nav, har lett for å glemme at hver og enkelt av oss ikke ser hele bildet og derfor kan komme til å trekke feil konklusjoner på vegne av brukerne våre. Dette kan skape misforståelser og feilslutninger i behandlingsforløpet og utrygghet og mistillit til systemet hos brukerne. Derfor er det viktig at vi kommuniserer på tvers av sektorer, at vi legger frem våre synspunkter, lytter til hverandre og kommer frem til best mulige løsninger i fellesskap, til beste for brukerne.

## Kari

«Kari 19 år» henvises til psykiatrisk poliklinikk. Hun har droppet ut av skolen, har problemer på jobb, og føler seg ofte misforstått. Fastlegen har henvist henne til poliklinikken med mistanke om at hun har en bipolar sykdom. Hun har hatt tendens til manier og er nå deprimeret. «Kari» er nesten ferdig utdannet frisør. Hun mestret teorien på skolen, men fikk problemer da hun kom ut i praksis og skulle ha kundekontakt. Stemningsmessig svinger hun en del, og tilbakemeldingen fra praksisfeltet var at hun var for ustabil til å arbeide der. I tillegg til utredning og behandling i poliklinikken har vi brukt mye tid på viktige samarbeidspartnere; Nav, mulige arbeidsgivere og skolen. Det har vært en lang prosess. Noe av det vanskeligste, slik jeg ser det, har vært å hjelpe «Kari» til å bli forstått, særlig i Nav-systemet.

For noen år siden deltok jeg på en rekke medi-

sinsk-etiske seminarer. Jeg måtte stadig erkjenne at andre hadde en helt annen oppfatning av en sak enn meg. De andre deltakerne var også helsearbeidere, og jeg hadde forventet at vi hadde de samme grunnverdiene og stort sett skulle være enige i flere av vurderingene. Det viste seg ikke å være tilfellet. Det ble store diskusjoner og mange motsetninger oppsto. Noen virket som de oppfattet uenighetene som personangrep. Sakene vi drøftet var svært alvorlige, og de ulike synene kunne fått store konsekvenser for pasientene så vel som for deres familier. Dette lærte meg at vi må være bevisste på at våre samarbeidspartnere har ulike utgangspunkt og ulike syn – selv om vi er kolleger. Derfor må vi som arbeider med mennesker alltid bestrebe oss for å belyse en situasjon fra alle sider og lytte til flest mulig stemmer. Det kan ofte være vanskelig å etterspørre de andre samarbeidspartners mening uten at det blir oppfattet som kritikk. Men uten åpenhet fra alle sider kan de gode prosessene vi ønsker oss bli vanskelige å få til.

## Interessert nysgjerrighet

Psykiatriske pasienter sliter ofte med lav selvfølelse, kanskje psykoser, depresjoner og forskjellige typer angst. «Karis» symptomer svinger, fra at hun til tider klarer seg nesten uten bistand til at hun i perioder har behov for mye omsorg, hjelp og støtte. I enkelte perioder har hun svært vanskelig for å få sagt ifra. Da trenger hun interessert nysgjerrighet fra hjelpere som etterspør hva hun tenker og trenger hjelp med. I disse periodene må man ofte gi praktisk hjelp, noen ganger ta helt over, eller gjøre ting sammen med henne.

## Frykt for systemet

For «Kari» er Nav-systemet spesielt utfordrende. Hun tør ikke lage avtaler med andre instanser av frykt for ikke å få sendt meldekortene på riktig dato, og tør ikke gå ut av frykt for at Nav skal ringe, eller at det skal komme brev om at hun må møte opp på kort varsel. Hun vet at krysser hun av feil på meldekort eller -skjema kan det få store konsekvenser. Hun kan miste inntekt, og må kontakte alle instanser hun har økonomiske avtaler med. I tillegg må hun mest sannsynlig også ha nødhjelp til mat. Overgangen fra sykmelding til arbeidsav-

klaring er en situasjon som kan føre til en periode uten inntekt – dersom personen ikke får denne praktiske hjelpen.

Dette mener jeg Nav kan gjøre noe med. Det er ofte enkle ting som svikter. Først og fremst må saksbehandler ta seg tid til å etablere en trygg kontakt – det kan skje ved å gå gjennom meldekort eller -skjema, vise hvordan de skal fylles ut, sjekke ut om brukeren forstår informasjonen og er i stand til å fylle ut selv, eller tilby å gjøre det sammen med brukeren. En bruker som forstår hva han eller hun skal gjøre vil være mer motivert til å følge opp selv. Ikke minst er det viktig å sørge for at bruker får ny timeavtale, et timeavtalekort med navn og direktenummer til saksbehandler. Den enkelte saksbehandler må også ha oversikt over Navs ulike virkemidler – «Ny GIV», kompetanseprogram, ungdomsteam, arbeidsgiverlos og så videre.

## Manglende åpenhet

Først når det grunnleggende er på plass og tryggheten mellom saksbehandler og bruker er etablert, kan situasjonen belyses fra flere sider i samarbeidsmøtet. I praksis kan det ofte virke som den enkelte møtedeltaker stiller med sin agenda og er mest opptatt av å få frem sin egen oppfatning. Egentlig har vi et felles mål – å hjelpe personen videre. Men for å komme frem til riktige konklusjoner må alle synspunkter legges fram og saken belyses fra flere sider. Hvis dette ikke skjer, kan konklusjoner bli trukket på ufullstendig grunnlag. Det er i så fall alvorlig. Pasienten kan lett få inntrykk av at det eneste budskapet er: «Gå på jobb!» Noen kan føle seg krenket eller bli sinte, dialogen i møtet forringes, og konklusjonen kan til og med bli feil. Og like alvorlig; det tar lengre tid å bygge opp motivasjon og trygghet på nytt.

For «Kari» ble dette en lang prosess. Hun er bare ett eksempel blant mange på hvor viktig det er at vi lytter til hverandre. Utfordringen er å stille spørsmål og gi uttrykk for synspunkter på en slik måte at kolleger ikke behøver å gå i forsvar, men heller åpne opp for nye sider av en sak. Dialogen er nøkkelen. Måten vi som fagfolk kommuniserer på, og som igjen kan få konsekvenser for pasientene, er for meg et stadig tilbakevendende dilemma. ■■■

## Hovedbudskap

Artikkelforfatteren hevder tverrfaglig samarbeid mellom sektorene er nødvendig for å hjelpe brukere av psykisk helsevern og Nav best mulig.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- ▶ Psykisk lidelse
- ▶ Samarbeid
- ▶ Kommunikasjon
- ▶ Tverrfaglighet

# Syke menn skyr moderlig omsorg

Sykepleierne vil gi omsorg til syke menn. Mennene vil ikke ha det.

Tekst og foto **Marit Fonn**

**K**jønnsforsker Marianne Inez Lien har intervjuet sju kreftsykepleiere i poliklinikk. Deres erfaring er at mannlige og kvinnelige pasienter kan ha forskjellige behov.

Sykepleiernes erfaringer har Lien koblet til omsorgsfilosofien og kjønnsnøytraliteten i pensumlitteraturen. De kvinnelige sykepleierne vet ikke alltid hvordan de skal nærme seg menn.

– En situasjon peker seg spesielt ut: «Den gode samtalen.»

– Det kan kanskje bli litt klamt?

– Ja, ifølge sykepleierne fungerer den ikke så godt i møte med menn.

– Hvorfor ikke?

– Sykepleierne forteller at kvinnelige pasienter søker dem på en annen måte. Sykepleierne identifiserer seg lettere med kvinnes livssituasjon. De har ikke teoretisk kompetanse til å tolke menn.

Mens de kvinnelige pasientene deler sine livserfaringer, er det motsatt med menn:

– Sykepleierne tolker menns taushet som fornektelse eller at de ikke har språk. Men det kan

også tolkes som aktivt følelsesarbeid. Menn vil holde det emosjonelle på avstand.

– Ser sykepleierne mennene som mindre utviklet?

– På den måten at menn mangler språk og færdigheter. Men det er ikke sikkert mannlige håndtering av kriser passer inn i teorier der åpenhet og bekjennelse er et ideal. Jeg er kritisk til det religiøse, moderlige omsorgsidealet, det som for eksempel finnes i Kari Martinsens og Kathie Erichsons tekster.

– Sykepleierne er opplært til å gå inn i det emosjonelle. Men mannlige pasienter møter dem ofte med avvisning eller humor. Da bruker sykepleierne en lokkemetode for å få kontakt, en lettere manipulering. Det fungerer ikke alltid like godt.

– Hvordan lokker de?

– De spør ikke direkte, og går forsiktig fram. Det er ikke nødvendigvis en dårlig metode, men de kan gi god sykepleie uten å gå inn i det emosjonelle også.

Menn vil heller sitte i fellesrom enn i enerom med sykepleieren.

– Studier viser at menn ikke engang snakker med kona om sykdommen – selv om hun gjerne vil. Så blir de møtt med det samme på sykehuset – en sykepleier som vil snakke. Det ser ut til at mannlige pasienter ikke ønsker den nære omsorgen som er så sentral i sykepleien.

## Mangler kjønnsperspektiv

Unge menn med testikkelkreft opplevdes som de vanskeligste pasientene å forholde seg til.

– Å gå inn i et rom for å snakke med en slik pasient, kan være en utfordring for en sykepleier midt i 40-åerne.

Da tyr de gjerne til «smalltalk»:

– I hele sykepleiekulturen og i pensum legges det opp til en forpliktelse og en forventning om at sykepleiere skal snakke om følelser. Ellers utøver de ikke god sykepleie. Men disse unge mennene hjelpes kanskje ikke på den måten.

Tvert imot viser funn at psykoterapi for testikkelkreftpasienter kan gjøre vondt verre.

– Bør sykepleierne slutte å snakke med mennene?

– Fagfeltet trenger nye perspektiver der den moderlige omsorgen tones ned. Mennesker håndterer kriser og kritiske diagnoser ulikt. Forskjellene gjelder ikke minst kjønn. Men kjønn som perspektiv anerkjennes ikke i dette feltet. Derfor mangler sykepleierne et verktøy.

Lien understreker at det ikke er den enkelte sykepleiers ansvar å få til en endring.

– Det er det teoretiske læringsgrunnlaget som må endres.

Alvorlig sykdom kan synliggjøre kjønnsforskjellene:

– Menn prøver aktivt å holde fasaden. Det er ikke menns strategi å la alt flomme.

## Blir sliten av kvinnelige pasienter

– Det er forskjell på generasjonene, er den ikke-snakkende mannen en utdøende rase?

– Sykepleierne forteller at småbarnsfedre snakker mer enn andre menn. Eldre menn sier at «dette må vi tåle, ta det som en mann».

Til tross for identifikasjon – kvinnelige pasienter er mest krevende:

– Når sykepleierne sitter en hel dag med en kvinnelig pasient, blir de slitne av å gi omsorg. Når de så har kontakt med menn, blir tonen lettere.

## Intervjuet sykepleiere

- ▶ Marianne Inez Lien er sosiolog og stipendiat på fakultetet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder.
- ▶ I sitt doktorgradsarbeid har hun hatt feltarbeid på en middels stor kreftklinik. Blant annet har hun dybdaintervjuet sju kreftsykepleiere – alle kvinner.
- ▶ Hun har også observert dem på møter med leger.
- ▶ 21. mai skal hun delta på seminaret «Kropp, kjønn, helse og sårbarhet» på Universitetet i Oslo.





**MINDRE MOR:** – Ton ned den moderlige omsorgen i sykepleiepensum, anbefaler kjønnsforsker Marianne Inez Lien. Hun har snakket med sykepleiere, pasienter, lærere og leger.

Slik får sykepleierne emosjonelle hvilepauser.  
– De er opplært til å tenke at de har spesielle evner til å snakke om følelser. De er eksperter på å takle følelsesmessige reaksjoner og sette inn tiltak.

Om noen ikke snakker, skal de gripe inn.

– For eksempel for å snakke om sex?

– Sykepleierne sier at i inntakssamtalen, der de er alene med pasienten, da «kan vi snakke om alt». Det vil si om pårørende, om hvordan de har det – og tar det, om seksualitet og bivirkninger. Men når jeg spør om det også gjelder menn, så sier de: «Nei, de sier ikke en døyt.»

Middelaldrende og unge menn er et større problem enn de eldre.

– Såkalte jobbemenn forholder seg ofte pragmatisk til kreften, de vil ikke stoppe opp.

Menn ønsker konkret informasjon. Kvinner spør og undersøker.

– Føler de seg som bedre sykepleiere sammen med kvinner?

– Det vet jeg ikke. De inntar en terapeutisk rolle. Spesielt er det vanskelig å møte kvinner

som har små barn. Kvinner, uavhengig av alder, snakker ofte veldig mye og detaljert: «Jeg er gul her, og så har jeg et sår her.» Menn forteller ikke om neglesoppen før du kjenner svovellukten når han kommer inn døren.

#### **Mangler menn i nær pleie**

Lien påpeker at halvparten av mennene som begynner på sykepleierutdanningen faller fra.

– I kreftomsorgen er det nesten ingen menn. De trekker seg vekk fra den nære pleien. Det kan handle om at de føler seg fremmedgjort.

Lien har også intervjuet mannlige sykepleielærere.

– En sa: «Hvis jeg får kreft, er ikke det første jeg vil gjøre å gå i samtalegruppe.» Også mange kvinner sier det samme. I kreftfeltet er det jo et sterkt sosialt trykk om åpenhet og å delta i slike grupper.

En mannlige kreftpasient sa til Lien: Det verste var da en sykepleier på min alder la hånden sin på min, så meg inn i øynene og sa: «Hvordan har du det, egentlig?»

– Han følte seg invadert. En annen fortalte at sykepleieren småpratet og han svarte i hytt og vær. Siden så han at sykepleieren hadde journalført kommentarene hans og konkludert med at han var deprimert.

Til kvinnelige pasienter kan en sykepleier si: «Har du grua deg til i dag?» Eller: «Var du forberedt på et slikt resultat?»

## **«Menn forteller ikke om neglesoppen før du kjenner svovellukten.»** Marianne Inez Lien

– De ville aldri spurt en mann om han gruet seg.

– Hva er løsningen for sykepleierne i klinikkene?

– De må være varsomme, særlig i kreftfeltet, for å unngå feiltolking. Og de må huske på at den kjønnsnøytrale pasienten finnes ikke! Men det er utdanningsfeltets ansvar å gjøre sykepleiere i stand til å tolke pasienters ulike behov for kontakt og omsorg. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



Wenche Iren Bjelkarøy, Noklus

Geir Thue, Noklus og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Kristin Moberg Aakre, Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland universitetssjukehus og Noklus

Sverre Sandberg, Noklus, Laboratorium for klinisk biokjemi og Institutt for samfunnsmedisinske fag

Siri Munkeud, Den norske legeförening, medisinsk fagavdeling og Noklus

# Gir bedre laboratoriearbeid på norske sykehjem

Sykehjemmene opplevde Noklus-tilbudet som nyttig og fikk større trygghet og forbedrete rutiner når det gjelder laboratoriearbeidet.

**N**orsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) har som mål at laboratorieanalyser blir rekvirert, utført og tolket riktig i samsvar med pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging (1). Noklus har bioingeniører og spesialister i medisinsk biokjemi tilknyttet helseforetakene i hvert fylke, og tilbyr tjenester til laboratorier utenfor sykehus, i hovedsak legekantor, sykehjem, legevakter og bedriftshelsetjenester. Tilbudet består i innførings- og oppfølgingskurs i laboratoriearbeid, veiledning ved rekvirering og tolkning av laboratorieprøver, råd ved valg av laboratorieutstyr, utdeling av Noklus-permer med prosedyre og generell informasjon om laboratoriearbeid og hjelp til å utføre og dokumentere kvalitetssikring av egen analysekvalitet. Noklus er sertifisert etter ISO 9001/2008 (2).

## Brukerundersøkelse

Som ledd i Omsorgsplan 2015 (3) fikk sykehjem fra og med 2007 tilbud om å delta gratis i Noklus i en toårsperiode, finansiert over statsbudsjettet. Finansieringen skulle initiere økt kompetanse innen laboratoriearbeid og bidra til å innføre et kvalitetssystem for å øke kvaliteten på laboratorieanalyser som utføres på sykehjem (4,5). Laboratoriearbeid på sykehjem utføres i hovedsak av personell uten laboratoriekompetanse, og som ikke har hatt tilbud om opplæring i dette arbeidet. I 1998 startet imidlertid et prosjekt i noen fylker der Noklus tilbød sykehjem å delta til selvkost. Oppslutningen var forholdsvis dårlig, og før 2007 deltok bare cirka 200 sykehjem i Noklus. Etter tilbudet om å delta gratis i to år, var deltakerantallet økt til 835 av landets cirka 900 sykehjem i januar 2012. I løpet av 2012 ble alle sykehjem deltakere til selvkost.

Selvkostprisen for et sykehjem er i gjennomsnitt cirka 15 000 kroner i året for å motta tjenester fra Noklus. Prisen varierer etter hvor mange ansatte som skal læres opp og veiledes i laboratoriearbeid og hvor mange kvalitetskontroller sykehjemmene får tilsendt. Kvalitetskontroller er blod- og urinprøver som sykehjemmene analyserer, og analyseresultatene rapporteres tilbake til Noklus. Noklus gir så en vurdering av sykehjemmets resultat i forhold til fasitverdi. Laboratoriekonsulentene besøker deltakerne jevnlig og har siden 2007 holdt kurs for over 12 000 sykehjemsansatte. De fleste sykehjem har utpekt en «Noklus-kontaktperson», oftest en sykepleier, som har fått et hovedansvar for laboratoriearbeidet. For å kartlegge om tjenesten fra Noklus har hatt nytteverdi og for å få forslag

til forbedringer, ble det i desember 2011 og januar 2012 gjennomført en brukerundersøkelse i form av en spørreundersøkelse som ble sendt til sykehjem som deltar i Noklus. Resultatene blir presentert i denne artikkelen.

## Materiale og metode

Spørsmålene i undersøkelsen ble utarbeidet i samarbeid med laboratoriekonsulenter med lang erfaring i arbeid rettet mot sykehjem. Som utgangspunkt brukte man en tidligere undersøkelse rettet mot allmennpraksis, samt relevant litteratur (6,7,8). Spørsmålene fokuserte på bruk og nytteverdi av tjenester fra Noklus i form av veiledning, besøk, kurs og rapporter. Svarene ble avgitt på en Likert-skala fra «veldig nyttig til unyttig», med et nøytralt og et «vet ikke / uaktuelt»-alternativ. I tillegg ble det spurt om konkrete endringer i laboratoriearbeidet etter at sykehjemmet ble deltaker i Noklus, og det var avsatt plass til kommentarer i fritekst.

