

**Pensjonister  
er ikke lenger  
det de var** Side 16



**Er sykestuer svaret?**

Sykepleier Stein-Anton Pedersen på Skjervøy tror kommunens sykestue er liv laga. Side 48



**Smerte-  
behandling**

Fagartikkel. Side 59

# Sykepleien

**LISBETH NORMANN:** Støtteordningene fra arbeidsgiver er så små at mange ikke har råd til videreutdanning.

**10** | 2010  
2. september  
2010  
98. årgang

**ALARM**

# Melde mer - feile mindre

Helsevesenet har mye å lære av oljebransjen.

# Psoriasis – mer enn flekker i huden

## Sykdommer assosiert med psoriasis er\*

- Psoriasis artritt
- Kardiovaskulær sykdom
  - Hypertensjon
  - Dyslipidemi
  - Insulinresistens
- Overvekt

Enbrel brukes i behandling av moderat til alvorlig plakk psoriasis hos pasienter ned til 8 år. Forskrives av dermatolog.

\*Gottlieb AB og Dann F, Comorbidities in Patients with Psoriasis, The American Journal of Medicine, Vol 122, No 12, December 2009

**INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg og 50 mg:** Hver ferdigfylt penn/sprøyte inneholder: Etanercept 25 mg, resp. 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, mannitol (E 421), sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml til barn:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzyalkohol. **Indikasjoner:** 25 mg: Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antirevmatiske behandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. 25 mg og 50 mg: Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plakkpsoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. Behandling av kronisk alvorlig plakkpsoriasis hos barn ≥8 år og ungdom, som er utilstrekkelig kontrollert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling eller lysterapi.

**Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. **Voksne:** Revmatoid artritt: Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt. Plakkpsoriasis: Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opp til 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opp til 24 uker. Kontinuerlig behandling utover 24 uker kan være nødvendig hos enkelte voksne pasienter. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt): Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. **Eldre (≥65 år):** Dosetilpassing er ikke nødvendig. **Barn ≥4 år og ungdom:** Juvenil idiopatisk artritt: 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som en s.c. injeksjon med 3-4 dagers intervall mellom dosene. **Barn ≥8 år og ungdom:** Pediatrisk plakkpsoriasis: 0,8 mg/kg (opp til maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke i inntil 24 uker. Behandling bør avsluttes hos pasienter som ikke viser respons etter 12 uker. Hvis gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer mht. behandlingsvarighet og dosering følges. Dosen bør være 0,8 mg/kg (maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæsken inneholder benzyalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år.

**Forsiktighetsregler:** Kanylenheten på den ferdigfylte sprøyten og den ferdigfylte pennen inneholder lateks som kan forårsake hypersensitivitetsreaksjoner ved håndtering eller administrering til personer med kjent eller mulig latekssensitivitet. Pasienter skal utredres for infeksjoner før, under og etter etanerceptbehandling, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og opportunistiske infeksjoner inkl. invasive soppinfeksjoner er rapportert ved bruk av preparatet. Infeksjonene skyldtes bakterier, mykobakterier, sopp og virus. I enkelte tilfeller er bestemte sopp- og andre opportunistiske infeksjoner ikke blitt gjenkjent. Dette har resultert i forsinket behandling og av og til død. Pasientens risiko for opportunistiske infeksjoner (f.eks. eksponering av endemiske sykker) bør vurderes ved infeksjonsvurderingen av pasienter. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos pasienter med kroniske infeksjoner. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. milieutuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med etanercept skal alle pasienter utredres for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose, mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Passende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimerte pasienter. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, før oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte-tilstandsforholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktiverting av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandling. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes mht. tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt hepatitt C. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøydropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med revmatoid artritt med langvarig, svært aktiv inflammatorisk sykdom har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Flere tilfeller av non-melanom hudkreft (NMSC) er rapportert, særlig hos pasienter med psoriasis. Periodiske hudundersøkelser anbefales for alle med økt risiko for NMSC (inkl. pasienter med psoriasis eller som tidligere har fått PUVA-behandling). Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt blodyskrasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på blodyskrasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet blodyskrasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør nytte-tilstandsforholdet vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmne antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarer profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Skal ikke brukes for behandling av moderat til alvorlig alkoholisk hepatitt. Preparatet er ikke effektivt, og dødelighetsraten hos disse pasientene var signifikant høyere etter 6 måneder. Leger bør utvise forsiktighet ved bruk hos pasienter som også har moderat til alvorlig alkoholisk hepatitt. Preparatet er ikke vist å være effektivt behandling ved Wegeners granulomatose og anbefales derfor ikke.

**Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salsylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept som tilleggsbehandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Klinisk signifikans er ukjent. Forsiktighet bør utvises når kombinasjonsbehandling med sulfasalazin vurderes. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Samtidig bruk av abatacept har vist økt forekomst av alvorlige uskadede hendelser. Kombinasjonen har ikke vist økt klinisk nytte og anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke. Fertile kvinner bør framådes advart under behandling. Overgang i morsmelk: Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte amningen eller avbryte behandlingen. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). Hyppige (>1/100): Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, feber. Antistoffer mot etanercept er detektert i sera hos noen pasienter. Antistoffene er ikke nøytraliserende og vanligvis forbigående. Mindre hyppige: Blod: Trombocytopeni. Hud: Non-melanom hudkreft, angioødem, urticaria, utslett, psoriasislignende utslett og psoriasis (inkl. nytt utbrudd og pustular, hovedsakelig i håndflater og på føtsåler). Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øye: Uveitt. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). Sjeldne (<1/1000): Blod: Anemi, leukopeni, nøydropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt), Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme. Subakutt kutan lupus erythematosus, diskoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymmer. Sentralnervesystemet: Kramper, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusnevritt og transvers myelitt. Sirkulatoriske: Forverring av kongestiv hjertesvikt. Øvrige: Tuberkulose. Opportunistiske infeksjoner (inkl. invasive sopp-, protozo-, bakterielle og atypiske mykobakterielle infeksjoner). Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med revmatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plakkpsoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett i kliniske studier: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard iskemi, brystsmarter, synkope, cerebral iskemi, hyper- og hypotensjon, kolecyttitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebiitt, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt, intestinal obstruksjon, eosinofili, hematuri og sarkoidose. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Toksik epidermal nekrolyse. Ukjent: Øvrige: Makrofag aktiveringssyndrom, ANCA (antinøytrofil cytoplasmaantistoff) positiv vaskulitt. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv revmatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subakutt kutan lupus eller diskoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn med juvenil idiopatisk artritt og plakkpsoriasis av samme type og frekvens som sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt milde til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste dosenivå som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m<sup>2</sup> etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m<sup>2</sup> gitt 2 ganger pr. uke. Behandling: Intet kjent antidot. **Egenskaper:** Klassifisering: Immunsuppressiv. Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. Virkningsmekanisme: Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekyler undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er indusert eller regulert av TNF. Absorpsjon: Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. Fordeling: Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. Halveringstid: Ca. 70 timer. Clearance: 0,066 liter/time. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstitusjon er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter rekonstitusjon. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. Pulver og væske til injeksjonsvæske **25 mg/ml til barn:** Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstitusjon er vist for 14 dager ved 2-8°C. **Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstitusjon.** Hvert hetteglass med 25 mg/ml bør maks. brukes til 2 doser til samme pasient. Oppbevare de ferdigfylte sprøytene og pennene i ytteremballasjen for å beskytte mot lys.

**Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 25 mg:** 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10. **50 mg:** 4 stk. (ferdigfylt penn) kr 12550,60. 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 10671,70. **Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg:** 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10. **25 mg/ml til barn:** 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10.

## Sykepleien

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

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

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

## Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

Journalist  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
tlf. 22 04 33 73  
[annkristin.helmers@sykepleien.no](mailto:annkristin.helmers@sykepleien.no)

Journalist Kari Anne Dolonen  
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11  
[kari.anne.dolonen@sykepleien.no](mailto:kari.anne.dolonen@sykepleien.no)

Redaktør Anners Lerdal  
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44  
[anners.lerdal@ldh.no](mailto:anners.lerdal@ldh.no)

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

Grafisk formgiver Hege Holt (permisjon)  
tlf. 22 04 33 57  
[hege.holt@sykepleien.no](mailto:hege.holt@sykepleien.no)

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

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

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

Markedskonsulent, produkt: Lise Dyrkoren  
tlf. 22 04 33 72/99 50 40 05  
[lise.dyrkoren@sykepleien.no](mailto:lise.dyrkoren@sykepleien.no)

Markedskonsulent, stilling: Finn Simonsen  
tlf. 22 04 33 52/91 68 46 64  
[finn.simonsen@sykepleien.no](mailto:finn.simonsen@sykepleien.no)

Repro og trykk  
Stibo Graphic AS

Fagpressen  
OPPLAGSKONTROLLERT



## Gjesteskribenter:



Per Nortvedt skriver om situasjoner der man må avgjøre om pasienten skal får dø. Når det er svært vanskelig å vurdere prognose og livskvalitet, bør pårørende i enkelte tilfeller få bestemme om respiratoren skal skrus av. Side 76.



Brita Noorland forteller om hvordan en aortaventil skiftes på en enklere og mindre risikabel måte enn før. Side 68.



Martine Aurdal betrakter sin nyfødte datter og tenker på Hjernevask-debatten. Side 84.



Bjørn Arild Østby synes det er feigt av helseministeren å ikke ville ta debatten om prioriteringer i helsevesenet, som helsedirektøren inviterte til i sommer. Side 74.



# Innhold

## Sykepleien

## AKSJONISTEN: «Et meldesystem

## Hva skjer

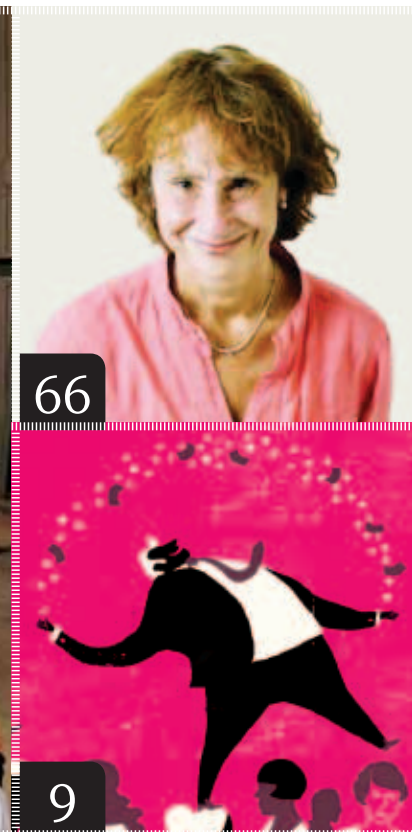
- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Vil halvere antall flyreiser
- 12 Skift og turnus ikke likestilt likevel
- 16 Pensjonist som rører på seg
- 18 Bedre sommer enn i fjor
- 22 Nyfødte og abortpasienter deler korridor
- 24 Ulovlig sexy sykepleier
- 27 Vi bare spør Anne Blystad

## Der ute

- 38 Føler seg tvunget til å skrive under
- 42 Svensk «frøken detektiv»
- 44 Øyeblikket
- 46 – Bruk imamene
- 47 Min jobb
- 48 – Vi gjør det på vår måte på Skjervøy



62



66

9

## Tema: Sikkerhet

- 28 – Lær HMS av oljebransjen
- 34 Uønskede hendelser kan halveres
- 32 Hvem melder mest?

# 28



kan fort bli et digert forsvinningsnummer for dårlige nyheter.»

10 • 2010  
2. september 2010 • 98. årgang

## Fag og bøker

- 56 Samhandling koster
- 59 Sikrere smertebehandling
- 62 Undervisning gir færre dødfødsler
- 66 Forfatterintervju: Mari Rysst
- 68 Verkstedet
- 69 Bokanmeldelser
- 70 Quiz
- 70 Medisinsk turisme sprer smitte

## Mennesker og meninger

- 72 Lisbeth Normann om etterutdannelse
- 73 Siden sist og minneord
- 74 Bjørn Arild Østby om å prioritere
- 76 Dilemma: Per Nortvedt
- 78 Tett på Anne Beate Sætrang
- 82 Hør her: Aslaug Bendiksen vs. Steinar Brekke
- 84 Refleks: Martine Aurdal

- 85 Stillingsannonser
- 96 Meldinger, skoler og kurs

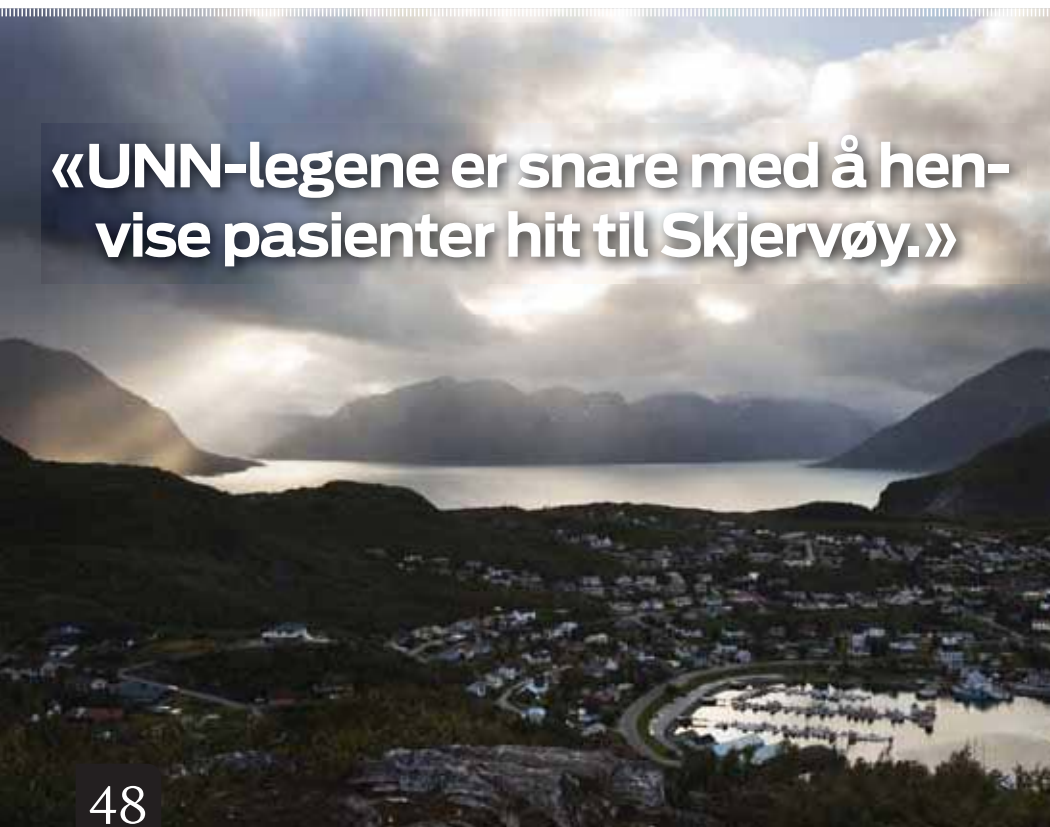
### GJESTESKRIBENTEN:

Er ungen min  
dømt til å elske  
babyrosa?

Martine Aurdal

84

«UNN-legene er snare med å hen-  
vise pasienter hit til Skjervøy.»



48

78





sesongpremiere 30. august  
mandag – torsdag kl. 19.30

# SYKEHUSET

ekte drama - ekte mennesker

[tv3.no](http://tv3.no)

ren underholdning

## Barth Tholens om feil

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

## Schöne fahrt!

Å ha et meldesystem for uhell betyr ikke nødvendigvis at det blir gjort færre feil.

**I**sommer kom jeg på en genial idé. I stedet for å kjøre bil ned til Italia og hele veien opp igjen, ville jeg spare krefter ved å ta et såkalt biltog hjem. Jeg skulle parkere bilen på toget i Verona om ettermiddagen og schwupp – neste morgen skulle jeg åpne øynene uthvilt i Hamburg.

Deutsche Bahn (DB) skulle stå for transporten, og online-bookingen fungerte perfekt. Det var Vielen Dank og Schöne Reise. Jeg flagget tiltaket høyt overfor mitt reisefølge, som nå også gledet seg til å trille komfortabelt over Alpene og spare miljøet samtidig.

Det viste seg at DB sannelig hadde gjort lekser når det gjaldt kommunikasjon med oss reisende. Tre dager før avreise ble vi igjen minnet om den kommende Abfahrt, mens den første dårlige nyheten tikket inn på mobilen 24 timer før avreise: På grunn av tekniske problemer kunne vi dessverre bare glemme restaurantvognen på toget. Den gikk ikke. Synd, for den hadde vi gledet oss til! DB oppfordret oss i stedet å ta med niste.

Seks timer senere kom det inn en ny melding fra vårt «Autozug-team»: På grunn av ekstremt varmt vær i både Italia og Tyskland, hadde klimaanlegget på toget tatt kvelden. Vi ble nødt til å svette oss gjennom 1500 km. Men ingenting galt

## Feilskjær er aldri bra for egoet.

med det tyske informasjonssystemet. Vi ble nå løpende og effektivt orientert om stadig nye uhell underveis: Toalettene var plutselig tette og toget ble stående lenge på et hittil ukjent sted mens det ventet på noe selv togledelsen ikke forsto. Bortsett fra at toget vitterlig rullet av gårde i retning Hamburg, gikk det meste galt. Konduktørens beklagelser over høyttaleren fikk etter hvert et bønnemessig preg, som om bare høyere makter nå kunne redde oss. Vi kom oss til slutt av toget, men før vi hadde rukket å komme tilbake til Oslo hadde Deutsche Bahn allerede forsynt oss med en ny melding på mail: «In order to continuously improve our DB Autozug product range» ble vi bedt om å bruke 20 minutter (!) på et spørreskjema om våre erfaringer med selskapet. Ingenting overlatt til tilfeldighetene der i gården!

Episoden minnet meg om at feilmeldingssystemer i seg selv ikke er ensbetydende med at brukerne til slutt får bedre tjenester.

Et meldesystem kan fort bli et digert forsvinningsnummer for dårlige nyheter om det ikke resulterer i tiltak som forhindrer uhell i fremtiden. I likheten med jernbanen har helsetjenesten lenge vært en sinke når det gjelder gode meldingsrutiner. Det skyldes trolig den tradisjonelt hierarkiske strukturen på sykehusene, med lokale småpaver som ikke vil ha sin påståtte ufeilbarlighet ødelagt av småtabber eller nesten-tabber. Feilskjær er aldri bra for egoet. Generelt er helsepersonell altfor dårlige til å si fra om uhell. En god kultur for dette mangler. Norsk helsetjeneste er god, men den kunne vært mye bedre om man hele tiden hadde lært av feilene man gjør.

I disse dager diskuteres det om Nasjonalt senter for pasientsikkerhet skal overta ansvaret for arbeidet med feilmeldinger fra Helsetilsynet. Helseministeren ser ut til å gå inn for dette (se Sykepleiens temasider). Hun vil åpne for at det skal kunne meldes anonymt, slik at flere vil si fra om uønskede hendelser. Mens Helsetilsynet i dag sitter med sanksjonsmyndighet overfor helsepersonell som begår tabber, skal en overføring til kunnskapssenteret sørge for at det utvikles strategier for strukturelle endringer som gjør uønskede hendelser mindre sannsynlig. Haken med ideen er imidlertid at anonyme feilmeldinger på denne måten ikke kan sjekkes nærmere, og at Helsetilsynet vil miste muligheten til å gå inn i aktuelle saker når noen endelig har tatt mot til seg og slått alarm.

Personlig er jeg ikke overbevist om at en overføring av ansvaret i seg selv vil føre til en forbedring. Problemet med Deutsche Bahn var ikke at vi manglet muligheter til å si fra om at vi led oss gjennom togturen til Hamburg, men at de hadde latt være å skifte ut et system for airconditioning som ikke tåler varme. Det har de sikkert visst om lenge.

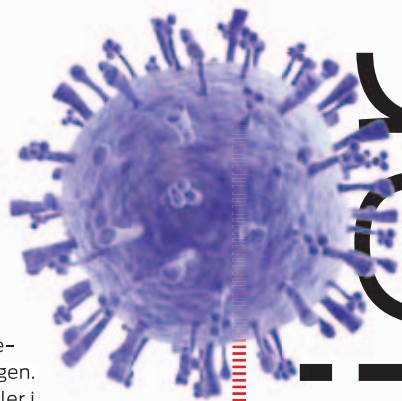
Det mest logiske er at alle forener krefter for å finne gode løsninger. La Helsetilsynet fortsatt sitte med ansvaret for å motta feil, så kan pasientsikkerhetsforskerne få anonymisert materiale fra tilsynet for å finne de glupe ideene!



*Barth Tholens*

## Adjø pandemi

Snart ett år etter at nordmenn sto i kø for å vaksinere seg mot H1N1 eller svineinfluensa, er pandemien offisielt avblåst. Det er nå så mange i verden som er vaksinert at spredningen av svineinfluensa nå ligner vanlig sesonginfluensa. Svineinfluensa sirkulerer for øyeblikket ikke i den norske befolkningen. I sommer har det vært noen tilfeller i Norge, men smitten er plukket opp på reise i områder med sykdom. Norge har ikke lenger høy beredskap for viruset, men er forberedt på at svineinfluensa kan komme tilbake under influensasessongen til vinteren. Den årlige influensavaksinen vil derfor beskytte mot H1N1.



**EXIT:** Over for denne gang.  
Foto: Scanpix

Kilde: Folkehelseinstituttet

## – Overdriver helseeffekten av arbeid

Forsker Knut Halvorsen mener myndighetene driver med en ensidig og feilaktig misjonering av den mye omtalte arbeidslinjen.

– Myndighetene har en overdreven tro på at det beste for helsen er å stå lenge i arbeid. For mange er tidligpensjonering det beste helserådet, sier forsker Knut Halvorsen til forskning.no.



**USUNT?** Kanskje sunnere å ta det med ro. Foto: Colourbox

## Nødnettet er på lufta



17. august ble det nye nødnettet offisielt åpnet av statsråd Trond Giske. Østfold er førstemann ut og alle de tre nødetatene politi, brann og helse, er samlet i ett nett. I løpet av høsten skal Akershus, Oslo og deler av Buskerud følge etter. Foto: Helse førde

Helsedirektoratet

## Vekttap mot urinlekkasje

Rundt seksti prosent av gravide kvinner opplever urinlekkasje i løpet av svangerskapet. Å gå ned i vekt etter fødselen beskytter mot urinlekkasje, viser UiB-forskning.

– Dette er ny kunnskap som helsepersonell bør viderebringe til gravide, sier forsker Stian Wesnes ved institutt for samfunnsmedisinske fag til nettavisen På høyden.

Han er den første som har dokumentert hvordan vekttap etter fødsel reduserer faren for urinlekkasje. Forskningsresultatene er publisert i tidsskriftet American Journal of Epidemiology.

På høyden

**PÅ SLANKERN:** Etter en graviditet er faren for urinlekkasje størst hvis man beholder for mange kilo. Foto: Marit Fonn



# HVA SKJER

### Les mer om:

- 10** Vil halvere antallet flyreiser ›
- 12** Skift og turnus ikke likestilt likevel ›
- 16** Pensjonister som rører på seg ›
- 18** Sommeravvikling bedre enn i fjor ›
- 22** Nyfødte og abortpasienter deler korridor ›
- 24** Ulovlig sexy ›
- 27** Vi bare spør Anne Blystad ›

## sykepleien.no

Forbrukerombudet har dømt Byggmakker for å ha brukt en «sykepleier» i en reklame. Skandaløst eller snerpete?



## Team 113



**TEAM 113:** Oslo universitetssykehus. Foto: Live Oftedahl

De kaller seg Team 113 og er syklende ambulansesarbeidere fra Ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus. Nå skal de sykle fra Nordkapp til Lindesnes.

Hensikten er å sette fokus på sikkerhet for barn og voksne i trafikken. På sin vei håper de på drahjelp fra media. Ikke minst når det gjelder å få ut informasjon om hvor viktig det er å bruke hjelm. Team 113 består av: Ragnar Eid, Tor Jørol, Torbjørn Kvam, Kjell Lyshaug, Karianne Aune, Are Kittelsen, Helge Rønning og Frode Ryen fra seksjon Asker.

### Fakta om sykling og bruk av hjelm

- › Å bruke sykkelhjelmer reduserer risikoen for hodeskader med 60–80 prosent
- › Hvert år søker ca. 4500–5000 personer legebehandling etter sykkelskader.
- › De fleste skadene er mindre alvorlige
- › De alvorligste skadene og de som oftest gir varige plager, er skader på hode/ansikt og nakke/skulder.
- › Omkring 20 % av de alvorligste skadene er hodeskader.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå omkom ni syklister og 626 ble skadet i 2009 på landsbasis. Tallene omfatter kun ulykker som er meldt til politiet.

Oslo universitetssykehus

## Forskningsdirektør ansatt

John Torgils Vaage er ansatt som ny forsknings- og utviklingsdirektør i Helse Sør-Øst RHF. Vaage er utdannet lege og spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin. Han har vært leder for Fagrådet for medisinske støttefunksjoner i Helse Sør-Øst i ett års tid.

Helse Sør-Øst

## Vil ikke jobbe på Ahus

Ahus sliter med rekrutteringen før sykehuset tar over pasientene fra Follo og Alna bydel fra nyttår.

– Det er veldig skuffende at så få har søkt! sier HR-direktør ved Ahus Jan Inge Pettersen til NRK.

Ahus trenger 780 nye ansatte innen første januar. Etter første utlysning er kun 230 stillinger besatt.



**UPOP:** sykepleiere nøler med å ta jobb på Ahus. Foto: Ahus





Illustrasjon: Øivind Hovland

## Legeforeningen støtter NSF

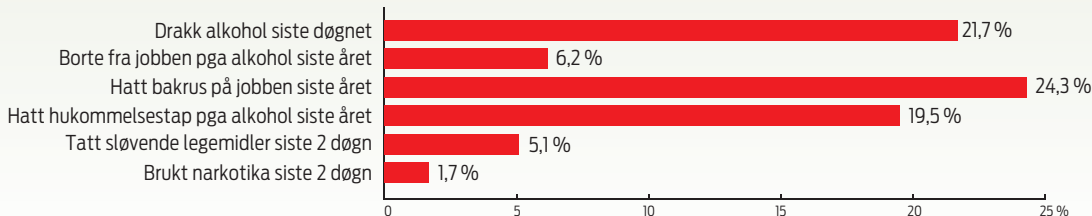
Også Legeforeningen er skeptiske til kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. – Ordningen fører til at kommuner blir økonomisk skadelidende hvis de prioriterer trengende pasienter som bor hjemme eller i omsorgsbolig. Det vil kunne påvirke tilbudet til de sykeste gamle, som utgjør hovedvekten av gruppen utskrivningsklare pasienter, på en negativ måte, sier President i Legeforeningen Torunn Janbu.