I desember 2011 ble spørreskjemaet sendt på høring til fem Noklus-kontaktpersoner og testet i en pilotundersøkelse på 59 sykehjem i Møre og Romsdal. Det ble ikke endret på de opprinnelige spørsmålene, men det ble laget noen tilleggsspørsmål vedrørende sykehjemmets rutiner rundt prøvetaking før og etter Noklus-deltakelse. Skjemaet ble klargjort for nettbasert og anonymisert utfylling ved bruk av programvaren SurveyMonkey (9). I januar 2012 fikk Noklus-kontaktpersoner i de resterende fylkene tilsendt en e-post med lenke til spørreundersøkelsen. Totalt, inklusive deltakerne i pilotundersøkelsen, fikk 823 sykehjem tilsendt undersøkelsen. Skjemaet skulle besvares av No-

## Hovedbudskap

Deltakelse i Noklus har ført til at sykehjemsansatte har fått bedre kunnskaper om og økt trygghet ved utførelse av laboratoriearbeidet. Viktige rutiner som kan bedre analysekvaliteten er innført på sykehjemmene. Ansatte på sykehjem ønsker mer opplæring, kurs og veiledning i laboratoriearbeid enn det Noklus kan tilby med nåværende ressurser og organisering.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Blodprøve » Prøvetaking » Kvalitet » Sykehjem



**FÅR OPPLÆRING:** På sykehjem er det hovedsakelig sykepleiere som har ansvar for å utføre laboratorieanalysene, Noklus tilbyr kurs og veiledning i dette arbeidet. Illustrasjonsfoto: Stig Weston.

klus-kontaktperson i samarbeid med en annen sykepleier som til daglig tar og analyserer pasientprøver. I hovedsak ble derfor undersøkelsen besvart av to sykepleiere i samarbeid. 522 av 823 sykehjem svarte og 90 prosent av skjemaene var fullstendig utfylt, uten at noe spørsmål pekte seg ut som ubesvart. Svarprosenten varierte fra fylke til fylke med en spredning på 44–100 prosent. Undersøkelsen var anonym, og vi har ikke opplysninger om sykehjemmene utover fylke.

#### Kontakt med Noklus

Laboratoriekonsulentene skal besøke deltakerne minst annethvert år samt ved behov. Ved besøk gjennomgår man laborierutiner og laborierelaterte problemstillinger deltaker ønsker å diskutere. I tillegg er konsulentene tilgjengelig for deltakerne per telefon og e-post. 177 sykehjem ønsket rutinebesøk to ganger i året eller oftere, mens 271 ønsket rutinebesøk årlig. Både besøkene og de skriftlige oppsummeringene i etterkant, ble av cirka 90 prosent av deltakerne opplevd som «veldig nyttig/nyttig», se tabell 1. 370 sykehjem hadde tatt kontakt med Noklus for å få veiledning i laborierarbeidet en eller flere ganger det siste året, hovedsakelig per tele-

fon. Nesten alle mente det var «lett/veldig lett» å få kontakt med konsulentene. De fikk nesten alltid svar på problemstillingen innen neste dag og opplevde svaret som «veldig nyttig/nyttig».

Alle deltakere får utlevert to Noklus-permer som inneholder prosedyrer og generell informasjon om laborierarbeid. Permene oppdateres to ganger i året, og er også tilgjengelig på Noklus' hjemmeside: [www.noklus.no](http://www.noklus.no). 84 opplyste at de bruker prosedyrene i Noklus-permene ukentlig, 191 at de brukes månedlig, mens 194 svarte at permene brukes sjeldnere enn hver måned. Nesten alle bruker papirversjonen av permene; bare 3 prosent oppga at de benytter internettversjonen, mens 20 prosent svarte at de veksler mellom papir- og nettversjon.

Bare 10 prosent av sykehjemmene besøker [www.noklus.no](http://www.noklus.no) månedlig eller oftere, 51 prosent sjeldnere enn månedlig, mens 39 prosent aldri hadde besøkt hjemmesiden eller kjente ikke til at den eksisterte. Nesten alle som hadde besøkt hjemmesiden anså informasjonen der som «veldig nyttig/nyttig».

#### Kvalitetskontroller

Våren 2012 analyserte omtrent 95 prosent av

sykehjemmene som deltar i Noklus; CRP, urinstrimmel og glukose på sitt sykehjem. I tillegg analyserte cirka 80 prosent hemoglobin, 28 prosent PT-INR og 42 prosent blod i fæces. For hver av disse komponentene sender Noklus to kvalitetskontrollprøver i ulike nivåer, som oftest to ganger i året. 344 sykehjem mente at det er lett å forstå og fylle ut svarskjemaene som følger

**«På sykehjem er det hovedsakelig sykepleiere som har ansvar for å utføre laboratorieanalysene.»**

kvalitetskontrollene, mens 113 svarte «verken lett eller vanskelig» og ti at det er «vanskelig». Tilsvarende mente 311 sykehjem at vurderingsbrevene de mottar etter kvalitetskontrollutendelsene er lette å forstå, mens 131 svarte «verken lett eller vanskelig» og 20 stykker svarte at de er «vanskelige». Nesten alle mente at det å få tilsendt kvalitetskontrollprøver for analysering var «veldig nyttig/nyttig».

### Noklus-kurs

For nyinnmeldte sykehjem blir det holdt et firetimers innføringskurs i laboratoriearbeid med en teoretisk og en praktisk del. Kursene blir tilpasset de enkelte sykehjemmene og deres analyse-repertoar. Teoridelen omhandler de komponentene sykehjemmene analyserer og viktige forhold vedrørende instrumentene de benytter, som bruk av kontrollmateriale og dokumentering av analysekvalitet. Den praktiske delen er opplæring i å utføre rett prøvetaking, prøvebehandling og analysering med sykehjemmets utstyr og instrumenter. Noklus-kontaktperson får tilsendt en oppsummering av kurset med kopi til leder av sykehjemmet og sykehjemslegen. Etter innføringskurset får sykehjemmet tilbud om kurs eller besøk minst annethvert år. Over 90 prosent rapporterte Noklus-kursene som «nyttig/veldig nyttig» (tabell 1), 87 prosent av sykehjemmene ønsket tilbud om Noklus-kurs årlig eller oftere, mens 12 prosent var fornøyd med kurs annethvert år. Over 60 sykehjem kommenterte i fritekst at de ønsker hyppige kurs på grunn av behov for oppdatering og repetisjon, eller fordi det stadig er nytilsatte som trenger grunnopplæring.

### Konkrete endringer

Nesten alle svarte at hovedinntrykket av å delta i Noklus er at det er «veldig nyttig/nyttig» (tabell 1) og de fleste har endret rutiner i sitt laboratoriearbeid (tabell 2). Av tabell 2 fremgår det videre at rutinen er bedret og sykehjemmene er begynt å dokumentere sin analysekvalitet ved at de har innført rutiner for intern og eksternt kvalitetskontroll. I tillegg er det gjort betydelig endringer med hensyn til praktiske prosedyrer både for å sikre kvaliteten på egne analyser, men også for å sikre at prøvemateriale som sendes til eksternt laboratorium er av god kvalitet. Man gir uttrykk for bedre kunnskaper, økt trygghet og mestringfølelse når det gjelder laboratoriearbeidet.

### Diskusjon

Hovedfunnene i undersøkelsen er at sykehjemmene synes tilbudene Noklus har utarbeidet og iverksatt er nyttige. De har fått innført endringer i laboratoriearbeidet som vil bedre analysekvaliteten. Noklus tror det at undersøkelsen var anonym og rettet mot personer med ansvar for laboratoriearbeidet på sykehjemmene, har bidratt til et riktig bilde av tilbudet. Vi kjenner ikke til tilsvarende arbeid eller undersøkelser i andre land.

På sykehjem er det hovedsakelig sykepleiere som har ansvar for å utføre laboratorieanalysene. Laboratoriefag er ikke en del av rammeplanen

til sykepleierutdanningen (10). Helsepersonelloven § 4 (11) om faglig forsvarlighet, tilsier at sykehjemmene har ansvar for å sikre opplæring av ansatte som skal utføre laboratoriearbeid. At deltakerne nå føler seg tryggere i utførelsen av laboratoriearbeidet og gir uttrykk for økt interesse for faget, er i tråd med både Omsorgsplan 2015 (3) og Samhandlingsreformen (12).

Sykehjemsansatte ønsker hyppigere tilbud om kurs og besøk enn det Noklus kan tilby. Dette er en utfordring i forhold til de ressurser Noklus har. Hyppigere oppfølging av sykehjemmene vil øke prisen for å delta. 10 prosent av sykehjemmene meldte seg ut igjen av Noklus etter gratisperioden, og oppgir dårlig økonomi som den viktigste årsaken til oppsigelse. Det er derfor vanskelig å øke tilbudet uten å risikere at flere melder seg ut, dersom ordningen med at hvert enkelt sykehjem betaler for seg videreføres. For å effektivisere og imøtekomme den store etterspørselen etter kurs, arbeider Noklus med å utarbeide e-læringskurs i prøvetaking og prøvehåndtering tilrettelagt for sykehjemsansatte.

Høsten 2008 utførte Noklus en brukerundersøkelse ved 1552 legekantor som deltar i Noklus. 1290 svarte på undersøkelsen (6). Mange av disse legekantorene har vært deltakere siden oppstart av Noklus i 1992. Til tross for årelang deltakelse ønsker også legekantor hyppigere konsulentbesøk og Noklus-kurs. Dette viser at det er behov for kontinuerlig oppfølging og veiledning i laboratoriearbeid. Sannsynligvis er dette enda viktigere på sykehjem der vi antar at utskiftingen av personale er relativt stor, og at forholdsvis mange ikke har kompetanse i laboratoriearbeid.

Selv om deltakerne er tilfredse med de fleste tjenestene, viser brukerundersøkelsen at Noklus har forbedringspotensialer. Hjemmesiden bør bli mer kjent, og man bør legge arbeid i å få sykehjemmene til å bruke nettbasert informasjon som gjelder laboratorievirksomheten. Laboratorierpermene bør trolig tilpasses sykehjemmene bedre siden undersøkelsen viser at 40 prosent av sykehjemmene bruker dem sjeldnere enn en gang i måneden. Sykehjem bruker imidlertid permene oftere enn legekantor på tross av et beskjedent analyse-repertoar (6). Dette er forenlig med generelt lavere laboratoriekompetanse på sykehjemmene. Forholdsvis mange sykehjem mente at svarskjema og vurderingsbrev i forbindelse med kontrollutsendelsene ikke var spesielt lette å forstå. Noklus bør enten forenkle skrivenne eller gi bedre opplæring i å tolke dem.

Noklus er ISO-sertifisert etter ISO 9001:2008. Sertifisering sikrer at konsulentene har felles

retningslinjer og prosedyrer for oppfølging, og deltakere får tilnærmet samme oppfølging uavhengig av hvor i landet de er lokalisert. Dette i tillegg til at laboratoriekonsulentene har god lokalkunnskap og lang erfaring i veiledning på legekantor, kan forklare den gode mottakelsen tilbudet har fått. Det betyr nok også en del at sykehjemmene ikke har hatt slik bistand tidligere.

Samhandlingsreformen medfører store utfordringer i forhold til å implementere nye retningslinjer og oppnå økt faglighet innenfor flere områder i omsorgstjenestene (13,14). Det er få føringer på hvordan dette bør organiseres. Noklus har konsentrert seg om et relativt begrenset fagområde på sykehjemmene, og har oppnådd å bedre laboratorierutinene. Modellen Noklus arbeider etter, med en kombinasjon av sentral og desentralisert organisering, har fungert godt for å bedre laboratorierutinene på enheter utenfor sykehus. En slik organisering bør vurderes også innen andre områder av samhandlingsreformen.

### Konklusjon

Sykehjemmene opplevde at tilbudet fra Noklus var nyttig og har gitt større trygghet og forbedret rutinen når det gjelder laboratoriearbeidet. Det synes å være større behov for kontinuerlig opplæring og veiledning enn det Noklus kan tilby uten å øke prisen for deltakelse. Det må arbeides med å målrette opplæringen enda bedre mot sykehjemsansatte. ■■■

### LITTERATUR

1. www.noklus.no (21.9.2012).
2. Norsk Akkreditering, Sertifiseringsstandard: ISO 9001:2008.
3. Omsorgsplan 2015. St.meld. nr. 25 (2005–06). Mestring, mulighet og mening. Framtidens omsorgsutfordringer.
4. Veilederen for Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legetjenester-i-sykehjem-en-veileder-for-kommunene/Publikasjoner/legetjenester-i-sykehjem.pdf> (21.9.2012).
5. Årsrapport 2010- Omsorgsplan 2015 <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/arsrapport-2010-omsorgsplan-2015/Publikasjoner/arsrapport-2010-omsorgsplan-2015.pdf> (21.9.2012).
6. Thue G, Jevnaker M, Gulstad G, Sandberg S. Quality assurance of laboratory work and clinical use of laboratory tests in general practice in Norway: A survey Scand J Prim Health Care 2011; 29:171–175.
7. Burns K, Duffett M, Kho M, Meade M, Neill K, Sinuff T, Cook D A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians OJ 1503/ cmaJ.080372, CMAJ July 29, 2008 vol. 179 no. 3 245–252.
8. E McColl, A Jacoby, L Thomas, J Soutter, C Bamford, N Steen Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Health Technology Assessment 2001; Vol. 5: No. 31.1
9. SurveyMonkey, <http://no.surveymonkey.com/> (21.9.2012).
10. Rammeplan for sykepleierutdanning. Kunnskapsdepartementet. 25 januar 2008. [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (21.9.2012).
11. Lov om helsepersonell-Lovdata. <http://www.lovdatabase.no/all/tl-19990702-064-002.html> (21.9.2012).
12. Samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47. (2008–2009). Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
13. Seniorer i Norge 2010 SSB. [http://www.ssb.no/emner/00/02/sa\\_seniorer/sa120/sa120.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa120/sa120.pdf) (21.9.2012).
14. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Statusrapport om situasjonen i helse-tjenesten. Oslo: Den norske legeforening, 2001. <http://www.legeforening.no/no/d/5178> (21.9.2012).



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

VÅRENS STORE

# Aktivitetskonkurranse

30.APRIL - 19.JUNI

Har dere  
husket å melde  
dere på?



**Konkurrer internt og mot ansatte fra helsesektoren i hele Norge**

- få med deg dine kolleger, alle kan delta!

Last ned brosjyre, plakt og les mer på: [www.dytt.no](http://www.dytt.no)

Påmelding innen 25. april.



**Utfordre andre kolleger, avdelinger og arbeidsplasser**

- kom i form og ha det morsomt sammen!

**FLOTTE PREMIER FRA STORMBERG OG BENNETT FERIE!**



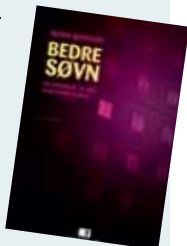
Pris: 299 kr per deltaker eks. mva. Inkluderer skritteller og personlig nettside.  
Lurer du på noe? Ring tlf. 22 33 59 00 eller mail til [info@dytt.no](mailto:info@dytt.no).

 **dytt.no**

Friskere og Gladere medarbeidere

## Bedre søvn i ny utgave

I Bedre søvn gir lege og søvneksperter Bjørn Bjorvatn nyttige råd til de som sliter med søvnproblemer. Andre utgave har oppdatert kunnskap. Boken skal hjelpe de som sliter med søvnen, men skal også være for helsepersonell.



## Ny sykepleierkrim

Sykepleier Nina Borg er heltinnen i Lene Kaaberbøl og Agnete Friis sin krimserie fra København. Nå er tredje bok ute på norsk, med tittel Nattegalens død.

Nina Borg vikles denne gang inn i et mysterium med røtter til Stalin-tidens Ukraina.



## Kvalitet til eldre

Ådel Bergland og Ingunn Moser er redaktører for boken Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre, hvor man kan hente ideer til prosjekter som kan utvikle kvalitet.

Boken er både teoretisk og praktisk. I den praktiske delen presenteres eksempler på fagutviklingsarbeid i ulike deler av helsetjenesten.



## Forstyrres av mobilen

Forsker Terje Solvoll kartla mobilbruket til leger på St. Olavs Hospital. I to måneder fotfulgte han legene for å finne ut hvor ofte de ble avbrutt av trådløse telefoner og personsøkere. Han så at de ble forstyrret i de fleste

situasjoner. Legene uttrykte at de var frustrerte over å bli avbrutt og at det å være tilgjengelig har sin pris.

Solvoll, som jobber ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, gjorde forskningen som del av

prosjektet CallMeSmart, som har som mål å løse noen av problemene.

Kilde: Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

## Historier fra innsiden

Dette er en bok om Stifinner'n, som er en avdeling i Oslo fengsel. Endring fra innsiden, heter den. Med undertittel Forberedelse til rusbehandling bak fengselsmurene.

Forfatter Stian Haugen har forsøkt å få frem historier fra hverdagen. Han ønsker å fortelle om gløden og engasjementet til de som jobber der.

Stifinner'n samarbeider med Tyrill.



## Mye info på kort tid

Pasienter har krav på å få medvirke i beslutninger om egen behandling. Men hva innebærer denne retten? Liv-Helen Heggland, som både er intensiv- og operasjonssykepleier, disputerer for ph.d.-graden ved Universitetet i Stavanger med avhandlingen «Pasientmedvirkning i beslutninger om kirurgisk behandling».

Heggland har kartlagt pasienters og helsepersonells holdninger til pasientmedvirkning og målt pasientmedvirkning i beslutninger ved kirurgisk behandling.

Heggland har blant annet funnet at pasienter får mye informasjon på kort tid, både av leger og sykepleiere. Pasientene har også mange spørsmål de ikke har fått svar på etter legekonsultasjon. Det er behov for å se nærmere på arbeidsdelingen mellom ulike grupper i sykehuset og den informasjonen pasientene får.

Både pasienter og helsepersonell er positive til pasientmedvirkning. Leger er litt mer positive enn sykepleiere.

Kilde: Universitetet i Stavanger





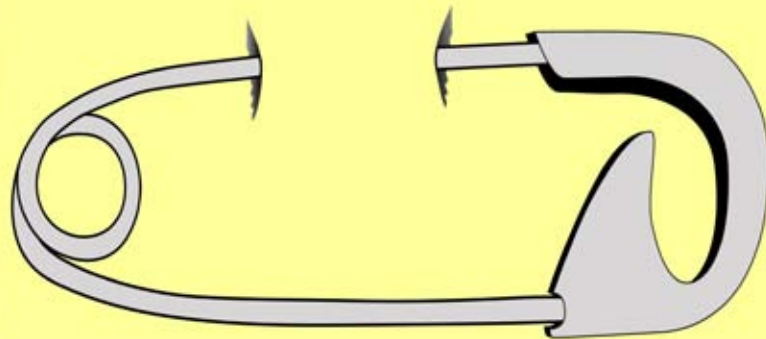
**SYKEPLEIESTUDENT** Viktor Ardfors.

## Fra snowboard til sykepleie

Viktor Ardfors var profesjonell snowboardkjører. Nå studerer han sykepleie på andre året ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Han hadde tatt en pause fra snowboardet da moren fikk en alvorlig hjerneblødning. Å pleie henne inspirerte ham til å velge et annet yrke. Han er fornøyd med praksis på sykehjem og mens han før tenkte han skulle jobbe på ambulanse, ser han nå andre muligheter innenfor sykepleie.

Kilde: Høgskolen i Oslo og Akershus



## Forsker på sikkerhetsledelse

Høgskolen i Vestfold legger til sikkerhetsledelse i helsevesenet som forskningsfelt. Ifølge professor Elisabeth Severinsson er det sterkt behov for kunnskap om hva som bidrar til pasientsikkerhet og kvalitet i omsorgen.

Kilde: hive.no

## Advarer mot hundesmitte

Mattilsynet mener innførselen av utenlandske hunder er så stor at den er en risiko for både dyre- og folkehelse. Mattilsynet ønsker blant annet strengere grensekontroll og å skjerpe inn regelverket.

7 573 hunder ble registrert innført til Gardermoen i 2012, flere tusen flere enn for få år siden.

Norske kjæledyr har mindre sykdom enn utenlandske kjæledyr, særlig de som kommer fra Sør- og Øst-Europa. Mattilsynet frykter dette kan endre seg om det ikke gjøres noe.

Mattilsynet har tidligere advart mot å ta med gatehunder til Norge, og har allerede påvist at gate-

hunder har tatt med seg nye parasitter til Norge, som tungeorm og brun hundeflått.

Kilde: Mattilsynet



## Grønn omsorg for psyken

Grønn omsorg prøver på ulike måter å bruke kontakt med natur og dyr som vei til bedring, helse og velvære. En studie fra Høgskolen i Hedmark viser at psykisk syke opplever slik omsorg som positivt.

Studien er en av fire delstudier og

konsentrerer seg om konkrete erfaringer og personlige vurderinger hos brukerne. Det er brukt kvalitativ metode og funnene har begrenset generaliserbarhet, men de er entydige.

I siste nummer av Psykisk helse og rus skriver Arild Granerud og Bengt Eriks-

son, som står bak studien, at brukerne kommer inn i en sammenheng der psykiatriske diagnoser ikke er av interesse, og symptomer på psykisk funksjonshemming bare diskuteres dersom de hindrer eller påvirker mulighetene til å delta i aktivitetene på gården.

Det de gjør har ikke bare en terapeutisk karakter, men speiler et behov. De tar vare på og har ansvar for å håndtere dyr og natur i en sosial og ikke-stigmatiserende sammenheng.

Grønn omsorg er et velkjent konsept internasjonalt og er i vekst. Slik omsorg kan både være hagebruksterapi, terapeutisk hagebruk, sansehage og helende landskap. Det kan også være ulike former for dyreassistert terapi. Aktiviteter i Grønn omsorg er strukturert, men det er ikke faste behandlings- eller rehabiliteringsprosedyrer. I tillegg til aktivitetene, er det daglige samlinger og måltider som gir mulighet for å snakke om generelle og personlige ting. I studien er 20 brukere intervjuet. De er fra 22 til 55 år og var på gård mellom en og fire dager i uken.

De opplevde at grønn omsorg ga dem et meningsfullt liv. De hadde fått tilbake livslyst, kommet inn i vanlig døgn-

**EGET FAGBLAD:** I Psykisk helse og rus skriver Arild Granerud og Bengt Eriksson om erfaringer med Grønn omsorg.



rytme og opplevde å være etterspurte.

Kontakt med dyr var viktig. Å møte dyrene, lære å ta vare på dem og i noen tilfeller lære å overvinne frykt for dyr var spesielt positive opplevelser.

De store dyrene, som hester, okser og kuer, ga størst utfordringer, men også mest positive opplevelser.

Ifølge Granerud og Eriksson møter de hos dyrene behov som er umiddelbare og uten krav og får umiddelbar bekreftelse på at behovet er oppfylt. De opplever at dyrene ikke «dømmer» eller «krever» som mennesker kan gjøre. Å lære å ta vare på og oppfylle behovene til dyrene var utfordringer som brukerne ofte opplevde at de mestret. Det ga personlig vekst og utvikling.



**ET MENINGSFULLT LIV:** Grønn omsorg oppleves positivt av brukerne.

## Dagboken

**Lyrikeren Olav H.** Hauge begynte å skrive dagbok som 16-åring. Hans dagbøker fra 1924 til 1994 er samlet i fem tykke bind. Jeg holder på å lese det første nå.

Selv begynte jeg å skrive dagbok som 17-åring. I likhet med Hauge, var også jeg opptatt av å sette ord til mine tanker. «Jeg er ordene - ordene er meg», skrev jeg høsten 1971.

«...ei dagbok yver tankar og hugskot - ei aandeleg dagbok, - og meir slikt som kan vere verdt å minnast», skrev Hauge i mars 1924, i det som innleder dagbøkene hans og som formidler en dyp innsikt i litteratur, natur og menneskets eksistens.

Olav H. Hauge er en av de største norske dikterne vi har hatt. Dagbøkene synliggjør et menneske som i det enkle fant det store, og beskjedent skrev ned sine tanker om det. De lever videre og leses av mange.

Mine egne dagboknotater blir værende der de er. De blir neppe tatt vare på. Det ønsker jeg heller ikke. De er for private. Jeg vil ha dem for meg selv - ordene jeg i min ungdom brukte for å søke meg frem til en slags innsikt i livet og meg selv.

«Det er gitt deg en fremtid, men vær snar for fremtid blir fort til fortid på jorden», skrev jeg høsten 1972. Mer enn førti år senere innser jeg at jeg ikke har forandret meg så mye. Det minner dagboken om.

Nå skal jeg følge Olav H. Hagues liv slik han selv opplevde det i 70 levde år. Jeg gleder meg.

Leve dagboken!



*Ellen Morland*

# Ord gjør noe med hvordan vi tenker

Diffust tåkeprat og ord fra varehandelen skaper avstand til faget og til de vi skal hjelpe, mener Arne Klyve.

Tekst **Ellen Morland** Foto **Erik M. Sundt**

**A**rne Klyve og medforfatter Jon Severud skulle egentlig skrive en bok om New Public Management (NPM). Så dukket alle disse rare ordene opp. Resultatenhetsleder. Samsnakke. Fokusområde.

Hva betød de egentlig? Noen ga mening, men virket kunstige. Andre var bare uforståelige.

– «Restmestringsevne», det er et fantastisk ord. Hva betyr det? Vi fant det i et dokument, forteller Klyve.

– Vi ble sittende og more oss over disse ordene som folk plages med, da forlagsredaktøren plutselig foreslo at vi heller skulle skrive bok om begrepene som har kommet med NPM.

Boka har blitt hetende «Ordbok for underklassen» og har fått en god portsjon oppmerksomhet. Klyve tror det er litt i tiden å harselere over tåkeprat.

– Jeg ser at avisene har begynt å kåre ukens tåkefyrste og liknende. Det er etter hvert mye irritasjon i fagmiljøene over denne terminologien, som hører hjemme i markedstenkningen.

Klyve er lege og har irritert seg over ordbruken mang en gang. Han ser at også sykepleiere gjør det.

– Sykepleiere er jo tålmodige, men er også opptatt av dette, sier han.

Medforfatter Jon Severud har bakgrunn fra skolevesenet, og har samme

erfaringen derfra. Boken har eksempler fra både helsevesen og skolevesen.

– Ord som «omstillingskompetanse» og «endringskompetanse» er ofte en kamuflasje for innskrenkning og nedleggelse. Sånt blir jo folk systematisk provosert av i arbeidshverdagen, mener Klyve.

Det er styringssystemet New Public Managements inntog i politikk og offentlig virksomhet som har forandret språket, mener han.

## «NPM er på mange måter mistillitsens regime.»

– Denne nye måten å tenke på blir helt feil når man jobber med mennesker. Det at man er opptatt av volum hele tiden. Det handler mye om å rapportere, krav til resultater, målstyring, opptelling. Tilliten til oss som fagfolk forsvinner. Dette er på mange måter mistillitsens regime.

Med markedstenkningen kommer ord som før har hørt hjemme i varehandelen. I materialet forfatterne har gått gjennom, har de funnet leger som kaller pasienter på venteliste «biomas» eller «ordrerreserve».

Barn i barnehage blir omtalt som «enheter».

– Når barn i barnehage blir til enheter, gjør det noe med oss. Ordene skaper avstand. Nærværet til dem du skal hjelpe blir vanskeligere.

– Er det ikke noe bra med New Public Management?

– Jo, kanskje, men jeg må lete ganske lenge.

– Er ikke noen av ordene praktiske og beskrivende? For eksempel «boevne», som dere harselerer med i boka?

– Jo, men det er litt krenkende å dele

folk inn slik for den det rammer. Hvis noen sier til deg at du ikke har boevne, ser man det for seg. Og det er typisk at slike ord brukes på dem som sliter, det er en nedgraderende og nedlatende måte å omtale folk på. Et annet eksempel er «passiv ytelse». Du mottar liksom noe passivt, som om du ikke fortjener det. Men en sjef som har «fallskjerm» eller en politiker som har «ventepenger» høres annerledes ut. Det kunne jo hett «passive ventepenger»?

Mange av nyordene er også ulne begreper som er vanskelig å forstå eller som tåkelegger fakta. Og når vi ikke forstår hva andre mener, blir vi usikre.





## Arne Klyve

Aktuell med: Ordbok for underklassen

Det er et problem for demokratiet, mener Klyve.

– Folk blir usikre, problemer blir pakket inn i positivitet og ord som har en uklar betydning. Et typisk eksempel: Når en leder sier «vi har en utfordring», er det jo egentlig en interessekonflikt.

Både byråkrater og politikere bruker mye diffust språk.

– Mye av det som kommer fra byråkrati er preget av et knotete språk som er vanskelig å forstå. Ta for eksempel samhandlingsreformen. Jeg har lest den flere ganger, den er ikke lett. Og slik er det med veldig mye av dokumentene som kommer fra det offentlige.

– *Er dette bare NPM sin skyld, eller er det folk for eksempel i høyskolemiljøene som liker å pynte seg med flotte ord?*

– Ja ...

Han nikker gjenkjennende.

– Jeg tror det sprer seg. Det oppstår et sted, så begynner man å bruke disse ordene. Til slutt blir det et slags stammespråk.

Boken er harselerende, og forfatterne foreslår mange nye tulleord som er utvikling av nyordene. For eksempel blir vel «restboevne» en utvikling av «boevne» etter hvert. «Dialogmøte» kan bli til «monologmøte».

– *Hva er det verste nyordet i helsevesenet?*

– Samhandlingskompetanse og samhandlingsavviket og sånn. Det er jo helt uforståelig. Horisontal samordning? Jeg får assosiasjoner til kjønnslivet av sånne ord. Det blir jo litt vittig.

Han sier det har vært utrolig gøy å lage boka.

– Nå skal vi i gang med en bok til om NPM. Dette er dumt å holde på med. Og vi tvivholder på denne måten å styre offentlig virksomhet på, selv om andre land nå går bort fra det. Med boka får vi pekt på dette og kan bidra til at systemet blir avviklet.

– *Var alt bedre før?*

– Vi må få tilbake samfunnsøkonomisk tankegang i stedet for den rådende markedsliberalismen. Kald bedriftsideologi ødelegger mye av forholdet mellom menneskene. Det passer ikke inn i hjelpefagene. ■■■

ellen.morland@sykepleien.no



### Helsefagenes etikk

En innføring  
Av Åge Wifstad  
150 sider  
Universitetsforlaget, 2013  
ISBN: 9788215020778  
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye,  
professor

## Etikk for flere

**ANMELDELSE:** Åge Wifstad er førsteamanuensis i medisinsk filosofi ved Universitetet i Tromsø. Hensikten med denne boken er å lage en felles innføring i etikk for ulike helsefagutdanninger.

Boken er utradisjonell og gir en generell innføring i det å være etisk bevisst i relasjon til andre mennesker. Den er relativt lite spisset mot spesielle medisinsk-etiske problemstillinger. Wifstad benytter ulike eksempler for å illustrere sin teoretiske referanseramme. Han er opptatt av helsearbeidernes generelle samfunnsoppdrag hvor forvalteransvar, dydsetikk og profesjonalitet er viktige grunnpillarer. Han viser lite begeistring for nytteetikken som etisk rettesnor og sammenfatter dens innhold i fem punkter. Lovgrunnlag og etiske prinsipper blir integrert i en lett fortellerstil med hen-

visninger til både etikkens historie og gullkorn fra kjente samfunnsaktører.

Pasientens beste står sentralt, og Wifstad vektlegger betydningen av at helsepersonell forsøker å forstå pasientens verden. Han drøfter også faren ved å skape et for nært forhold til personer i en sårbar situasjon. Beauchamp og Childress sine klassiske biomedisinske prinsipper får bred omtale og Løgstrup sin filosofi står sentralt. Boken avslutter med å drøfte det dilemma en helsearbeider møter i konflikten mellom den enkelte pasients interesser og befolkningens beste. Individets rett til å bestemme over seg selv står sterkt i Norge. Det er akseptabelt at enkelte foreldre nekter å la sine barn vaksinere. Men den som ikke lar seg vaksinere nyter fordelene ved flokkimmuniteten som oppstår når de fleste er vaksinert, uten å risi-

kere noen bivirkninger selv.

Boken inneholder ingen definisjon på hva som er et etisk problem, eller oppskrift på hvordan en skal gå frem når en står overfor en etisk utfordring. Boken gjør heller ikke rede for etiske retningslinjer, etikk-komiteers sitt arbeid eller spesielle etiske utfordringer i forhold til forskning.

Åge Wifstad viser at etiske utfordringer ikke kan vurderes separat, men er nært knyttet til samfunnsutvikling, velferdssystemer og helsepolitikk. Likevel blir leseren minnet om at individet står sentralt i vår verditradisjon.

Boken inneholder ingen kulepunkter, figurer eller flyttdiagram. Dette gir langt mer kontinuitet i leseropplevelsen og gjør det lettere å følge forfatterens logikk. En rekke fotnoter, med og uten webadresser, gir forslag til videre utdyping.



### Fremtidens Helse-Norge

Av Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus (red.)  
273 sider  
Fagbokforlaget, 2012  
ISBN: 9788245012088  
Anmelder: Sturle J. Monstad  
sykepleier/M.Phil.Health Promotion

## Innsikt i fremtiden?

**ANMELDELSE:** Det hevdes i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen at vi står ovenfor «utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne». For å sitere VGs tabloide vinkling: «Helsesektoren kan krasje om 20 år».

Begge sitatene utledet spørsmål om hvilke utfordringer vi står ovenfor og hvordan de kan håndteres. Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus har samlet kloke hoder for å belyse situasjonen i boken Fremtidens Helse-Norge. Forfatterens bakgrunn spenner over helsefag, informatikk, teologi, etikk, men aller mest fra samfunnsfag som økonomi, sosiologi og organisasjonsvitenskap.

En del av premissene vi bygger eldrebølgens grimmeste utsikter på, blir problematisert på en pedagogisk måte. Det vises til forskning som sier at selv

om alderen stiger, er dagens og sannsynligvis framtidens eldre friskere enn dagens eldre, og at vi dermed ikke kan bruke samme målestokk når framtidens behov skal defineres. Danskene har for eksempel regnet seg frem til at de årlige helseutgiftene for en 85 år gammel kvinne vil falle med 13 prosent fra 2006 til 2050. Motargumenter dras også frem, som at befolkningen som helhet vil bli mer kravstor når det gjelder helsehjelp.

Jeg er teknologioptimist, men finner professor i informatikk Margunn Aanstad sin kritikk av manges overdrevne tro på IKT-løsninger interessant.

IKT blir omtalt som «løsning», «verktøy» og «virkemiddel», mens utfordringene ikke alltid er like godt beskrevet. Hun referer til prosjektledere som har sagt at IKT-prosjekter innen helse er «overraskende komplekse».

En rekke systemer, gamle og nye, skal interagere. Mangel på standarder og en informasjonsflyt i endring skaper utfordringer. For at teknologien skal kunne spille godt på lag med helsevesenet må en trø varsomt. Innføring av teknologi gjør noe med organisering av tjenesten og krever endringer som ikke alltid er lett for ansatte å forholde seg til. Kompleksiteten som finnes i de bakenforliggende systemer må utformes slik at det ikke blir for komplekst for dem som skal ha nytte av «IKT-verktøy» i framtidens Helse-Norge.

Forfatterne evner å løfte blikket, men når 15 skal skrive litt, synes jeg det kan bli noe kort. Jeg ville gjerne hatt lengre artikler og flere dypdykk for å kunne svare enda bedre på utgangspunktene for boken. Dette er uansett en bok å reflektere rundt, og som gjør en klokere.

## Viktig tekst som gir unødig motstand

**ANMELDELSE:** Denne boken er en bestselger. Den er eksponert i bokhandlerne hyller mer enn det som er vanlig for en fagbok. Kahneman deltar i både debatter og talkshow. Det er med andre ord en bok man ikke kommer unna om man skal følge med i tiden.

Boken er grundig og gir en usedvanlig bred innføring i et komplisert emne. Den markedsføres som en populærvitenskapelig bok rettet mot et allment interessert og psykologiorientert publikum.

Hovedbudskapet er viktig og interessant. Kort fortalt går det ut på at vi som mennesker ikke alltid er så rasjonelle som vi liker å tro. Ut fra enkle prinsipper tar vi våre avgjørelser, ofte raskt og lett på et spinkelt grunnlag.