*Legeforeningen*



**BEKRYMRET FOR KOMMUNENE** hvis de må betale for utskrivningsklare pasienter, det vil gå ut over de sykeste eldre, mener president Torunn Janbu i Legeforeningen.

## Bruk av rusmidler i arbeidslivet



Kilde: Pilotstudie av rusmiddelbruk i arbeidslivet 2008-2009. Folkehelseinstituttet og SIRIUS.

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



### Lærer forskjellig på skole og praksis

Redusert bemanning, dårlig ledelse og frykten for å bli upopulær, mobbet og utestengt er årsaken til at de ansatte ofte følger feil praksis på avdelingen.

*Aase Iren Hegelstad*



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



**299 kr**

eks. mva per deltaker.  
OBS! merk at det til-  
kommer mva!

## HØSTENS STORE AKTIVITETSKONKURRANSE!

KONKURRANSEPERIODE: 16. SEPTEMBER – 4. DESEMBER

Igjen er det tid for Dytt sin store aktivitetskonkurranse, som kjennetegnes av at den er engasjerende for alle, uansett fysisk form. Dette har ført til at mange avdelinger fra sykehus som: Akershus universitetssykehus, Rikshospitalet, St. Olavs Hospital, Haukeland Sykehus, Sørlandet sykehus og mange flere har gått med dytt. I høst starter nå vårt nye og spennende konsept, hvor man skal gå jorden rundt på 80 dager. Meld på din avdeling du også innen **13. september**, så vil dere få tilsendt startpakke med skrittellere og informasjon i god tid før konkurransestart.

PÅMELDING PÅ: [WWW.DYTT.NO/JORDENRUNDT](http://WWW.DYTT.NO/JORDENRUNDT)

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

Friskere og Gladere medarbeidere



## HVA SKJER KLIMA

# Må fly mindre

Sykepleierforbundets ansatte flyr litt mindre, men utslippet av klimagasser økte fra 2008 til 2009.

Tekst og foto **Marit Fonn**

**D**et er andre gang Norsk Sykepleierforbund (NSF) har fått regnet ut hvor mye klimagasser bedriften slipper ut.

Klimaregnskapet for 2009 viser at NSF slapp ut 5 prosent mer av CO2 enn året før. Over tusen tonn var resultatet i 2009.

### Flyreisene er verstingen

Flyreisene står fortsatt for størsteparten av bedriftens CO2-utslipp, det vil si 63 prosent.

Elektrisitet og fjernvarme er årsaken til en firedel av CO2-utslippet. Kilometergodtgjørelsen har nesten doblet seg fra 2008 til 2009. Den har skylden for 12 prosent av klimagassene.

– At den har økt, skyldes at vi har mer riktige tall nå, sier seniorrådgiver Liv Heidi Brattås Remo, som leder klimaprojektet i NSF.

– Flere ansatte har registrert sine kjørte kilometere. Førrige undersøkelse var basert på en del gjennomsnittsberegninger.

Remo hadde håpet på enda færre flyreiser. Det er mulig å få til ved å øke bruken av videokonferanser, mener hun. Nå trengs en holdningskampanje.

– Du har sagt at målet er å halvere antallet flyreiser. Blir det uoppnåelig?

– Vi gir oss ikke på det. Det er det vi må jobbe mot. Så får vi se om det er realistisk. NSF har kontorer i hele landet og vi må jo møtes og snakke ansikt til ansikt. Men jeg vet at særlig de i fylkene gjerne vil slippe å reise så mye som de nå gjør. Målene våre er skyhøye.

NSFs landsmøte i 2007 vedtok at klimapolitikk skal være et innsatsområde. Ifølge strategiplanen skal NSF utvikle klimapolitiske tiltak for å forbedre både indre og ytre miljø. Klimaregnskapene er et verktøy for

å få oversikt over tilstanden. Regnskapet omfatter hovedkontoret i Oslo og alle fylkeskontorene, til sammen 211 ansatte og valgte. På landsmøtet i 2011 skal resultatene legges fram.

### Mer fjernvarme

– Andelen fjernvarme brukt til oppvarming har gått opp. Det er positivt. Fjernvarme er en mye mer miljøvennlig oppvarmingskilde enn for eksempel fyringsolje, sier Claudia Villamor i CO2focus, som har laget klimaregnskapet på vegne av NSF.

Hun påpeker at NSF siden sist har fått en bedre oversikt over energiforbruket på de ulike kontorene.

– Den store endringen skyldes først og fremst at datakvaliteten er forbedret.

I år ble det rapportert om fyringsolje for oppvarming bare fra ett fylkeskontor, det vil si Hordaland.

Villamor viser til at strekningen på flyreisene er blitt redusert med 4 prosent. Mens klimautslippet som skyldes flyreisene er redusert med 10 prosent. ■■■



**KLIMAVENNIG:** Liv Heidi Brattås Remo i HR-avdelingen hadde håpet på reduksjon i utslippet. Målet om reduksjon står ved lag.

# TEST PASIENTENE: ER DE MUNNTØRRE?

## Her er symptomene:

- Såre, sprukne slimhinner
- Sviende fornemmelse i munnen
- Ubehag ved å snakke, spise og svelge
- Dårlig ånde
- Hull i tennene

## Sykdom, medisiner, alder og livsstil kan gi munntørret

Det kan være mange årsaker til munntørret. Likevel er det få som er klar over at munntørret kan gi fysiske plager og være sosialt hemmende. Er du helsepersonell, spør pasientene dine om symptomene og sørg for at de får hjelp. Xerodent fremmer spyttsekresjonen, forebygger karies og hemmer bakterievekst i munnhulen.

**\*FØRSTEVALGET**

Bestill smaksprøver og brosjyrer på e-post:  
kundeservice@actavis.no eller tlf: 815 22 099 (man-fre 9-15)

# Xerodent<sup>®</sup> - mot munntørret

Xerodent sugetabletter er et legemiddel som inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet over 0,75 mg/l. Fluordosen i sugetablettene virker sammen med fluor fra andre produkter som tannkrem og skyllevæsker. Les pakningsvedlegget.

\*Kilde: Den norske tannlegeforening "Tidende", 2005; 115: 642 - 6



# Skift og turnus ikke likestilt likelevel

Trodde du turnus og skift skulle likestilles fra 1. desember? Ikke helt. Men det er blitt mer rettferdig enn det var.

Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M Sundt og Stig M Weston



**F**ørst hørte vi at tredelt turnus skulle likestilles med helkontinuerlig skift fra årsskiftet i år, etter en endring i Arbeidsmiljøloven. Så fikk vi vite at det ikke skulle gjelde før fra 1. desember. Denne likestillingen av skift og turnus har blitt formidlet i mange kanaler, også på NRKs Dagsrevyen og på Norsk Sykepleierforbunds (NSF) egne nettsider dagen etter at sykehusstreiken var over.

Nå viser det seg at tredelt turnus ikke er blitt helt likestilt med helkontinuerlig skift. Verken når det gjelder antall timer som jobbes i uka, eller metode for utregning. Men det er blitt mer rettferdig enn det var, når sykepleierne skal belønnes med fritid som kompensasjon for ugunstig arbeidstid.

#### – Utbredt misforståelse

– Det er en utbredt misforståelse at turnus er blitt likestilt med skift. Det blir mer riktig å si at det fra 1. desember innføres nye bestemmelser for tredelt turnus, sier Anne-Kari Bratten, viseadministrerende direktør i arbeidsgiverforeningen Spekter.

– Jeg vil tro at Spekter sier dette fordi de ikke var enige i at det opprinnelige systemet for utregning var urettferdig. Det var ikke så urettferdig som sykepleierne skulle ha det til, men det var et problem at måten man regnet kompensasjon for natt- og helgearbeid var tilpasset industrien, hvor det er mange som jobber helkontinuerlig skift med en uke kveld, en uke natt og en uke dag, sier professor Steinar Holden ved økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.

Han ledet utvalget som foreslo den nye loven med gradvis kompensasjon i 2008. Dette gir en

slags lineær reduksjon i arbeidstiden som er proporsjonal med antall natt- og helgetimer. Denne måten å regne på er å foretrekke for turnusarbeidere fremfor den metoden som hittil har vært benyttet: En trappetrinnsmodell der man måtte ha flere natte- og helgevakter før man i det hele tatt ville få noen uttelling. Skiftarbeiderne har valgt å beholde trappetrinnsmodellen, selv om Holden-utvalget opprinnelig foreslo gradvis kompensasjon også for de i døgntinuerlig skift. De har 35,5 timers uke og jobber ikke helger.

## «Dette viser bare hvor politisk vanskelig det er å få like rettigheter» Lisbeth Normann

– Det er blitt en fullstendig nøytral ordning. Kanskje hadde det vært et bedre begrep å bruke enn likestilling, sier professoren.

#### En halvtime mindre i uka

Fra første desember skal en time nattarbeid regnes som en time og 15 minutter, mens en time på søn- og helligdag regnes som 1 time og 10 minutter, for de i tredelt turnus.

For de sykepleierne dette gjelder, vil det si gjennomsnittlig en halvtime mindre jobb i uka, med samme lønn. Skulle de i tredelt turnus jobbet like lite som skiftarbeiderne i helkontinuerlig skift, måtte reduksjonen vært på gjennomsnittlig 1,9 timer i uka, siden en skiftarbeider i helkontinuerlig skift har en normalarbeidstid på 33,6 timer per uke, mens en turnusarbeider i tredelt turnus hittil har hatt 35,5 timer.

– Skiftarbeidere jobber gjennomsnittlig seks ganger så mange netter og dobbelt så mange helger som turnusarbeidere i helseforetakene. Dette er årsaken til at deres ukentlige arbeidstid er kortere, forklarer Bratten.

– Skulle de i tredelt turnus ned på 33,6 timer i uka, ville det ikke vært noen likestilling. Det ville vært en favorisering av turnusarbeiderne, siden skiftarbeiderne jobber mange flere netter og helger. De som har det beste systemet som gir kortest arbeidstid nå, er faktisk de i tredelt

turnus, siden mange skiftarbeidere har 35,5 timers uke, sier Holden, og legger til at det gjelder de i døgntinuerlig skift, som ikke jobber i helgene.

#### Blitt mer likestilt

– Det er riktig at turnus ikke er direkte likestilt med skift, bekrefter Lisbeth Normann, leder i NSF.

– *Hvorfor sier dere det da?*

– Det er blitt MER likestilt i den forstand at de som har mest vaktbelastning får mest reduksjon, men ikke hvis du ser på antall timer i uka for de to gruppene, sier hun.

– *Likevel kommuniserer dere at det er blitt likestilt?*

– Vi har kommet veldig langt, og vil fortsette å jobbe med å få inkludert de som bare jobber



## Forvirring blant sykepleierne

– **DET HAR VÆRT EN UTFORDRING** å forklare medlemmene hva det betyr at turnus har blitt likestilt med skift, sier foretakstillitsvalgt Knut Jørgen H. Rotabakk ved St. Olavs Hospital Trondheim.

– Ordet «likestilling» i denne sammenhengen har vært veldig godt egnet til forvirring, sier Rotabakk.

Mange har trodd at det har vært snakk om at turnusarbeiderne skulle ned på 33,6 timers uke, som skiftarbeiderne. Han forteller om flere sykepleiere som reagerer med å si at «dette er jo ikke likestilling!».

Også foretakstillitsvalgt Mette S. Kjos-Hanssen ved Sørlandet sykehus

melder om flere medlemmer som har trodd dette.

– Jeg var derfor tidlig ute med å sende en oppklarende mail til alle medlemmene, sier hun.

Rotabakk forteller at de har regnet ut at en sykepleier i snitt må ha minst én nattevakt per uke og jobbe hver tredje helg for å få noen uttelling i form av reduksjon i arbeidstid, med det nye systemet.

– Det blir stort sett kun på de mest akutte avdelingene sykepleierne vil få en uttelling av dette. De som får høyest uttelling hos oss, er akuttavdelingen og intensivenhetene. Men de ansatte på anestesivdelingen vil for eksempel ikke få noe utbytte, siden sykepleierne

der arbeider hver fjerde helg, sier han.

Rotabakk gruer seg litt til alt styret som vil komme i forbindelse med vaktplanene. Den første oktober skal planene for neste år være ferdige, men hvordan det nye systemet skal regnes ut i detalj, vil ikke være klart før seinere på høsten.

– Det betyr at vi må gå inn og stryke vakter etter at planen er laget. Da er det jo dagvaktene som må tas, ellers vil grunnlaget for arbeidstidsforkortelsen bli endret. Dermed blir det ekstra tøffe vaktplaner med enda høyere ubekvemsbelastning, noe som er et stort problemområde på de nevnte avdelingene fra før. Det vil bli en begivenhetsrik høst, konkluderer han.

– *Det høres ut som om det ikke var*



**MANGE HAR TRODD** at det har vært snakk om at turnusarbeiderne skulle ned på 33,6 timers uke, som skiftarbeiderne sier Knut Jørgen H. Rotabakk.

*så mye å feire da denne ordningen ble klar?*

– Jo, absolutt! Det er et skritt videre på veien. Nå er forskjellen mellom lov og tariff blitt mindre.

nattevakt også. Arbeidet med å likestille skift og turnus viser bare hvor politisk vanskelig det er å få like rettigheter for kvinner som for menn.

Anne-Kari Bratten korrigerer alle journalister som spør henne om likestilling av skift og turnus.

– Hvorfor har ikke Spekter korrigert bildet som har blitt skapt i media tidligere?

– Hvordan NSF og Unio uttaler seg om denne saken, får stå for deres regning. Jeg har gitt opp å korrigerer media, men jeg er nøye med mine egne sitater, sier Bratten.

### Likestillingsmessige virkninger

Lisbeth Normann forklarer at det har tatt

mange års jobbing for at turnusordninger i helsesektoren, hvor store kvinnedominerte grupper jobber, skulle få en arbeidstidsreduksjon som tilsvarte belastningene av natt- og søndagsarbeid.

– De nye reglene er ment å rette på dette. Derfor vil de ha viktige likestillingsmessige virkninger. Helsemessig sett er det for eksempel mer belastende å jobbe tredelt turnus i forhold til å jobbe en hel uke kveld, dag og natt, som skiftarbeiderne gjør, sier hun.

### Langweekend til våren?

En halv times reduksjon i arbeidstiden i uka,

vil si at gjennomsnittssykepleieren i teorien må bruke 14 uker på å tjene seg opp en fridag.

– Dette vil slå veldig forskjellig ut for den enkelte sykepleier, avhengig av antall natt- og søndagstimer i turnusen. Noen vil få bare et kvarter, mens andre kan få opptil to timer. Uansett vil ingen i tredelt turnus få mindre enn 33,6 eller mer enn 35,5 timer i uka, opplyser Normann.

NSF starter opp kursing av tillitsvalgte i den nye beregningsmetoden 30. august. Det siste kurset skal være ferdig 27. oktober.

– Kan den enkelte sykepleier henvende seg til sin tillitsvalgte etterpå for å finne ut hvordan lovendringen vil slå ut for dem?

– Ja, men de vil nok ikke få fullgode svar før de nye turnusene er ferdig utarbeidet. Det er fremdeles mange spørsmål som må avklares, og vi er i dialog med Spekter om forståelsen og praktiseringen av de nye reglene, sier Normann.

Jo mer en sykepleier jobber kvelds-, helge-

**«De som har det beste systemet som gir kortest arbeidstid nå, er faktisk de i tredelt turnus.»** Steinar Holden



### Medlemsfordeler på banktjenester

På [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) finner du dine medlemsfordeler på banktjenester. Les mer og ta kontakt, det kan lønne seg.

**Du kan også ringe 04800 eller komme innom et av våre kontorer.**

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

**DnB NOR**

## Forvirring i media

I **DAGENS MEDISIN.NO** den 1. juni ble stortingsrepresentant Karin Andersen intervjuet der hun jublet for turnuslikestilling. Intervjuet ledsages av tall som er helt feil.

Stortingsrepresentant Karin Andersen (Sv) er en av flere politikere som har kalt arbeidstidsreformen for tredelt turnus for en likestilling mellom turnus og skift. Andersen sier hun gjør det fordi den nye måten å regne ut arbeidstiden på, gir en likestilling i måten å sammenligne arbeidstiden på.

– Fagorganisasjonene kaller det også en likestilling. Men det er vanskelig å sammenligne turnus med skift, siden helkontinuerlig skift går som klokka, mens man har både to- og tredelt turnus i helsesektoren, medgir hun.

I Dagensmedisin.no ledsages et intervju med Karin Andersen med et regnestykke som sier at turnusarbeidere nå skal få redusert den ukentlige arbeidstiden med 1,9 timer, slik at de skal

få den samme arbeidstiden som skiftarbeidere, på 33,6 timer i uka.

– Dette er jo feil. Turnusarbeiderne får i gjennomsnitt bare en halvtime redusert arbeidstid?

– Jeg har ikke sett oppslaget i Dagens Medisin, men det er vanskelig å si hvor mye den enkelte turnusarbeider vil få i ukentlig arbeidstidsreduksjon. Det har med antallet ubekvemme vakter å gjøre, sier Andersen.

– 0,5 timer er anslått i NOU-rapporten fra Holdensutvalget som et gjennomsnitt for dem som arbeider i tredelt turnus.

– Ja.  
– Viser ikke regnestykket til journalisten at det er lett å misforstå når dere kommuniserer at skift og turnus er blitt likestilt?

– Vi snakker om sammenlignbar turnus og skift og jeg mener det er dekning for å bruke likestilling, men hvis noen finner på et bedre ord, kan jeg være med på det.

og nattevakter i den tredelte turnusen, jo mer reduksjon i arbeidstiden kan vedkommende vente seg.

– En del sykepleiere vil nok kunne planlegge en eller flere langweekender til våren, sier Normann.

#### Arbeidsgiver betaler

Arbeidet med nye arbeidsplaner pågår nå i helseforetakene. Kostnaden er ventet å være rundt 146 millioner kroner på årsbasis, ifølge Bratten.

I NOU-rapporten er kostnaden stipulert til over 200 millioner kroner. I NRKs dekning av utfallet av Unio-streiken på Dagsrevyen 1. juni, ble det nevnt 100 millioner kroner. Da ble det presentert som usikkert hvor pengene skulle komme fra. Det eneste som var sikkert, var at de ikke skulle tas fra uniomedlemmene, det hadde Unio fått tariff-festet.

– Vi forventer at de pengene skal ligge i statsbudsjettet, sier Normann.



**MER LIKESTILT:** – Det er blitt MER likestilt enn det var, sier NSF-leder Lisbeth Normann til forsvar for hvorfor NSF har kommunisert at skift og turnus er blitt likestilt.

– Det blir en ekstra kostnad som må belastes sykehusenes budsjetter, sier Bratten.

Det er anslått at ordningen vil omfatte minst 10 000 sykepleierårsverk, men både Bratten og



**UTBREDT MISFORSTÅELSE:** Anne-Kari Bratten mener det er en utbredt misforståelse at tredelt turnus er blitt likestilt med helkontinuerlig skift. Hun er viseadministrerende direktør i arbeidsgiverforeningen Spekter.

Normann mener det er for tidlig å si noe om dette tallet stemmer. I NOU-rapporten står det at innføringen av den nye beregningsmåten vil kreve cirka 141 nye årsverk. ■■■



## Nyhet: Nå kan du gi pasientene dine nyttig informasjon

Decubal Pluss er helt gratis og har mange gode råd om pleie av tørr hud for alle som ønsker å vite mer

### I Decubal Pluss får du:

- Grundig veiledning om produktvalg og hvordan produktene skal brukes
- Tilgang til ekspertpanelet vårt
- E-mails med mange gode råd for best mulig pleie av tørr hud

**DECUBAL**  
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

Ønsker du gratis brosjyrer til pasientene dine? Send en mail til [kundeservice@actavis.no](mailto:kundeservice@actavis.no)

Meld deg inn på [decubalpluss.no](http://decubalpluss.no) nå!

Det er 13 produkter i serien



Decubal Intensive Cream

Decubal Body Cream

Fås kun på apoteket

# Pensjonister som rører på seg

En ensom skikkelse, halvsovende i stolen mens hun venter på hjemmesykepleien. Ett av flere skrekkbilder skapt rundt det å bli eldre og pensjonist. – Tull og fanteri, mener Torild Bjørlykke (67) og Anne Lise Rustung Jemtland (69).

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Marit Fonn

**D**e to tidligere helsesøstrene passer så absolutt ikke inn i myten om passive, omsorgstrengende eldre som utgjør en økonomisk trussel mot den norske velferdsstaten. De er aktive, som de alltid har vært. Ikke lenger i yrkeslivet, men på mange andre arenaer.

I februar i år sto Torild Bjørlykke og Anne

på oss, sykehjemsplasser, legehjelp som tærer på samfunnsøkonomien og tømmer statskassa i utbetaling av pensjoner. Politikere og byråkrater har ikke fått med seg at eldre i all hovedsak er en ressurs.

Det vil Bjørlykke sammen med Anne Lise Rustung Jemtland og andre NSF-pensjonister i Oslo og Akershus motbevis, og inviterer til

forslag til ny pensjonsbeskatning som ble lagt fram i vår.

– Forslaget ville betydd økt skatt for pensjonister med pensjon over 281 000 kroner. Unio var raskt på banen og forslaget ble trukket. Det viser at det trengs årvåkne fagforbund. All ære til fagforbundene som gjennom årene har kjempet fram en pensjon som de fleste opplever som brukbar. Men som pensjonister må vi også selv ta ansvar. Med den nye pensjonsreformen rett rundt hjørnet er det på grensen til gambling å innta rollen som gratispassasjer, mener Bjørlykke og Rustung Jemtland.

## «Tanken på å bryte tvert med yrkeslivet var ikke helt grei.»

Pensjonert sykepleier Torild Bjørlykke

Lise Rustung Jemtland sammen med Sigrd Wisløff faddere for NSF Oslo og Akershus Pensjonistforum, i tett samarbeid med NSF fylkeskontorer i Oslo og Akershus.

### 67 år ingen alder

– Trodde jeg ble gammel da jeg fylte 67 tidligere i år. Men nå har jeg vært på tematur med Landslaget for offentlige pensjonister til Istanbul, og funnet ut at jeg i grunnen er på den nederste skala av dem som kalles eldre. Flere på turen var over 80 år og fortsatt fantastisk spreke både i sinn og kropp, forteller leder i det nystiftede Pensjonistforum, Torild Bjørlykke.

Hun opplever at når det blir snakket om eldrebølgen så er det nesten alltid som noe negativt.

– Eldrebølgen er langt på vei blitt et mobbeord som gir oss litt tilårskomne dårlig samvittighet. Vi får stadig høre at vi blir for mange, at vi trenger så mange omsorgspersoner til å ta vare

første medlemsmøte i det nystiftede Pensjonistforum denne måneden.

### Trengs på barrikadene

Å slutte som yrkesaktiv sykepleier betyr ikke at du ikke lenger har nytte av medlemskap i forbundet. Og forbundet av deg. Det er meldingen fra de to pensjonistene.

– Dagens pensjonsordninger er under stadig press. Og i likhet med lønnsforhandlinger blir det gjennomført trygdeoppgjør for pensjonister som fagforbundene deltar i. Selv om Unio har gjort og gjør en god jobb, er det viktig med aktive pensjonister som sier ifra om hva de mener i saker som berører oss. Vi må slutte å snakke om eldregruppen, når det vitterlig er snakk om mennesker med kunnskaper og erfaringer høstet gjennom 30 til 40 år i yrket. Vår sterke anbefaling er at hver enkelt fortsetter som aktive medlemmer også etter at de er blitt pensjonister. Det er behov for oss på barrikadene.

De to trekker blant annet fram regjeringens

### Å kunne velge selv

Torild Bjørlykke jobbet fram til hun fylte 65 år, med kombinert tjenstepensjon og jobb fra 62 til 65 år. Hun benyttet seg av den såkalte 85-årsregelen, som gir mulighet til å gå av ved 65 år hvis summen av årene man har jobbet i stat eller kommune pluss nåværende alder er 85 år eller mer.

### Pensjonistforum

NSF Oslo og Akershus Pensjonistforum ble etablert februar 2010. Målet er å være en aktiv møteplass for pensjonerte sykepleiere i NSF Oslo og Akershus, og et informasjonsforum for sykepleiefaglige og aktuelle samfunnsprospørsmål gjennom foredrag og diskusjoner. I tillegg vil forumet legge til rette for sosialt fellesskap.

Forumet har egen nettside:  
[www.sykepleierforbundet.no/pensjonist](http://www.sykepleierforbundet.no/pensjonist)





**AKTIVE PENSJONISTER:** Leder i Oslo og Akershus Pensjonistforum Torild Bjørlykke (til høyre) og nestleder Anne Lise Rustung Jemtland inviterer til første medlemsmøte 7. september på Ullevål universitetssykehus.

– Tanken på å bryte tvert med yrkeslivet, som har vært en viktig del av livet i mer enn 40 år, var ikke helt grei. 85-årsregelen åpnet for en gradvis nedtrapping mot et liv som pensjonist, sier Bjørlykke.

Politikerne snakker varmt og mye om å stå lengst mulig i jobben. For Anne Lise Rustung Jemtland viste dette seg å være kun vakre ord. Den erfarne sykepleieren ønsket å stå i jobben til hun ble 70 år, men dette var ikke aktuelt, ifølge arbeidsgiver Ullevål universitetssykehus.

– Jeg passet visst ikke inn i omorganiseringene som skjedde ved sykehuset. 40 års yrkeserfaring var tydeligvis ikke det sykehusledelsen trengte, sier Rustung Jemtland.

#### Talsrør for pensjonistene

I fjor flyttet Bjørlykke fra Trondheim til Oslo. Hennes første møte med NSF Oslo og Akershus var pensjonisttreffet som ble arrangerte i Gamle losjen i fjor.