Den kognitive psykologiske forskningen til Kahneman og hans nå avdøde samarbeidspartner Amos Tversky hadde som mål å utvikle en psykologisk teori om hvordan folk treffer valg i veddemål. En av påstandene til denne prospektteorien, som ga Kahneman nobelprisen i 2002, er at en gevinst må være dobbel så stor som et tap for å oppveie tapet. Grunnlaget for teorien bygger blant annet på at mennesker prøver å unngå tap som de ikke er sikker på vil skje. Selv om man risikerer et tap eller nederlag som er ennå større og mer usikkert. Vi overvurderer små sannsynligheter og undervurderer det som er mer sannsynlig. Vi tar raske beslutninger som

bygger på enkle prinsipper. Dette kan forklares evolusjonsmessig. Som art har vi en tendens til å tro at alt henger sammen og at virkeligheten kan forklares ut fra årsakssammenhenger. Vi har en tendens til å avvise tilfeldighet som forklaring.

Kahneman mener at mennesket både kan være late, lette å lure, lette å lede og ekstremt påvirket av de sammenhengene vi lever i. Han mener at det fins to måter å tenke på. Det ene kaller han for system 1. Dette er raskt og reagerer umiddelbart. Det reagerer automatisk og uten bevisst kontroll. Han hevdet at system 1 har en viktig oppgave i å holde ved like et bilde av det som er normalt og alltid til stede – enten vi vil eller ikke. Det er et autonomt system som fungerer uten vår rasjonelle kontroll.

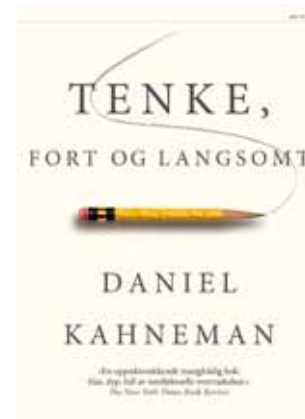
System 2 er det motsatte. Det er langsomt og aktiveres når det gjelder krevende mentale aktiviteter. I tillegg til intellektuelle oppgaver aktiveres dette systemet ved selvkontroll. De to systemene er imidlertid integrerte i hverandre og spiller sammen. Når system 1 ikke mestrer utfordringene aktiveres system 2. Samspillet mellom de to fungerer normalt bra. System 1 har imidlertid en del innebygde feil som kan få konsekvenser. Dette kaller Kahneman for WYSIATI – «what you see is all there is». Dette bestemmer mye for hvordan system 1 oppfatter en

konkret situasjon og forklarer den ut fra tilgjengelig informasjon. Det ser bort fra det som ikke kan sees eller høres. Desto mindre mengde det er av informasjon, desto lettere er det å lage en fortelling. Det fins ikke så mange detaljer som kan tale imot. Som art vil vi helst se sammenhenger også der de ikke finnes.

Kahneman mener at vi verner om informasjon som bekrefter det vi allerede vet eller tror vi vet. Vi ser lett bort fra det som taler mot det vi allerede vet. Han peker blant annet på hvordan optimisme lett kan lede til handlinger og ikke til ettertanke. Overmot og optimisme konkurrerer lett ut risikotenkningen i et prosjekt.

Kahneman er ikke optimist på menneskets vegne og på vår evne til å lære av våre feil. Kunnskap synes ikke å ha noen beskyttende funksjon for oss. Det er morsomt når han nevner eksempler som at aper har like stor evne som analytikere og psykologer til å forutse den økonomiske utviklingen på børsen. Det er de usikre og intuitive vurderingene som gjelder.

Boken inneholder et vell av nyttig kunnskap om vår tenkemåte og rasjonelle svakheter. Hvor ofte ser vi ikke hvordan stereotype forstillinger om andre mennesker og kulturer får dominere vår atferd i dagliglivet? Enda mer skremmende blir det når dette blir til massefenomener og gruppetenkning i nazismen og andre totalitære ideologier.



### Tenke, fort og langsomt

Av Daniel Kahneman  
552 sider  
Pax forlag, 2012  
ISBN 978-82-530-3552-9  
Anmeldt av Karl-Henrik Nygaard,  
konsulent i NSF Hordaland

Som jøde har Kahneman selv opplevd hvordan stereotypier har blitt knyttet til hans eget folk. Vi ser også tendenser i vårt samfunn til framvekst av stereotyper og system 1-tenkning overfor grupper som er ulike oss selv. Vi ser det vi vil se, og det eneste som kan hjelpe mot det, er mer systematisk bruk av langsomt system 2-tenkning.

Jeg finner språket i boken til tider omstendelig og tungt tilgjengelig. Det er ikke en kritikk i seg selv, men mange lesere vil nok bli skuffet om de i likhet med meg møter slik unødvendig motstand i teksten. Temaet er imidlertid viktig og boken fortjener mange lesere.

Hva leser du nå?



### Sjømenn og eventyr

– Jeg leser «En sjøens helt; skogsmatrosen» av Jon Michelet. Den er veldig spennende for oss fra distriktet her, sier **Bente Aaland**, fylkesleder i Hedmark.

Skogsmatrosen er fra Rena. Atten år gamle Halvor Skramstad tar hyre på båt i 1939 og blir krigsseiler.

– Det er en murstein av roman, sier Aaland.

– Jeg har lest hundre sider, men den virker lovende. Den har så mye kunnskap om historie, krigshistorie og sjømannskap, noe jeg ikke kan så mye om. I tillegg er det en spennende story.

Det var flere fra innlandsområdet som dro til sjøs. Aaland kan huske at folk kom tilbake fra sjøen da hun var ungdom.

– Og de hadde råd til mye finere

stereoanlegg enn oss, sier hun og ler.

Hun leser mye, og må hun trekke frem en favoritt, blir det Isabel Allende.

– Det er på grunn av denne blandingen av fantasi og realisme. Hun bringer eventyret inn i romanene sine.

nina.hernæs@sykepleien.no

Tekst **Nina Hernæs**



Jan Helge Halleraker,  
lege og førstelektor  
ved Høgskolen Stord/  
Haugesund

# – Vi bør spise færre karbo

Det er ikke fett, men karbohydrater som har ført til fedmeepidemi i den vestlige verden, skriver Jan Helge Halleraker i sitt innlegg i debatten om mettet fett.

**D**et er en forholdsvis enkel øvelse å finne svakheter ved kostholdsstudier, da denne type studier regnes for å være blant de minst pålitelige blant medisinske studier, og det sier ikke lite. Den som har vært i medisinen en del år kan lett konstatere at konklusjonene i medisinsk forskning generelt har i seg en betydelig grad av usikkerhet. En av verdens fremste eksperter på medisinsk forskning, John Ioannidis, sier det slik i sin artikkel «Lies, Damned Lies and Medical Science»: «Much of what medical researchers conclude in their studies is misleading, exaggerated or flat-out wrong». En av hovedgrunnene til at konklusjonene i kostholdsforskning er spesielt usikre, er at det er så mange ulike faktorer å ta hensyn til. Denne usikkerheten har jeg da også framhevet i min fagartikkel i Sykepleien: «Men jeg vil understreke at all kostholdsforskning er beheftet med en betydelig grad av usikkerhet, da det er så mange ulike variabler å ta hensyn til, og jeg forbeholder meg derfor retten til å endre standpunkt dersom pålitelig forskning senere skulle komme til en annen konklusjon».

## Mangler helhetsperspektiv

Med dette som bakteppe ser jeg at Arnesen har noen poenger det kan være verdt å lytte til. Jeg

synes det er positivt at han har gått så grundig inn i kildematerialet; konstruktiv kritikk frambringer ny kunnskap. Men, han gjør den feilen at han bare ser på det som kan kritiseres ved studiene og mangler et helhetsperspektiv. For eksempel legger han ikke vekt på at studiene som sier at mettet fett gir hjerte- og karsykdom, gjerne kan ha svakheter som er vesentlig større. Han ser seg blind på svakhetene og vektlegger ikke studienes hovedbudskap, som er at det ikke er en sammenheng mellom inntak av mettet fett og hjerte- og karsykdom. Jeg konstaterer også med interesse at heller ikke Arnesen klart og tydelig konkluderer med at mettet fett gir økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Hovedpoenget i min fagartikkel i Sykepleien er at det finnes en rekke studier som setter spørsmålstegn ved den vedtatte medisinske sannhet om at mettet fett gir økt forekomst av hjerte- og karsykdommer, og at en rekke studier peker på raffinerte karbohydrater som en mer sannsynlig hovedårsak til livstilssykdommer som overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdommer.

## Svakheter

Det store spørsmålet er om de studiene som tilsier at mettet fett gir hjerte- og karsykdom, ville kommet bedre ut av en slik kritisk gjennomgang som Arnesen har foretatt. Jeg tviler på det. Sannsynligvis finnes det betydelige svakheter ved disse studiene, som ved praktisk talt alle andre kostholdsstudier. Ancel Keys' studier, som på mange måter dannet grunnlaget for hypotesen om at fett fører til hjerte- og karsykdom, ville etter all sannsynlighet fått langt hardere medfart i en kritisk gjennomgang enn de studiene jeg refererer til i min fagartikkel i Sykepleien. I en av sine mest kjente vitenskapelige artikler velger Keys ut seks land som passer med hypotesen om at inntak av fett gir økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Problemet er bare at Keys hadde data fra 22 land, og så man på alle disse landene samlet så var det in-

gen statistisk sammenheng mellom inntak av fett og hjerte- og karsykdom. Det var land som hadde et høyt inntak av fett, men lav forekomst av hjerte- og karsykdom og land som hadde lavt inntak av fett, men høy forekomst av hjerte- og karsykdom. At han bare benyttet seg av de seks landene som passet med hans hypotese kan neppe kalles god vitenskap.

## Fedmeepidemi

Min vurdering er altså at alle kostholdsstudier har svakheter. Men svakhetene ved de studiene jeg trekker fram er, etter mitt syn, mindre enn svakhetene i de studiene som tilsier at mettet fett er helseskadelig. Det er påfallende at de siste 40 årene, etter at vi fikk kostholdsrådene om å kutte ned på fett og spise mer karbohydrater som brød, poteter, ris, pasta og drikke juice, har vi opplevd en fedmeepidemi og en diabetesepidemi som savner sidestykke i verdenshistorien og truer folkehelsen over hele verden. Et av hovedpoengene i denne sammenheng er at et fettfattig kosthold automatisk betyr et karbohydratrikt kosthold, og omvendt. Grunnen er at det kun er tre energigivende næringsstoffer av betydning: karbohydrater, proteiner og fett. Fastsetter man en fornuftig proteinmengde til 20 prosent, betyr det at 80 prosent av energiinntaket må dekkes fra enten fett eller karbohydrater; mye av det ene betyr automatisk lite av det andre.

## Fett ikke problemet

Etter en helhetsvurdering ser jeg det slik at med det kunnskapsgrunnlag vi har i dag, så er det ikke tilstrekkelige vitenskapelige holdepunkter for å si at mettet fett fører til økt forekomst av hjerte- og karsykdom, og det synes ikke å være noen god idé å bytte ut mettet fett med raffinerte karbohydrater. Det finnes for eksempel støtte for dette synet langt inn i den fremste kostholdsekspertisen i Norge. En av hovedarkitektene bak de nye norske kostholdsanbefalingene, pro-

## Hovedbudskap

Dette er et innlegg i fagdebatten om mettet fett. Tidligere innlegg i debatten finner du i Sykepleien 9/2012 og 3/2013.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Hjerteinfarkt » Hjerneslag » Kosthold



# hydrater

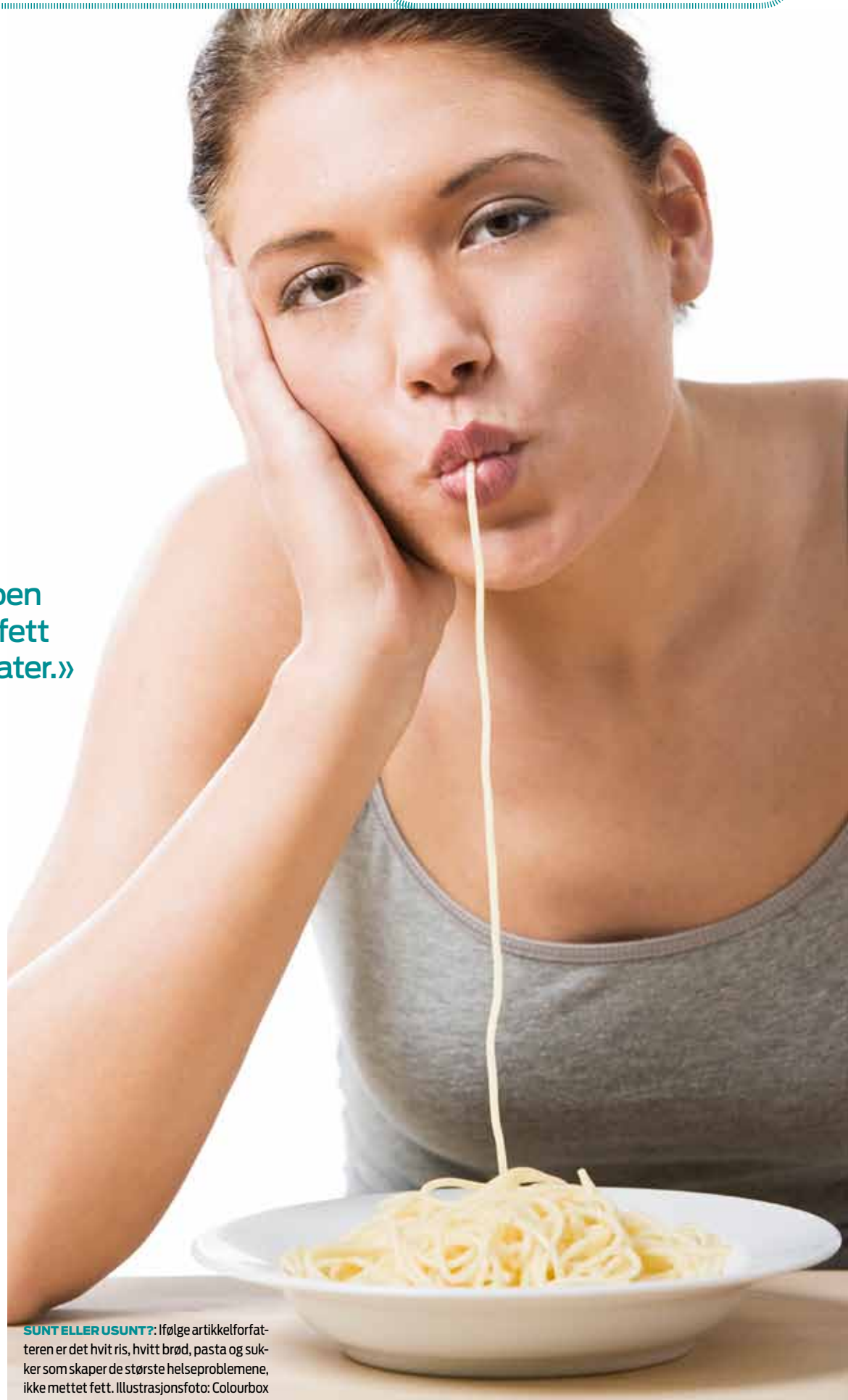
professor Rune Blomhoff, sier til [Forskning.no](http://Forskning.no) den 13. mai 2010 at forskningen tyder på at mettet fett i seg selv ikke gir hjerte- og karsykdommer. Men det er ikke bare de fremste norske

**«Det synes ikke å være noen god idé å bytte ut mettet fett med raffinerte karbohydrater.»**

kostholdsekspertene som ser det slik. Overlege og professor i indremedisin ved Hälsouniversitetet/Linköping universitet Fredrik Nyström, sier det på denne måten: «Man har drevet og mast om fettfattig kost i 30 år, og så viser det seg å være helt feil. Det finnes ikke noen påvist sammenheng mellom mettet fett og hjerte- og karsykdommer». Gøran Berglund, som er professor i indremedisin ved Lunds universitet/Malmö universitetssykehus, sier det slik: «To generasjoner svensker har fått feil kostholdsråd og har på fullstendig svikende grunnlag forsøkt å holde seg unna fett. Det er nå på tide å gjennomgå kostholdsrådene og basere dem på moderne vitenskap». Men også verdensautoriteter på området deler mitt syn, for eksempel den amerikanske kostholdsforskeren Walter Willett. Han har vært en av de fremste forskerne ved et av verdens aller mest prestisjetunge universiteter, Harvard University, i en årrekke. Til Los Angeles Times den 20. desember 2010 uttaler han: «Det er ikke fett som er problemet. Dersom amerikanerne hadde kuttet ut inntaket av sukkerholdige drikkevarer, poteter, hvitt brød, pasta, hvit ris og sukkerholdige snacks, så ville vi eliminert nesten alle problemene vi har med overvekt og diabetes og andre metabolske sykdommer». Dette utsagnet oppsummerer på en fin måte det som er mitt hovedbudskap. ■■■

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

**SUNT ELLER USUNT?:** Ifølge artikkelforfatteren er det hvit ris, hvitt brød, pasta og sukker som skaper de største helseproblemene, ikke mettet fett. Illustrasjonsfoto: Colourbox





Per Nortvedt,  
professor ved seksjon  
for medisinsk etikk,  
Universitetet i Oslo.

# Moralsk sensitivitet viktig for etisk praksis

I sykepleierutdanningen har evnen til moralsk sensitivitet vært sentral i snart to hundre år.

**I** sykepleien snakker vi mye om betydningen av empati og medfølelse i klinisk arbeid. Men hva er egentlig moralsk sensitivitet? I noen følgende artikler i denne spalten vil jeg belyse temaet moralsk sensitivitet i sykepleien. Jeg vil begynne med å si noe om hvordan og hvorfor moralsk sensitivitet er viktig for etisk dømmekraft, holdninger og handling i klinisk sykepleie.

## Hva er moralsk sensitivitet?

En enkel definisjon av moralsk sensitivitet vil være å karakterisere det som en evne til å være oppmerksom på, gjenkjenne og forstå moralske relevante trekk ved en spesiell situasjon eller hendelse.

Denne evnen til oppmerksomhet baserer seg både på kunnskap, erfaringskompetanse, men også følelser.