– Nærmere 300 NSF-pensjonister møtte opp, og mange fikk ikke plass. Det er bare

## «Eldrebølgen er langt på vei blitt et mobbeord som gir oss dårlig samvittighet.»

*Pensjonert sykepleier Torild Bjørlykke*

en ting å si – imponerende. Her møttes erfarne sykepleiere med bredt kunnskaps- og kompetanseområde innen mange felt og som fortsatt ønsket kontakt med NSF.

Etter pensjonisttreffet tok Bjørlykke kontakt med fylkeskontorene for å høre om det var interesse for å starte et pensjonistforum. Tilbakemeldingen var svært positiv.

På neste pensjonisttreff, som ble arrangert på Grand Hotell i januar, var oppslutningen enda større. Bjørlykke benyttet sjansen til å lodde stemning for å opprette et Pensjonistforum i regi av de to fylkeskontorene. Hun fikk positiv tilbakemelding fra flere.

Da var det bare å gå i gang. De tok kontakt med pensjonistforumet i Hordaland, som

startet allerede i 1996. Og med drahjelp fra NSF's tidligere generalsekretær Gunvor Instebø var det nesten som å komme til dekket bord.

– Hva er formålet med det nye pensjonistforumet?

– Det skal være en aktiv møteplass for pensjonerte sykepleiere som er medlemmer av NSF Oslo og Akershus, og et informasjonsforum for sykepleiefaglige og aktuelle samfunns spørsmål gjennom foredrag og diskusjoner. Aktuelle tema vil blant annet være samhandlingsreformen og folkehelsemeldingen. I tillegg vil forumet også legge til rette for sosialt fellesskap, sier Torild Bjørlykke og Anne Lise Rustung Jemtland. ■■■

# Bedre enn i fjor

I fjor leide helsevesenet inn sommervikarer som utgjorde 1880 årsverk fordelt på 7500 personer.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Colourbox**

**S**ommeren er i ferd med å gå over i høst og ferieavviklingen i helsenorge skal evalueres. Tradisjonelt er sommeren en kime til hodebry for arbeidsgivere og tillitsvalgte. Huller i turnus og mye bruk av vikarer. Tidligere år har NSF lokalt sendt bekymringsmeldinger til både helsetilsyn og arbeidstilsyn. Store oppslag i lokalaviser og rikspresse er nesten blitt tradisjon. Men i år har det vært stille.

Verken Sykepleierforbundet eller Arbeidstilsynet har så langt fått inn saker.

## Redder vikarene sommeren?

Kan det være slik at det er vikarer som redder ferieavviklingen i helsenorge ved at de jobber uforsvarlig mye?

vedstaden forteller en sykepleier at de har hatt innleide vikarer som har jobbet doble vakter.

## NSFs sommeravtale

De siste årene har NSF åpnet for at arbeidsgivere kan inngå skriftlig avtale slik at sykepleiere som har lyst kan utvide arbeidstiden. Men det skal kompenseres i form av økt betaling.

Avtalen er slik:

- › Den inngås mellom NSF sentralt og virksomheten. Avdelinger og lokale tillitsvalgte inngår deretter en lokal avtale.
- › Minimum godtgjøring er 550 kroner per time for sykepleier og 600 kroner per time for spesialsykepleier, jordmor og helsesøster.
- › Daglig arbeid skal ikke overstige 12 timer.

ingen rolle om de kommer fra vikarbyråer eller om de ansetter dem selv. Det er arbeidsgiver som skal forsikre seg om at de som får jobbe der har de kvalifikasjoner som trengs, sier fagsjef Aud Nordal i Statens helsetilsyn.

## Drastisk ned på St. Olavs

– Har dere brukt mye vikarer ved St. Olavs Hospital i sommer?

– Totalt forbruk akkumulert per juli 2010 er halvert i forhold til i fjor. Flere avdelinger rapporterer også om mindre innleide vikarer i sommer enn tidligere år. Det har blant annet ført til at det er inngått avtale om hjemmevakt på natt ved en avdeling. Mange avdelinger har faste deltidsansatte som har inngått avtale om sommerferievikariat. De har utvidet sin stilling for sommeren. Andre avdelinger igjen har brukt sykepleierne litt på tvers. Likevel rapporterer flere tillitsvalgte om at de ikke har fått det antallet vikarer som avdelingen har hatt behov for, sier NSF foretakstillitsvalgt Knut Jørgen H. Rotabakk.

## Bedre i år

Han opplever i det store og hele at sommeren har gått bedre i år enn i fjor.

– Planleggingen oppleves som bedret siden det i år har vært en sentralisering når det gjelder mottak av søknader på ferievikariater. Videre har belegget ved sykehuset vært noe bedre i år enn i fjor, sier han.

Av negative tilbakemeldinger han har fått, sier Rotabakk at akuttmottakene og intensivenhetene har hatt det ekstra travelt. Det sammen gjelder føde- og barselavdelingen.

– Har dere kontroll med hvor mye vikarene jobber?

– Vi kan få kontroll dersom vi ber om utskrift av ajourhold etter sommerferien, siden sommerferien har en tendens til å bli avvirket noe annerledes enn den planlegges, sier Rotabakk.

Han har fått meldinger fra flere tillitsvalgte som rapporterer om bruk av dobbeltvakter.

– Det er ulovlig i henhold til arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Dette meldes ofte som uforsvarlig lange vakter, sier han.

Vikarene ønsker ofte å jobbe så mye som mulig.

**«Nu är jag trött! 86,5 timmar på 6 dygn, då borde man få va trött. Ska snart sova.»** *En svensk sommervikar på Facebook.*

– Jeg har ikke erfaring med at de går lange vakter, men det er en hel del som for eksempel går hjem fra nattevakt kl. 07:30 og kommer tilbake på seinvakt kl. 14:30. Det virker som om det er mer utbredt å jobbe, ha fri en vakt, jobbe, ha fri en vakt, og så videre. Vet også at det er noen som har hatt problemer med at en



**PÅ ULLEVÅL** hadde de ikke kommet helskinnet gjennom sommeren uten vikarene, tror foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken. Foto: Privat.

innleid intensivsykepleier jobber på hovedintensivavdelingen på dagen og tar seinvakt på nevrointensiven. At vikarene går på tvers av klinikker gjør at de blir mye vanskeligere å kontrollere, samt at arbeidsgiver kan pulverisere ansvaret, sier en sykepleier fra et av de store sykehusene i landet.

På et sykehjem i ho-

- › Ukentlig arbeidstid skal ikke overstige 60 timer.
- › Sykepleieren skal minimum ha åtte timer arbeidsfri i løpet av 24 timer, og minimum 28 timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av sju dager

## – Skjerp dere!

I 2004 gjennomgikk Statens helsetilsyn 44 tilsynssaker mot helsepersonell som hadde vært ansatt i mindre enn ett år. De fant at 45 prosent av sakene gjaldt personell som enten var ansatt i vikarbyrå eller utleid fra formidlingsbyrå. I 2005 anmodet Helsetilsynet både vikarbyråene og helseinstitusjoner om å innskjerpe sine rutiner for kontroll av helsepersonells kvalifikasjoner. Helsetilsynet overvåker ikke bedriftene som forsyner helsetjenesten med vikarer, men i et brev ba de arbeidsgiverne i helseforetak og kommuner om å skjerp rutinene når de tok inn folk.

– Det er viktig at arbeidsgiver forstår at de er ansvarlig for alle som jobber for dem. Det spiller



**PENTVÆR:** Alt er ikke bare idyll, men det virker som sommeravviklingen har vært mindre konfliktfylt enn tidligere år. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Som tillitsvalgt synes Rotabakk det vanskeligste kan være å få arbeidsgiver til å forstå hvorfor de tillitsvalgte skal være med i arbeidet med sommerturnus.

– Enkelte arbeidsgiverrepresentanter gir uttrykk for å være av den overbevisning at vår medvirkning ikke er nødvendig. Blant oss tillitsvalgte er vi enige om at det er et problem med dobbeltvakter. Vi er også enige om at når kolleger arbeider annenhver vakt, er det utrygt. Det oppleves også utrygt at kolleger arbeider for mange dager i strekk. For eksempel 13 vakter på 14 dager, sier han.

#### **Mange vikarer ved OUS**

Foretakstillitsvalgt ved Oslo universitetssykehus (OUS), Merete Norheim Morken, sier til Sykepleien at de i motsetning til St. Olavs Hospital har hatt stort forbruk av vikarer i sommer.

– Årsaken er at grunnbemanning har vært så lav ved enkelte avdelinger at det ikke har vært mulig å få avviklet ferie uten innleie. Samtidig er det mange avdelinger som avventer nyansettelser som en følge av den forventede nedbemanning som skal skje i tiden fremover, sier hun.

NSF er bekymret for den økte vikarbruken.

– Å stadig lære opp og jobbe sammen med vi-

karer er belastende på de fast ansatte, og dette påvirker arbeidsmiljøet negativt. Kvaliteten på tilbudet til pasientene vil også kunne lide som følge av mye vikarbruk, sier Norheim Morken.

#### **Positiv utvikling**

Men også hennes hovedinntrykk så langt er at sommeren har gått bedre enn tidligere.

– Vi har hatt en sentral arbeidsgruppe som har jobbet med planleggingen siden i vinter. Koordineringen og samarbeidet mellom klinikkene er blitt bedre, og sammen med en ekstraordinær avtale i forhold til forskyvning av arbeidstid for



## LETT TILGJENGELIG INFORMASJON OM LEGEMIDLER?

Felleskatalogen for iPhone laster du ned gratis fra **App Store**



sykepleiere har nok dette vært med på å bedre avviklingen. Men det er fortsatt avdelinger som har problemer med bemanning. Vi får bare håpe den positive trenden fortsetter, og at dette blir tatt tak i ved planlegging av neste ferieavvikling, sier Norheim Morken.

Hun mener de tillitsvalgte har nokså god kontroll med hvor mye vikarene som blir satt inn i turnusjobber.

– Problemene oppstår når enkelte vikarer veksler mellom arbeidssteder. Vi har per i dag ikke systemer som gjør det mulig å kontrollere arbeidstiden til vikarene på tvers av sykehusene og lokalisasjoner i OUS, sier hun.

Også ved OUS finnes eksempler på sykepleiere som har jobbet doble vakter i sommer. Problemet er størst i spesialavdelingene. Akuttmottaket har slitt spesielt med dette i sommer.

– I hovedsak er ikke dette planlagte doble vakter, men ledige vakter som har oppstått på grunn av sykdom. Uansett er det ikke akseptabelt å bryte lovens grenser for arbeidstid, og slik NSF ser det må man ta høyde for det normale sykefravær når man planlegger turnus. Dette er spesielt viktig på sommeren hvor tilgangen på ekstravakter og vikarer er begrenset, sier Norheim Morken.

### Krever doble vakter

For de lokale tillitsvalgte og de lokale lederne tror Norheim Morken det nok oppleves som vanskelig å si nei til at vikarer jobber dobbelt.

– Mange vikarer stiller et absolutt krav om å få jobbe doble vakter. Men ut ifra den kunnskap vi nå har om hvordan lange vakter øker risikoen for å gjøre feil, bør det ikke være vanskelig for et sykehus som har fokus på pasientsikkerhet å si nei til dette. Mitt inntrykk er vel også at dette går i positiv retning og at det er et større fokus på å begrense denne typen vakter. Tar alle sykehus og ledere sitt ansvar og sier nei, vil det ikke lenger være et marked for disse ulovlige vaktene blant vikarer.

### Størst pågang om sommeren

Even Hagenlien, fagsjef for bemanningsbransjen i NHO Service, opplever at den største delen av vikarene innen helse og omsorg kommer fra Sverige.

– Helse og omsorg er ett av de yrkesområder som ikke er preget av næringslivskrisen. Dette har sammenheng med at kunder i stor grad er offentlig helsevesen samt at det er stor mangel på helsearbeidere i Norge, sier han.

– Nå er det i kommunehelsetjenesten vikarbruk øker mest. I tillegg er sommeren sesongen da trykket på innleie av helsepersonell er spesielt stort.

### Størst i Norge

Adecco er Norges største bemanningsbyrå. Ifølge NHOs bransjestatistikk, kontrollerer selskapet



**I VEKST:** Direktør for Adecco Helse, Bård Kristiansen, kontrollerer nå 40 prosent av vikarmarkedet inn til helsevesenet. Foto: John Bø.



**FLEST SVENSKER:** Even Hagenlien er fagsjef for bemanningsbransjen i NHO Service, og opplever at de fleste sommervikarene kommer fra Sverige. Foto: NHO Service.

per i dag 40 prosent av vikarmarkedet inn til helsesektoren. Direktør for Adecco Helse, Bård Kristiansen, bekrefter at sommertrykket er høyt.

– Vi har en økning fra 2009 i antall vikarer utleid. Dette skyldes imidlertid primært at vi er førsteleverandør til alle sykehus i Norge, sier Kristiansen.

Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS) har inngått avtale med Adecco for kjøp av vikartjenester til alle landets helseforetak etter konkurranseutsetting. Det forklarer at selskapet har hatt en kraftig økning i utleie til sykehus.

– Det er sykepleiere med spesialkompetanse som det er størst etterspørsel etter. Spesielt intensivsykepleiere. Men generelt kan man si at det er stor etterspørsel etter alle typer sykepleiere i forbindelse med sommerferieavvikling. Det er alltid mye større etterspørsel enn vi kan klare å levere, sier Kristiansen.

### Vikarer vil ha frihet

– Har dere fått reaksjoner fra vikarene deres om at de presses til å jobbe lange eller mange vakter?

– Det er ikke et bilde vi kjenner oss igjen i. I rollen som vikar ligger nettopp en frihet i å kunne si ja og nei til vakter og å sette opp turnus selv, mener han.

– Myten om at vikarer vil jobbe så mye som mulig, stemmer den?

– De som jobber for oss gjennom året ønsker i størst grad å jobbe normalt. For enkelte vikarer som kommer for kortere periode kan det være ønskelig å jobbe mye i den perioden, sier Kristiansen.

– Mener dere det er deres ansvar, eller helseinstitusjonenes ansvar å sørge for at arbeidstidsbestemmelser overholdes?

– Vi er arbeidsgiver og har det formelle ansvaret for hvor mye våre ansatte jobber og å ivareta deres rettigheter. Vi opplever noen ganger at våre kunder avtaler vakter direkte med våre sykepleiere, men vi har ansvaret for å følge med på timelister og se at ingen jobber mye mer enn de har lov til. Praktisk har både vi og kundene våre ansvar for dette, og vi har en tett

og god dialog med alle som leier helsepersonell av oss, sier han.

### Delt ansvar

– Dersom det skulle skje en alvorlig hendelse hvor en av vikarene deres er involvert og det viser seg at vedkommende har jobbet dobbel vakt, hvem har ansvaret? Dere? Institusjonen eller vikaren selv?

– Vi har et delt ansvar for HMS, fordi byrået setter opp vaktene, men helseinstitusjonene organiserer hverdagen. Som arbeidsgiver har vi det overordnede ansvaret for at våre vikarer ikke jobber for mye, og at de jobber under forsvarlig forhold. Samtidig, når våre vikarer er på jobb er de under styring av helseinstitusjonen de jobber på, og arbeidsplassen har et lederansvar og et kontrollansvar fra dag til dag. Når vår vikar er under ledelse av sykehuset, vil deres leder der være nærmest til å avdekke denne typen utfordringer. Vi forutsetter at når vi leier ut sykepleiere til norske helseinstitusjoner, så går de til en arbeidsplass som opptrer på en ordentlig måte som sikrer helse, miljø og sikkerhet til våre ansatte. Vi har tett dialog med kundene våre og gode rutiner for å følge opp både sikkerhet og trivsel til våre vikarer. Ikke minst opplever jo vi at våre vikarer er ansvarfulle nok til å gi beskjed dersom de føler at de jobber under forhold der det ikke er trygt og forsvarlig, sier Kristiansen.

### Begge parter har ansvar

– Dersom vikarer jobber vakter som bryter med arbeidsmiljøloven, er det da vikarbyråene som er ansvarlige, eller er det sykehuset eventuelt sykehjemmet?

– Utgangspunktet er at både bemanningsbyrået og innleievirksomheten har arbeidsgiveransvar.

Ved utleie fra bemanningsforetak skal det gjøres en avtale mellom bemanningsbyrået og innleievirksomheten som beskriver dette ansvaret nærmere, sier avdelingsdirektør Avdeling for kommunikasjon i Arbeidstilsynet, Odd Einar Johansen.

Ifølge Arbeidstilsynet er det bemanningsfo-

retaket som antakelig må ta hovedtyngden av ansvaret dersom det har inngått en avtale med ulovlige punkter.

– Men det er innleier som vanligvis er den nærmeste til å påse at arbeidsmiljø- og sikkerhetskravene i arbeidsmiljøloven er ivaretatt i forhold til vikaren. Det er der arbeidstakeren oppholder seg. En annen løsning ville være nokså upraktisk. Innleier må derfor sørge for at arbeidstidsbestemmelsene overholdes, sier Johansen.

Ifølge arbeidsmiljøloven paragraf 2-2, er det innleier som skal sørge for at arbeidsmiljølovens krav til fullt forsvarlig arbeidsmiljø blir overholdt for sine vikarer.

– Hva om noe «alvorlig» skjer når en vikar er på vakt og har jobbet 18 timers skift, Hvem er ansvarlig?

– Det er mest nærliggende å anta at innleiebedriften vil være ansvarlig. Likevel må det ikke glemmes at arbeidstakerne selv har et medvirkningsansvar etter arbeidsmiljøloven paragraf 2-3. Der står det blant annet at arbeidstaker har en plikt til å vise aktsomhet og medvirke til å hindre ulykker eller skader, sier han.

Dersom arbeidstaker melder fra til bemanningsbyrået om at hun eller han arbeider utover arbeidsmiljølovens rammer, vil bemanningsbyrået også være ansvarlig for å gjøre noe med dette.

#### – Klagen kommer til høsten

Helsetilsynet i Østfold har ikke fått inn formelle bekymringsmeldinger i sommer.

– Jeg har hatt en telefonhenvendelse i forbindelse med en annen sak. Da ble det trukket frem at det var for få autoriserte sykepleiere på jobb i hjemmetjenesten i en kommune. Selv om vi ikke har fått formelle henvendelser er det sikkert ting som balanserer på forsvarlighetsgrensen om sommeren, sier assisterende fylkeslege Svein Rønsen.

Han legger til at dersom det skulle skjedd en alvorlig hendelse og det viser seg at en sykepleier har jobbet uforsvarlig lange vakter, ville de eventuelt opprettet tilsynssak på sykehuset.

– Det er sykehuset som har ansvaret for å yte forsvarlig helsehjelp etter gjeldende regler, sier Rønsen.

Fylkeslegen i Finnmark har heller ikke fått bekymringsmeldinger.

– Det vanlige er at det kommer inn en del klager fra pasienter og pårørende i ettertid. Det er sjelden vi får inn noe midt på sommeren. De klagen som kommer pleier først og fremst å gjelde vikarleger, sier fylkeslege Kari Straume. ■■■

#### Tips oss

Hvordan har sommeren gått hos dere? Riktig ille, eller en solskinnshistorie? Tips oss på mail redaksjonen@sykepleien.no

# NY OG BEDRE SMAK!

Fås på apotek



Uten alkohol og parabener!

## Flux 0,2% ekstra beskyttelse

- ✓ Forebygger hull og ising
- ✓ Styrker tannemaljen
- ✓ Gir sterkere tenner

# FLUX

God tannhelse for hele familien

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

## A TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

**DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg:** Hver tablett inneholder: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg,

naloksonhydrokloridhydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brillantblått FCF (E 133), titandioksid (E 171). 10 mg/5 mg: Titandioksid (E 171). 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 930,20.

10 mg/5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 952,00.

20 mg/10 mg: 28 stk. (endose) 562,30. 98 stk. (endose) 1824,60.

40 mg/20 mg: 28 stk. (endose) 1406,20. 98 stk. (endose) 4523,90.

Refusjon: § 3a, ref §2, refusjonskode 71 eller 90.

Sist endret: 06.08.2009

For fullstendig preparatomtale (SPC), se [www.legemiddelverket.no/spc](http://www.legemiddelverket.no/spc)



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

THAU 01/10

## HVA SKJER SYKEHUS

# Nyfødte og abortpasienter deler korridor

1. juni ble føde- og barselavdelingen ved Førde sentralsykehus slått sammen med gynekologisk avdeling. Abortpasienter reagerer.

Tekst Kari Anne Dolonen



**BRÅKER:** Skrik fra babyer oppleves som vanskelig for abortpasienter i Førde.

Foto: Colourbox

Sparetiltak ved Førde sentralsykehus gjør at nybakte foreldre deler korridor med abortpasienter og gynekologiske kreftpasienter. Tiltaket gjør det mulig å spare fem stillinger.

Pasienter og pårørende har nå klaget på at de hører barnegråt i korridoren og at det er belastende for abortpasientene og kreftpasientene.

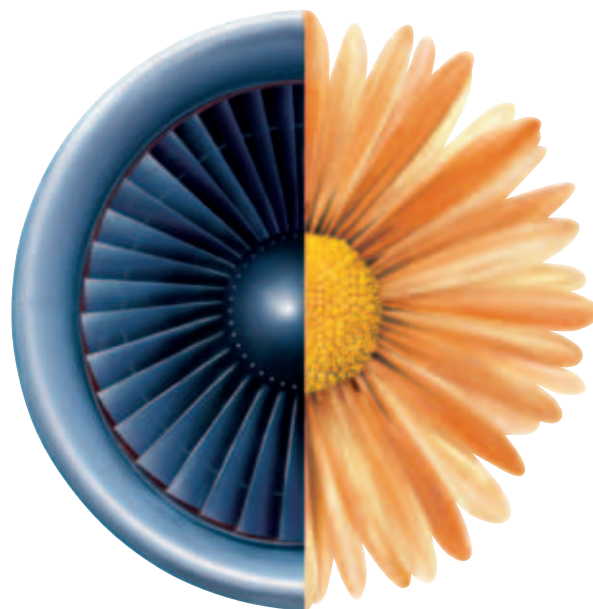
Fylkeslege i Sogn og Fjordane, Petter Øgar, sier til Sykepleien at de ikke formelt har diskutert saken.

– At det kvalitetsmessig er mye å utsette på en slik organisering, er opplagt. Det er på ingen måte optimalt. Jeg har forståelse for at abortpasienter føler det belastende å høre på barnegråt. Men for at jeg som fylkeslege skal involvere meg, må det være lovstridig eller faglig uforvarlig. Ut ifra det jeg vet om saken så langt, er det kanskje å dra det litt langt, sier Øgar.

Assisterende avdelingsjef og jordmor Kjellaug Fredly, sier til Firda at de gjør det de kan for å skjerme pasientene. De ulike pasientgruppene blir ikke blandet inne på rom.

– Det vi har gjort, er ikke uvanlig ved andre sykehus, sier hun til NRK. ■■■

**EFFEKTIV  
MOT STERKE  
SMERTER**



**Bevarer  
naturlig  
tarmfunksjon**

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

## TIL HVEM?

Til pasienter med sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika.

## HVORFOR?

Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon. Nalokson blokkerer oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.



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

# Ulovlig sexy

Byggmakker har annonsert på en måte som til forveksling ligner 70-tallets bilreklamer med lett-kledde damer på panseret. Bortsett fra at de har brukt en «sykepleier» for å selge en container.

Tekst **Eivor Hofstad**

**D**et er høy Mad Men-faktor over annonsen fra Fabel reklamebyrå på oppdrag for Byggmakker Proff, som stod på trykk i nummer fem av fagtidsskriftet Byggmesteren i år: Den viser en hot-lips-variant av en sykepleier i oppkneppet, trang uniform. Den lille hetten på hodet som forsvant på tidlig 70-tall er selvfølgelig med, likeledes Røde-Kors-logoen over armen, så vi virkelig skal skjønne at dette er en sykepleier, ikke en hvilken som helst callgirl.

Annonsens tekst forteller at Byggmakker selger en HMS-container som inneholder førstehjelpsutstyr. Det medfølgende utstyr listes opp, etterfulgt av en liten fotnote-stjerne. Den forteller realitetsorienterende at «Sykepleier er ekstrautstyr». Om det var et snev av ironi der, faller den med et klask på steingrunn, i hvert fall hos Norsk Sykepleierforbund (NSF).

## Lovstridig

NSF fikk annonsen tilsendt midt under lønnsforhandlingene i vår, fra et rasende medlem som hadde sett den i mannens fagblad. Den ble sporenstreks klaget inn for Forbrukerombudet som 17. juni slo fast at annonsen er i strid med markedsføringslovens paragraf 2, annet ledd, som setter forbud mot kjønnsdiskriminerende reklame. Her heter det at annonsør eller den

som utformer reklame, skal sørge for at reklamen ikke er i strid med likeverdet mellom kjønnene, og at den ikke utnytter det ene kjønnets kropp eller gir inntrykk av en støtende eller nedsettende vurdering av kvinne eller mann. «Etter vår vurdering gir avbildningen i deres annonse et inntrykk av kvinnen som et tradisjonelt kjønnsobjekt og blikkfang. Kvinnens kropp utnyttes, og det gis uttrykk for en støtende og nedsettende vurdering av kvinnen i strid med likeverdet mellom kjønnene. Det foreligger heller ingen sammenheng mellom kvinneavbildningen og det annonserte produktet», heter det i brevet fra Forbrukerombudet til Byggmakker Norge AS.

## Taust reklamebyrå

Markedsføringslovens paragraf 2 har eksistert siden 9. juni 1978. Hvordan kan det være mulig at et reklamebyrå har sovet så grundig i timen at de ikke har fått med seg en over 30 år gammel lov? Vi ringer Fabel reklamebyrå på Majorstua i Oslo og får snakke med daglig leder, Roger Phil. Men vi får ikke anledning til å spørre.

– Jeg har ikke tenkt å la meg intervjuet om saken. Vi har lagt dette bak oss og har tatt Forbrukerombudets anmodning til følge. Byggmakker har trukket reklamen, sier han.

## – Glimt i øyet

Vi prøver oss hos oppdragsgiveren og får snakke med markedssjefen hos Byggmakker, Henning J. Sørfjord.

– Hvordan går salget av HMS-kontainere om dagen?

– Det har jeg ingen oversikt over. Han som har det er sykemeldt.

– Hva tenkte du da dere fikk beskjed om at annonsen var lovstridig?

– Byggmakker er opptatt av å følge lovverket, så om vi er enige eller uenige er uinteressant. Vi har stoppet annonsen, det er vel det viktigste å få fram her.

– Hadde dere ikke diskutert annonsen på forhånd?