## Hårfin balanse

For eksempel viser forskning om sykepleieres og hjelpepleieres bruk av tvang i somatiske helsetjenester at det er en hårfin balanse mellom omtanke og mildt press og hvor det som er helt avgjørende er hvordan sykepleieren informerer, hvordan håndlaget er. Tålmodighet er viktig, trygghet i fagutøvelse og etablering av tillit likedan. Forfatterne Hem m.fl. beskriver hvor sårbare sykehjemsbeboere med demens er, hvordan de kan være plaget av vrangforestillinger, angst, være deprimerte eller forvir-

## Kunnskap er viktig

Etisk refleksjon og begrunnelse forutsetter god situasjonsforståelse, kunnskap, erfarings- og holdningskompetanse. Hovedpoenget er prinsipielt: Moralsk sensitivitet er grunnleggende i en slik kompetanse. I sykepleiens idétradisjon og faglige opplæring har evnen til moralsk sensitivitet vært framhevet i snart to hundre år, helt fra Florence Nightingale satte ord på betydningen av sykepleierens evne til å observere og å forstå hva det er å være syk, sengeliggende, vente på et sårstell eller en legevisitt. St. Josefsøstrene sier det slik om taktfullhet i en over hundre år gammel lærebok i sykepleieetikk: «Hvad er takt? Takt er den evne å kunne sette seg inn i og forstå sine medmeneskers forhold, egenart og følelsesverden, og da straks å forholde seg slik som nestekjærligheten i givende tilfeller forlanger.» Diakonissene sier det slik: «For å være en god sykepleierske kreves det noe mer enn teknisk ferdighet, nemlig en indre forståelse av hva den syke trenger.» (2).

## «Hva skiller evnen til moralsk sensitivitet fra det å generelt være et følsomt menneske?»

Definisjonen tillegger moralsk sensitivitet en betydning for vår moralske dømmekraft. Bak dette ligger et grunnleggende premiss. Premisset er at vår moralske dømmekraft ikke bare avhenger av intellektuelle evner og refleksjon. Også evnen til å være oppmerksom er viktig. Man må se at en pasients integritet kanskje blir krenket, at et viktig behov blir neglisjert eller at et informasjonsbehov ikke blir møtt. Man må være var for pasienten eller pårørendes sårbarhet så informasjon kan gis med taktfullhet eller slik at et stell kan utføres med den nødvendige skånsomhet.

rete (1). Forfatterne beskriver hvordan motstand fra pasienten mot konkrete pleietiltak ofte kan være knyttet mer til måten pleien gjøres på enn at den uttrykker en motstand mot selve handlingen. Denne forskningen illustrerer hvordan moralsk sensitivitet kommer til uttrykk i kyndig utøvelse, men også i hva sykepleieren ser, er oppmerksom på og den varhet hun viser for å gjøre stellet mest mulig skånsomt for pasienten. Moralsk sensitivitet kommer til uttrykk i evnen til å forstå pasientens opplevelse og av situasjonens kompleksitet og evnen til å improvisere til pasientens beste.

## Bygger på forskning

I moderne etikk, medisinsk etikk og moralfilosofi har betydningen av moralsk sensitivitet blitt anerkjent og viet stadig større oppmerksomhet gjennom de siste 40–50 år, samt også i større grad blitt nytt til empirisk forskning, særlig om empati. Litteraturen om moralsk persepsjon, moralsk sensitivitet, om empatisk oppmerksomhet, mindfulness osv. er etter hvert blitt enorm, men det savnes en mer systematisk og oversiktlig presentasjon av dette temaet og dette fenomenet som er relevant for sykepleie og kliniske



helsetjenester. Særlig er spørsmålene mange og fundamentale fordi de ikke bare berører profesjonsetikk, men moralfilosofi og grunnlagsetikk, bevissthets og erkjennelsesteori, nevrobiologi, moral og sosialpsykologi, for å nevne noe.

Noen viktige spørsmål er: Hvordan kan vi ha en tilgang til andre menneskers opplevelser, tanker og følelsesverden? Hva er det genuint moralske ved det å forstå andre menneskers situasjonsopplevelse, og hvilken betydning har dette for etikk i klinisk arbeid? Er moralsk sensitivitet en ferdighet eller en egenskap? Er det en evne som er medfødt eller kan den læres? Snakker vi om kunnskap, følelser eller begge deler? Og hva skiller evnen til moralsk sensitivitet fra det å generelt være et følsomt menneske? Hva er det spesifikt moralsk ved moralsk sensitivitet, og hva skiller det fra det å være oppmerksom generelt?

Jeg skal i denne spalten framover se nærmere på forholdet mellom det affektive (berørhet) og det kognitive i moralsk sensitivitet, betydningen av nærhet og avstand og holdninger for sykepleierens etiske dømmekraft. Jeg vil også gå inn på mer fundamentale spørsmål som det moralske grunnlaget for slik sensitivitet, betydningen av moralsk sensitivitet for etiske begrunnelser og til slutt for sykepleierens kliniske kunnskap og observasjonskompetanse. ■■■

#### LITTERATUR

1. Hem M H, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning* nr. 4, 2010;5:294-301.
2. Nortvedt P. *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag 2012.



Marit Kirkevold, sykepleier og professor

Inger Margrethe Holter, sykepleier og førsteamanuensis

Christel Brurås-Leine, sykepleier

Marthe Kristin Nereng, sykepleier

# Gjenreis helsefagenes verdigrunnlag!

Profilerte sykepleiere støtter legenes aksjon «Ta faget tilbake!». Situasjonen i helsevesenet, som legene nå protesterer mot, er noe også sykepleierne sliter med.

**P**asientenes helse og velvære trues når helsepersonell ikke får yte nødvendige helse-tjenester i tråd med sin faglige kunnskap og profesjonsetikk. For noen få uker siden ble artikkelen «Ta faget tilbake!», forfattet av ti leger, publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening (1). Artikkelen utgjør et prinsipp – og handlings-program for helsetjenesteaksjonen, som ble lansert få dager senere.

«Ta faget tilbake!» er et oppgjør med New Public Management (NPM) – den markeds- og byråkrationorienterte styringsideologien som de siste tiårene har gjennomsyret norsk helsevesen. Helsefagene dehumaniseres ved at deres tradisjonelle verdigrunnlag fortrenses av teknisk-økonomisk tenkning, rapportering og kontroll. Forfatterne mener at helsetjenesten er i moralsk forfall og ønsker at helsevesenets opprinnelige verdigrunnlag, som setter omsorgen for enkeltmennesket i sentrum, igjen legger premisene for behandling og omsorg.

## Støttes av helsepersonell

Det har vært antydning at artikkelen «Ta faget tilbake!» har en skjult agenda, og at den i virkeligheten er uttrykk for legenes maktkamp og revirbygging.

I en kronikk i VG den 22. mars tilbakeviser vi denne beskyldningen, det er å spore av en nødvendig debatt. Kritikken mot NPM er bredt forankret, ikke bare blant leger, men også blant sykepleiere og annet helsepersonell, pasienter og pårørende og mange andre samfunnsaktører i og utenfor helsetjenesten. Vi vil i det følgende utdype begrunnelsen for vår støtte til Helsetjenesteaksjonen.

Sykepleiere er den største gruppen av helsepersonell og den som oftest tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid. Vi har avgjørende betydning for pasientsikkerheten og pasientenes opplevelse av kvalitet. I dag opplever mange sykepleiere at den profesjonelle omsorgen for det enkelte menneske ikke lenger er i sentrum. De lever i krysspresst mellom fagets kunnskaps- og verdigrunnlag og den rådende styringsideologien.

I NOU 1997:2 Pasienten først! (2) som ble utgitt før innføringen av NPM i spesialisthelsetjenesten, ble følgende presisert: «Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester» (s. 9). Når vi i dag, 15 år etter, ser tilbake på de endringer som har skjedd i kjølvannet av den nye styringsideologien, kan man stille spørsmål ved om pasientens behov faktisk er utgangspunktet for de endringer som er foretatt. Vi opplever at myndighetenes krav om økt produktivitet primært har vært knyttet opp mot økonomiske mål. I de senere år har vi sett en økende bruk av et teknisk-økonomisk språk som etter hvert har preget både tenkingen og handlingen hos stadig flere. Dette har satt sykepleiefagets og de andre helsefagenes tradisjonelle verdigrunnlag under press. I likhet med andre land som har innført den samme styringsideologien har dette blant annet ført til følgende forhold:

- » Redusert bemanning og flere pasienter per sykepleier

- » Økning av antall oppgaver som kan eller bør gjøres av andre yrkesgrupper
- » Mindre tid til faglig fordypning og forskning
- » Større enheter og endrete kommandolinjer for ledelse (3)

## Mer samlebånd

Hvilke konsekvenser har disse endringene fått for pasientsikkerheten og pasientenes opplevelse av kvalitet? Sammenheng mellom bemanning og arbeidsbetingelser i sykehus og pasientsikkerhet er et forskningsområde med stor internasjonal aktivitet (4,5).

I 2009 ble det gjennomført en internasjonal studie hvor Norge var med som ett av 12 land (6). Trettifem norske sykehus var inkludert. På spørsmål om hvilke aktiviteter som var nødvendige, men forble ugjort fordi de ikke hadde tid, svarte i gjennomsnitt 24,6 prosent av sykepleierne (49–12,8 prosent) at de ikke hadde tilstrekkelig tid til å observere pasienten (7, s. 49). Disse tallene dokumenterer en forvitring av det som har vært sykepleieprofesjonens kjerneoppgaver, nemlig observasjon og oppfølging av den enkelte pasients grunnleggende behov, og peker mot en bevegelse i retning av en prosedyre- og samlebåndorientering. Fjellbraaten (8) kom frem til noe av det samme og hevder at: «Det er en diskrepans mellom hva man som sykepleier burde gjøre i møte med pasienten og hva de opplever at de har mulighet til. Sykepleierne drives med i en retning der arbeidet blir mer oppgavesentrert enn pasientsentrert» (s. 184). Disse funnene står i sterk kontrast til Helsepersonelloven § 4 som slår fast at all helsehjelp skal være forsvarlig og at hjelpen skal være omsorgsfull.

## Ødelegger også i kommunene

NPM har pågått lenger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og har den samme ødeleg-

## Hovedbudskap

Dette er et innlegg fra sykepleiere om legeaksjonen «Ta faget tilbake!» som ble satt i gang i mars.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Kvalitet
- » Ledelse
- » Sikkerhet
- » Helseøkonomi





**KVALITETEN TAPER:** I praksis er dagens måte å styre helsevesenet på mest preget av resultatkrav i økonomisk forstand. Illustrasjonsbilde: Erik M. Sundt

gende effekt der som i sykehusene. Beslutninger fattes på kommunale fordelingssentraler, i bekvem avstand fra den kliniske hverdagen. Ofte er det dårlig samsvar mellom de tjenestene den enkelte har fått vedtak på og de reelle behovene vi sykepleiere ser i møte med pasienten.

Sykehjemmene presses til å ta imot pasienter fra sykehusene raskere enn før. Sykehussenger nedlegges, og sterkt hjelpetrengende pasienter skrives ut. Pasienter med demens tildeles ofte midlertidige plasser og flyttes til et annet sykehjem etter en tid. Effekten er økt forvirring, uro og fortvilelse. Byråkratiske vedtak som ikke tar hensyn til pasientens varierende tilstand, bestemmer organiseringen, mengden og innhold av tjenestene. Ole Berg (9) hevder at innholdet i helsearbeidernes rolle er blitt endret og at verdiene, eller snarere oppdraget, i stigende grad kommer ovenfra og utenfra og i synkende grad innenfra (s. 76).

I rapporten «Eldreomsorg under press» (10) ble 4200 sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten intervjuet. Over halvparten svarte at de daglig opplever at tiden de har til rådighet til den enkelte eldre pasient ikke strekker til.

### Sykepleiernes dilemma

Kvaliteten på tjenestene oppleves som svært varierende for pasientene og pårørende, fra å være tilstrekkelig til å ikke ivareta pasientenes behov (11). Sistnevnte kan føre til opplevelser av krenkelse. Pasientene har behov for hjelp til behandling og få dekket sine grunnleggende behov, og de har en lengsel etter å bli møtt som fullverdige mennesker (12). Personalet som følger sin yrkesfaglige etikk om å yte gode og omsorgsfulle tjenester, må ofte være «ulydige» mot systemet. Konsekvensen for den enkelte pleier kan være sanksjoner, moralsk stress og utbrenthet (13).

Sykepleierens etiske dilemma er, sannsynligvis i større grad enn for noen annen yrkesgruppe i helsevesenet, at mengden og omfanget av oppgaver de skal håndtere i liten grad er under deres egen kontroll – og det er heller ikke makten til å definere kvaliteten de skal forvalte. Konsekvensen er at sykepleiere må spre de knappe ressursene på stadig flere pasienter med omfattende behov. I lang tid har de på grunn av sin spesielle rolle som de fagfolkene som befinner seg aller nærmest pasienten kompensert for mangler i systemet ved å yte en ekstra innsats når fagetikken tilsier det. Spørsmålet er hvor lenge denne motivasjonen kan

vedlikeholdes under det nåværende regimet. Forsvinner den, kan prisen bli svært høy (14).

I den moderne styringsideologien er budsjettbalanse blitt det opphøyde målet. Hverdagen preges av mistillit til de ansatte, økt detaljkontroll, overdreven byråkratisering, samt manglende faglig og verdibasert ledelse. Dagens styringsideologi svekker mulighetene for å yte gode helsetjenester

## «Det er ikke i sykepleiernes makt å definere kvaliteten de skal forvalte.»

til befolkningen. For å stanse denne utviklingen må fagfolk engasjere seg og stå imot det faglige og moralske forfallet.

Helsetjenesteaksjonen er en grasrotbevegelse som har som mål å gjenreise det faglige og humanistiske verdisetet som grunnlag for helsetjenesten. Helsetjenesteaksjonen setter pasientenes behov og interesser i sentrum, og krever at helsefagenes tradisjonelle verdigrunnlag må gjenreises og legges til grunn for organiseringen av helsetjenestene. Tiden er nå moden for at befolkning og helsepersonell finner sammen, og skulder ved skulder kjemper frem andre verdier enn de som preger styringen av helsetjenesten i dag. Derfor støtter vi denne aksjonen og håper på støtte fra mange sykepleiere. For å støtte aksjonen kan du gå inn på [helsetjenesteaksjonen.no](http://helsetjenesteaksjonen.no). ■■■

### LITTERATUR

1. Wyller, V.B. et al. Ta faget tilbake! Tidsskrift for den norske legeforening 2013;6: 655-69.
2. NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.
3. Kim, H.S. Health Care Reform – Consequences and Challenges for the Health Care Professions Paper presented at Buskerud University College, 2004, Nov.
4. Aiken, H.L. et al. Effect on Hospital Care environment on patient Mortality and Nurse Outcomes. Journal of Nursing Administration, 2008; 38 (5), 223-29.
5. Needleman, J. et al. Nursing-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine, 2002; 346, 1715-22.
6. Aiken, H.L. et al. Nurses' report of working condition and hospital quality of care in 12 countries in Europe. International Journal of Nursing Studies, 50 2013, 143-153.
7. Sjetne, I. Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus, Kunnskapsenteret. 2011: oktober.
8. Fjellbraaten, E.M. Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte mellom reformer i spesialisthelsetjenesten. Doktorgrad Aalborg Universitet, 2010.
9. Berg, O. På ledning etter identitet. Sykepleien, 2012;10, 76-84.
10. Gautun, H., Hermansen, Å. Eldreomsorg under press. Fafo-rapport 2011:12.
11. Tønnesen, S., Førde, R., & Nortvedt, P. Pasientens beskrivelse av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset. Nordisk Tidsskrift for helseforskning, 2009; 1, 57-71.
12. Moe, A. «Jeg vil leve til jeg dør». Doctoral Thesis 140, Mid Sweden University, 2013.
13. Aakre, M. Moralsk stress – og hva det gjør med oss. Sykepleien 2009 97 (13):74-75 DOI: 10.4220/sykepleiens.2009.0130
14. Haukelien, H. Omsorg og styring. Kjønn, arbeid og makt i velferds kommunen. Avhandling til graden ph.d., Institutt for sosialantropologi (under vurdering), Universitetet i Bergen 2013.

😊	ORGAN	SKAL SYKD.	Fe EGO	UJEVN	SYKD.	PREP.	PRE- SENS	REDESEL	TREG	PENSJO- NIST- FOR- ENING	INSEKTS- MIDDEL VASSE	ART.	BE PÅ FLY	VEKST	NISSE
DEMENT- POST LIDELSE						BEHAND- LINGEN TITTE									
				HELLIG	BEL BARNET					VAKKER		EIE	TITTE SVAR		
NEDBØR LYD			VEKST	SKRÅ					PLATE		HODE- PLAGG				
BULDER SINT		ORG.		TALL		SYMPT. RØST					ORG. FISK				DRYPP
				ATAL	NABOER SANGER			ADV.	VRI LENG- SEL			NESTE	DEL LYTE		
FUL			KLOKKA				VEKST			ENER BIB.NAVN				MÅNED	
TE		FINS	SYKD.												
BØNN			GLO RI		BRUKKET		TITTEL	DYRET ART.				TITTEL		LENGT!	FINS
KOLAPS- ENE															
PLASS.		LØFTET							SPURTE		OMRÅDE				

Se løsning på kryssord side 70

# Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 Hvem bruker relativt mest penger på eldreomsorg i forhold til BNP?

- A Canada
- B Nederland
- C Norge

## 2 Hvor mange flere danske sykepleiere fikk autorisasjon i Norge i januar 2011 i forhold til januar 2010?

- A Halvparten så mange
- B Dobbel så mange
- C Tredobbel så mange

## 3 Hvilken kjent sykepleie-teoretiker ble nylig 70 år?

- A Kari Martinsen
- B Virginia Henderson
- C Florence Nightingale

## 4 Hva heter boken som ble gitt ut til 70-årsdagen?

- A Nødvendige omveier
- B De grunnleggende behov
- C Hygiene er alt

## 5 Hva er derma?

- A Eksem
- B Hud
- C Hår

## 6 Hva er sudor?

- A Svette
- B Tåfis
- C Sure sokker

## 7 Hva består sudor av?

- A Mest vann
- B Mest bakterier
- C Harsknet tekstil

## 8 Hvor mye sudor kan det produseres i løpet av ett døgn?

- A 1 liter
- B 10 liter

- C 100 liter

## 9 Hva gjør at sudor kan lukte?

- A Nedbrutte organiske forbindelser
- B Gamle negler
- C For trange sko

## 10 Hva er pubes?

- A Kjønnshår
- B Pubgalskap
- C Publikumskåt



**10 POENG:** Imponerende.

Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



**6-9 POENG:** Lovende.

Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)



**EN SUR SOKK:**  
Men har den noe med sudor å gjøre?

9A, 10A

SVAR: 1B, 2C, 3A, 4A, 5B, 6A, 7A, 8B,

# 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 **CAMILLA STOLTENBERG**

«Jeg er optimist.  
Jeg tror genetikken  
er et viktig verktøy.»