– Jo, og vi syntes den var snill i utformingen. Den har et glimt-i-øyet-tvist som vi ofte har i reklamene våre.

– Hvorfor kaller dere sykepleieren «ekstrautstyr»?

– Det er vel der glimtet i øyet kommer inn ...

– Ble du overrasket over at annonsen viste seg å være lovstridig?

– Vi hadde ikke ventet oss en anmeldelse.

– Hvorfor ikke?

– Fordi vi ikke oppfattet annonsen som lovstridig.

## Røde Kors skeptiske

Også bruken av logoen til Røde Kors er lovstridig i den nevnte reklamen, ifølge både norsk straffelov og Genevekonvensjonen.

– Vi har ikke godkjent bruken av symbolet i denne sammenhengen og ville også ha reagert på annonsen hadde vi visst om den. Det er viktig at Røde kors-emblemet vernes, siden det er beskyttelsessymbol i krig og konflikter. Derfor er det viktig at det også blir respektert i fredstid, slik at folk gjenkjenner symbolet når det trengs, sier Mads Harlem, leder av Folkerettsaksjonen i Røde Kors. ■■■



## Med Esso MasterCard får medlemmer:

- ▶▶ 40 øre i rabatt pr liter bensin og diesel på pumpepris
- ▶▶ 20% rabatt på bilvask
- ▶▶ Ingen årsavgift eller gebyr på kjøp
- ▶▶ Valgfri PIN-kode



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og din **E-POSTADRESSE** til **2290** (eks: **SYKEPLEIERNE min@epost.no**), så sender vi deg et søknadsskjema.



Sjekk ut mer info under medlemsfordeler på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

Eff. rente 10.000-25,8%/20.000-24,3%/30.000-23,8%.





**FAKSIMILE** fra Byggningsarbeideren nr. 5/2010.

## Snerpete?

Historien om Byggmakker-sykepleieren ga mange kommentarer på sykepleien.no og Sykepleiens Facebook-side. Her er et utvalg:

» Carina Strømme: Flott at annonsen ble trukket tilbake, og flott at den egentlige sykepleieruniformen er så posete og usexy som det går an å bli!

» «Fritt for ikke å være snerpete sykepleier med stram knute i nakken! (Cathrine)

Forbrukerombudet bør saumfare div. magasiner, kondomeriet og QXL og renske markedet for sexy «sykepleieruniformer»..... OG, er det virkelig mulig å være så anstrengt fisefine at vi ikke tåler en snerten vri på en reklame? Kanskje hadde vi oppnådd en større andel gutter på sykepleiestudiet om vi kunne spøke mer?»

» Vibeke Hillestad Olsen: Syns egentlig det er en smule overreaksjon å henge seg opp i en annonse som dette. Hadde det vært en mann i bar overs i reklamen for å selge gule sprøytebokser (jfr deres container) hadde sikkert ingen av dere løftet et øyebryn, kanskje til og med trukket på smilebåndet av fotnoten om at mannen ikke følger med boksen.

» «Gu kor teit (Tonje) Kvinner skal være stolt både av kropp og utdanning! For min del syns jeg det var flott reklame hos Byggmakker. Byggmakker proff med førstehjelp som ekstrautstyr, vel så er vi vakre, rollemodeller og et symbol på kjærlighet, kunnskap og makt. Må noen alltid lese det DE vil mellom linjene? Syns enkelte er for mye bitter. Er det reklamedamens flotte figur? Selv er jeg rund og go, og synes det er flott dame avbildet! Skikkelig flaut at det ble anmeldelse!!»

» Merete Berg: hehe, dette er jo bare morsomt :) kanskje vi får høyere lønn når vi ser så bra ut :))

» Ivan Carel Kant: Puh! Godt vi slipper å bli oppfattet som sexy! Håper håndverkere i bar overkropp slipper å bli trakkasert også.

» «Noe å krangle om.. (Mr. Nurse) Tror folk kjeder seg. Husk å trekk de røde strømpene enda høyere opp!»

**sykepleien.no**

Si din mening på sykepleien.no og på Facebook-siden Tidskriftet Sykepleien!



# NYHET!

Fås på apotek



Uten alkohol og parabener!

## Flux Klorhexidin forebygger:

- ✓ Irritert tannkjøtt
- ✓ Plakk
- ✓ Karies

Forskning viser at betennelse i tannkjøttet kan gi 30% økt risiko for hjerteinfarkt.\*

**Blør pasienten etter bruk av tanntråd? Anbefal Flux Klorhexidin!**

\*Kilde: J Clin Periodontol 2008; 35: 473-478

# FLUX

God tannhelse for hele familien

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

Ta for deg av høstens naturmaterialer



Bli inspirert og handle direkte...

[www.gudrunsjoden.com](http://www.gudrunsjoden.com)



Butikker: Oslo: Nedre Slottsg. 15 | Stockholm: Götgatan 44 / Regeringsg. 30 / Stora Nyg. 33 | Göteborg: Södra Larmg. 18 | Malmö: Skomakareg. 12 | København: Fiolstræde 5

# Anne Blystad

Alder: 52 år  
Aktuell som: Intensivsykepleier  
og er med i dokumentarserien Sykehuset.

### BAKGRUNN:

30. august begynte en ny runde med dokumentarserien Sykehuset på tv3. Etter tre sesonger fra Akershus universitetssykehus, handler det denne gangen om hverdagen på Haukeland i Bergen. Anne Blystad jobber på Seksjon for nyfødte. Hun er en av to sykepleiere seerne får følge. I tillegg medvirker en jordmor på sykehuset på Voss.

# Ikke akkurat Chicago Hope

### Meldte du deg selv?

– Nei, det gjorde jeg ikke.

### Hva skjedde?

– En lege på avdelingen spurte om jeg kunne tenke meg å være med. Tror han var utsendt fra administrasjonen. De ville vise teamarbeidet og ha med en sykepleier fra barneklubben.

### Var du i tvil?

– Ja. I sterk tvil.

### Hvorfor?

– Følte litt janteloven. Ville ikke stikke meg ut. Har jo egentlig bare lyst til å gjøre jobben min. Det var mange andre flinke kolleger som kunne blitt spurt. De tenkte nok at jeg ikke ville si nei fordi jeg ikke er redd for å snakke. Da jeg fikk vite at jeg kunne trekke meg underveis, tenkte jeg: «Kjør på!»

### Hvordan var det å ha et tv-team med seg på jobb?

– Rart hvor fort jeg vennet meg til det. Jeg kunne ikke gjøre så mye som til vanlig. Det ble opplagt en merbelastning for kollegene.

### Hvor lenge varte opptakene?

– De holdt på i seks dager. Jeg vet ikke om det blir mer.

### Har du sett resultatet?

– Det første programmet jeg er med i har jeg godkjent. De andre ble godkjent av andre mens jeg var på ferie.

### Ble det bra?

– Tror det. Et annerledes blikk på sykehusverdenen enn i Chicago Hope. Der ser det ut som det bare er legene som jobber mens sykepleierne går rundt og diller.

### Hva sier kollegene?

– De har sett noen reklameglimt og hørt stemmen min på radio. De sier de gleder seg til å se.

### Hva sa pasientens foreldre da det ble filmet?

– De godkjente før filming. Egentlig er det bare to pasienter som er med. En mamma er med på filmingen. Hun sa at folkeopplysning er bra.

### Håper du på mange seere?

– He-he. Jo, det er gøy hvis mange ser det. Fint at Haukeland-administrasjonen ville åpne dørene, og ikke være et lukket fort. Kjempebra hvis det kan være reklame for helsevesenet og yrket. Kanskje vi kan rekruttere flere sykepleiere?

Tekst Marit Fonn og Nina Hernæs

Foto Odd Mehus




34 Uønskede hendelser kan halveres >

34 Hvem melder oftest fra? >



# — Lær HMS av



I oljebransjen får man stjerne i boka av å melde feil. Inger får gå på jobb før sikkerhetsreglene sitter i ryggmargen.

En ny doktorgradsavhandling avdekker store forskjeller i holdningen til sikkerhet i helsevesenet og oljebransjen.

Anestesisykepleier og HMS-ansvarlig Bjørn-Peder Horn Johansen kjenner begge brasjene. Studien bekrefter det han opplever, på jobb og gjennom en hendelse i familien.

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt

# oljebransjen! →



# «Det er så å si ingen som tør å melde feil, fordi det går ut over dem selv.

I stedet for å lete etter syndebukker når noe går galt, mener anestesisykepleier Bjørn-Peder Horn Johansen helsevesenet heller burde sikre systemene. Som i oljebransjen.

Tekst Kari Anne Dolonen



**SIKKER:** Bjørn-Peder Horn Johansen i arbeidsantrekket på plattformen Gjøa. Foto: Privat

**A**nestesisykepleier Bjørn-Peder Horn Johansen har nettopp kommet tilbake fra jobben i Nordsjøen. Nå har han fire uker hjemme med familie. Han skal også hospitere to uker på Aker sykehus. Det gjør han hvert år for å holde sykepleiekunnskapen oppdatert. Horn Johansens har tidligere jobbet på sykehus og sykehjem. I jobben på oljeplattformen er han også HMS-ansvarlig, og det har slått ham hvor annerledes holdningen til sikkerhet er i oljebransjen. Helsevesenet kan lære mye av denne sektoren, mener han. Ikke minst illustrerer Horn Johansen sin personlige historie at helsevesenet har langt igjen.

Han får støtte i sitt syn fra en ny studie som viser at helsevesenet har dårligere sikkerhetskultur enn petroleumsnæringen. Forsker Espen Olsen har studert sikkerhetskulturen ved Stavanger universitetssykehus (SUS) og i oljevirkksomheten, både til havs og på land. Det er anslått at 2 000 personer mister livet hvert år ved norske sykehus på grunn av svak pasientsikkerhet, og altfor mange pasienter opplever uønskede hendelser.

18 000 personer var med i Olsens spørreundersøkelse, og 151 ansatte ble intervjuet.

Det er menneskelig å feile. Og feil gjøres ofte, også i helsevesenet. Helsepersonells plikt til å melde skal ikke, og bør ikke handle om å finne syndebukker, mener Bjørn-Peder Horn Johansen. Poenget må være å forhindre at feilene skjer igjen. Jo mer man vet om hva som kan gå galt og hva som ofte går galt, dess enklere er det å kvalitets-sikre systemene rundt en pasients behandling.

## Så galt kan det gå

Horn Johansen har fått erfare hvordan det føles når helsevesenet svikter. Både privat og profesjonelt.

– Pappaen min levde sunt, var håndverker, elsket båtliv og var en flink musiker. I voksen alder fikk han aneurisme, men var i arbeid helt

til han ble lagt inn på sykehus. Han bodde i sin barndomsby Brønnøysund uten sykehus i nærheten. Han fulgte hele tiden legenes råd mens han ventet på operasjon. Det gikk 12 år, fortelle Horn Johansen.

Stemmen til Horn Johansen skjelver litt når han snakker om sin far. Det er nå snart 20 år siden faren havnet på sykehus og skulle opereres, i 1991. Aneurismen hadde utviklet seg sakte men sikkert og var åtte centimeter da det ble bestemt at han skulle ha operasjon.

Samtidig med dette gikk Bjørn-Peder Horn Johansen på sykepleierutdanningen ved Ullevål sykehus.

– Pappa spurte om søsteren min og jeg kunne være med som støtte da han ble lagt inn på sykehuset i Tromsø. Da jeg kom møtte jeg en far som var livredd etter å ha snakket med anestesilegen. Han hadde fortalt pappa om alle farene ved operasjonen. Pappa var full av angst. Det var vondt å se, forteller han.

På lørdagen kommer en anerkjent hjertekirurg til sykehuset.

– Han er en legende i Tromsø. En utrolig dyktig hjertekirurg og håndverker. Han satte mot i faren min igjen. Han forklarte at de var et stort team som skulle ta seg av ham på mandagen og at de ikke ville utført operasjonen om han ikke var sikker på at det ville gå bra. Han fikk faren min til å tro på at dette skulle gå bra.

Mandagen kom og faren ble operert. De skiftet hjerteklaff og fikset aneurismen.

– Vi fikk telefon om at det hadde vært en tøff operasjon, men at alt var greit og at vi kunne komme til intensiv. Jeg kom med blomster og skulle besøke ham, men fikk beskjed om å vente. Jeg ble litt urolig da hele operasjonsteamet troppet opp. Vi fikk beskjeden om at det hadde gått skeis. Det hadde oppstått komplikasjoner, og faren min hadde dessverre dødd. Mer ble ikke sagt. Han ble 59 år, forteller Horn Johansen.

– Istedenfor sykebesøk måtte jeg gi tillatelse til obduksjon. Det var et sjokk. Opplevelsen kan ikke beskrives som annet enn tung, sier han. Fremdeles skjelven i stemmen.



**STORE KONSEKVENSER:** På en oljeplattform kan feil få fatale konsekvenser, akkurat som i helsevesenet, påpeker Bjørn-Peder Horn Johansen. Illustrasjonsbilde fra Sleipner T. Foto: Heidi Widerøe/Scanpix

– Den dagen jeg skulle begynne på hovedoppgaven min i sykepleie, bar jeg faren min til graven istedenfor.

Senere får familien telefon fra sykehuset om at det har skjedd en del ting og at saken er politianmeldt fra sykehusets side.

– Moren min ville gå til sak, men vi følte oss da godt i ivaretatt. Vi fikk så mange proffe ord, og kirurgen som hadde operert faren min var også helt knust. Han skrev i et brev til min søster ti år etterpå at den operasjonen var en av de verste han hadde vært med på i hele sin karriere.

– Det som skjedde var at selve inngrepet gikk greit. Pappa hadde hatt litt lavt trykk på tampen av operasjonen. De hadde en oppsamlingspose på 250 milliliter med blod som skulle tilbakeføres. Blodet fra denne posen ble fylt oppi en literspose, og det ble satt trykk på posen, men ingen fulgte med. Han fikk da x antall milliliter med luft inn i blodårene og fikk hjertestans. De fikk evakuert ut luften inne på intensiven. De fikk hjertet i gang igjen, han var ustabil i en times tid, og så døde han.

Horn Johansen har hatt mange vonde tanker rundt dette. Hvor dypt var faren i narkose når de åpnet ham opp igjen på intensiven? Konklusjonen etter interngranskningen var at dødsfallet mest sannsynlig skyldtes at det kom luft inn i årene som igjen forårsaket hjertestansen.

– Det var ikke kirurgen eller anestesipersonellet som for så vidt var skyld i dette. Syndebukken vil mest sannsynlig være den som hadde oppdraget med å følge med. Jeg angrer fælt på at vi ikke gikk saken nøye etter i sømmene og sjekket om de som hadde vært på jobb var skikket. Folk kan gjøre feil, det er klart, men slike ulykker er forårsaket av at det er et system som ligger bak og som gjør det mulig for slike feil å oppstå. Det er en forferdelig kostnad for samfunnet når vi mister noen som kunne vært reddet. Ofte er det tilfeldigheter som avslører svikt. Se bare på Bærumsaken som ruller nå.

### Nummer to på tabelliste

Det var de samme legene som opererte ham som også utførte obduksjonen. Dagen etterpå. Det er den granskningen som ble gjort.

– Jeg tenkte ikke så mye på granskning og det prinsipielle i situasjonen når jeg var i den. Da gikk jeg og familien igjennom en vanlig sorgprosess. Noen år etterpå fikk jeg backflash og det var først da jeg begynte å lure på hva som egentlig skjedde under operasjonen.

Saken gikk aldri til Helsetilsynet. Hvis familien ville hatt en uavhengig granskning måtte de ha anmeldt forholdet. Av Pasienteskaederstatningen fikk de det Johansen kaller «en latterlig sum» som kompensasjon.

Han snakket ikke med omgivelsene om hva som hadde skjedd med faren. Livet gikk videre. Johansen var blitt ferdig utdannet sykepleier og begynte noen år senere på anesthesiutdanningen på Ullevål.

– Siste dagen på anesthesiutdanningen snakket foreleseren om det ansvaret vi har i den profesjonen vi skulle ut i. Han snakket også om hvor galt det kan gå dersom man ikke følger med. I den forbindelse

« Forskrifter og lover står pakket borti en hylle. *Bjørn-Peder Horn Johansen, anestesisykepleier og HMS-ansvarlig*

dro han frem en topp-ti-liste over de verste anestesitablene i helsenorge. Faren min sin sak var nummer to på lista: Sykehuset Tromsø 1991, mann døde av x antall milliliter luft injisert. En medstudent kommenterte at: «Dette går da ikke an?» Da kjente jeg at jeg ble helt svimmel. Jeg måtte bare gå ut. Jeg kjente bismak i munnen for at jeg ikke hadde tatt mer ansvar for å finne ut hva min far egentlig hadde blitt utsatt for.

– I etterkant av uheldet med min far, fikk vi beskjed om at over-





trykk ikke skulle brukes. Om det faktisk ble gjort, vet jeg ikke, sier han.

#### Har gjort feil

– Hvordan kunne denne saken blitt behandlet på en trygg og ansvarlig måte slik du ser det i dag?

– Det burde være uavhengige granskninger. Der man så på hva som lå bakom. Både på det menneskelige planet, det tekniske planet og det organisatoriske plan. Det er helt klart et ledelsesproblem når slike ting kan skje. Det er ikke tilfeldig.

– Har du selv gjort feil, eller unngått å rapportere om avvik?

– Jeg har nok gjort feil, men ingen alvorlige. Jeg har gitt feil medisiner til pasient på sykehjem. Jeg har alltid meldt fra til medisinsk ansvarlig. Heldigvis har de feilene jeg har gjort ikke fått alvorlige følger. Jeg har også vært i den ubekvemme situasjonen hvor jeg har rapportert en kollega. Men det er en annen sak og en annen historie.

#### Stjerne i boka

– Det skal jo skrives avviksmeldinger på alt som går galt, eller som kunne gått galt. Hvordan synes du det fungerer?

– Det er så å si ingen som tør å melde feil, fordi det går ut over dem selv. I oljebransjen er det helt annerledes. Der blir du løftet frem når du påpeker ting som øker faren for at feil kan gjøres eller at feil kan føre til farlige situasjoner. Du får en stjerne i boken når du melder. Gjør du noe slikt i helsevesenet risikerer du i verste fall å miste jobben, eller å bli oppfattet som bråkmaker, sier han.

Horn Johansens erfaring er at helsepersonell i varierende grad har kjennskap til de lover og regler som gjelder. I oljeindustrien er det en selvfølge.

– I helsevesenet er det noe som står i en perm på et kontor. I oljeindustrien kan du risikere å føres på land dersom du bryter sikkerhetsreglene og tar snarveier. Fordi feil kan få fatale konsekvenser, er terskelen for å rapportere avvik lav, sier han.

Horn Johansen har inntrykk av at terskelen for å melde feil i helsevesenet er høyere.

– Selv om begge bransjer setter tap av liv og helse høyst. I oljebransjen måles suksess ut fra at vi ikke har forekomst av skader, og at folk rapporterer inn smått og stort. I helsevesenet er situasjonen annerledes. Jeg vil tro det ikke er uvanlig at sykepleiere ikke får gjort dobbeltkontroll av medisiner. Det ville aldri blitt akseptert i oljeindustrien. Leger som jobber uforsvarlig lange skift er heller ikke bra for pasientsikkerheten. Jeg ville ikke latt en kirurg skjære i meg etter 20 timer på jobb. Alle vet at dette ikke er bra, men det gjøres ikke noe med det.

#### På stedet hvil

Horn Johansen ønsker ikke å henge ut helsevesen eller kolleger.

– Jeg vet det gjøres mye bra der ute. Å fyre opp til skyttergravskrig, gagnar ingen. Jeg tror nok det jeg sier vil få noen sykepleiere til å føle seg tråknet på. Men har man jobbet i helsevesenet i noen år og sett helsevesenet fra forskjellige ståsteder, vil alle oppleve episoder og forhold som er til fare for liv og helse. Derfor er det samtidig helt ubegripelig at vi ikke har kommet lenger på HMS-området i helsevesenet, sier han.

Siste eksempel han trekker frem er historien om noen kirurger ved Nordlandssykehuset som har utført operasjoner sykehuset ikke skal drive med.

Illustrasjonsfoto: Colourbox



**TRENGER GODE LEDERE:** God ledelse er viktig for å endre meldekulturen og skape bedre sikkerhet for pasientene, mener Horn Johansen og forsker Olsen.

– Ledelsen har kjeftet legene huden full. Det er greit nok. Men hva i all verden er det med det organisatoriske ved det sykehuset som lar leger holde på slik. Legene får skylden og så kan de som har ansvaret for at slikt ikke skal skje, det vil si ledelsen, toe sine hender.

– Hvor mange ganger skal vi lese om slike saker? Før man begynner å granske slike saker gjennom et uavhengig organ som ser på alle sider av saken, er det vanskelig å lage regimer som sikrer at slikt aldri skjer igjen, mener Horn Johansen.

#### Skritt i riktig retning?

Helseministerens forslag om å overføre meldeplikten til Kunnskapsdepartementet, kan ifølge Horn Johnsen være et skritt i riktig retning. Men også han synes det er vanskelig å si så mye om akkurat det før det ligger noe helt konkret forslag på bordet.

Horn Johansen synes det er et hav av forskjell på hvordan HMS-arbeidet gjøres. På sykehus synes han det ikke har utviklet seg noe særlig siden 80-tallet.

– Det er prosedyrestyrt, og er styrt av en ledelse som ikke tar det alvorlig. Forskrifter og lover står pakket bort i en hylle. I Nordsjøen blir vi heiet frem. Vi starter hver morgen med å gjennomgå meldinger som har kommet inn. De blir diskutert i plenum. I tillegg har vi møte en gang i uken hvor vi går igjennom alt og ser hva som er utbedret, og hvilke aksjoner som er satt inn på meldingene. Det kan være banale ting, men som i ytterste konsekvens kan føre til en skade eller lignende.

Han vil nevne et eksempel.

– Vi holdt på å starte opp Gjøa som er arbeidsplassen min. En vinsj som vi bruker til å trekke opp oljeledninger med, knakk sammen. En del løsnet og falt flere meter rett ned, en og en halv meter fra en av arbeidsskarene. Potensialet i denne hendelsen førte til full stopp i arbeidene, og det ble umiddelbart satt i gang granskning fordi det var en såkalt rød hendelse. Hvor mange slike hendelser er det ikke i helsevesenet? Hendelser hvor det nesten går galt, men man bare fortsetter? I oljebransjen har man skjont hvor viktig det er å ta tak i ting når de er «små bagateller» slik at de ikke får vokst seg til å bli potensielle røde hendelser.

Oljeselskaper har sendt ansatte på kurs og brukt store beløp på å





## Meldeplikt

Sykehusene har siden 1992 hatt meldeplikt til Helsetilsynet i fylket ved betydelig skade på pasienter, eller fare for betydelig skade. Hensikten er å finne ut hvorfor noe gikk galt, og hvordan forhindre at det skjer igjen. Ordningen er ment å understøtte sykehusenes internkontroll og kvalitetsarbeid.

«Kun hardt og målrettet arbeid over tid gir en sikker arbeidsplass, her hjelper det ikke med snarveier. Forsker Espen Olsen



**DOKTORGRAD:** Espen Olsen har laget undersøkelsen som sammenlikner helsevesenet med oljebransjen. Foto: Elisabeth Tønnessen, Universitetet i Stavanger

oppnå en god sikkerhetskultur. Ifølge Espen Olsens doktorgrad er noen av programmene blitt latterliggjort. Det har blant annet blitt sagt at Statoil sløser bort hundrevis av millioner på å lære folk å gå i trapper. Helseinstitusjonene har ikke løftet fanen så høyt. Der tas det som en selvfølge at sikkerhet er grunnleggende. Olsen fant at sikkerhetskulturen ved sykehuset i Stavanger ikke nådde opp til nivået ved amerikanske helseinstitusjoner.

### Pasienten først?

– Mange sykepleiere sier at de ikke skriver avviksmeldinger fordi de ikke har tid. Hva mener du om det som argument?

– Da er ikke pasienten i fokus. Da må man se på hva man mener betyr noen ting. Har du ikke tid til å dobbeltsjekke medisiner lenger og jobber doble vakter stadig vekk, så blir det en ulykke til slutt.

– Hvorfor så ulike kulturer fra oljebransjen kontra helsevesenet?

– Fordi vi har folk som ser oss i kortene hele tiden. Petroleumstilsynet ser på alt vi gjør.

– Helsetilsynet skulle jo gjøre det?

– Ja, men i praksis gjør de ikke det. Det er stort sett leger som gransker seg selv. I tillegg er hierarkiet et problem. Gjør man feil så vet man hvem som slipper unna og hvem som står igjen med skylda. I Nordsjøen er alle like viktige. Alle har en funksjon som er viktig og alle forstår at den er viktig, sier han og legger til: Det er mang en gammel overlege jeg gjerne skulle hatt med på en tur på bøljane blå.

I Espen Olsens studie er en av konklusjonene at uønskede hendelser må rapporteres bedre i helsevesenet. Han sier helseorganisasjonene må bli bedre til å se på bakenforliggende og grunnleggende årsaker. Han trekker frem åpenhet, samarbeid og kommunikasjon som nøkkeler.

### God ledelse må til

Horn Johansen er en av tre sykepleiere på Gjøa. De går hver 14-dagers skift. I tillegg har de medarbeidere som har utvidet livredningskurs. De har også tilgang på alt av akuttmedisinsk utstyr om bord.

– Hva er dine råd for å få en like sikker helsesektor som oljesektor?

– Sette potensiell skade på menneske først, så eventuell materiell skade. Når man ser kolleger sliter, eller oppdager ting som er mulige

risikofaktorer for helsen til pasienter, så må det meldes. Det må bli positivt å melde. Enten det gjelder å få en ny lampe på vaktrommet for å se bedre, eller endre systemer for å hindre overtid. Det nytter ikke gjøre noe på sykepleienivå. Det må fra direktøren og nedover. Det er rart å snakke om dette fordi å tenke sikkerhet er så selvfølgelig i oljebransjen. Det ligger i ryggraden på alle som jobber i oljeindustrien i alle situasjoner.

Også her får man støtte i Espen Olsens doktorgrad.

– Kun hardt og målrettet arbeid over tid gir en sikker arbeidsplass, her hjelper det ikke med snarveier, sier han til forskning.no.

Olsen understreker at det er toppledelsen som må sette temaet på dagsordenen, og kulturen må gjennomsyre hele organisasjonen fra topp til bunn og på kryss og tvers.

### Alle må kurses

– Jeg så en dokumentarserie om oljenorge på NRK. Den viste at da vi begynte oljeboring i Nordsjøen var det oppi 250 dødsfall i pionertiden. Nå er det så å si ikke dødsulykker og heller ikke mange alvorlige ulykker. Det er en slik progresjon vi burde hatt i helsevesenet. Oljebransjen lærer av feil, helsevesenet ber om unnskyldning og fortsetter som før til neste ulykke dukker opp.

Horn Johansen har startet i et oljefirma som er et av verdens største med over 200 000 ansatte, men nytt i Norge. De får hjelp av Statoil under etableringen.

– Nå har vi full opplæring av alle ansatte der vi går gjennom styringsdokumenter, lover og regler som gjelder. Alle må gjennom dette kurset og løse praktiske oppgaver som man møter i hverdagen før de får begynne på jobb.

Espen Olsen sier til forskning.no at god sikkerhetskultur er en tradisjon i petroleumsnæringen. Å unngå ulykker er viktig for omdømmet. Hvis man gjør en feil på en plattform, kan man sjøl bli rammet. I helsevesenet innføres ofte nye reformer og sparekampanjer. Ifølge Olsen kan det fort føre til uønskede hendelser.

Horn Johansen ble lei av å bli omorganisert om igjen og om igjen.

– Jeg savner imidlertid omsorgsbiten. For eksempel å kunne hjelpe med god lungedrenasje. Jeg savner også å ha et større fagmiljø, men ikke løpingen i korridorene, og turnusen, sier han.





# Uønskede hendelser kan halveres

Noe av det mest risikable du kan utsette deg for i Norge i fredstid, er å ligge på sykehus. Anslagsvis 2 100 pasienter dør årlig som følge av såkalte «uønskede hendelser». Tekst Kari Anne Dolonen

Foto: CF Westenberg/Kodinhaven



**STØTTER MINISTE-  
REN:** Terje Kili, fag-  
politisk direktør i For-  
brukerrådet.

**E**n studie gjort ved universitetet Harvard i USA viser at det i snitt skjer en uønsket hendelse ved 10 prosent av alle innleggelser på sykehus. 50 prosent av dem er mulig å forhindre, ifølge amerikanske forskere.

Når man setter disse tallene sammen med andre store dødsårsaker i Norge, aner vi at det å ligge på sykehus faktisk er noe av det mest risikable man kan gjøre.

I Norge regner man med at rundt 500 personer begår selvmord per året, mellom 3- 400 dør i trafikken, og rundt 50- 80 personer dør i branner. Alle disse områdene blir det satset mye penger og forebyggende arbeid for å få bukt med.

– Uavhengig av diskusjonen om forekomst og konsekvenser av uønskede hendelser, er likevel den beste konklusjonen at pasientsikkerhet i helsetjenesten er et av de viktigste sikkerhetsproblemene for vestlige land i fredstid, sa seniorforsker Unni Krogstad ved Kunnskapscenteret i et foredrag.

Professor Peter F. Hjort har skrevet både bok og rapporter om uheldige hendelser i helsevesenet. Tall han presenterer anslår 2 100 pasientdødsfall i året på grunn av uønskede hendelser.

15 800 pasienter blir permanent invalide, samtidig som uønskede hendelser fører til nesten en halv million ekstra liggedøgn i

sykehus. Dette koster mellom 1,6- 2,2 milliarder kroner hvert år.

## Handlekraft

Politikerne vet om statistikken og tallene. Men hva skal de gjøre? Skal det opprettes havarikommisjon? Skal meldeordningen overføres fra Helsetilsynet til Nasjonalt senter for pasientsikkerhet? Skal meldinger være anonyme? Hva er best for pasientsikkerheten?

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen mener en av løsningsene for å unngå sykehustabber i fremtiden er å overføre meldepplikten fra Helsetilsynet til Nasjonalt senter for pasientsikkerhet. Ikke alle er enig i at det er en god idé. Leder av Helse- og omsorgskomiteen Bent Høie er blant skeptikerne.

## Utenom Helsetilsynet

Kunnskapscenteret fikk i forrige helsemelding (2007- 2010) i oppdrag å opprette Nasjonalt senter for pasientsikkerhet som skulle virke fra 1. februar 2007. Oppdraget å jobbe med paragraf 3.3-meldinger for å lage metoder og redskaper for hvordan meldingene skal kunne brukes til å lære av andres feil.

– Tanken var at meldingene først skulle til Helsetilsynet slik det gjøres nå, så skulle de anonymiseres og sendes til Nasjonalt senter

## Hvem melder, og hva meldes?

**3 321** meldinger om uønskede hendelser kom inn til Meldesentralen i Statens helsetilsyn i 2008 og 2009. Underrapportering til Meldesentralen gjør at statistikken ikke sier så mye om omfanget av feil i spesialisthelsetjenesten.

– Tallene må derfor tolkes med forsiktighet. Det tallene sier noe om, er hva som meldes inn til oss. Det er heller ikke slik at de helseforetakene som melder mye, er dårligere enn de som har få meldinger. Tvert imot. Det kan nok heller være slik at de som har mange meldinger har gode systemer og fanger opp feil, sier seniorrådgiver Linda Grytten i Statens helsetilsyn.

Hun har blant annet ansvar for å lage Meldesentralens årlige rapport.

Legene melder mest, men sykepleierne følger hakk i hel.

For 2008 og 2009 kom der inn 1 257 meldinger fra leger, og 953 meldinger fra sykepleiere. (Se tabell under.)

Yrkesgruppe	Antall
Lege (inkludert psykiater)	1 257
Sykepleier (inkludert jordmor og sykepleiestudent)	953
Annen yrkesgruppe	249
Mangler informasjon om yrkesgruppe	862
<b>Totalt</b>	<b>3 321</b>

At 862 meldinger ikke er knyttet til en bestemt yrkesgruppe, skyldes at meldeskjema spør etter hvilken stilling melderne har, ikke hvilken utdanning de har.

Det er ledere som ofte er leger eller sykepleiere.

Meldeskjema er endret for 2010, slik at tallene på hvem som melder inn til Meldesentralen vil bli bedre i fremtiden. For de 2 459 meldingene der finnes informasjon om hvilken yrkesgruppe som har meldt inn, fordeler de seg slik:

- » Om lag 50 prosent er meldt inn av leger.
- » Om lag 40 prosent er meldt inn av sykepleiere
- » Om lag 10 prosent er meldt inn av andre yrkesgrupper.



**FARLIG:** Svimlende 15 800 pasienter blir permanent invalide på grunn av uønskede hendelser i helsevesenet.

**Fakta om 3–3 meldinger**

Spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3–3 lovfester meldeplikt til Helsetilsynet i fylket. Meldeplikten gjelder for helseforetak, private sykehus og lignende, og omfatter hendelser som har ført til betydelig personskade og forhold som kunne ført til betydelig personskade.

**Hva er pasientsikkerhet?**

Reduksjon av risiko for unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

**Pasientsikkerhet er ikke:**

- › Skade som følge av sykdom
- › Konsekvens av at behandling ikke virker
- › Forutsigbar komplikasjon

Kunnskapssenteret

for pasientsikkerhet. Helsetilsynet har anonymisert mellom 6–7000 meldinger som ligger på disketter, men de er ikke sendt videre fordi det aldri er fremmet et lovforslag for å kunne videresende slik informasjon, forteller Bent Høie.

En intern gruppe i Kunnskapssenteret har jobbet med problemstillingen. Den har kommet frem til at meldingene bør sendes direkte til Nasjonalt senter for pasientsikkerhet, ikke via Helsetilsynet, i stedet for å endre en paragraf.

– Dette synes jeg er en rar konklusjon, sier Høie.

Seksjonsleder Øystein Flesland ved Seksjon for meldesystemer i Kunnskapssenteret mener meldeordningen bør flyttes bort fra Helsetilsynet som har sanksjonsmyndighet. Da får man et system som kan brukes til læring og forbedring.

– I et meldesystem med mulighet for sanksjoner vil utgangspunktet ofte være å argumentere for at hendelsen ikke var særlig alvorlig. Man lar være å melde og læringsaspektet går tapt, sier han.

Han trekker frem et eksempel: En pasient får injisert feil legemiddel. Med dagens system vil det lett bli fokus på at det var en lav dose, at legemiddelet ikke var spesielt farlig å få i en enkeltdose, og at pasienten ikke kom til skade. Tiltaket kan bli å minne de involverte på at de MÅ følge rutinene. I et meldesystem for læring og forbedring

vil fokus være på årsaken eller årsakene til at pasienten fikk feil legemiddel, og hva som kan gjøres for at dette ikke skal skje igjen.

– Det legges ikke opp til en ordning hvor melderer må være anonym, men vi åpner for anonymisering.

At helsepersonell skal kunne melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner anbefales både av WHO, Europarådet og EU, med bagrunn i forskning. Erfaring fra Danmark, som har åpnet for anonyme meldinger, er for øvrig at de fleste som melder, velger å gjøre det åpent.

**Vanskelig å få tak på**

Saken har vært diskutert i Stortinget, men det var først på departementets helsekonferanse at helseministeren ble konkret.

– Hun sa rett ut at hun ønsket en overføring fra Helsetilsynet og til Kunnskapssenteret. Så selv om det blir en høring, virker det som at dette er avgjort, sier Bent Høie.

– Hvordan skal Helsetilsynet få melding om saker de bør se nærmere på?

– Jeg oppfatter det slik at Helsetilsynet kun skal få meldinger om alvorlige hendelser som den nyopprettede «akuttgruppen» skal reise ut og sjekke. På meg virker dette som et rart skille. Jeg synes



Legene melder inn de alvorligste hendelsene som for eksempel unaturlige dødsfall, mens sykepleierne melder mest feil som gjelder medisiner.

Grytten er ikke overrasket over statistikken.

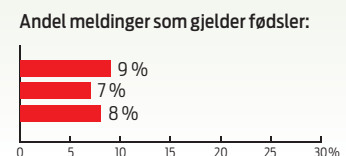
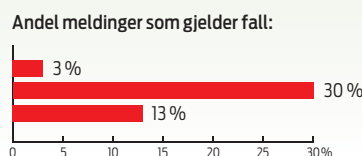
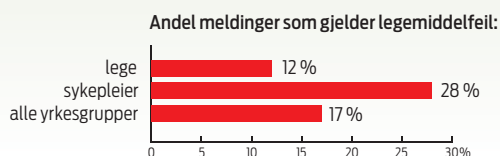
Den gjenspeiler virkeligheten. At sykepleierne rap-

porterer inn flest feil når det gjelder fall og medisiner, og leger alvorlige hendelser og unaturlige dødsfall, er logisk, sier hun. (Se graf.)

Grytten har holdt foredrag om uønskede hendelser, blant annet til sykepleierstudenter.

Hun har særlig fokus på legemiddelfeil. Dette er de seks mest typiske legemiddelfeilene:

› Feil legemiddel: Medikamentnavn forveksles, eller medisiner i pakker som ser like ut forveksles. ➔





**ØNSKER MELDINGER:**  
Øystein Flesland i Kunnskapssenteret.

det er litt vanskelig å få tak i hva de egentlig tenker, sier Høie.

– Hvorfor skjer dette nå?

– Jeg vet ikke sikkert. Men får litt inntrykk av at Bærumsaken har gjort at helseministeren har behov for å vise handlekraft når det gjelder pasientsikkerhet.

#### Kobles av informasjonsstrømmen

Høie er mest bekymret for at Helsetilsynet med dette går glipp av informasjon om hva som skjer ute i helsevesenet.

– Jeg syntes heller det burde blitt slik det først var tenkt, at Kunnskapssenteret får anonymiserte meldinger fra Helsetilsynet. De skal jo først og fremst jobbe med systemer.

I Danmark har de gått over til anonymiserte meldinger og de kan skryte av at de får inn flere meldinger enn vi får her i landet.

– Når det er sagt er det slik at kvaliteten på de meldingene som

«Jeg synes det er litt vanskelig å få tak i hva de i Helsetilsynet egentlig tenker. *Bent Høie (H), leder av Helse- og omsorgskomiteen*

kommer inn er svært varierende. Med anonyme meldere har man ikke muligheten til å gå tilbake å hente inn flere opplysninger hvis det skulle være nødvendig. Det blir også snakket varmt om anonymisering fordi helsepersonell da ikke risikerer sanksjoner. Jeg tror ikke på det argumentet. Det er under en promille av de meldingene som blir sendt inn i dag som fører til reaksjon mot helsepersonell, sier Høie.

#### Kulturproblem

Høie mener helsevesenet mangler meldekultur. Det er ikke rom og høyde for å snakke om feil.

– Et anonymisert system undergraver ideen om det at det er greit å snakke om feil. At det er en stor underrapportering i dag, er jeg med på. Å få gjort noe med det er et ledelsesansvar. Ledere er ikke flinke nok til å løfte dette opp og oppfordre til å ta opp feil, mener han.

Dersom overføringen av meldesystemet blir gjort mener Høie Helsetilsynet ikke vil kunne etterforske saker.

– Det vil etter mitt syn svekke pasientsikkerheten. Jeg blir svært bekymret dersom for eksempel rapportering om rusmisbruk blant helsepersonell eller seksuelle forhold da ikke får følger og at atferden kan fortsette.

#### For få meldinger

– Dersom en sykepleier vil melde fra om at en kollega er ruset på jobb, hvor skal hun da melde dette?

– Dette skal hun melde til nærmeste leder. Hvis dette ikke er tilstrekkelig skal hun melde det til Helsetilsynet i fylket hvis hun mener at det er en fare for pasienters sikkerhet etter helsepersonelloven paragraf 17. Unntaksvis kan det meldes til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet hvis det er noe i situasjonen som andre kan lære av, men vi vil ikke vite hvilken person det gjelder og vil ikke gjøre tiltak mot personen, sier Øystein Flesland i Kunnskapssenteret.

– Kritikerne mener meldingene bør fortsette å meldes til Helsetilsynet, men at dere får meldingene fra dem anonymisert, slik det opprinnelige forslaget antydte. Hvorfor har dette endret seg?

– Et problem i dag er at det kommer få meldinger, og det er grunn til å tro at uønskede hendelser er underrapportert. Vi tror at et meldesystem som ikke er sanksjonerende vil bidra til at flere melder om uønskede hendelser, og at det derfor blir større mulighet for læring og forbedring. Erfaringen fra Danmark og England støtter dette, sier Flesland.

Helsedirektør Lars E. Hansen er ikke enig.

– Det er meningsløst at man skal flytte meldeordningen fordi det er tungt og trist for helsepersonell. Da setter de ikke pasientsikkerheten først. Hvis Staten stiller krav til deg som lege, må du også godta at du må melde fra når det går galt, sa Hanssen til VG i sommer.

#### Bedre modell

Underdirektør Terje Kili i Forbrukerrådet sa til Aftenposten tidlig i vår at han vil ha en ordning hvor folk kan melde anonymt.

– Folk vi har snakket med sier de er redde for sanksjoner, sier han til Aftenposten.no.

Kili har senere også gått ut og støtte helseministerens forslag om å

- » Feil dose: Forvirring rundt mg og ml. Pasienten skulle få premedikasjon 5mg Midazolam 2mg/ml (2,5ml), men fikk 5 ml som da blir 10 mg.
- » Feil administrering: Skjer ofte rett før midnatt når sykepleiere er trøtete eller alene. Pasienter får medisin intravenøst istedenfor muskulært.
- » Feil pasient: Skjer ofte med eldre demente pasienter som ikke selv vet hva de skal ha. Det er også ofte manglende pasientdokumentasjon tilgjengelig for sykepleieren som deler ut medisinen.

Meldesentralens årsmelding viser at det er store forskjeller i meldefrekvensen mellom regionale helseforetak og mellom helseforetak.

Helse Sør-Øst RHF hadde den høyeste meldefrekvensen (18 meldinger per 10 000 døgnopphold). Helse Vest RHF hadde den laveste meldefrekvensen (9 meldinger per 10 000 døgnopphold).

Blant de fjorten største helseforetakene hadde Helse Nord-Trøndelag 46 meldinger per 10 000 døgnopphold og Helse Bergen HF 9 meldinger per 10 000 døgnopphold.

21 prosent av meldingene var fra psykisk helsevern, og 79 prosent fra somatiske helsetjenester. Mange meldinger registrert i 2008–2009 gjelder forhold knyttet til fødsler (8 prosent av meldingene), bruk av legemidler (17 prosent) og fall (13 prosent). (Se tabell neste side.)





Foto: Sids Weston

**Fakta om meldesentralen**

Meldesentralen er en nasjonal database hvor lovpålagte meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten blir registrert. Mellom ett og to tusen meldinger kommer inn hvert år. Meldesentralen ble etablert i 1993. I henhold til paragraf 3–3 i lov om spesialisthelsetjenesten skal sykehus sende melding til Helsetilsynet i fylket om følgende forhold:

- ▶ Betydelig personskader voldt i forbindelse med ytelse av helsetjeneste eller mangel på ytelse av helsetjeneste.
- ▶ Hendelser som kunne ha ført til betydelig skade
- ▶ Betydelig personskade på pasient som er forårsaket av en medpasient.
- ▶ Unaturlig dødsfall.

**SKEPTISK:** Leder av Helse- og omsorgskomiteen Bent Høie (H) er skeptisk til at meldinger ikke skal til helsedirektoratet.

overføre meldeplikten til Kunnskapssenteret. Og at Forbrukerrådet støtter anonym meldeordning.

– Hvis man setter pasienters sikkerhet først, er dette en bedre modell enn den vi har i dag?

– Vi mener at dette er en bedre modell, først og fremst fordi vi vil lære mer både av egne og andres uønskede hendelser, understreker Flesland i Kunnskapssenteret.

– Det er et grep for å dreie kulturen i helsetjenesten i retning av større åpenhet. Ved å senke terskelen for å melde vil vi ha mulighet til å lære av nesten-hendelser. Vi vil ha et systemperspektiv og ikke et personfokus. Mens Helsetilsynet i dag først og fremst må vurdere om behandlingen har vært uforsvarlig eller ikke, vil det nye systemet fokusere på hva som er riktig å gjøre. Vi vil kunne være i rask dialog med melder og bidra konstruktivt i den aktuelle situasjonen dersom det er ønskelig, sier Flesland.

Norsk Sykepleierforbund har ikke tatt stilling til om de mener meldesystemet bør flyttes.

– Denne diskusjonen kommer vi til å ta i løpet av kort tid, sier Lisbeth Normann.

Det nye systemet vil tidligst kunne tre i kraft 1. januar 2011, hvis det blir vedtatt.

**Helsetilsynet rykker ut**

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen påla i mai helseforetakene å varsle Helsetilsynet om alvorlige hendelser innen 24 timer. I statsbudsjettet er det satt av penger slik at Helsetilsynet kunne opprette en utrykningsgruppe. Den ble operativ 1. juni i år.

Ut ifra de meldingene om alvorlige hendelser denne gruppa i Helsetilsynet får inn, skal de vurdere om de skal rykke ut. I regjeringens budsjettoppsett regner de med at Helsetilsynet kan vurdere opp til 200 varsler i året og at det vil bli rykket ut ved om lag 15 hendelser.

Så langt Sykepleien kjenner til, har utrykningsgruppa vært på to besøk i sommer. Den ene utrykningen var til Sykehuset i Telemark. Utrykningen gjaldt en mann som døde av blodforgiftning kort tid etter innleggelse. Dødsfallet kom overraskende på både leger og sykepleiere. Sykehuset meldte fra til Helsetilsynet og utrykningsgruppen dro ut for å undersøke saken.

– Det virker som om helseforetakene har fått med seg at hendel-

ser skal varsles senest påfølgende dag, selv om noen av varslene er sendt oss senere enn det, sier Prosjektleder for utrykningsgruppen i Helsetilsynet, Heidi Merete Rudi.

Hun synes det er vanskelig å si så mye om erfaringer enda.

– Vi vil imidlertid gjøre oppsummeringer flere ganger i løpet av den to-årige prøveperioden. Når det gjelder de to hendelsene som har ført til utrykning, så pågår saksbehandlingen fortsatt, sier Rudi.

**Vil ha havarikommisjon**

Høyre og KrF har fremmet forslag i Stortinget om få på plass en havarikommisjon.

– Vi burde prøve ut en havarikommisjon etter modell fra samferdselssektoren. Den vil være en uavhengig kommisjon som vil komme i tillegg til Helsetilsynet. De skal snakke med alle involverte i saken. Det som helsepersonell eller andre sier til en slik kommisjon, skal ikke kunne brukes i en retts sak. Kommisjonen skal kun komme med beskrivelse av det sammensatte systemet som førte til hendelsen, og eventuelt fremme forslag til systemforbedringer, sier Høie.

– At det blir for dyrt å ha en slik havarivernkommisjon i helsetjenesten, mener jeg blir helt feil ettersom vi tar oss råd til det i andre sektorer hvor det er betydelig færre dødsfall og skader, sier Bent Høie. ■■■

**KILDER:**  
Professor Peter F. Hjort, Uheldige hendelser i helsevesenet – en tanke, lære- og faktabok (Gyldendal, 2007) Kunnskapssenteret, Nasjonal helseplan 2007-2010, Tidsskrift for Legeforeningen: «Kvalitetssikring ved dødsfall i sykehus» doi:10.4045/tidsskr.09.0744

Helseforetak	Oslo universitetssykehus	HF Sørlandet sykehus HF	Akershus universitetssykehus	HF Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Innlandet HF	Vestre Viken HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	St. Olavs Hospital HF	Sykehuset Telemark HF	Sykehuset Østfold HF	Nordlands-sykehuset HF	Helse Stavanger HF	Sykehuset i Vestfold HF	Helse Bergen HF	Diakonhjemmet sykehus	Psykiatrien i Vestfold HF	Helse Fonna HF	Helse Sunnmøre HF	Helse Finnmark HF	Helse Førde HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF	Helgelandssykehuset HF	Lovisenberg diakonale sykehus	Haraldsplass Diagonale Sykehus	Rusbehandling Midt-Norge HF	Sunnaas sykehus HF	Private Institusjoner	Annet	Hele landet
Antall meldinger fordelt på helseforetak og antall meldinger per 10 000 døgnopphold. 2008–2009	393	385	233	204	185	183	180	176	151	145	129	125	115	103	69	63	58	48	45	43	39	33	26	7	3	2	177	1	3321
Antall meldinger per 10 000 døgnopphold	11	36	19	46	12	14	20	12	16	20	18	13	17	9															

Kilder: Meldesentralen og Norsk pasientregister, aktivitetsdata for somatikk

# Der ute

## Les mer om:

**42** Svensk «frøken detektiv» ›

**46** Inngifte i Oslo ›

**48** Sykestuen på Skjervøy ›



**sykepleien.no**

› Vi følger omorganiseringen og OUS på sykepleien.no



## DER UTE SKI SYKEHUS

Humør og latter finnes fortsatt blant sykepleierne på sykehuset i Ski. Men noe har forsvunnet i løpet av de siste månedene.

# Følte seg tvunget til å skrive under

## Sykehuset i Ski

Sykehuset stod ferdig i 1978 og rommer i dag medisinsk og kirurgisk poliklinikk, gastrolab, røntgen avdeling med CT og mammografitilbud, samt dagkirurgisk avdeling. I tillegg kommer sengepost med lindrende/palliativ behandling, dagbehandling med allsidig rehabiliteringstilbud og legevakt.

**S**ykepleierne ved poliklinikken på sykehuset i Ski er samlet på personalrommet. En ny arbeidsdag er unnagjort, og blir avsluttet med en kopp kaffe. På bordet ligger gårsdagens Østlandets Blad. Flere av sykepleierne er avbildet i lokalavisen over en halv side. «Sykepleierkonflikten over på Ski sykehus» lyder tittelmeldingen under bildet.

– Konflikten er formelt avsluttet, men ikke her, sier Ellrid Tungen, og legger hånda på hjertet. Hun får nikk fra kollegene rundt bordet.

## Pålagt ny jobb

Som de fleste mindre sykehus har også sykehuset i Ski utenfor Oslo vært gjennom flere omstillinger, nedskjæringer, trusler om nedleggelse, med dertil påfølgende fakkeltog og underskriftskampanjer.

Informasjonstavla utenfor sykehuset forteller sin del av sykehusets seinere

Aker - og dermed også avdelingen i Ski.

Erfaring, stabilitet og et godt arbeidsmiljø har oppi alt dette preget hverdagen på sykehuset i Ski. Det gjør det fortsatt, men noe av overskuddet synes å ha blitt borte i løpet av året.

– Den siste omstillingen ved sykehuset har vært vanskelig å forstå og akseptere, sier Hanne Rosseland Kvåle. NSF's tillitsvalgt har arbeidet ved sykehuset siden 1997. Dette er det tøffeste hun har vært med på.

Omstillingen som har skapt så stor frustrasjon blant sykepleierne begynte i fjor høst da Follo interkommunale legevakt, som omfatter seks kommuner i Akershus, ble overført til Oslo universitetssykehus (OUS). Fra nyttår bestemte OUS at legevakten og de tre poliklinikkene ved Ski sykehus skulle slås sammen til en felles enhet. For sykepleierne betydde dette at de som tidligere kun jobbet dagvakter på poliklinikkene, nå også skulle jobbe turnus ved legevakten.

## Oppsigelser per e-post

NSF's tillitsvalgt og verneombud Gunnhild Meldal-Johnsen har vært med under hele prosessen. Men begge opplever at deres innspill i all hovedsak kun er tatt til etterretning. Det har stort sett vært enveiskjøring fra ledelsen.

Rosseland Kvåle stiller seg undrende til tidspunktet for sammenslåingen, like før Akershus universitetssykehus (Ahus) på Lørenskog skal overta sykehuset i Ski. Hvorfor omorganisere →

historie: «Velkommen til Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus, avdeling Ski». En liten avdeling lagt under et sykehus som igjen er under avvikling. Planen er at Akershus universitetssykehus fra nyttår skal overta pasientene i hele Folloregionen fra



**FRUSTRETE SYKEPLEIERE:** Fra venstre Anne Margrete Reistad, Ellrid Tungen, Lisbet Kopperstad, Kristin Elbjørg Norvoll, Inger Elisabeth Winter-Hjelm, Hanne Rosseland Kvåle og Anne Skjæraasen.