76

KRONIKK **ANDERS GRIMSMO**

«Færre utskrivningsklare pasienter  
har ført til at flaskehalsen er flyttet  
til kommunene.»

72



## NSF HAR ORDET

# Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

# Nytt direktiv sikrer språkkrav

EU har bare en vedtaksrunde i minsterådet igjen før et fornyet direktiv som skal regulere sykepleierutdanningene i EU og EØS er på plass.

**E**n av de viktigste endringene i direktivet vil være at sykepleiere må beherske språket for å få autorisasjon.

EU-direktiver er kanskje ikke det mest spennende her i verden. Samtidig kjenner vi godt til at det ofte skapes debatt også her til lands når de skal settes ut i live. Mange direktiver griper inn i reguleringen av vårt samfunnsnivå på ulike områder. Denne gangen dreier det seg om endringer i EU-direktivet om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. Sykepleierutdanningen er en av disse.

Det er avgjørende at vi har gode styringsverktøy som regulerer utdanningen til sykepleierprofesjonen både nasjonalt og på europeisk plan. Vår kunnskap og kompetanse er

12-årig skolegang for å få studere sykepleie. Men enkelte land har kun 10 år. Vedtaket i EU-parlamentet stiller 12 år som krav, men enkelte EU-land har fått anledning til å beholde sitt system som bygger på 10 år.

Omfanget av utdanningen ligger også fast. Den skal være på tre år og utgjøre 4600 timer, derav 50 prosent praksisstudier. Parlamentarikerne har også vedtatt å gi EU-kommisjonen anledning til å utforme en forskrift med nærmere krav til utdanningens innhold. Skulle det bli nødvendig å foreta endringer, er dette en lettere prosess enn en direktivendring.

NSF er fornøyd med at direktivet gir autorisasjonsmyndighetene anledning til å stille språkkrav i forbindelse med utstedelse

«Det er avgjørende at vi har gode styringsverktøy som regulerer utdanningen til sykepleierprofesjonen.»

avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet. Grunnmuren i dette er utdanningen vår. Som en del av et felles europeisk arbeidsmarked er det viktig at det er etablert felles standarder som ligger til grunn når sykepleiere søker autorisasjon i Norge. Det bidrar direktivet til.

Det har vært tøffe forhandlinger og masse diskusjoner om temaet i EU-systemet. NSF sin store bekymring har vært at EU ville senke kravene for å kunne utdanne fortere og billigere i et Europa preget av finanskrisen. Dette mener vi ville være en alvorlig trussel for pasientsikkerheten.

En av utfordringene underveis i forhandlingene har vært kriterier for opptak til sykepleierutdanning. De fleste land stiller krav om

av autorisasjon. Vi starter en diskusjon nå med de norske autorisasjonsmyndighetene om hvordan dette kan gjøre i Norge. Denne muligheten har vært etterlengtet.

Direktivets bestemmelser ligger også som en forutsetning for eventuelle endringer i regulering av sykepleierutdanningen i Norge. Dette fikk vi bekreftet i møte med Kunnskapsdepartementet for ikke så lenge siden.

Vi i NSF har jobbet mye med denne saken over lengre tid. Mye av arbeidet vårt har vært kanalisert gjennom European Federation of Nurses Associations som vi er medlem av. Vi har i denne perioden hatt presidentskapet ved tidligere nestleder i NSF, Unni Hembre. Det har gitt oss god innflytelse.



**BESTEMMER:** Et EU-direktiv setter minstekrav for hva sykepleierutdanning i Europa skal inneholde. Foto: Ellen Morland.

Så EU-direktiv kan være viktig – takk til alle som har jobbet med saken i inn- og utland!

*Eli Gunhild By*

## Dugnadsånd eller fagkompetanse på sykehjem?

Medienes omtale av Helse-Norge generelt, og behandlingen av våre demente pasienter spesielt, har de siste ukene igjen rystet den norske befolkning. Uverdige behandling av den sistnevnte gruppen pasienter er dessverre ikke av ny dato. Helsetilsynet har de siste 3–4 årene rapportert om alvorlige lovbrudd og manglende kvalitet på kommunenes tjenester til våre mest syke og sårbare pasienter. Rapportene synes dessverre ikke å ha hatt noen positiv innvirkning på kommunenes prioriteringer til denne gruppen. Det blir bare verre. I dag kom nyheten om at hele 85 prosent av kommunene bryter loven om tvangsbruk mot denne gruppen.

En ny studie viser at hele 52 prosent av medarbeidere i kommunenes pleie- og omsorgssektor er ufaglærte. I tillegg til en meget lav grunnbemanning kan det synes som om sektoren fremstår mer som et sted drevet av dugnadsånd enn et sted der man skulle forventet god fagkompetanse.

Man burde være mer opptatt av pasientene og god kvalitativ omsorg, i stedet for bare å få jobben gjort, det å få levert. Som følge av denne dugnadsånden tones det faglige ned. De ufaglærte utfører alene pleieoppgaver de ikke har kunnskap om. De får derfor lite veiledning og tilbakemelding på eget arbeid, så halvparten av de ufaglærte i studien mente at sykepleiere og helsefagarbeidere ikke

utførte et bedre arbeid enn dem selv. Det forventes at alle medlemmer i «arbeidsfelleskapet» kan utføre de fleste arbeidsoppgavene. De ufaglærte er i flertall, og da blir det «det svakeste ledd» som setter kvalitetsstandard. Arbeidsfelleskapet oppnår på den måten en høy grad av fleksibilitet, noe som gjør seg mest gjeldende på kvelder, netter og helger/høytider, da erfaringsmessig andelen ufaglærte er høyest. Kvaliteten på tjenestene er også betinget av hvor mange som gjør krav på dem. På dager med mange og høyst berettigede krav fra noen pasienter, må andre pasienter bli liggende til middag.

Det er i dag alvorlig syke og pleietrengende pasienter som bor på sykehjem. Mange av dem har flere alvorlige diagnoser, og de fleste er mer eller mindre fysisk eller mentalt ut av stand til å ta vare på seg selv og å uttrykke egne ønsker og behov. Mange trenger omsorg ved livets slutt. Alle disse er helt overlatt til ansattes omsorg. Denne omsorgen skjer nettopp i møte mellom pasient og pleier, og i disse tilfeller betinger det et godt faglig skjønn. I tillegg til denne omsorgen har de ansatte ansvaret for pasientenes pårørende som trenger god informasjon og ofte er i sorg. De krever også adekvat oppfølging av ansatte med kunnskap. Så nettopp i denne sektoren skulle god formell fagkompetanse

være inngangsbilletten for å kunne utføre de kompetansekrevene arbeidsoppgavene denne pasientgruppen og deres pårørende fortjener.

Det må være et problem for de sentrale helsemyndigheter at oppmerksomhet rundt mer pasientsikkerhet og kompetansekrav overfor kommunene ikke besvares med tilsvarende kompetansekrav til de kommunalt ansatte. Verdighetsgarantien som ble innført av regjeringen i 2011 er for eksempel ukjent i flere sykehjem. Hittil har de sentrale ambisjonene om å få en eldreomsorg som skinner bare vært tomme ord. Det blir spennende å se hvordan våre statlige helsemyndigheter velger å forholde seg til dette økende «kompetansespraket» i kommunene og neglisjering av rapporterte lovbrudd fra Helsetilsynet i framtiden. Valget vil ha en avgjørende betydning for kvaliteten på kommunale pleie- og omsorgstjenester i årene som kommer og om samhandlingsreformen skal lykkes. Det virker dessverre ikke som våre kommuner vil se alvorret i lovbruddene og den dårlige kvalitet på egne tjenester de serverer de mest sårbare innbyggerne sine. Negative rapporter fra Helsetilsynet legges bare i kommunale skuffer. Hva med noen kraftige sanksjonstiltak sentralt fra?

Anne Karin Gammelsrud, pensjonert spesialsykepleier

## Kvinner er like verdifulle – hjemme (på jobb) eller borte!

På kvinnetiden var deltidsarbeidende kvinner igjen et tema på dagsordenen i likestillingsdebatten. Barne-, likestillings- og inkluderingsminister Inga Marte Thorkildsen tok til orde for at det ikke er like verdifullt å gå hjemme som å arbeide fulltid.

Vi vet at det er mange som vil jobbe deltid nettopp for å få mer tid til familie og fritid. Det er et selvplågt ønske. Ikke alle kvinner føler for å jobbe heltid, selv om de vil bli pensjonstapere. Det er selvsagt et dårlig alternativ for dem som ønsker å kombinere arbeid og familie, når de taper pensjon på å jobbe deltid. Å kreve at alle skal jobbe heltid fordi det passer best for AP og SV er å skyte over mål. Det må fortsatt være et valg hver enkelt

tar, ut ifra det familiemønsteret de lever i. Det kan ikke være slik at vi skal holde arbeidstakere utenfor arbeidslivet, fordi de ikke kan yte maksimalt. Vi trenger alle som vil og kan delta, med den arbeidsevnen de har. Og ut ifra egne valg.

Som mor, bestemor og kvinne er jeg totalt uenig med barne-, likestillings- og inkluderingsminister Inga Marte Thorkildsen i hennes utspill som hun kom med i Aftenposten 8. mars i år. Hun undervurderer kvinners evne til å tenke selv. Å stigmatisere kvinner som har valgt hjemmet sitt som arbeidsplass, og i tillegg uten lønn, er å underkjenne disse kvinners innsats i samfunnet. Mange av disse kvinnene har faktisk spart samfunnet for millioner av kroner ved å gjøre jobben med å passe

egne barn og å ha omsorg for pårørende, uten en krone i fortjeneste. Statsråden burde be om unnskyldning for ikke å ha gjort nok for å likestille deres rettigheter i stedet for å snakke nedlatende om dem.

Å sette seg til doms over andres valg av arbeidsform og fordeling av oppgaver i en familie skal vi vokte oss vel for. Det som gir best uttelling for den ene, gir kanskje ikke best uttelling for den andre, og omvendt.

Det er ikke opp til oss politikere å velge for folk, det klarer de best selv, og den valgfriheten vil Fremskrittspartiet fortsette å kjempe for.

Laila Marie Reiertsen, stortingsrepresentant FrP

# #fåutfingern

Jeg så den nyeste likelønnskampanjen til NSF første gang på jobb og kunne ikke begripe hva NSF hadde tenkt da de bestemte seg for å lansere den. Mine kvinnelige kollegaer var også enige med meg, de syntes det var flaut. Nå vil jeg ikke at noen av dere lesere skal tro at jeg ikke støtter likestilling og kvinnefrigjøringen, for det gjør jeg: Stemmerett, rett til utdanning, rett til alt det menn har rett til, og lik lønn til ulikt kjønn for samme arbeid.

Det er i det sistnevnte punktet jeg mister kontakten med hva NSF sikter til i denne kampanjen. Så vidt jeg vet har vi lik lønn for likt arbeid i Norge. Jeg tjener akkurat det samme som mine kvinnelige kollegaer som har samme stillingsbrøk og samme ansiennitet som meg. Det er sant at for hver hundrelapp en norsk mann tjener, tjener en norsk kvinne 85,3 kr (tall hentet fra SSB). Dette betyr imidlertid ikke at en kvinne som gjør den samme jobben, og like mye av den som en mann, tjener 14,7 prosent mindre enn denne mannen. Det betyr at i den store sammenhengen har flertallet av kvinner valgt jobber som lønnes 14,7 prosent lavere enn de jobbene flertallet av menn har valgt. Disse tallene påvirkes heller ikke av at kvinner i alderen 25–54 jobber over 500 prosent mer deltid enn menn i samme alders-

gruppe, da inntekten er justert til heltidsstillinger i lønnsstatistikken. Kanskje er årsaken til differansen at kvinner har blitt ekskludert fra høytlønnede stillinger, det er jeg i så fall imot. Poenget mitt står likevel, det er ikke et lønnsgap mellom kvinner og menn, men et lønnsgap mellom forskjellige yrker. Så hvorfor NSF skal brøyte frem med barte- og fingerkampanjer skjønner jeg lite av.

I kampanjen vektlegges lik lønn for arbeid av lik verdi. Det Sykepleierforbundet legger i ordet verdi er antall år med høyere utdanning. Dette er en feilaktig bruk av ordet verdi i en økonomisk kontekst. En profesjons verdi er styrt av markedets interesse for å bytte dens kompetanse mot lønn. Skal utdanning legges til grunn for verdibegrepet må en altså se på etterspørselen etter kompetansen og interessen for å betale for den. Det er fakta at menn i større grad enn kvinner velger utdanninger som er naturvitenskapelige, tekniske og håndverksfaglige. Her er etterspørselen stor og viljen til å betale prisen for kompetansen, altså lønn, høy. Det er også fakta at kvinner i langt større grad enn menn velger helse- og sosialfaglige utdannelse. Her er det også høy etterspørsel, men viljen til å betale for kompetansen er lav.

Hvis man da bruker den økonomiske definisjonen av ordet verdi, vil det tilsi at verdien på tekniske og håndverksyrker er høyere enn for yrker innen helse og sosial. Dette er noe NSF må erkjenne og ta tak i på rett plass. Det hjelper ikke å lage brautende kampanjer hvor NSF sier det er manglende anerkjennelse av kvinners kompetanse. Er det å være en kvinne en kompetanse? Har mine kvinnelige kollegaer en kompetanse jeg ikke har? Sykepleiere har ikke «dårlig» lønn fordi de ikke er menn, sykepleiere har «dårlig» lønn fordi de er sykepleiere.

Skal NSF få resultater av kampanjene sine må de ta tak for å øke viljen til å betale for vår kompetanse. Det oppnås ikke gjennom sytekampanjer, men konkrete krav til arbeidsgiver, og oppbygging av oss sykepleiere som arbeidsgruppe. Skryt heller av vår kompetanse. La arbeidsgivere og politikere se hva det egentlig er de kjøper. Gjør det ved å peke på det økte ansvaret og de stadig bredere arbeidsoppgavene som skal falle inn under vår profesjon, og krev så noe tilbake hver gang vi takker ja til en ny oppgave! Det er nettopp slik vi kan drive opp prisen på oss selv, altså verdien av vår profesjon.

Jeg er lei av at NSF gjør oss sykepleiere til ofre og tapere. Jeg føler meg ikke som noe offer eller taper. NSF hevder at en viktig del av kampanjen er å få flere menn og unge til å velge yrket. Beklager, men dette var i så fall skivebom. Det at NSF «tør å ta kontroversielle valg» skader profesjonen vår! Sytekampanjene skaper et negativt rykte rundt vårt flotte yrke og vil nok heller føre til at unge ikke velger å bli sykepleiere, siden vi selv sier vi har det så forferdelig. For ikke å snakke om at menn føler seg særdeles lite velkomne da de fremstilles som selve årsaken til elendigheten i yrket. Sett vår kunnskap og kompetanse i sentrum for deres kampanjer, NSF! Hjertetru var topp, da ble jeg stolt av å være sykepleier og ikke flau. Ja takk til positiv oppmerksomhet på vår profesjon så skal dere se at unge ikke bare er motivert av penger.


Ole Kristian Berg, sykepleier og NSF-medlem

## Løsning på kryssord i nr. 5/2013 (se side 66)

ORGAN	SKAL SYKD.	A	Fe EGO	J	UJEVN	SYKD.	PREP.	PRESENS	PROSA.	TREG	PERJURIS FORSØK	HUSKETS MIDDEL	Ø	ART.	BE PA FLY	T	VEKST	NISSE	
A	V	S	K	J	E	R	M	I	N	G	S	A	V	D	E	L	I	N	G
DEBENT-POST	IK	TER	US	BEHANDLINGEN	TITTEL	A	R	E	L	A	T	I	N	G	E	N			
H	S	R	E	G	N	HELLIG	DEL	S	T	U	N	D	VAKKER	EIE	TITTEL	S	V	A	R
NEDER	D	U	R	VEKST	SIRA	S	N	E	I	PLATE	E	P	HODEPLAGG	H	J	E	L	M	
BLADER	O	M	ORG.	Ø	TALL	T	O	SYMP.	D	I	A	R	E	ORG.	A	A			
RYST	A	M	P	E	R	ATAL	HÅRDER	R	S	ADV.	VRI	S	N	U	NESTE	DEL	A	K	
SELT	FUL	S	L	U	KLOKKA	U	R	E	T	VEKST	A	S	K	S	ER	S	S	MANED	
TE	T	E	FINS	SYKD.	S	E	T	E	S	D	A	L	S	R	Y	K	K	J	
A	A	V	E	GLO	R	S	E	M	TITTEL	DYRET	K	U	A	TITTEL	A	LENGT	U	FINS	
RI	N	E	R	V	E	S	A	M	M	È	N	B	R	U	D	D	E	N	
KOLLEGE	P	N	R	LEFTE	E	L	E	V	E	R	T	SURTE	B	A	OMRÅDE	R	E	V	
PLASS	N	R	LEFTE	E	L	E	V	E	R	T	SURTE	B	A	OMRÅDE	R	E	V	I	

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

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)





## Stereotyp likelønnskampanje

Da jeg var sykepleierstudent, jobbet jeg på sykehjem i helgene. På vei til dagvakt passerte jeg som regel en 91-årig dame som åpenbart sto tidlig opp og fikk sitte i en stol ved vinduet. Hver gang jeg gikk forbi kom det tynt fra den gamle: «Søster?». At jeg åpenbart ikke var noens søster, men heller bror, var uvesentlig. Jeg antok to ting den gangen som viser seg å være feil. For det første at damens bilde av pleiere som per definisjon kvinner var noe som var i ferd med å forsvinne. For det andre antok jeg at denne damen ikke ville leve i 15 år til, da hun var i ganske dårlig form. Jeg forstår nå at hun ikke bare er i live. Hun lager likelønnskampanjer for Norsk Sykepleierforbund.

«Få ut finger'n» er siste skudd på stammen av kampanjer fra Sykepleierforbundet. Kampanjebildet med «finger'n» i buksmekken tar symbolikken et godt stykke lengre enn bartekampanjen der sykepleiere tegnet på seg bart for å vise hva vi mangler for å få bedre lønn. Begge kampanjene har det til felles at de sender et ganske klart og utvetydig budskap: Sykepleiere er kvinner og sykepleiere tjener for dårlig fordi de er kvinner. Dette er også hovedbudskapet på NSF's nettsider og i forbundsleders uttalelser til media. På NSF's nettsider knyttes lønnsforskjellene ofte direkte til kjønn, ikke til yrkesgrupper.