**TØFF TID:** Det siste året har vært svært tøff for NSFs tillitsvalgt Hanne Rosseland Kvåle, sykepleier Ellrid Tungen og deres sykepleierkolleger ved sykehuset i Ski.

nå, før man vet hvordan Ahus skal drive sykehuset i Ski?

Rett før påske fikk de ansatte seg en ny real kalddusj. En helt ny turnus ble hengt opp på vaktrommet. Den skulle tre i kraft fra 1. mai.

NSF var allerede koblet på saken. NSFs advokat Tore Dahlstrøm ønsket en vurdering fra departementet på lovligheten av å legge en kommunal legevakt under spesialhelsetjenesten. Han stilte seg også tvilende til om arbeidsgiver har saklig grunn til å endre arbeidsavtalene med sine ansatte.

I mellomtiden nektet sykepleierne

## «Vi har ikke erfaring med å jobbe på legevakt.»

nektet å skrive under på den nye arbeidskontrakten. Ordningen var et faglig tilbakeskritt både for ansatte og pasienter, mente de.

Svaret fra ledelsen var e-post med varsel om oppsigelse i midten av mai. I ettertid fikk de støtte fra helsedepartementet på at kommunehelsetjenesteloven ikke er til hinder for at kommunen kan ivareta legevakt-ansvaret, selv om driften og helsetjenesteytningen overtas av et helseforetak.

Tore Dahlstrøm reagerte også på Oslo universitetssykehus som tok over den kommunale legevakten i Follo, uten å stille krav til bemanning. Det var vel kjent at bemanningen ved legevakten var altfor lav. Dette problemet sitter nå sykepleierne på poliklinikkene igjen med.

### Usikker på framtida

Nå har sju av de åtte oppsagte sykepleierne liekevel skrevet under på den nye arbeidskontrakten. De følte at de ikke lenger hadde noe valg.

For en av de oppsagte sykepleierne har NSF ennå ikke avsluttet saken. I et eventuelt søksmål vil det være snakk om å vurdere sakligheten ved å endre arbeidsavtaler.

Underskriftene fra de sju sykepleierne fikk lokalavisen til å slå stort opp at «Sykepleierstriden er over». Og en fornøyd daglig leder Elina Ryymin ved Ski sykehus uttaler at: – Nå ser alle framover.

Arbeidsgiver fikk sine underskrifter. Men sykepleierne som er samlet rundt bordet på personalrommet gjør det klart at de på møtet med arbeidsgiveren følte seg tvunget til å skrive under.

– Å bli behandlet på denne måten gjør selvsagt noe med arbeidsgleden, sier Inger Elisabeth Winter-Hjelm. Men det viktigste for henne og kollegene har vært lojaliteten til pasientene. Den er der fortsatt.

– Alle kan lære nye arbeidsoppgaver, men jeg forstår ikke hensikten med å blande enhetene. Sykepleierne har opparbeidet seg kompetanse gjennom mange år ved spesialpoliklinikkene. Å skulle jobbe flere steder gir dårligere kontinuitet i arbeidet, mener Hanne Rosseland Kvåle.

Sykepleierne er bekymret for hva som vil skje med det gode fagmiljøet på sykehuset. Det har de også tydelig formidlet til ledelsen. De ser med sorg at arbeidsmiljøet kanskje er i ferd med å smuldre bort.

Anne Skjæraasen innrømmer at hun

har begynt å se på stilling ledig annonser. Det var helt utenkelig tidligere. Kollegene rundt bordet avslører at også de gjør det. Flere av sykepleierne har hatt sin arbeidsplass ved sykehuset i mer enn 30 år. Det er åtte år siden sykehuset sist ansatte sykepleier.

Fem av de sju som har skrevet under er mellom 57 og 61 år. Hva med seniorpolitikken, undrer sykepleierne.

### Føler seg som nyutdannet

Proessen og måten de erfarne sykepleierne er blitt behandlet på gjør at de sliter med å finne tilbake motivasjonen. De er engstelige for egen framtidig arbeidshverdag, som de i flere tiår har opplevd som helt unik.

Etter 30 år i yrket føler flere av sykepleierne seg igjen som nyutdannet. Men størst er engstelsen for hva den nye bemanningsplanen vil bety for pasientene.

– Vi har spisskompetanse på våre felt, men ikke noe erfaring med det å jobbe på legevakt. Og hvilke kunnskaper har ansatte på legevakten til å stille diagnoser på våre felt?

Kristin Elbjørg Nordvoll føler seg som lærer og lærling på samme tid. Forrige helg var hun den første fra poliklinikken som gikk turnus på legevakten. Hun måtte hoppe i det nesten uten opplæring.

– Det var hektisk, og ikke tid til å grave og spørre om ting jeg var usikker på. Det ville betydd lengre ventetid for pasientene, sier Kristin Elbjørg Nordvoll, som ellers opplevde å bli godt motatt i et hyggelig miljø.

Så er det tre uker til neste helgevakt. Det kan ta tid før Kristin Elbjørg Nordvoll og hennes kolleger vil føle seg trygge i den nye jobben. Om de noen gang gjør det.

– Hvorfor har det vært så viktig å få dette på plass så fort?

– Sammenslåingsprosessen startet allerede i 2009, og derav følgende bemanningsprosess har foregått våren 2010. Tidspunktet for implementering følger naturlig av disse prosessene som har vært, sier avdelingsleder Elina Ryymin ved sykehuset i Ski.

– På hvilke måte har dere tenkt å følge opp sammenslåingen?

– Det er viktig med evaluering, og vi har planlagt en evaluering ca. 4-5 måneder etter at alle har trådd inn i turnus, sier avdelingslederen. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt



NYHET

# Nutridrink Compact

## Mindre volum, mer næring



www.konis.no



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact komprimerer all næringen du får fra en 200 ml Nutridrink i en ny 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal og 12 g protein i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact og hjelp dem til å få den næringen de trenger i et volum de kan takle.

**NUTRICIA**  
**Nutridrink**  
**Compact**

# Svensk «frøken detektiv»

Hvordan vet man at skader er et resultat av vold? Hvordan gjør man fibersporing, og hva kan man finne? Viktoria Jokela Almgren vet svaret.

Tekst Kari Anne Dolonen foto Kari Anne Dolonen og Colourbox

**H**ej! Vill bara tala om att i Sverige, Kalmar har 21 svenska sjuksköterskor avslutat den första utbildningen i forensic nursing science. Så det börjar röra sig åt Norden också!»

Denne facebookmeldingen er årsaken til at Sykepleiens journalist sitter på kafè med Viktoria Jokela Almgren. Hun er en av de aller første sykepleierne i Norden som har tatt videreutdanning i rettsmedisinsk sykepleie, eller «forensisk omvårdnad» som det heter på svensk. Hun ble ferdig utdannet nå i mai. Og i

innen sykepleie. Vi trenger dokumentasjon på hva og hvorfor sykepleiere bør drive med rettsmedisinske oppgaver, sier hun.

På studiet var Almgren innom mange forskjellige nisjer av rettsmedisinsk arbeid.

– Vi har lært oss åstedsfotografering, fibersporing, innhenting og sikring av bevis. Både fra levende pasienter og fra avdøde personer. Vi har også lært oss intervjuteknikker når vi møter pasienter vi tror har vært utsatt for vold eller voldtekt. Å ha kunnskap om hvilke sår eller blåmerker forskjellige type slag eller ska-

kartlegger et åsted på, minner litt om det vi ser på tv. De sjekker fingeravtrykk, tar bilder og legger funn i bevisposer som de tar med til laboratoriet, sier hun.

## Positivt politi, skeptiske leger

Almgren syntes å arbeide med politiet var lærerikt.

– Jeg syntes politiet var veldig åpne på den måten at de gjerne ønsket sykepleiere inn i rettsmedisinen. Legene har ikke vært like åpne. De er mer proteksjonistiske. Det er tradisjonelt deres domene. De ser ikke helt hva vi kan bidra med, sier hun.

– Hva kan sykepleiere bidra med, da?

– Fordelen med sykepleiere er at vi er alle steder i helsevesenet. Mye av det vi driver med i dag går over i rettsmedisinfeltet uten at vi tenker over det. Spesielt sykepleiere som jobber i ambulanse, akuttmottak eller i psykiatrien. Selv om de som jobber her ikke har en ekstern videreutdanning, har de ofte fått intern opplæring i oppgaver som minner om rettsmedisinsk sykepleie, sier hun og forklarer:

– I akuttmottak og ambulansetjeneste trefter sykepleiere pasienter med store traumer. De må kartlegge hva som har skjedd og hvor alvorlige skadene er. I psykiatrien finner man absolutt alt. Å avdekke hva som er somatisk og hva som er psykiatri, er også detektivarbeid. Legene ser ikke pasientene på samme måten. De blir ikke like godt kjent med dem som sykepleierne gjør, sier hun.

Almgren mener legene stort sett tar seg av det kliniske hos en pasient, mens sykepleierne

## «Jeg vil finne ut hvordan helsepersonell tar imot kvinner med rus og voldsproblematikk.»

Viktoria Jokela Almgren

så måte er hun pioner. I USA har spesialiteten fått rotfeste og anerkjennelse. (Jf. Sykepleien nr. 8, 2010, side 58).

### Jobber i Norge

Almgren har også spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie og jobber i Oslo som vikar flere steder. Blant annet på Pro-senteret og ved en avrusningsinstitusjon. Men familien er hjemme i Sverige.

Det finnes foreløpig ingen stillinger som rettsmedisinsk sykepleier, verken i Norge eller i Sverige. Almgren håper det vil endre seg.

– Det tar tid å bygge opp en ny profesjon

der gir, er viktig når man skal avdekke om det pasienten sier, stemmer overens med skadene de har, sier hun.

### CSI-følelse

Almgren har fått større forståelse for hvordan politiet jobber.

– Jeg har hatt praksis på kriminalteknisk i Göteborg. Der lærte vi mye om åstedsfotografering og innsamling og forvaring av bevis. Vi lærte også om forskjellige type våpen og hvilke skader de gir, forteller hun.

– Fikk du litt CSI-følelse da?

– Ja, jeg gjorde faktisk det. Den måten de

**PIONER.** Victoria Jokela Almgren er en av de første rettsmedisinske sykepleierne i Norden.



## Fakta om innhold

Her er noen av de temaene Almgren har vært igjennom i «Forensisk omvårdnad». Studiet er på 30 studiepoeng:

- › Modeller og teorier om rettsmedisinske metoder
- › Traumatologi
- › Toksikologi
- › Søkelys på spesielt utsatte grupper for vold
- › Etniske og etiske aspekter ved døden
- › Forandringer som skjer med kroppen etter døden, og hvordan finne årsaker
- › Dødsårsaksutredning
- › Åstedsundersøkelser
- › Bevisinnsamling og sikring
- › Rettsmedisinsk fotografering
- › Sykepleierens rolle
- › Identifisere offer for vold i nære relasjoner eller seksuelle overgrep
- › Bevisinnsamling fra pasient
- › Bevisinnsamling på gjerningsmann
- › Krisereaksjoner hos offer, pårørende og personell
- › Lovverk
- › Samarbeid med politi, påtalemyndighet og private aktører
- › Rettspsykiatri



## Pionerene:

I mai ble 21 forensiske sykepleiere uteksaminert ved Høgskolen i Kalmar. Studentene kom fra hele Sverige. Utdanningen er den første av sitt slag i Norden etter modell fra USA. Studiet går over nettet med fem samlinger i løpet av studiet. Kull 2 har startet opp og flere andre svenske høyskoler tilbyr nå, eller vurderer å starte opp studie i «forensisk omvårdnad».

i tillegg er inne både før og etter legekonsultasjon. De følger pasienten hele veien.

## Seksualisert vold

Det er særlig seksualisert vold Almgren ønsker å jobbe med.

– På Pro-senteret treffer jeg prostituerte kvinner. Mange av dem utsettes for vold. Rus og prostitusjon er ofte tett forbundet med

vold. Likevel vegrer nok mange helsepersonell seg for å gå inn i denne materien. Jeg tror mange ser på det som for komplekst. På den andre siden nytter det ikke å avdekke store problemer dersom man ikke kan tilby dem noe etterpå, sier hun.

Det er en av grunnene til at Almgren har bestemt seg for å forske på dette. Skaffe dokumentasjon på både omfang og holdninger. Ved siden av jobbene i Norge og pendling til familien i Sverige, studerer hun jus og har tenkt å ta master og doktorgrad innen rettsmedisinsk sykepleie.

– Jeg vil finne ut hvordan helsepersonell tar imot kvinner med rus og voldsproblematikk. Oppdager vi dem? Jeg tror det er veldig mye skjult her. Det finnes lite forskning, sier hun.

Almgren er også opptatt av å få bygget opp infrastruktur rundt problemstillingen.

– Det er det første man må gjøre. Hvis pasi-

enter åpner seg for deg og forteller om overgrep og vold, må man kunne tilby dem noe, sier hun.

## Integrere kunnskap i hverdagen

Det finnes per i dag bare 21 svenske rettsmedisinske sykepleiere, men ingen jobber. Så hva gjør de for at ikke den nyervervede kunnskapen skal gå tapt?

– Mye av det vi har lært kan integreres i en vanlig hverdag. Vi kan også kartlegge og dokumentere det vi ser for å synliggjøre viktigheten av oppgavene, og at dette er et fagfelt som trengs. I tillegg kan vi lære opp våre kolleger og prøve å implementere den nye kunnskapen vi har på våre respektive arbeidsplasser, sier hun.

Almgren og hennes kullinger holder kontakten og planlegger å opprette et eget forum. Nå er kull nummer to i gang, så de er en faggruppe som kommer til å vokse. ■■■



**ÅSTED.** Studentene kommer til et åsted hvor de finner en kvinne død. Foto: Privat



**BLODSPOR.** Et blodig fotspor kan være viktig i jakten på gjerningsmannen. Foto: Privat



**FILLE.** En blodig fille i en søppelbøtte må ikke oversees. Foto: Privat



**VIKTIG BEVIS.** Er dette mordvåpenet? Foto: Privat





**EN PAKISTANSK SY-  
KEPLEIER** er i ferd med å  
gi antibiotika til en liten jente  
med diaré på et sykehus i  
Sukkar i den sørlige delen av  
landet. Det er 21. august og  
flere uker siden flomkatas-  
trofen rammet Pakistan, men  
hjelpen har latt vente på seg.  
Omsider har omfanget av den  
humanitære krisen gått opp for  
resten av verden. Seks millio-  
ner mennesker har et desperat  
behov for mat, bolig og helse-  
hjelp, mener Norges Røde Kors.  
Foto: (AP Photo/Kevin Frayer)  
Scanpix

Ny forskning bekrefter at søskenbarneekteskap øker faren for helse-skader hos barna. Helsesøstre i Bydel Gamle Oslo kjenner seg igjen.

# – Bruk imamene!

**F**orskerne har undersøkt 65 Oslo-barn og kommet frem til at barn av pakistanske foreldre som er søskenbarn har elleve ganger så høy risiko for å bli født med hjernesykdommer enn barn av norske par. Forskjellen tilskrives tradisjonen med å gifte seg med søskenbarn. Ekteskap mellom søskenbarn forekommer hos 40–45 prosent av foreldrepar med pakistansk bakgrunn, men andelen er på vei nedover.

Undersøkelsen ble nylig presentert i Tidsskriftet for Den norske legeföre-

## Lovet tiltak

Daværende barne- og likestillingsminister Karita Bekkemellem uttalte til Dagbladet at et forbud mot søskenbarneekteskap var oppe til vurdering. Hun varslet et forslag om å endre ekteskapsloven, eller tiltak som skulle gå inn som en del av handlingsplan mot tvangsekteskap. Den planen kom høsten 2007, men tiltak mot søskenbarneekteskap er ikke nevnt.

Arbeiderpartiets innvandrerpoltiske talsperson Lise Christoffersen sier til Sykepleien at søskenekteskap ikke er

bydelen, i bydelsadministrasjonen der de har hatt et av sine faste møter. De kan fortelle om pakistanske familier som har fått flere barn med alvorlige hjernesker.

Skolehelsesøstrene får ofte besøk av unge mennesker med innvandrerbakgrunn som spør om råd når familien deres planlegger bryllup med søskenbarn. Dette er ofte allianser som er planlagt av familiene fra barna var små. Helsesøstrene opplever at ungdommen nå er mer opplyst om temaet. De har hørt om at ekteskap mellom søskenbarn ikke er bra. Det er dessuten de typisk arrangerte ekteskap som ungdommen selv ikke alltid ønsker.

– Det er viktig å nå ut med fakta om at dette beviselig kan være skadelig. Derfor er det så bra at legene forsker på dette og får fakta på bordet. Alle ser at noen får syke barn, men de ser også at mange har friske barn, og tror derfor det er en tilfeldighet, sier Moen.

## – Må nå foreldrene

– Vi har god erfaring med å bruke resurspersoner fra innvandrer miljøene og organisasjonene når vi skal prøve å endre holdninger. Imamer bør også involveres og brukes i informasjonsarbeidet, sier Siri Brevig Andersson, som er spesialkonsulent.

– Vi tar opp temaet i skolen. I tillegg må vi gi denne viktige informasjonen til deres foreldre og andre aktuelle aktører. Det hjelper ikke at ungdommen er informert, når det er foreldrene som bestemmer, sier Ann-Louise Gustafsson, enhetsleder og helsesøster.

På helsestasjonen deler de ut brosjyren «Å få barn når foreldre er i slekt» fra Helsedirektoratet, og det tilbys henvisning til genetisk veiledning til kommende foreldre som er søskenbarn.

## Myndighetene må informere

Men et mer systematisk holdningsarbeid bør settes i gang fra myndighetenes side, understreker teamlederne. ■■■

Tekst og foto **Ellen Morland**

## «Det er varierende grad av interesse for å ta imot genetisk veiledning.»

Ann Kristin Vedeler, helsesøster, Grønland helsestasjon

ning, av legene Øivind J. Kanavin og Petter Strømme.

Det er ikke første gang helseskader hos barn fra søskenbarneekteskap blir påvist. I 2007 la Folkehelseinstituttet frem en utredning om konsekvenser av søskenbarneekteskap. Den viste blant annet at risikoen for å få barn med misdannelser er dobbelt så høy som hos barn der foreldrene ikke er i nær slekt. Risikoen for dødfødsel er 163 ganger høyere.

oppe som noen aktuell problemstilling nå. Hun tror heller ikke programutvalget som jobber med forslaget til inkluderingstiltak vil gå inn for forbud.

## Tar tid

Helsesøstre i Bydel Gamle Oslo, et område med stor andel innvandrere, ser ofte konsekvensene med inngifte hos pakistanske innvandrere. Men de tror ikke forbud er veien å gå.

– Hvordan skal det forbudet eventuelt håndheves, spør Unni Fadum Moen, teamleder og helsesøster ved Fyrstikk-torget helsestasjon.

– Vi har så lett for å reagere med å kreve at et problem som dette skal ordnes opp i raskt. Men vi må akseptere at det tar lang tid å endre på en slik praksis, sier hun.

Sykepleien har fått treffe teamlederne i

**KJENT PROBLEM:** Teamlederne i Bydel Gamle Oslo håper myndighetene vil sette i gang skikkelig informasjonsarbeid om søskenekteskap rettet mot foreldrene og imamer. Fra venstre: Ann-Louise Gustafsson, Siri Brevig Andersson, Unni Fadum Moen, Ann Kristin Vedeler, Inger Lise Wilhelmssen og Mojgan Saharkhiz.



## Stein Johansen

Alder: 44 år

Yrke: Intensivsykepleier

Jobber: Generell intensiv, Rikshospitalet

Balanse-  
kunstner

– Jeg vet aldri hva dagen bringer.

**N**år jeg tar min intensivpatient i hånden er det ikke bare et håndtrykk. Jeg gjør det selvfølgelig av høflighet, men samtidig gir håndtrykket meg god informasjon. Er pasientens hånd varm eller kald, tørr eller klam? Det samme gjelder når jeg legger hånden på pasientens panne. Jeg ønsker å vise omsorg, men samtidig undersøker jeg pasienten. Jeg noterer fysiske signaler som kan si meg mer om pasientens tilstand. Og når jeg stiller pasienten et spørsmål er det ikke bare for å få et svar, men for å finne ut om jeg får et svar.

Jeg begynte på sykepleierutdanningen som trettiåring, etter å ha studert økonomi i flere år. Jeg ønsket meg et yrke der jeg kunne bruke flere sider av meg selv, og forsto veldig fort at jeg hadde valgt riktig. Samtidig oppdaget jeg ganske raskt at jeg ønsket å spesialisere meg. Jeg hadde behov for å lære mer. Da jeg fikk jobb på en intensivavdeling så jeg med en gang at jeg sto på terskelen til et stort og ukjent land av kunnskap jeg hadde lyst til å tilegne meg.

Når jeg kommer på vakt, får jeg tildelt en pasient som jeg har ansvaret for mens jeg er på jobb. Jeg får vite hva som feiler pasienten og hvilke utfordringer som er aktuelle. Det er min oppgave å sørge for at tiltakene realiseres. Mesteparten av tiden er jeg ved pasientens seng. Jeg følger med på alt som skjer; endringer i temperatur, urinproduksjon, bevegelser og lyder som kan tyde på smerte eller ubehag.

De fleste pasientene husker veldig lite av oppholdet på intensivavdeling i ettertid. En gang hadde vi en pasient som lå her i mange uker. Selv om han var våken mesteparten av tiden husket han bare en ting fra oppholdet. Det var at datteren hans kom innom med pepperkaker ved juletid. Han husket lukten.

Jeg vet aldri hva en ny dag på jobb vil bringe. En rolig dag kan fort bli hektisk med mange og travle gjøremål. Plutselig kommer mange dårlige pasienter på en gang. De pasientene som er der i dag er ikke nødvendigvis de samme som i morgen.

Det er viktig å ha evnen til å forutse ting. Og til raskt å kunne sette i gang riktige tiltak for å unngå eskalering av tidlige symptomer. Kritisk skade eller sykdom setter organismens likevekt ut av posisjon. Min oppgave er å bidra til å opprettholde denne balansen så lenge organismen ikke selv er i stand til det. Å holde pasienten stabil, se til at han eller hun kommer seg gjennom den kritiske fasen. En annen viktig egenskap er å tørre å møte personer der og da. Man må kunne forholde seg til pasienter og pårørende i krise.

Det beste med jobben er det uforutsigbare. Det er som å bevege seg på en knappenålsspiss. Få pasientens tilværelse til å balansere. Å vite at det er riktig å sette i gang tiltaket akkurat nå og ikke for 30 sekunder siden. ■■■

Fortalt til Susanne Dietrichson Foto Stig Weston

Å være sykepleier på Skjervøy sykestue er ikke noe for pyser. Det liker Stein-Anton Pedersen så godt at han ikke klarer å slutte.





– Vi gjør det  
på vår måte



**SAMMEN:** Stein-Anton Pedersen og Hilde Solberg bor sammen, har barn sammen og jobber sammen. - På et sted som dette øker trivselen hvis man bruker naturen, sier Pedersen som elsker toppturer. Foto: Marit Fonn





**PALLIATIV:** Denne gangen kommer pasienten i helikopter fra UNN. Han vil hjem for å dø. Sykepleierne Gøril Nilsen (t.v.) og Miriam Venæs tar imot på sykestuen.

**D**et er ennå liv i bålet, men den siste pølsen er grillt. På tide for Stein-Anton Pedersen, samboren og døtrene å dra hjem. Turen med kolleger på sykestuen er over. Under dem ligger tettstedet Skjervøy, der husene har flokket seg sammen og båtene ligger fortøyd på geledd. Forhøyninger i landskapet og moloen skjærer for havet. Sørgående hurtigrute skal snart legge til kai.

## «For å være så liten, klarer vi å tilby veldig mye.»

*Sykestueleder Ailin Steffensen*

Sykestuen ligger skjult nedfor toppen her. Men de fleste innbyggerne vet godt hvor den er, lett synlig fra alle kanter.

### Ble vervet

Dagen før forteller Stein-Anton Pedersen hvordan sykepleierkarrieren begynte:

– Vi ble verva!

Da Pedersen fra Sortland begynte på sykepleierutdanningen i Tromsø, traff han Hilde Solberg fra Skjervøy. Det er ni år siden. De ble kjærester og hadde begge praksis her på sykestuen – på hennes hjemsted. Så ble de altså tilbudt jobb. «Ok», sa de, «vi kan jo prøve et par år». Men sju år senere arbeider de fortsatt på sykestuen og sykehjemmet, i hver sin sykepleierstilling.

Nå har Solberg barselpermisjon.

### Den fineste tomten

Sykestuen er over hundre år. I 1988 overtok kommunen en institusjon som fylkeskommunen hadde latt forfalle. Var det egentlig liv laga for et så dyrt helsetilbud for en liten kommune?

Ja, de lokale politikerne har aldri vært i tvil. Det mener i hvert fall Lise Roman, som har vært helse- og sosialsjef i tjuå år.

– Behovet er jo så tydelig!

Skjervøy er kommunen i Nord-Troms som ligger lengst unna Tromsø. Og sykehuset. Det vil si Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

Ønsket om å utvide meldte seg, og

nye lokaler ble diskutert i årevis. Så bestemte kommunen seg for å satse og tok opp store lån. Slik gikk det til at sykestuen i 2000 flyttet inn i dagens lokaler. De gamle fiskehjellene på bygdas flotteste tomt ble erstattet med et nytt helsesenter. Den røde enetasjes fløyen som peker rett ut mot bukten, er sykestuen, som har seks senger.

Men sykestuen gir ingen inntekter, slik sykehjemmet gjør. Lenge før samhandlingsreformen var påtenkt, begynte Roman å argumentere overfor UNN hvor lønnsomt det er å holde liv i sykestuen: Færre dyre liggedøgn for sykehuset. Mange transporter spart. Og et sted å sende pasienter til.

Belønningen kom i 2005. Da vedtok UNN å støtte med 445 000 kroner ganger tre. For tre av sengene.

Roman snakker varmt om sykepleierne. Tilgangen er god, mener hun, fordi unge synes det er spennende med annet innhold enn sykehjem.

### Kommer i helikopter

Mens Roman ivrig opplyser om alle de fine døgntilbudene, kommer meldingen:

# «Jeg er glad jeg bor her på Skjervøy. De yter topp service her.»

Pasient Finn Sandmo

En terminal kreftpasient er på vei med ambulanshelikopter fra UNN.

Den lokale ambulansen står klar utenfor. Det tar noen minutter å kjøre til landingsplassen. Den kraftige vinden er ikke noe problem, men skylaget gjør sikten vanskelig, så piloten velger en annen ankomst enn vanlig. Kjørt flyttes en lett kropp fra bære til bære, og ambulansen kjører tilbake til den røde fløyen. Der står sykepleierne klare. Mannen rulles inn akuttinngangen og videre til rommet beregnet for palliativ pleie. Her er det bilder på veggene, lysestake, kopestell, panoramautsikt og ekstra plass til pårørende.

En helikoptertur koster mye. Det vet alle. Og det er ikke ofte pasientene transporteres denne veien, som regel er det herfra til Tromsø. Men denne gangen har en avdelingssykepleier på UNN ordnet det slik at mannen får ønsket sitt oppfylt: Å dø hjemme. Eksamnen og daterteren er her nå. De sender varme tanker til hun som fikset lufttransport.

– Fire timer i ambulans når kroppen er formet som en s, det hadde ikke gått, sier ekskonen.

## Kom hjem igjen

Behandling av terminale kreftpasienter er én av oppgavene til sykepleierne her. Ailin Steffensen ble leder for sykestuen og sykehjemmet for to uker siden. Hun ramser opp seks arbeidsfelt til:

- › Akuttmedisinsk diagnostikk og behandling.
- › Stabilisering for transport til sykehus.
- › Behandling av enkle tilstander, som lungebetennelse og urinveisinfeksjon.
- › Gjengangere med kroniske sykdommer, som kols og diabetes.
- › Rehabilitering, for eksempel etter lårbeinsbrudd eller slag.
- › Utrekning til et visst nivå.

**HUMØR:** Finn Sandmo synes man bør vitse med det meste. Han håper godt humør kan forlenge livet. Miriam Venæs yter topp service, synes kreftpasienten.

Det var nettopp de allsidige arbeidsoppgavene som trakk Steffensen hjem igjen etter flere år i Narvik og Tromsø. Nå er det hun som skal sørge for forsvarlig drift. Forgjengeren gikk av etter 43 år ved institusjonen.

Steffensen skulle gjerne hatt flere sykepleiere og hjelpepleiere. Det kan holde hardt, ikke minst om sommeren.

– Men det pleier å ordne seg, sier hun på kontoret midt i helsesenteret, bare noen skritt unna sykestue, sykehjem og skjermet enhet.

En av grunnene til at det ordner seg, er at hjemmesykepleiens leder sitter vegg i vegg med henne. De vet hvor skoen trykker hos hverandre og hjelper hverandre.

## Gir cellegift

Det er kreftsykepleier Gøril Nilsen et godt eksempel på. Hun er en slags rød tråd. Selv om hun er ansatt i hjemme-

sykepleien, er hun stadig innom sykestuen og tar seg av både pasienter og pårørende.

Da kommunen ønsket kreftkompetanse, tok Nilsen videreutdanning i Tromsø. I januar 2006 var hun klar.

– Nå er tilbudet så kjent på UNN at legene er snar med å henvise pasienter hit, forteller hun.

Åshild Simonsen er en av dem. Det er blitt mange cellegiftkurer her på sykestuen. Hun har brystkreft med spredning til lunge og bein og får nå symptombehandling en gang i måneden.

– Med en så alvorlig diagnose er man avhengig av at folk kan faget sitt. Fordelen er at folk kjenner meg her. Jeg slipper å fortelle historien min om og om igjen.

Det blir mer enn nok turer til UNN for kontroll, stråling, MR, CT og skanning. Men hver tur hun slipper å ta letter situasjonen for hele familien.

– De gangene jeg ikke klarer å komme hit, kommer Gøril til meg.

Simonsen, som har vært varaordfører, kaller Skjervøy en kystperle.

– Mange småsamfunn er ustelte. Her er det velstelt rundt husene. Det er lett å bo her, sier hun.

En periode kan Gøril Nilsen ha to-tre pasienter som får cellegiftbehandling.

## Fakta Skjervøy



- › Skjervøy er en av seks kommuner i Nord-Troms. De andre er Nordreisa, Lyngen, Kåfjord, Kvænangen og Storfjord.
- › 3 000 innbyggere
- › Kommunen består av flere øyer. Ca. 2 400 bor på tettstedet Skjervøy.
- › 25 mil til nærmeste sykehus i Tromsø – fire timer med bil.
- › En halvtime til Distriktsmedisinske senter i Nordreisa, som har fødestue.
- › Havet gir inntekter: Her foregår lakseslakt, smoltproduksjon, fiskeoppdrett. En oljebase er på gang.





**MAT I BLODET:** Karin Eidsvik har nettopp lært hvordan hun selv kan sørge for ernæring via blodet. Miriam Venæs har veiledet.

Så kan det gå et halvt år uten. Nå er mange i palliativ fase. Hun venter nye pasienter utover høsten. Nok en innbygger har fått diagnosen brystkreft. Men behandlingen er ikke avklart ennå.

Nilsen samarbeider tett med kreftavdelingen på UNN, og er med i nettverket Lindring i nord.

#### Samhandler allerede

Samhandlingsreformen er på trap-pene. Mye er usikkert, ikke minst om finansiering.

– Jeg tror sykestuedrift er en del av svaret. Kommunen her har satset mye midler. For å være så liten, klarer vi å tilby veldig mye. Vi profilerer oss mer og mer, sier Steffensen som har de ansatte med på laget.

Stein-Anton Pedersen mener de har drevet etter samhandlingsreformens prinsipper i mange år.

– Her finner vi egne løsninger, en egen vri. Vi gjør det på vår måte, sier han.

Til tider er det ekstremt hektisk, andre ganger rolig. Vinterstid kan været utfordre sykepleiernes ferdigheter: En mann fikk hjertestans en kveld, men våknet opp igjen. Han kom til sykestuen. Det var snøstorm, og både vei, hav og luft var stengt.

– Vi tok inn ekstra folk så vi kunne overvåke skopet hele natten.

De fikk ham av gårde til Tromsø i ambulanse med lege før dagvakt kom på.

– Vi strekker oss langt, sier Pedersen. Han merker godt at UNNs utskrivningsregler hardner til.

– Vi opplever et veldig press fra

spesialisthelsetjenesten. Presset vil øke. Det blir stram drift. Ikke luksus i hverdagen, fastslår Pedersen, som uansett trives med allsidigheten.

Det er alltid sykepleiere på vakt. Om natten bare én.

– Er det behov for å sette en vene-flon, ja, så må du sette den. Du kan ikke ringe til anestesen og få hjelp. Den skal inn. Du må bare. Det samme med blod-prøvene, sier Pedersen.

– Dere blir jo flinke! sier Ailin Steffensen.

#### Trygg om natten

Alle de ni sykepleierne på sykestuen har tredelt turnus. Den ordningen vil bestå.

– Det høyner kunnskapsnivået. Størstedelen av det akutte skjer dag og aften. Da er det flere sykepleiere sammen med deg, og du lærer. Da blir du tryggere når du skal være alene på natt.

Steffensen understreker at samarbeid på tvers av avdelingene er avgjørende. De tverrfaglige fredagsmøtene er viktige.

I 2009 var gjennomsnittlig belegg på 99 prosent. Antallet innleggelses-er var 447. Ingen pasienter er blitt avvist, og ingen dagsbøter er gitt. De har ofte korridorpatienter, to går greit; en på Bertastuen og en nederst i korridoren.



**SAMHANDLER:** Ailin Steffensen tror sykestuedrift passer inn i samhandlingsreformen. Interessant jobb fikk henne hjem igjen til Skjervøy.

Sykehjemmet har stor glede av sykestuen, som for eksempel kan gi intravenøs væskebehandling. Her er et godt utstyrt laboratorium. Peder sen viser fram et «superdyrt» analyseapparat som blant annet kan måle hjerte- og leverenz ymer. Her kan de også måle crp, blodprosent og blodsukker, og selvsagt kan de dyrke urin. Legekontoret i samme bygg kan ta supplerende

– Det er andre ting som gjør mer vondt i livet enn det. Det skjønner du når du får noen år på baken, smiler han.

Sandmo har åpen plass her. Marginene er fine. I går hadde han feber og følte seg skral. I dag er formen bra.

– Leveren har ikke gjort jobben sin. Nå er det bare kjærlighet og omsorg som gjelder.

## «Jeg kan i hvert fall spise hva jeg vil.»

Stomipasient Karin Eidsvik

blodprøver. Kvalitetsprogrammet Noklus sørger for at de holder seg oppdatert.

– For eksempel får vi tilsendt prøvemateriale for kontroll. Vi måler crp-verdiene, sender dem og får svar tilbake, sier Pedersen som har ansvar for akutttrommet og legevakttелефonen.

### Unngår folkesnakk

På et lite sted som dette lærer de seg fort å holde pasientensnakket innenfor sykestuens vegger. Når det er naboen som legges inn, blir naboen til pasient.

– Hvis folk ser sykebil, vil de vite hva som skjer – av omsorg, men mest av nysgjerrighet, sier en av sykepleierne.

Derfor er hun nøye med taushetsplikten:

– Vi må beskytte et lite samfunn. Spesielt når det dreier seg om sånt som psykiatri, fylleslås kamper og selvmord.

Fødestuen er i nabokommunen. Her på sykestuen er det bare født ett barn. Det var i 2001. Men både sykepleiere og leger er kurset i hva de skal gjøre hvis en baby vil ut fort.

### Kjærlighet og omsorg

Dagen etter stikker den avgåtte lederen innom. Overgangen er stor, forteller hun i korridoren til sine tidligere kolleger.

– Man gir slipp på en del av livet. Men jeg sover bedre om natten. Våkner ikke lenger og tenker på alle tingene jeg har glemt.

Sykepleier Miriam Venæs har dagvakt. Nå ringer hun en kollega:

– Du, når du fjerner grippernålen, er det bare å legge på press, eller?

Hun får svaret hun trenger og går til Finn Sandmo som ligger på undersøkelsesbenken. Han har kreft i bukspyttkjertelen og leveren.

Blodårene hans egner seg ikke lenger for å stikke i, så han har fått operert inn en veneport. Nå skal han få fjernet grippernålen som ble brukt til blodtransfusjon for et par dager siden. Venæs har ikke gjort det før.

– Du er bestandig i godt humør, du, sier hun til pasienten.

– Det gjør kanskje vondt når jeg river av teipen.

Blodet han får her blir sendt med båten fra Tromsø. Det må brukes innen seks timer, så det går akkurat.

– Det er viktig å ha gode dager. Jeg er glad jeg bor her på Skjervøy. De yter topp service her. Og jeg får tilbakemeldinger om at jeg er blid og grei. Kanskje det gjør at jeg lever lenger, sier han.

Hans filosofi er at skal man overleve, må man ha en stor dose selvironi.

– Vi er et spøkefullt folkeferd her i nord. Det er bra å skøyte litt.

### Innflytter

Miriam Venæs er fra Ørland i Trøndelag. Da hun hadde sommerjobb på hurtigruten, foreskrevet hun seg i en maskinsjef fra Skjervøy. Hun fikk ikke jobb her, og utdannet seg til sykepleier i Tromsø. Nå har hun bodd i det blå huset ved moloen i to år.

Som innflytter er nettverket på jobben viktig.

– Miljøet er ungt. Vi er mye i lag i fritiden. Går tur, har personalfester, tar lønningspils på puben Public.

Hun er vikar, men det bekymrer ikke. Hun regner med at det alltid er jobb til henne her.

– Jeg liker godt den mangfoldige pasientgruppen. Det ville vi ikke hatt i spesialisthelsetjenesten. Her kan vi litt om alt.

Legevakttelefonen er sykestuens ansvar ettermiddag, natt og helg. Men selv om det nå er dag, har Venæs alarmen i lommen. Da kan hun høre om det er noe akuttoppdrag på gang, og kan gjøre klart akutttrommet.

Man kan lett bli svett når man er alene på vakt om natten, innrømmer hun.

– Når telefonen ringer kan det gjelde alt fra en knekt negl til: «Han puster ikke! Hva gjør jeg?»

Mange ringer heller vaktrommet her enn 113. Sist natt ringte ingen legevakten. Men klokken 22.18 kom det telefon fra nordgående hurtigrute på vei til havnen på Skjervøy. De ville rådføre seg om medisiner til en passasjer med smerter.

### Ernæring via blodet

Karin Eidsvik (40) sitter på sengekanten og ser rett bort på huset sitt, barndomshjemmet

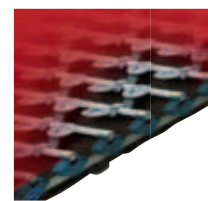
## ThevoVital —en madrass som gir bedre søvn til demente



Bedre søvnkvalitet gir mer overskudd om dagen og bedre forutsetning for å samarbeide i de daglige aktiviteter. MIS® Mikrostimulering gir konstant (mikro) stimulering. Vingenes beroligende fjæring gir feedback på alle bevegelser og fremmer brukerens kroppsbevissthet.

### ThevoVital

- Verdensnyhet – den første madrass som gir demente bedre søvn
- Pårørende og pleiepersonell blir avlastet og ressurser frigjøres
- Minimalt vedlikehold
- Ingen bivirkninger
- Passer i alle senger
- Leveres for brukere opp til 140 kg



Thevo  
by Thomashiften

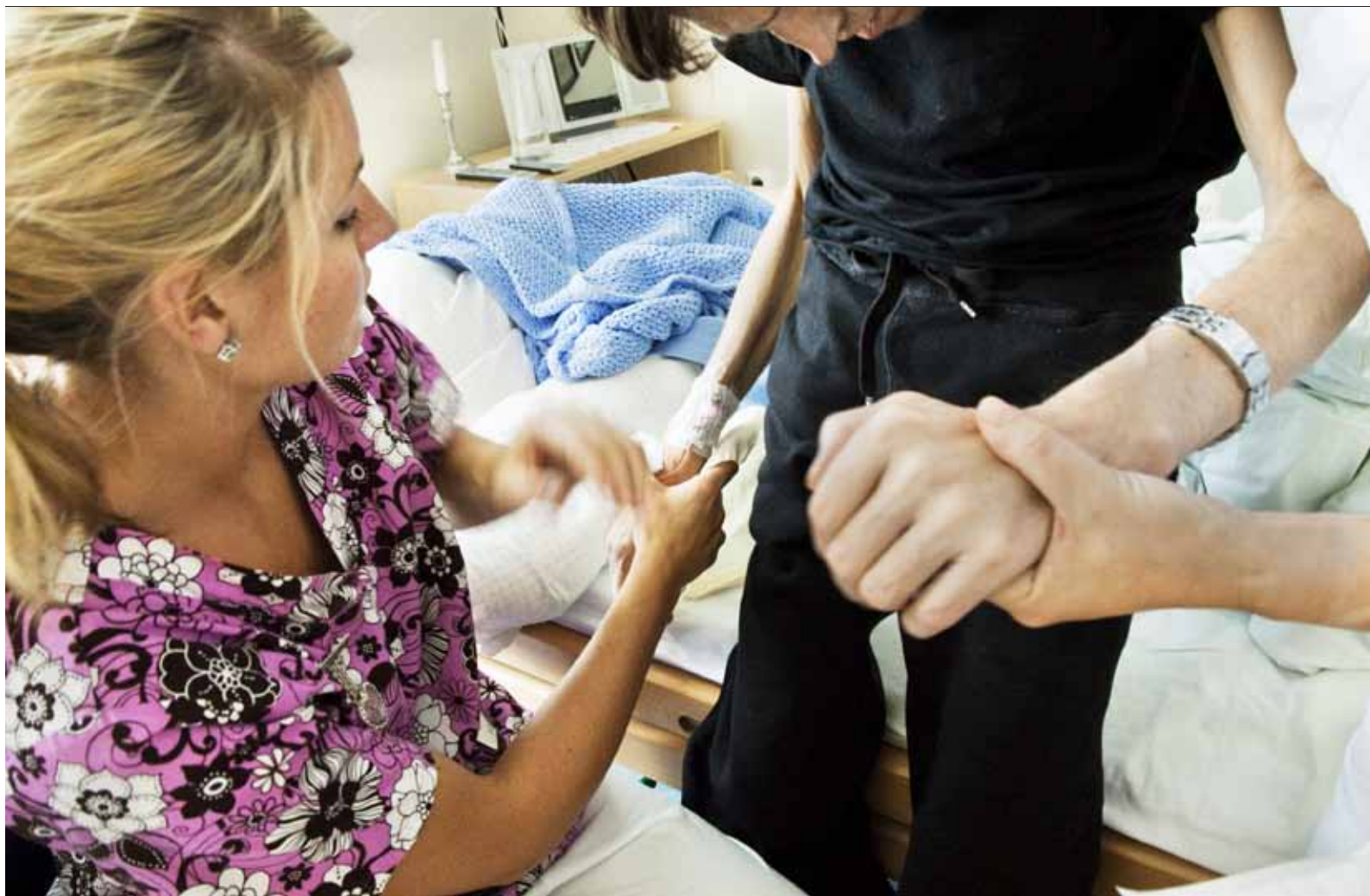
Les mer om ThevoVital og våre andre produkter på [www.bardum.no](http://www.bardum.no).



**Bardum as**

Postboks 322, 1401 Ski, Berghagan 5, 1405 Langhus.  
Tlf. 64 91 80 60. Telefax: 64 91 80 66.  
[www.bardum.no](http://www.bardum.no)





**LINDRER:** Sykepleier Isabell Andersen gir morfin for å døyve smertene. Dagen etter dør mannen.

hennes. Der bor sønnen på 19. Ingen brann, i hvert fall, konstaterer hun.

Inn døren kommer Miriam Venæs med en tralle. Hun skal lære Eidsvik hvordan hun selv kan administrere parenteral ernæring. Eidsvik er ambulansesarbeider, har sprøytebruk i fingertuppene og kan alt om sterile prosedyrer.

Hun har hatt flere operasjoner i mage og tarm. Nå er bare tynntarmen igjen, og hun har fått stomi. Etter siste

– Jeg kan i hvert fall spise hva jeg vil. Fra sykehuset kom hun fredag kveld med hurtigruten – i lugar. Å sitte i fire timer ville gjøre altfor vondt.

#### Ti timers måltid

De setter seg foran vinduet. På bordet ligger en plastpose med 1500 milliliter flytende ernæring fordelt i tre rom. Eidsvik får kjapt inn i fingrene hvordan hun skal stikke med riktig vinkel og brette opp skilleveggene så ernæringen blander seg inni posen. Når innholdet er blandet, må det brukes innen et døgn. Gul og blank væske forvandles til melkehvitt. Væsken lukter babygulp, vet Eidsvik, så hun prøver å unngå søl.

Om nesten ti timer, etter midnatt, er måltidet via blodet over. 160 milliliter i timen er passe tempo. Blir takten hurtigere, kaster hun opp. Om noen dager skal hun hjem og ordne med ernæringen alene – fire ganger i uken.

– Tryggheten jeg føler her går ikke an å beskrive med ord. Det skyldes kompetansen til sykepleierne. Og så har de tid til oss. Dette tilbudet må aldri røres. Det må heller bygges ut, sier hun bestemt.

Pumpen knirker som en lærsko. Akkurat høyt nok til å holde Eidsvik

våken. Derfor kan hun ikke ta til seg næring om natten, som jo ville vært mest praktisk.

Eidsvik setter seg på sengen igjen, og Venæs henter middag til henne. Eidsvik gleder seg til karbonader og ertestuing.

#### Lindrer med morfin

Etterpå går Venæs for å sjekke dosetene på medisinerommet. Der står også hjemmesykepleier Solveig Nilsen. Selv om det er trangt, liker de å dele rom. Her kan de oppdatere hverandre.

Venæs har 20 røde bokser foran seg, fylt av sykepleieren som var her i natt. Kjedelig arbeid, men overkommelig, synes hun. Nilsen skal finne fram piller til 50 pasienter.

– Det blir mange tabletter. Vi ønsker oss multidose-system.

Hun føyer til:

– Men det koster jo mer.

Mannen som kom med helikopter, har hatt tilsyn i hele natt. Nå trenger han å døyve smertene. To sykepleiere holder varsomt og stødig den urolige kroppen mens de gir ham morfin. Etterpå dører han i sengen. Med tilsyn.

Dagen etter dør han med familien rundt seg. ■■■

## «Her kan du ikke ringe til anestesien og få hjelp.»

*Sykepleier Stein-Anton Pedersen*

operasjon i mai dro hun hjem. Hun spiste og spiste, men vekten gikk bare ned. Tarmen tok ikke til seg næring. Hun ble andpusten bare hun reiste seg i sengen. Men hun ville ikke til doktor. For et par uker siden klarte hun ikke lenger å gå opp trappen til soverommet. Da ble det krisemøte i familien. De sendte henne til legen, og det bar rett til sykehuset i ambulanse. Den 1,75 meter høye damen veide 52 kilo. Nå er hun 57. Før var hun 70.

FAGARTIKKEL:  
Samhandling kan bli dyrt. Side 56

FAGARTIKKEL:  
Sikrer kvaliteten i smertebehandling. Side 59

FORFATTERINTERVJU:  
Barn vil være kule, ikke sexy. Side 66

Om livets lys  
sider  
**Se bokanmeldelser**  
side 69

Sykepleien

# Fag & bøker



**MAN MÅ VÆRE STERK OG MODIG** for å være jordmor på landsbygda på Madagaskar. Torbjørg Andersen har jobbet som jordmor og misjonær på Madagaskar i seks år og beskriver hvordan undervisning av de tradisjonelle jordmødrene reduserer dødelighet og skader i forbindelse med fødsler, side 62

## 3 om forebyggende helsearbeid

Anbefalt av Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund

JOHN GUNNAR MÆLAND

**Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis.** Bred innføring i forebyggende helsearbeid – nyttig lesning for både praktikere og ledere.



NINA MISVÆR OG GUNNAR OFTEDAL (RED.)

**Håndbok for helsestasjoner 0–5 år**  
En uunnværlig håndbok i daglig helsestasjonsarbeid.



SIREN HAUGLAND OG NINA MISVÆR (RED.)

**Håndbok for skolehelsetjenesten**  
Godt hjelpemiddel for en kvalitativt god skolehelsetjeneste.





Eirik Roos, sykepleier, MPA, rådgiver i rådmannens fags- tab, Trondheim kommune.

# Samhandling koster

Kan det være slik at samhandlingen noen ganger kan føre til et utilsiktet resultat som genererer utgifter i stedet for å effektivisere kostnader?

**A** samhandle om felles mål er et viktig og anerkjent virkemiddel for å oppnå resultater, det være seg innenfor idretten, prosjektarbeid og mellom ulike aktører. Jeg er rådgiver i Trondheim kommune og har i min masteroppgave studert samhandling mellom aktører i helsevesenet.

## Utilsiktet resultat

Funn fra mitt forskningsprosjekt om samhandling omkring utskrivingsklare pasienter mellom fagpersoner i St. Olavs Hospital og Trondheim kommune kan tyde på et utilsiktet resultat. En gjennomgang av 26 utskrivingsklare pasienter i mai 2008, viste at disse ventet i gjennomsnitt 10,6 måneder på sykehus eller ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) på kommunale tjenester, til tross for at de var ferdig med behandlingen. Når jeg benytter gjennomsnittskostnader for sykehus eller DPS, representerer disse pasientene en «unødvendig» sykehus- eller DPS-kostnad på cirka 40 millioner kroner. En nærmere undersøkelse av seks av de 26 utskrivingsklare pasientene fra mai 2008, viser store forskjeller på omfanget av tildelte kommunale tjenester før og etter sykehus- eller DPS-innleggelse for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Før innleggelse hadde alle pasientene tilgang til bolig, samt ukentlige helse og omsorgstjenester fra Trondheim kommune. Etter at institusjonsbehandlingen var avsluttet bestiller spesialisthelsetjenesten spesifikke kommunale omsorgstjenester, det vil si ny bolig med tilgang til døgnkontinuerlige omsorgstjenester. Kommunens ansatte kopierer bestillingen og fatter kommunale forvaltningsvedtak. Pasientene blir dermed værende på sykehus eller DPS i påvente av at Trondheim kommune tildeler ny bolig og tilgang til døgnkontinuerlige omsorgstjenester.

Funn fra et nytt prosjekt om etterbehandling i kommunalt helsehus av innleggende pasienter i psykiske helsevern, viser at 13 av 14 pasienter ble utskrevet til egen bolig i løpet av fire ukers opphold ved Leistad (helsehus). En kartlegging av kommunale omsorgstjenester for disse pasientene før og etter opphold i helsehus viser ingen vesentlige endringer.

## Virkemiddel

Er vurderingene av omsorgsbehov og tildeling av flere omsorgstjenester et resultat av pasientens endring i sykdomstilstand eller av konteksten som vurderingene foretas i?

Bakgrunnen for min studie var å finne ut mer om fenomenet «samhandling» i tilknytning til «utskrivingsklare» pasienter. Samhandling benyttes om koordinasjon og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen. Koordinasjon og gjennomføring av aktivitetene må derfor finne sted i forhandlinger mellom aktørene.

Samhandling er som regel ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel. Når jeg bruker begrepet samhandling i min studie er det knyttet til prosessen i forbindelse med møter mellom fagansatte i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern, og Trondheim kommune, helse og velferd. Det vil si spesifikke møter på sykehuset eller DPS-et som skal avklare om innleggende pasienter er utskrivingsklare og hvilke omsorgstjenester som må være på plass ved utskriving. I stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, defineres «samhandling» som: «uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles mål, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte».

Sintef Helse anslår at i 2007 tilbrakte pasienter innen psykisk helsevern i Norge cirka 400–500 000 oppholdsdøgn i institusjon som utskrivingsklare. Definisjon på en «utskrivingsklar» pasient, er at denne skal være tilfredsstillende utredet og behandlet både for de tilstander som førte til innleggelse og eventuelle komplikasjoner til disse. På utskrivingsstidspunktet må det foreligge et relevant tilbud i kommunen. Statistikk fra 2006–2008 viser at det til en hver tid har vært cirka 30 utskrivingsklare pasienter med tilhørighet til Trondheim kommune innlagt i psykisk helsevern.

## Lokale avtaler

En gjennomgang av reformer fra de siste fem årene viser at nasjonale helsemyndigheter har vært opptatt av å bedre samhandlingen mellom statlige helseforetak og kommuner for at pasientene skal få helhetlige og koordinerte tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund (KS) ble i 2007 enige om en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Formålet er å understøtte inngåelse av lokale avtaler og bidra til bedre samhandling om brukere og pasienter som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Avtalen er evaluert av Sintef Helse og peker på flere utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling, blant annet likeverdighet, økonomiske forhold og systemproblemer.