Det er ikke noe galt med å si at flertallet av sykepleiere er kvinner, som er en ren faktaopplysning. Det er også ganske klart at sykepleiere lønnes dårligere enn f.eks. ingeniører som en følge av gamle kjønnsforskjeller i lønnsystemet. Men jeg er ganske lei av at man ikke klarer å få frem at alle sykepleiere, både menn og kvinner, taper lønn som følge av den forskjellen. I stedet går Sykepleierforbundet Harald Eia i nærheten ved å fremstille sykepleie stereotypert som et kvinnefag. Jeg har de siste dagene registrert flere reaksjoner fra mannlige sykepleiere som går på det samme: Etter bartekampanje, Sykepleiens tidligere kampanje om sykepleiernes mange roller (Vi er blant annet mødre, døtre og venninner, men ikke

fedre, sønner eller kompiser) og nå altså finger/penis-kampanje begynner en del av oss å føle oss litt marginalisert. Det er sikkert ikke slik ment, men det er slik det fremstår.

Sykepleiefaget har mange verdier som bør være attraktive for menn. Det er konkret og praktisk, det krever teknisk dyktighet og håndlag, det innebærer ofte å lede og veilede andre og det gir varierte muligheter for karrieren. Men alt dette drukner hvis man velger å fremstille sykepleiere primært som diskriminerte kvinner. «Diskriminert kvinne» står nok ikke på noen 18-årig gutts liste over hva han ønsker av sitt yrkesvalg. Sykepleierforbundet kunne hatt noe å lære av forsvaret, som har økt kvinneandelen blant både befal og menige soldater blant gjennom å kommunisere utad at Forsvaret også er et sted for kvinner. Se gjennom rekrutteringsfilmer og -annonser for Forsvaret; ingen av dem er uten kvinner. Resultatet er at det i dag er noe høyere kvinneandel i Forsvaret enn det er mannsandel i sykepleieryrket.

Jeg ønsker meg flere mannlige kolleger, mange flere. Det burde også Norsk Sykepleierforbund ønske. Flere menn vil være et gode for faget. Vi trenger de beste i sykepleien, uavhengig av kjønn. Det å rekruttere bredere er også nødvendig for å få nok sykepleiere til å møte økt behov i fremtiden. Hvis ikke må nesten alle unge jenter om noen tiår velge helse- og omsorgsfaglig utdanning for å møte behovet. Til sist er en av konklusjonene fra like-lønnskommisjonen at lønnsforskjeller følger det kjønnsdelte arbeidsmarkedet. Da bør vel en strategi være å bidra til å gjøre arbeidsmarkedet mindre kjønnsdelt?

Dersom et ønske om flere menn i sykepleien skal bli virkelighet, er et av de første skrittene å pensjonere den nå 106 år gamle damen som jeg er overbevist om lager de stereotype kampanjene vi har sett de siste årene. Hold på målet om likelønn, men vis frem både kvinner og menn som utøver faget med stolthet.

Med vennlig hilsen Jan Kenneth Stavenes

## MINNEORD



### Inge Lønning

Inge Lønning døde 24. mars. Han var en nestor innen samfunnsetikk som engasjerte og inspirerte. Han ble tidlig interessert i sykepleiernes rolle. På Norges høyere sykepleieskole introdusert Lønning «elevene» til etisk refleksjon. Han startet forelesningen idet han kom inn av døra. Han var en utrolig retoriker. Han brukte aldri manus, og det var sjelden noen våget å komme med motargumenter. Hans budskap om menneskeverd og respekt for enkeltmennesket berørte sykepleieren.

Mange sykepleiere kjenner Lønning sitt helsepolitiske engasjement gjennom hans ledelse av to prioriteringsutvalg. For sykepleiere som hadde tett pasientkontakt var det vanskelig å si nei til enkelte grupper (NOU 1987:23), enda mer utfordrende ble det når en skulle tenke økonomi – at kostnadene ved behandlingen skulle stå i rimelig forhold til tiltakets nytte (NOU 1997:18). Lønning viste oss at for å prioritere var det behov for innsikt og kunnskap. Han engasjerte seg i sårbare grupper, og for han stod etiske vurderinger sentralt i valgsituasjoner overfor enkeltindividet.

Inge Lønning var en populær foredragsholder i sykepleiefaglige fora. Han tok seg tid til dette, til tross for sin professorkompetanse, arbeidet som rektor og politiker med mange tunge nasjonale og internasjonale verv. Det virket som om han traff en gjenkjennende nerve i den mellommenneskelige relasjonen som kan oppstå mellom sykepleier og pasient. Hans verbale formuleringsevner, hans klokskap, kunnskap og innsikt ga en særlig tyngde for bredt sammensatte grupper mennesker. Inge Lønning hadde en evne til årvåkenhet for å forstå tiden vi lever i – tidstypiske trender i sentrale samfunnsetiske utviklingstrekk og etiske spenninger, dilemma og perspektiv. Han kjempet for sentrale betraktninger i etiske og eksistensielle temaer, som «en vokter på muren» for menneskeverdet og omsorgsideologiske spørsmål, både i helsetjenesten og i hele vårt samfunn.

Inge Lønning var opptatt av omsorg ved livets slutt. Han ledet arbeidet med «Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende» (NOU 1984:30), som dannet grunnlaget for en interesse for et tema som tidligere var preget av tabu. Han deltok aktivt gjennom media og politiske innspill om etablering av Hospicemodeller i Norge. Han møtte imidlertid motstand da han i 2007 skrev en artikkel om endringer i gravferdsritualet. Han reagerte på at «minneordet» i stadig økende grad ble adressert til avdøde, og har gjennomgående du-form. Han hevdet at vi mangler et hverdagsspråk med rom for åpen kommunikasjon om døden der hvor slik kommunikasjon naturlig har sitt sted, nemlig ved dødsleiet. Han ønsket et sterkere fokus på «Ars moriendi» (Kunsten å dø), en arv vi som sykepleiere kan bringe videre.

I takknemlighet minnes vi hans solide og langvarige arbeid for menneskeverdet både i helsetjenesten og i samfunnet, samt øvrige helsetjenesteetiske og eksistensielle spørsmål. En trygg «vegg av klokskap» er nå borte, en troverdig stemme som nådde svært mange har blitt taus!

Vi lyser fred over hans minne!

Liv Wergeland Sørbye og Marie Aakre



## KRONIKK

# Samhandlingsreformen

Anders Grimsmo, cand med,  
dr.med, professor, Institutt for  
samfunnsmedisin, NTNU

# Utskrivningsklare pasienter – hva skjedde med dem?

Bare noen måneder etter at samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 var antallet utskrivningsklare pasienter betydelig redusert.

**D**et ser ut til at myndighetene har lyktes i å redusere problemet med at utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehus i påvente av at kommunen skulle opprette et tilbud til dem. Gjennomsnittlig antall liggedager i sykehus som utskrivningsklar ble i løpet av våren 2012 redusert fra 7 til 4 dager, samtidig som liggetiden som ikke utskrivningsklar holdt seg uendret på 9 dager for denne gruppen pasienter [1].

Det finansielle medansvaret fra første dag for kommunene for utskrivningsklare pasienter på sykehus har virket effektivt, men kanskje ikke helt uten bivirkninger.

Økonomiske insentiver virker nesten alltid, men kan også få utilsiktede virkninger. Derfor har myndighetene gitt Helsedirektoratet [1] og Forskningsrådet [2] i oppdrag å følge utviklingen i samhandlingsreformen tett. De første resultatene fra EVASAM (evaluering av samhandlingsreformen) i Forskningsrådet foreligger og handler

«Økonomiske insentiver virker nesten alltid, men kan også få utilsiktede virkninger.»

om hvordan kommunene har møtt utfordringene med utskrivningsklare pasienter. Resultatene er basert på en feltstudie med intervju i 40 kommuner i oktober 2012. Erfaringen er at det er stor variasjon mellom kommunene, og ved nøyere undersøkelse heller ikke med bare positive utfall.

### Statistikken bekrefter

Kommunene forteller ikke bare om kortere samlet liggetid for utskrivningsklare pasienter, men også at det er flere som nå meldes og at det har dukket opp nye grupper pasienter som blir meldt, spesielt innen kirurgi. Statistikk bekrefter at det omkring 1. januar 2012 kom en økning i antall meldte pasienter. Trolig har både det nye regelverket og de økonomiske endringene ført til en skjerping av registreringen. Tidligere «karantenetid» på 10 dager bidro til at pasienter man regnet med ble bra nok til å reise ut i løpet av noen få ekstra dager ikke ble

meldt. Det er trolig denne gruppen som er ny, og dette handler mest sannsynlig om kirurgiske pasienter. Dette kan også bety at en del av den reduserte liggetiden for utskrivningsklare som er blitt registrert skyldes en inklusjon av pasienter som i utgangspunktet har hatt kortere liggetid. Derfor kan effekten på reduksjon av pasienter liggende på overtid være mindre enn det som statistikken kan tyde på.

### Forflytting av flaskehals

Forskriften om utskrivningsklare pasienter har hatt som mål å unngå blokkering av sengeplasser i sykehus av pasienter som ventet på kommunalt tilbud. Kommunene har også prioritert utskrivningsklare pasienter ved å utvide antallet eller reservere eksisterende korttidsplasser, omdisponere langtidsplasser eller omgjøre enkeltrom til to-sengsrom. På en annen side rapporterer kommuner også at det er blitt lengre ventetid på korttidsopphold og sykehjemsplass, at prioritering av utskrivningsklare har medført redusert utnyttelsesgrad på sengeplasser og om korridorpasienter i sykehjemmet. Med andre ord kan det se ut som om en flaskehals i pasientforløpet i sykehus er blitt forflyttet til kommunene. Pasienter liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud har vært et klart synlig problem. Det er en fare for at fordeling av en flaskehals på mange kommuner blir langt mindre synlig.

### Mer oppstykket pasientforløp?

Bildet i tidlig fase av samhandlingsreformen er økt bruk av institusjonsplasser. Bakgrunnen kan være at utredningene, insentivene og veiledere som er utviklet først og fremst har vært rettet mot institusjonsplasser. Det gjelder ikke bare utvidelse av antall plasser for å ta imot utskrivningsklare pasienter. Mange kommuner reserverer eller oppretter også institusjonsplasser for øyeblikkelig hjelp-døgntilbud [3]. Forløpet for enkelte pasienter kan av den grunn bli: hjem – kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud – sykehus – korttidsopphold – hjem. Både pasienten og pårørende kan derved få et betydelig økt antall helsepersonell å forholde seg til. Selv om dette bare skulle gjelde noen få pasienter, representerer gruppen som mottar kommunale tjenester de pasientene som tåler forflyttinger og skifte av personell aller minst. Det er også kjent at det er i overgangen mellom tjenestetilbud at økt risiko for feil oppstår [4, 5].



### Mer administrativt arbeid

Flere overganger mellom tjenester betyr også mer administrativt arbeid med henvisninger, inntakstnotater, dokumentasjon av forløpet og epikriser. Det medfører i tillegg gjentakelse av undersøkelser og prøver når krav til dokumentasjon skal etterleves. Det betyr høye kostnader for relativt korte opphold og høyere enn andre typer opphold i kommunale institusjoner. Mange kommuner fortalte også at de nye kravene til informasjonsutveksling med sykehuset ved utskrivning hadde ført til merarbeid. Spesielt ble det pekt på merarbeid og problemer som ble skapt av hyppige utsettelse av hjemreisedag for pasientene. Kommunene var samtidig opptatt av at pasientopplysningene fra sykehus mange ganger er mangelfulle, spesielt beskrivelse av multimorbiditet og pasientenes funksjonsevne, men det er ikke noe nytt [6, 7].

### Borte bra, men hjemme best

Det er uheldig at eldre og kronisk syke pasienter blir liggende på overtid på sykehus. Det er ikke bare fordi det reduserer kapasiteten i sykehusene, men først og fremst fordi det har en negativ virkning på helsetilstanden og medfører lengre og mer krevende rehabilitering i oppfølgingen. Det er derfor en gjensidig gevinst for både spesialisthelsetjenesten og kommunene å få utskrivningsklare pasienter raskest mulig ut av sykehusene [8]. Dessuten rapporterte noen kommuner at helsepersonell hadde respondert positivt på å måtte ta hånd om mer krevende pasienter.

Men det kan se ut som at Norge så langt har valgt en annen vei enn det som mange andre vestlige land har gjort med de samme utfordringene som oss. Mange land velger å satse på en styrking av hjemmetjenestene. Begrep i litteraturen som «hospital at home» og «medical homes» vitner om dette. Satsing på mobile ressursteam og faste kontaktpersoner er det som hyppigst går igjen og omfatter både å yte øyeblikkelig hjelp og oppfølging etter sykehusopphold. Med unntak av noen få pasientgrupper oppnår man like gode medisinske behandlingsresultater hjemme som i institusjon når det gjelder eldre og kronisk syke [9]. Når det gjelder rehabilitering oppnås de beste resultatene hjemme eller boende hjemme [10]. Evalueringer viser at man kan oppnå høyere kvalitet, økt pasienttilfredsstillelse og til en lavere kostnad med å organisere tilbud rundt hjemmet [11-13]. ■■■



**FORTERE UT:** Mye tyder på at utskrivningsklare pasienter kommer seg fortere ut av sykehusene, men at kanskje flaskehalsen forflyttes til et annet og mer usynlig sted. Illustrasjonsfoto: Shutterstock.

### LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2013 [updated 2013 14.01.2013; cited 2013 05.02]. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/talgrunnlag/Sider/default.aspx>.
2. Forskningsrådet. Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM). Oslo: Forskningsrådet; 2012 [updated 2012; cited 2013 28. februar]; Available from: <http://www.forskingsradet.no/ser/vlet/Satellite?c=Page&pagename=evasam%2FHovedsidemal&cid=1253972204829>.
3. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Veiledningsmaterieill. Revidert 01/2013 Oslo: Helsedirektoratet; 2013. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognoophold-veiledningsmaterieill/Publikasjoner/Kommunenes%20plikt%20til%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gnopphold%20Revidert%20veiledningsmaterieill%2001%202013%202301%20kl%201300.pdf>.
4. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *Jama* 2007 February 28, 2007;297(8):831-41. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/297/8/831>.
5. Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson Å, Eriksson T, Höglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharmacy World & Science* 2005;27(2):116-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s1096-004-3705-y>.
6. Paulsen B, Romøren TI, Grimsno A. A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care* 2013;13(1).
7. Hellesø R, Sørensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations.

- International Journal of Medical Informatics 2005 Dec;74(11-12):960-72. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=16099200](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16099200)
8. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* 2005 Feb 5-11;365(9458):501-6. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=15705460](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15705460)
9. Shepperd S, MSc DPhil, Doll H, MSc DPhil, Angus RM, MBChB, Clarke MJ, MA DPhil, Iliffe S, BSc MBBS, Kalra L, MD PhD, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Cmaj* 2009 January 20, 2009;180(2):175-82. Available from: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/180/2/175>.
10. Askim T, Rohweder G, Lydersen S, Indredavik B. Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2004 May;18(3):238-48. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=15137554](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15137554)
11. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernandez C, Alonso A, et al. Integrated care prevents hospitalizations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J* 2006 Jul;28(1):123-30. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=16611656](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16611656)
12. Dickson G, Mackenzie F. Shifting the balance of care. Edinburgh: NHS Scotland; 2012 [updated 2012; cited 2012 Dec 4th]; Available from: <http://www.shiftingthebalance.scot.nhs.uk/home/>.
13. U.S. Department of Health & Human Services. Patient centered medical home. Agency for Healthcare Research and Quality 2012 [updated 2012; cited 2012 October 15]; Available from: [http://www.pcmh.hhrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh\\_home/1483](http://www.pcmh.hhrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh_home/1483).



Terje Carlsen, sosiolog og skribent

# Forebyggingslinjen kan koste liv

Samhandlingsreformen er ikke bærekraftig medisin.

**F**orebyggingslinjen i samhandlingsreformen tar sikte på å gi kommunene incentiver til å drive med forebyggende helsearbeid. Riset bak speilet er at de i motsatt fall må ta stadig større del av nasjonens utgiftsside til behandling av sine syke. Rundt om i kommunen etableres derfor nå frisklivssentraler og andre forebyggingsagenter i stort omfang.

Forebyggingsarbeidet er basert på at man kan klare å identifisere risikofaktorer knyttet til ulike livsstiler, og risikointervensjon et forsøk på å kolonisere fremtiden, det vil si manipulere seg bort fra mulighetene for fremtidig sykdom.

Det kan man gjøre ved «kunnskapsmessig» å bestemme terskler for intervensjon med blodtrykksmedisiner, kolesterolsenkende medisiner, medisiner mot benskjørhet og fedme, overvåkning av folk med psykisk sykdom, og så videre. Terskelen for intervensjon bestemmes teoretisk sett i Stortinget (blåreseptordningen), i WHO, på nasjonale konsensusmøter, men i praksis av media og legemiddelindustrien og deres trofaste leger.

I mange sammenhenger gir dette helt meningsløse «behov» for tiltak og intervensjon. Legen og forskeren Getz og medarbeidere har vurdert de seneste europeiske retningslinjene for kardiovasku-

år, eller en – 1 – million mennesker, de fleste av dem faktisk friske og raske. Dersom man ikke bare skal oppdage risikoen, men også ha mulighet til å intervensjonere, handler det om tre konsultasjoner per år. Da beslaglegges hele 18 prosent av konsultasjonspraksisen i allmennpraksis. Rekken av risikoer som fastlegen skal intervensjoneres mot er mange: Fedme, kolesterol, benskjørhet, og så videre. Det sier seg selv at det blir knapt med tid for allmennlegen til å behandle virkelig syke.

Denne enorme offentlige innsatsen mot friske redder teoretisk også bare noen få individer fra infarkt og slag. (Og da er ikke engang de kausale forbindelseslinjene entydig klarlagt). Intet annet samfunnsområde kunne ha regnet med å få så mye offentlige kroner, med så lite empirisk belegg. Det er åpenbart at denne overbehandlingen av friske går ut over innsatsen mot pasienter med lavstatussykdommer, for eksempel kreftsykdommer, sist anskueliggjort ved at helsedirektøren nekter å godkjenne to nye kreftmedisiner mot faktisk sykdom, i dette tilfellet føflekk-kreft med spredning og malign prostatakreft, fordi de er for dyre.

Et annet felt som altså blir saldert med den nye forebyggingslinjen er psykiatrien. Dette er en pasientgruppe som lever i gjennomsnitt 20 år kortere enn friske mennesker, og mange gjennomgår daglig store lidelser i sitt dagligliv. Men vi vet at samtidig som denne gruppen ikke blir mindre, legges det ned sengeposter i helseforetakene i stort tempo og omfang. For det er blitt et ideologisk mål også for psykiatrien, at opphold i døgninstitusjon skal bli kortest mulig. Ute i kommunene blir den syke møtt av folk med gjennomgående lav kompetanse, hvis oppgave er å forebygge en ny innleggelse. Sykepleiere og omsorgsarbeidere i kommunene har derved fått oppgave som portvakter for en kostnadsintensiv statlig behandling.

For det er forebyggingspasienten som er den nye helten for helseminister Jonas Gahr Støre; han og hun som ennå ikke har rukket å bli syk, men som teoretisk sett kan bli det en gang i fremtiden. På det alter ofres de som er virkelig syke. Mange faktisk syke dør også rundt om i kommuner som sliter med å få budsjetter og det nye behovet for kvalifisert personell til å gå i hop. Samtidig gjør medikaliseringen som forebyggingen krever at folk blir mindre i stand til å mestre sine liv. Det igjen skaper nytt etterspørselspress på behandlingsapparatet. Sånn sett vever man seg inn i en spiral som blir umulig både for styrende og styrte i både et kort og langt perspektiv. ■■■

«Sykepleiere og omsorgsarbeidere i kommunene har blitt portvakter for en kostnadsintensiv statlig behandling.»

lær risikointervensjon. De fremhever at ifølge disse retningslinjene har 90 prosent av befolkningen over 50 år i Nord-Trøndelag en uheldig risikoprofil for blodtrykk og kolesterolnivå og er i behov for behandling. Dette er et uttrykk for risikotenkning helt på jordet, og dette reiser etiske dilemmaer om risikomerking, medikalisering og ressursbruk.

Dette forebyggende arbeidet mot hjerte- og karsykdommer utføres i hovedsak i allmennpraksis. I retningslinjene fra 1995 ble det anbefalt å senke grensen for medikamentell behandling av hyperlipidemi (for mye kolesterol) til et serumkolesterolnivå på 6,5 mmol/l, men alt ved 5,5 mmol/l skal legen ringe i bjella. Personer med slike verdier utgjør hele 28 prosent av befolkningen over 20

## PARAGRAFRYTTERNE

### Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en e-post 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.

# Sommerferien 2013

Sommerferieavviklingen er en stor utfordring i helsesektoren. Samtidig som helsepersonell skal avvikle ferie er ofte pasientbelegget mer pleietrengende enn normalt.

I sommeravviklingen er det ofte nødvendig å erstatte fast personell med innleid personell. Spesielt sårbart blir det når egne ansatte med spesialkompetanse blir syke i ferieperioden, siden bemanningen av kjent personell i utgangspunktet er på et minimum. Sommerferieavviklingen trenger derfor nøye planlegging.

Norsk Sykepleierforbund oppfordrer virksomhetene til å legge til grunn følgende overordnede prinsipper for ferieavviklingen 2013:

- › Planleggingen av ferieavviklingen bør starte i god tid. Arbeidsgiver og arbeidstaker har en gjensidig rett og plikt til å drøfte ferieavviklingen, jf. ferieloven og hovedavtalene.
- › Aktiviteten om sommeren må være i samsvar med den bemanningen som til enhver tid skal utføre oppgavene.
- › Overtid og merarbeid skal kun benyttes når arbeidsmiljølovens vilkår er oppfylt, dvs. når det foreligger et særlig og tidsavgrenset behov for det.
- › Ferieturnuser skal være utformet slik at de ikke forutsetter bruk av overtid eller merarbeid og skal ikke inneholde såkalte «hull».
- › Frivillige eller pålagte ekstravakter er å anse som overtid, eventuelt merarbeid.
- › Dersom det ikke lar seg gjøre å redusere driften, må det udekkete arbeidskraftbehov løses på annen måte, f.eks. gjennom nyttilsetninger, bruk av ferievikarer, innleie eller liknende.
- › Bruk av ferievikarer er en form for midlertidig ansettelse og kan benyttes når vilkårene i arbeidsmiljøloven er oppfylt.
- › Arbeidsmiljølovens regler om skriftlig arbeidsavtale må i så fall følges.
- › Dersom ferievikaren skal arbeide i turnus, må arbeidstiden deres være fastlagt i en turnusplan.
- › Innleie av arbeidstakere fra vikarbyråer er tillatt i samme utstrekning som det er anledning til å foreta midlertidig ansettelse.
- › Bruk av såkalte «tilkallingsvakter» som påtar seg ekstravakter ved behov, men som ikke er fast ansatt i virksomheten eller hos et utleiefirma, vil

være å anse som en midlertidig ansettelse. Slik midlertidig ansettelse vil iht. arbeidsmiljøloven ikke være tillatt, dersom det foreligger et stabilt og varig vikarbehov i virksomheten.

Dersom det etter at ovennevnte muligheter er utprøvd fremdeles er et udekket bemanningsbehov i forbindelse med ferieavviklingen, kan det inngås sentral tariffavtale med NSF om utvidelse av arbeidstakernes arbeidstid for en begrenset periode i sommerferien, jf. aml. § 10-12 (4).

Slike avtaler har NSF tilbudt arbeidsgiverne i mange år. Flere og flere virksomheter tar nå i bruk denne «sommeravtalen» som et ledd i å sikre tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft i ferieperioden.

Avtalen er som før utformet som en overordnet rammeavtale og forutsetter at partene lokalt skal inngå avtale for den enkelte enhet/avdeling. Den lokale avtalen skal blant annet gi nærmere opplysninger om avtalens virkeområde, eventuelt utdypende vernebestemmelser, varighet og godtgjøring.

Henvendelser fra virksomhetene vedrørende «sommeravtale» kan rettes til NSF's forhandlingsavdeling.



### Passer på paragrafene:



Harald Jesnes  
Forhandlings-  
sjef i NSF



Kari Tangen  
Ass. forhand-  
lingsjef



Marit  
Gjerdalen  
Advokat



Johs Bruvik  
Spesial-  
rådgiver



Kirsten  
Nesgård  
Spesialrådgiver



Oskar  
Nilssen  
Advokat



Lars Petter  
Eriksen  
Spesialrådgiver



Anne Lise  
Wien  
Seniorrådgiver



Seniorrådgiver



# Forsker på folket

Camilla Stoltenbergs jobb er å finne ut mest mulig om folks helse.  
Men ikke alle liker metodene hennes.

Tekst og foto **Marit Fonn**



## TETT PÅ Camilla Stoltenberg

**Hvorfor:** Har fått kritikk for mor- og barnundersøkelsen

**Stilling:** Direktør i Folkehelseinstituttet

**Utdanning:** Lege. Sosiologi og medisinsk antropologi.

Doktorgrad om spedbarnsdød, sosial ulikhet og inngifte i innvandregrupper.

**Alder:** 55 år

**D**et er nesten folketomt i Folkehelseinstituttet. Klokken er fire. Der kommer direktøren i lys og lang kåpe.

Legen Stoltenberg ble toppsjef i august, etter ti år i ledende stillinger samme sted.

– Jeg er spent på hva du vil spørre om, smiler hun avventende på sitt lille kontor som er fylt med bokstaber.

Hun mumler noe om oppussing. Solen varmer. Hun beholder kåpen på.

Hun ser at siste nummer av Sykepleien blir lagt på bordet, sammen med en ukegammel VG.

«Camilla Stoltenberg tåkelegger etiske fakta», står det i VG-kronikken, signert etikiprofessor Jan Helge Solbakk. Den har hun selvfølgelig lest.

– Men ikke *den*, sier hun og setter blikket i Sykepleien-artikkelen.

Stille leser hun hva genetikeren Ellen Økland Blinkenberg sier denne gangen. Fra før har hun beskyldt Stoltenberg for å lure befolkningen trill rundt. Feil, har Stoltenberg svart.

I flere uker har skytset gått mellom de to – med hver sine støttespillere. Diskusjonen har nok gått den alminnelige leser hus forbi. Når temaet er gener, faller mange av lasset.

– Hva synes du?

– Fint å ha debatt om genetikk og genforskning. Men synd at utgangspunktet er at jeg blir tildelt synspunkter og handlinger jeg ikke står for. Men det er jo ofte slik debatter begynner.

– Hva vil du si debatten handler om?

– Da vil jeg ta et skritt tilbake.

Den drevne forskeren gir seg selv god tid. Det er Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) som er opphavet til krangelen. 90 000 mødre er med. De har mer enn 110 000 barn. 72 000 fedre er også kommet med.

Nå forklarer hun hvorfor det er smart å følge gravide over tid for å skaffe seg ny kunnskap om befolkningen. I motsetning til å bruke det kliniske randomiserte eksperimentet, der noen får narremedisin, noen ekte.

– Slike eksperimenter kan ofte være uetiske og upraktiske.

– Så hva ...

– Vi må studere mennesket i virkeligheten.

– Men ...

Hun skyter inn:

– Det er frivillig å være med. Deltakerne gir samtykke. Og vi plikter å gi informasjon.

Hun fortsetter:

– Å informere har mange fallgruver. Det kan bli for detaljert – eller for overfladisk.

– Husker du hva jeg spurte om?

– Eh, nei, hva var det?

– Om hva som er uenigheten mellom deg og Blinkenberg?

– Du spurte ikke om det. Svaret er at jeg ikke er sikker.

Ifølge Blinkenberg er deltakerne i MoBa blitt lurt fordi de ikke vet at forskningen kan innebære en fullstendig kartlegging av alle genene til en person, og derfor er ikke anonymiteten lenger sikret.

– Har dere ikke informert nok?

– Undersøkelsen hun snakker om, er ikke satt i gang ennå. Det vil

gå ut informasjon i forkant. Derfor vet jeg ikke om hun er uenig. Men jeg stiller andre krav enn henne til hva prediktive tester er, og vi skiller mellom forskning og prediktiv testing.

**MAN SKAL VÆRE GODT OPPLYST** for å følge med. Stoltenberg har fått kritikk for å begrepsforvirre og vippe journalister av pinnen ved å si sånt som «vi skal ikke kartlegge hele arvematerialet, bare rundt én prosent».

Stoltenberg sukker diskret. Hun viser til etiske komiteer og internasjonal enighet om at det ikke gis individuelle tilbakemeldinger i befolkningsundersøkelser.

– *Bunner uenigheten i at hun forholder seg til en og en pasient, mens du ser hele befolkningen?*

– Hun sier det. Men de fleste genene sier ikke særlig mye meningsfylt for den enkelte.

Risikoanslag sier lite om hvem som faktisk blir syk. Og andre tester kan gi vel så alvorlig risikoinformasjon som genetiske tester. Skyhøyt kolesterol hos unge vil nesten alltid bety genetisk betinget høy risiko for hjertesykdom.

– *Er kritikken feil eller unødvendig?*

– Unødvendig vil jeg ikke si. Men en del er feil. Genforskning kan sette oss på sporet av helsefarlige miljøfaktorer. Vi kan for eksempel finne ut hvem som blir allergisk mot et medikament.

– *Hvordan er det å bli utsatt for slik heftig kritikk?*

– Helt greit. Men jeg er ikke spesielt glad for at instituttet blir kritisert. Og det norske lovverk kan ikke jeg ta ansvar for. Det er misvisende å rette kritikken mot meg personlig og instituttet når det kanskje er regelverket hun er uenig i. Men det gir jo en anledning til å svare.

– *Det går kanskje mye tid?*

– Ja, enormt! Det er jo morsomt, og.

– *Er du redd deltakerne skal trekke seg?*

– Vi ser at det ikke skjer. De sier at de deltar fordi de vil være med på forskning. De som har barn med autisme er svært ivrige. De melder seg selv.

– *Ville DU ha gentestet deg?*

– Gentesting er å sende inn prøver med blod og spytt og få et individuelt svar. Vi driver ikke med det. Vi driver forskning.

– *Men ville du ...?*

– Mor og barn-undersøkelsen – den ville jeg deltatt i!

Men hun var gravid før den undersøkelsen startet i 1999. Sønnene hun har med sin arkitektmann er nå 26 og 24.

– *Ok, men ville du tatt en gentest?*

– Det har jeg ikke gjort. Jeg er ikke så interessert i det.

– *Men du sier ikke nei?*

– Jeg har ikke noe mot at folk gjør det.

Hun viser til Lone Frank, en dansk forskningsjournalist:

– Hun sier at når folk gentester seg, nyanseres bildet. Genetikken blir mer trivialisert.

– *Din mor var forresten utdannet genetiker?*

– Hun studerte genetikk i Canada på 50-tallet. Jeg er ikke genetiker. Det har bare fått mye oppmerksomhet, det lille jeg driver med av genetikk.

Hun sier ikke mer om sin mor, som døde sist høst. Karin Stoltenberg, gift med Thorvald, og altså mor til Camilla, Jens og Nini,

## «Jeg blir tildelt synspunkter jeg ikke står for.»

var kjent for å forme landets familiepolitikk. Hun formulerte mye av likestillingsloven. Hun trivdes som byråkrat.

I 1995 bekreftet hun til Sykepleien at det er mennene i familien som er mest synlig. «Man kan ikke lese tradisjonelle kjønnsroller ut av det. Jens og Thorvald er utadvendte. De engasjerer seg i utøvende politikk.» Karin var ordknapp om sin person. Sak snakket hun gjerne om.

**SOM MOR SÅ DATTER.** Camilla penser inn på forskningen igjen:

– I februar publiserte vi de første viktige resultatene fra autis mestudien.

Funnet er at gravide som tar folat tidlig i svangerskapet nesten har halvert risiko for å få barn med autisme.

– Vi har hatt mistanke om dette lenge. På 90-tallet anbefalte man folat til gravide for å forebygge ryggmargsbrokk og andre nevrالرrørsdefekter. Nå ser vi at folat også kanskje kan forebygge autisme og alvorlige språkvansker.

Hun føyer til:

– Vi vil undersøke om folat henger sammen med schizofreni og epilepsi også.

Hun fortsetter – i nå kjent stil – om DNA og nyoppståtte mutasjoner.

– Dette er et eksempel på studier der man finner årsak til sykdom. Og der konsekvensen er bedre forebygging og behandling.

– *Lengter du tilbake til å forske selv?*

– Nei. Jeg leder fortsatt en forskergruppe. Forskning er en vesentlig del av samfunnsoppdraget vårt. Vi skal beskrive hvordan folkehelsen endrer seg over tid.

Infeksjonssykdommer er til en viss grad under kontroll. Man vet hva som skal til for å kontrollere livsstilssykdommer.

– Men mange andre sykdommer vet vi lite om. Flere overlever skader og medfødte sykdommer. Autismen, MS, schizofreni, depresjon, leddgikt, diabetes 1 ... Vi vet lite om årsaken til disse sykdommene.

– *Noen du vil trekke fram?*

– Demens, Alzheimer og Parkinson. De utgjør en stor byrde.

– *Vil vi se resultater i din direktørtid?*

– Jeg er optimist. Jeg tror genetikken er et viktig verktøy.

– *Noe du personlig frykter å bli rammet av?*

– Alt som rammer hjernen.

**STOLTENBRG FIKK ÆREN** for å ha avslørt tidenes forskningsjuks.

Det er sju år siden hun satt hjemme i tomannsboligen hun deler med lillebror Jens. Det var romjul og hun skulle kose seg med forskningsartikkelen skrevet av Jon Sudbø. Der oppdaget hun mye som ikke stemte. Hun tok det opp på jobben. To uker senere var nyheten offentlig: Sudbø var tatt for juks.

– En sterk opplevelse. Overraskende og sjokkerende.

– *Sudbø har sagt han vil forske igjen?*

– Det vil ikke jeg blande meg inn i.

– *Skjer slikt nå også?*

– Tror ikke den typen ren juks skjer ofte. Snarere tøyning av data og tolkninger, bevisst eller ubevisst.

– *Elsker du registre?*

– Elsker er vel feil ord. Men det er viktig å ha systemer for å kunne bruke data til analyse og statistikk. Før pasientregistret



kom i 2008, visste vi ikke hvor mange som hadde hjertelidelser. Fortsatt vet vi ikke hvor mange som har demens eller depresjon.

– *Oj.*

– Men kreftregisteret har vi hatt siden 50-tallet. Jeg synes det er uforsvarlig at det ikke finnes datagrunnlag for analyse, statistikk og forskning. Informasjonen finnes, men mye er utilgjengelig. Det er et dilemma at det er så lite data fra kommunehelsetjenesten. Vi vet ikke hvor mange som har kols. Eller diabetes. Vi har bare anslag, og de er ofte upresise.

– *Kommer det slike oversikter?*

– Det avhenger av regjering og storting.

– *Hvilket register ønsker du deg mest?*

– Et for legemiddelbruk i sykehus og sykehjem.

Fasttelefonen ringer bak en bokstabel. Hun ber kvinnen på tråden ringe tilbake om et kvarter.

Sverige har 100 helseregistre. Norge har 50. Folkehelseinstituttet (FHI) forvalter ti av dem, blant annet fødsels- og dødsårsaksregisteret. Direktøren vil ha så få helseregistre som mulig.

– *Vil du legge ned noen?*

– Nei. Men noen kan kanskje slås sammen.

**FAR ER PENSJONIST**, men holder foredrag og intervjuer som aldri før. Lillesøster har erfaring og meninger om rus. Bror styrer landet.

– *Rådfører du deg med familien i jobben?*

– I overraskende liten grad. Tenker du på broren min? Han er inhabil i alle saker som handler om FHI.

Hun er eneste lege i familien. Men samfunnsinteressen deler hun med den: Doktorgraden handlet om spedbarnsdød og inngifte i innvandregrupper.

– *Har du fått noen aha-opplevelser etter at du rykket opp?*

– Ikke aha-opplevelser, men arbeidet med beredskap for influensa og andre smittsomme sykdommer er svært interessant.

– *Hvorfor?*

– Ting skjer time for time.

Derfor jobbet hun i juleferien, da sesonginfluensaen sto på.

– Vi måtte svare på om svineinfluensa var farligere enn annen influensa. Vi måtte avveie informasjonen om mulige bivirkninger av vaksine mot faren ved å bli influensasyk.

Ingen valg var uten risiko. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no