## Helsehus

For å finne ut om det er endringer i pasientenes sykdomstilstand som fører til økning i omsorgstjenester etter sykehusinnleggelse, eller om det er konteksten vurderinger foretas i, har jeg sammenlignet pasientdata fra sykehus eller DPS i 2008 med pasientdata fra etterbehandling i kommunalt helsehus i 2009. Psykiatrisk etterbehandling i kommunalt helsehus er en strategi for å finne ut om pasienten kan tilbakeføres raskere enn om pasienten ble værende på sykehus eller DPS, og samtidig sikre at de mestrer hjemmesituasjonen etter behandlingen. Pasienter som overføres

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Psykisk helse
- ▶ Spesialisthelsetjeneste
- ▶ Kommunehelse-tjeneste
- ▶ Samarbeid







til etterbehandling i kommunalt helsehus er pasienter innlagt i psykisk helsevern som er utredet og diagnostisert, og hvor den psykiatriske behandlingsplanen kan sluttføres. Helsehus er en kommunal døgninstitusjon som tilbyr utredning eller etterbehandling, observasjon, kartlegging av hjelpebehov og rehabilitering. Oppholdets varighet for etterbehandling av psykiatriske pasienter har en varighet på inntil fire uker.

#### Store forskjeller

Mine funn viser store forskjeller på «ventetid» og «nivå» innenfor kommunale tjenester etter opphold på sykehus eller DPS sammenlignet med opphold i kommunalt helsehus. Mange hevder at det må forklares med forskjeller i pasientenes funksjonsevner. Da det ikke er foretatt et utvalg av pasienter som er i tråd med en vitenskapelig metode for slike undersøkelser, kan det ikke utelukkes at det kan være forskjeller i funksjonsnivå. Men kriterier for overføring av pasienter til etterbehandling inkluderer også utskrivingsklare pasienter.

For å forstå grunnlaget for fagpersonenes vurderinger av pasientenes antatte omsorgsbehov før utskrivning fra sykehus eller DPS, har jeg intervjuet ledere og fagpersoner i Psykisk Helsevern og Trondheim kommune. Informanter fra spesialisthelsetjenesten sier selv at det kan være en fare for at ansatte bestiller en kommunal tjeneste som har høyere omsorgsnivå enn det pasienten i virkeligheten trenger, fordi det ikke er sykehuset som skal betale for kommunale tjenester. Sykehusansattes emosjonelle egenskaper påvirkes av pasientenes normer og

verdier og fører til at de ønsker å tilfredsstille pasientens totale behov. De observerer pasientens sykdomsforløp fra «alvorlig» til «mindre alvorlig» og det kan derfor være en utfordring å se pasientenes mestringsevner. Rammene på sykehus er annerledes sammenlignet med rammene i pasientens bolig. Det er lettere å fokusere på det «syke» enn det «friske».

#### Taus kunnskap

Sykehusansattes bestillinger kan derfor forstås ut fra sykehusets rammer eller kontekst. I tillegg betraktes sykehusansatte som eksperter og har høy faglig legitimitet i kommunehelsetjenesten. Dersom sykehusansatte skal leve opp til omdømmet som eksperter, kan de også påta seg rollen som ekspert i å definere omsorgstjenester. Dette kan også forklares ved maktfordelingen innenfor spesialisthelsetjenesten som gir enkeltpersoner kilder til makt i kraft av sin posisjon, faglige kunnskap og ekspertise.

*Det er lettere å fokusere på det «syke» enn det «friske».*

En annen forklaring kan være å se på hvordan sykehusansatte helt konkret nedtegner observasjoner av pasienters omsorgsbehov og hvordan disse formidles. Sykehusansatte har fokus på den psykiatriske behandlingen og har dermed få nedskrevne data om pasientens kommunale omsorgsbehov. Observasjonene om kom-

**SAMHANDLING:** Kommuneansatte deltar i møter på sykehus eller i DPS for å få innblikk i pasientens omsorgsevner basert på sykehusansattes vurderinger. Berit Roald/Scanpix



munale omsorgsbehov som formidles er derfor i hovedsak basert på «taus» kunnskap.

Trondheim kommune har i løpet av de siste årene bygget flere tilrettelagte boliger, hvor personer med en alvorlig psykisk lidelse har tilgang til personell hele døgnet. Flere utskrivingsklare pasienter har flyttet til slike boliger. Sykehusansatte har vært tilfredse med disse tilbudene. Derfor kan det være slik at sykehusansatte også bestiller omsorgstjenester som har preg av sykehustjenester, det vil si døgn tjenester i institusjonslignende boliger for andre pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse.

### Maktperspektiv

Hvordan kan vi forstå kommuneansattes grunnlag for å kopiere bestillinger fra sykehusansatte?

Når fagpersonene i Trondheim kommune i hovedsak kopierer bestillingen fra spesialisthelsetjenesten kan det forklares ut fra et maktperspektiv. Fordeling av makt og oppgaver mellom partene er formelt definert gjennom helselovgivningen. Det er Trondheim kommunes fagansatte som er tildelt myndighet og oppgaven med å vurdere omsorgsbehov og fatte enkeltvedtak om kommunale tjenester, mens behandlingsansvarlige på sykehus er tildelt myndighet til å bestemme behandlingens varighet. Selv om kommuneansatte er tildelt den formelle retten til å ta beslutninger om omsorgstjenester, opplever de at «definisjonsmakta» ligger hos sykehuset. Uttalelser fra fagansatte i Trondheim kommune viser at de lar være å benytte den myndigheten de er tildelt. Dette kan forklares ut ifra både posisjonsmakt og den faglige ekspertisen som er på sykehuset eller ved DPS-et. De samme fagpersonene

## «Definisjonsmakta» ligger hos sykehuset.

sier samtidig at sykehusansatte ofte bestiller bolig og døgn tjeneste før de har drøftet pasientenes omsorgsbehov. Når kommuneansatte deltar i møter for å vurdere omsorgsbehov, er det for å få innblikk i pasientens omsorgsevner, basert på sykehusansattes vurderinger. Kommunens ansatte foretar ikke egne observasjoner av pasienten på sykehus eller DPS. De må derfor basere sin beslutning på sykehusansattes vurderinger. Da avtalen forplikter partene til samarbeid, kan det synes som kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon til spesialisthelsetjenesten.

### Kunnskapsperspektiv

En annen forklaring kan forstås ut fra et kunnskapsperspektiv. Når kommuneansatte langt på vei kopierer bestillinger fra sykehusansatte, kan dette forklares med at bestillingen av omsorgstjenester er detaljerte og dermed i mindre grad kan omformes. Når sykehusansatte bestiller en tilrettelagt bolig med tilgang til døgn tjenester er det vanskelig å omforme en slik bestilling til for eksempel hjelp og tilsyn en til to dager per uke. Når sykehusansatte bestiller spesifikke kommunale omsorgstjenester i stedet for å formidle observasjoner av eventuelle omsorgsbehov, blir det ingen kunnskapsoverføring. Kommunens ansatte har også vansker med å fremsette gode faglige argumenter som går i mot sykehusansattes bestillinger, da de selv ikke har observert pasienten.

### Behovsvurdering

Hvordan kan jeg forklare at pasienter som overføres til kommunalt helsehus utskrives raskere og med samme nivå på omsorgstjenester som før sykehusinnleggelsen?

Den viktigste forklaringen er etter min mening, at kommunens ansatte som over tid observerer pasientens mestringsevne også skal tildele kommunale tjenester. Kommunens ansatte er eksperter på å vurdere behov for kommunale tjenester og har kjennskap til et differensiert kommunalt tjenestetilbud. Pasientene blir observert i en kommunal kontekst som har andre rammer enn sykehus. En av informantene fra psykisk helsevern uttrykte seg slik på spørsmål om etterbehandling i Leistad: «Jeg tenker sånn at når pasienten kommer til oss (PH) så tar vi tak i det syke, mens når pasienten kommer til Leistad (helsehus) så tas det tak i det «friske» – det er virkelig ressursen – det er kjempebra».

En annen viktig faktor som må være på plass ved iverksettelsen av nytt felles tiltak, som «etterbehandling i kommunalt helsehus», er å sørge for at prosjektleder for helsehuset omsetter ideen som er beskrevet for «etterbehandling» i praksis. En god prosjektleder må være kunnskapsrik, modig og kreativ. Det blir derfor vesentlig at rutiner og retningslinjer for faglig arbeid beskrives, slik at praksisen ved etterbehandlingen kan etterprøves. Det er samtidig viktig å prioritere felles møter for ansatte og samarbeidsparter, slik at det kan «prates» om etterbehandlingskonseptet for å skape legitimitet.

### Målet ikke nådd

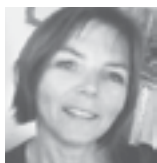
Mine funn viser at dagens struktur for samhandling mellom fagpersoner på sykehus eller ved DPS ikke har hatt en tilsiktet virkning. Ifølge Trondheim kommunes plan for psykisk helse 2007–2010 skal ingen utskrivingsklare pasienter vente i mer enn seks uker på utskriving. Empiri viser at målet er langt unna rekkevidde. Samtidig viser mine funn en betydelig generering av omsorgstjenester og kostnader, når pasienter vurderes i forhold til kommunale omsorgsbehov på sykehus eller ved DPS. Vurdering av omsorgsbehov i en kommunal arena, gir derimot ingen vesentlige endringer i omsorgstjenester ved utskriving. Dette viser at den konteksten pasienten blir vurdert i, kan ha stor betydning for hvilke omsorgstjenester pasienten mottar etter utskriving. Jeg vil allikevel ta høyde for at funksjonsdata fra mine to undersøkelsenheter kan være forskjellige. Målgruppen for etterbehandling i kommunalt helsehus er pasienter med alvorlige psykiske lidelser som for eksempel schizofreni og bipolare lidelser, det vil si pasienter som defineres som utskrivingsklare. Da det ikke er foretatt en randomisert undersøkelse med en kontrollgruppe, er det ikke vitenskapelig belegg for å hevde at pasientene utskrives raskere etter opphold i kommunalt helsehus.

### Konkrete tiltak

På bakgrunn av mine funn foreslår jeg fire konkrete tiltak for å effektivisere samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten omkring utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Den første er å avvile brukermøter på sykehus eller ved DPS som arena for å vurdere hvilke omsorgstjenester som må være på plass etter at sykehusbehandlingen er avsluttet. Den andre anbefalingen er å videreutvikle kommunalt helsehus som arena for kartlegging av behov for kommunale tjenester og som felles læringsarena for ansatte både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Jeg vil også anbefale at leder eller fagansvarlig ved kommunalt helsehus får kompetanse som prosjektleder. Til sist foreslår jeg at prosjekt «etterbehandling i kommunalt helsehus» bør evalueres med bakgrunn i vitenskapelig metode. Evalueringen må inneholde indikatorer som sammenligner pasientdata, brukertilfredshet og samfunnskostnader med dagens modell for samhandling. Etter en slik vitenskapelig evaluering kan vi fastslå om etterbehandling i kommunalt helsehus gir et tilsiktet resultat. ■■■



Alfheid Dihle,  
1.-amanuensis,  
Diakonhjemmet Høgskole.



Gro Bikset,  
anestesisykepleier,  
Nordlandssykehuset HF, Bodø.



Irene Melander,  
smertesykepleier,  
Helse Fonna, Haugesund.

# Sikrere smertebehandling

Hvis sykepleierne skal bidra i arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer må vi sette premisser for eget kvalitetsarbeid.

**V**i bør samarbeide vesentlig mer med de andre nordiske landene for å bedre kvaliteten i helsetjenestene», uttaler Bjørn Guldvog, assisterende direktør i Helsedirektoratet på deres hjemmeside. Dette viser at SSN's arbeid med felles nordiske kvalitetsindikatorer er i tiden.

I april 2007 besluttet styret i Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) å arrangere to arbeidskonferanser, den første i januar 2008 og den andre i januar 2009, der målet var å sikre kvaliteten på og forankre det nordiske arbeidet med sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Da hadde en arbeidsgruppe nedsatt av SSN arbeidet med sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer på nordisk plan siden våren 2006.

## Nordisk samarbeid

Fra 2008 til 2009 har fem grupper arbeidet med å utvikle kriterier for felles nordiske kvalitetsindikatorer innenfor områdene pasientfall, trykksår, ernæring, sykepleienormering og smerter. Vi ble invitert av NSF til å delta i gruppen som skulle arbeide med

resulterte i et forslag som i stor grad ligner det som presenteres i denne artikkelen.

## Hva er kvalitetsindikator?

Kvalitetsindikatorer er en av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten, for eksempel ved smertebehandling. Myndighetene i Norge har i flere år benyttet kvalitetsindikatorer for somatiske sykehus som er tilgjengelige for alle gjennom fritt sykehusvalg (1). Det er blant annet laget kvalitetsindikatorer for strykninger av planlagte operasjoner, preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd, ventetid til operasjon for tykktarms- og endetarmskreft, individuell plan i forhold til habilitering av barn, hyppighet av keisersnitt, korridorpasienter, epikrisetid, samt sykehusinfeksjoner. Målet er å utvikle kvalitetsindikatorer som kan si noe om kvaliteten på flere sentrale områder innen spesialisthelsetjenesten og om resultater av ulike tiltak og behandlinger (1,2).

Helsedirektoratet har følgende definisjon for kvalitetsindikatorer «En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles» (1).

## Fire indikatorer

Formålet med indikatorsystem kan derfor grovt sett inndeles i fire kategorier:

1. Samfunnsmessig legitimering og kontroll: for å gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng.
2. Virksomhetsstyring: som verktøy for styring og ledelse i helsetjenesten (fungere som støtte til virksomhetsstyring og intern kvalitetsforbedring)
3. Faglig kvalitetsforbedring: som verktøy for intern kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten (hvilke resultater som er oppnådd).
4. Støtte til brukervalg: som informasjonskilde for pasienter og helsepersonell i forbindelse med vurderinger av kvalitetsforskjeller mellom virksomheter og valg av tjenestested (benyttes for å sammenligne tjenestenes faglige standard).

De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal altså gi publikum og brukerne, helsepersonell og ledere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen enkelte områder av helsetjenesten (1,2).

*Det er vanskelig å finne en objektiv vurdering av kvalitet.*

å utvikle sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer innen området smerte. Ved første samling i Stockholm i 2008 var det deltakere fra Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island og Færøyene. Vi var en sammensatt gruppe med klinikere, forskere og representanter fra høyskoler, universiteter og SSN. Mye av tiden gikk med til å drøfte hva en kvalitetsindikator er og hvordan man kan måle smerte. Det oppsto heftige diskusjoner og en del frustrasjon. Vi innrømmer at vi dro fra Stockholm med flere spørsmål enn vi hadde da vi kom.

Med tiden til hjelp, selvstudier, et kort møte i Oslo med de andre gruppene fra Norge samt en del frem og tilbake via e-post begynte det å utforme seg en plan for hvordan vi skulle angripe problemet. Etter en intens arbeidshelg i Oslo i begynnelsen av januar 2009, ble et forslag fra den norske «smertegruppen» videreformidlet til de andre nordiske deltakerne. Dette forslaget ble grunnlaget for det avsluttende arbeidet og samlingen som fant sted i København. Der hadde vi et konstruktivt samarbeid som

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

## Søkeord:

- › Smerte
- › Kvalitet
- › Norden
- › Samarbeid



Utvikling av indikatorer, innsamling av data, analyse og rapportering innebærer hver på sin måte store faglige utfordringer. Ukritisk utvelgelse og bruk kan føre til unødige ressursbruk i helsetjenesten, og hindre at innsamlede data kan brukes som styringsinformasjon, til forbedring av klinisk praksis eller av brukere av helsetjenesten (1,2).

### Kvalitet

Kvalitet er heller ikke statisk. Det er vanskelig å finne en objektiv vurdering av kvalitet og det vil sannsynligvis alltid være rom for forbedringer. Helsedirektoratet fokuserer på at tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og sikre. De skal involvere

## Kvalitetsmåling er kommet for å bli.

brukerne og gi dem innflytelse, de skal være samordnet og preget av kontinuitet, tilgjengelige og rettferdig fordelt samt at ressursene skal være utnyttet på en god måte (3).

For at kvalitetsindikatorer skal være troverdige og nyttige for målgruppene, må de være gyldige (valide), pålitelige (reliable), anvendbare og ikke minst gjennomførbare. I mange tilfeller legges det vekt på at systemene er forskningsbaserte (evidence based) (2).

Sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer kan defineres slik: «Nursing-sensitive outcomes are defined as changes in health status upon which nursing care has had a direct influence» (4). Eller slik: «Outcomes that are sensitive to nursing are those that are relevant, based on nurses' scope and domain of practice, and for which there is empirical evidence linking nursing inputs and interventions to the outcomes» (5).

### Smerte

Smertevurdering og evaluering av smertelindring er viktige områder innenfor sykepleie. For å kvalitetssikre de strategier og intervensjoner sykepleiere bruker for å lindre pasientens smerte, kan kvalitetsindikatorer benyttes. Kvalitetsindikatoren kan med andre ord si noe om smertebehandlingens kvalitet. Siden sykepleiere og andre faggrupper samarbeider om smertebehandling, mener vi at en kvalitetsindikator innenfor dette feltet må være sensitiv for flere grupper.

Ved utviklingen av kvalitetsindikatorer har Donabedians (6) klassiske paradigme for å evaluere kvaliteten i helsetjenesten fått stor betydning. Hans modell er basert på trekomponentforholdet mellom struktur, prosess og resultat, hvor hver av komponentene har direkte innflytelse på den neste. Strukturforhold påvirker prosesser, som igjen påvirker resultater.

### Donabedians modell

1. Strukturdimensjonen: handler om forutsetningene for å yte en god helsetjeneste. Det kan for eksempel dreie seg om helsesystemets kapasitet, dets oppbygning og organisering, personalets kompetanse og utstyrets sikkerhet.
2. Prosessdimensjonen: viser til de handlinger som fører til god helsetjeneste. Dette omhandler relasjonen mellom tjenesteleverandør og mottaker og inkluderer aspekter som for eksempel forebygging, utredning, diagnostisering og intervensjon i form av behandlingstiltak.
3. Resultatdimensjonen: har fokus på de helsemessige effekter hos tjenestemottaker som prosessen medfører, for eksempel på symptomer (smerte), livskvalitet, funksjon eller overlevelse.

Donabedians modell og utvikling av kvalitetsindikatorer ligger til grunn for den måten NSF/SSN nå ønsker å bygge opp et sy-

kepleiesensitivt kvalitetsindikatorsystem for å sikre kvalitet på sykepleien. Siden felles kvalitetsindikatorer skal utarbeides for Norden vil det gi mulighet til å sammenligne de nasjonale likhetene og forskjellene innen smertebehandling.

### Tre indikatorer

Vi ønsker å vise til noen eksempler/forslag på ulike indikatortyper:

#### Strukturindikator

- › Har landet nasjonale retningslinjer for smertebehandling: Ja/Nei
- › Har avdelingen et dokumentasjonssystem som inkluderer et anbefalt vurderingsverktøy: Ja/Nei

#### Prosessindikator

- › Antall og andel pasienter som er spurt om han/hun har smerte kl. 09.00 (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)
- › Antall og andel ganger anbefalte verktøy er brukt i smertevurderingen kl. 09.00 (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)

#### Resultatindikator

- › Andel (prosent) pasienter som har NRS-score for smerte i ro (3 ved utskrivning fra avdeling/institusjon (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)
- › Andel (prosent) pasienter som har NRS-score for smerte ved aktivitet (3 ved utskrivning fra avdeling/institusjon (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)

### Begrensninger

Det er en utfordring å lage kvalitetsindikatorer for smerte som er generelle og som ikke tar hensyn til spesifikke områder i smertebehandling, eksempelvis smertebehandling til kreftpasienter, til pasienter med langvarige ikke-maligne smerter, til postoperative smertepasienter, til barn og pasienter med kognitiv svikt. Innenfor struktur og prosessindikatorer kan samme indikator benyttes, men det blir mer utfordrende i forhold til resultatindikatorer siden både bruk av verktøy og målet for smertelindring kan være forskjellig.

Måletidspunkt for smerte bør registreres slik at det er mulig å sammenligne mellom avdelinger, institusjoner og nasjoner. Her står vi foran store utfordringer med hensyn til dataenes kvalitet og dermed anvendbarhet.

### Eksempel

Som et eksempel på allerede anbefalte kvalitetsindikatorer vises et eksempel fra «Standard for Palliasjon» (7):

#### Struktur/organisasjon

##### Kommune:

- › har palliativ enhet på sykehjem (ja/nei)
- › har 24-timers tilgjengelighet til hjemmesykepleie (ja/nei)

##### Helseforetak/sykehus:

- › har palliativt team på sykehus (ja/nei)
- › har palliativ enhet på sykehus (ja/nei)
- › har 24-timers telefontilgjengelighet for helsepersonell (ja/nei)

#### Prosess

##### Sykehus:

- › andel pasienter med skjelettmetastaser som har brukt symptomregistreringsskjema
- › (ESAS) (prosent)



**HJELPER PASIENTEN:** Kvalitetsindikatorer kan være et viktig hjelpemiddel i arbeidet med lindre pasientens smerte. Illustrasjonsfoto: Colourbox

#### Palliativt senter:

- » medgått tid (antall virkedager) fra mottatt henvisning til igangsatt
- » undersøkelse/behandling (antall)
- » andel pasienter som får med seg epikrise ved utskrivning (prosent)

#### Resultat

##### Sykehus:

- » andel pasienter med hoveddiagnose kreft som har NRS-score (Numerical Rating Scale, kfr ESAS) for smerte i ro ( 3 ved utskrivning (prosent)

Uansett er kvalitetsmåling kommet for å bli. Årlige registreringer

vil være mulig for å sammenligne nasjonalt, regionalt og mellom ulike institusjoner eller kommuner. Årlige registreringer over et tidsrom på ti–20 år vil gi muligheter for å se på forbedringer over tid. Kan vi ta ut data og få rask tilbakemelding til hver enkelt avdeling, vil en slik type måling kunne bli svært meningsfull lokalt og være en sterk motivasjon for å forbedre rutiner og smertelindringen. En viktig forutsetning er at alle helseforetak og kommuner innfører bruk av NRS som smerteskala-verktøy ved vurdering, evaluering og dokumentasjon av smerte. Ønsker sykepleietjenesten å bidra inn i et slikt arbeid, er det viktig at vi er med og setter premisser for eget kvalitetsarbeid. Spørsmålet er om vi ønsker og er rede til det. ■■■

#### LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Fritt sykehusvalg i Norge Tilgjengelig fra: <http://www.fritt.sykehusvalg.no/kvalitet/> (19.05.2009).
2. Rygh LH, Saunes IS. Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Rapport nr 6–2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Forsiden> (19.05.2009).
3. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! (2005–2015). Tilgjengelig fra Helsedirektoratet: <http://www.helse-direktoratet.no/kvalitetsforbedring> (19.05.2009).
4. The International Council of Nurses, Nursing Matters fact sheets, Nursing Sensitive Outcome Indicators. Tilgjengelig fra: [http://www.icn.ch/matters\\_indicators.htm#4](http://www.icn.ch/matters_indicators.htm#4)
5. Doran DM. Nursing-sensitive outcomes: State of the science. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2003.
6. Donobedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quarterly Research Bulletin, QRB1992: 18 (11): 356–360.
7. Norsk Forening for Palliativ Medisin, Standard for Palliasjon (2004, s. 15). Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/53750.0> (19.05.2009).



Torbjørg Andersen,  
jordmor

# Undervisning gir færre dødfødsler

Opplæring av tradisjonelle jordmødre på Madagaskars landsbygd har bidratt til å redusere død og skader i forbindelse med fødsler.

**D**enne artikkelen handler om mødres og jordmødres hverdag på landsbygda i Madagaskar, hvor 70–80 prosent av landets innbyggere er bosatt. Madagaskar er et land med 20,7 millioner innbyggere. Til tross for mange naturressurser og gode muligheter for bærekraftig utvikling er det fortsatt et av verdens fattigste land.

Jeg arbeidet som jordmor og misjonær på Madagaskar i seks år mellom 2001 og 2008. Artikkelen er basert på mine egne erfaringer. Mye av informasjonen er også hentet fra samtaler med tradisjonelle jordmødre, jordmødre ansatt på sykehus eller sykepleieskole, leger og prester. Mødre og landsbybefolkningen for øvrig har delt av sine livserfaringer.

Det er viktig at engasjementet for mødres og barns rettigheter bygges på landets egne muligheter og ressurser. Derfor er det utformet et undervisningsprogram som gir de tradisjonelle jordmødrene mer kunnskap slik at de kan gi bedre mor-barneomsorg. Sjansene er store for at mødre og barn i den tredje verden rammes av skader og død. Målet er at et slikt samarbeid skal bidra til å hindre dette. Kampen står også om menneskeverd og kvinners rettigheter. For at barna skal få en god start og utvikle seg sunt og riktig er mødrenes livsvilkår viktige. Dette er grunnleggende faktorer i kampen mot fattigdom og underutvikling.

## Risikabelt å føde

På Madagaskar dør åtte mødre hver dag på grunn av komplikasjoner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid, det vil si cirka 3000 per år. Ifølge de nyeste statistikkene på Madagaskar (1) føder majoriteten av mødrene hjemme (cirka 60 prosent). I gjennomsnitt blir 40 prosent av alle fødslene tatt hånd om av de tradisjonelle jordmødrene. Disse tar først og fremst ansvar for fødselen og har normalt svært liten eller ingen kontakt med kvinnen under svangerskapet. Det er heller ikke vanlig at de tar ansvar for oppfølging av mor og barn etter fødselen.

Folk på landsbygda har ikke innlagt vann eller strøm. Det finnes ikke bilvei. Ofte må pasienten og bærerne gå i flere døgn eller mange timer for å komme til sykehus. I stekende sol midt på dagen, hardt regnvær i regntida, eller i mørke om natten uten så mye som en lommelykt. I regntida er dessuten mange avskåret fra kontakt med omverdenen på grunn av oversvømmelse i elvene og mangel på båt. Cirka 75 prosent av befolkningen lever under fattigdomsgrensen. De har ikke råd til utdanning, mangler sunn mat og kunnskap generelt. Et stort antall av barna vokser opp som underernærte.

## Noen eksempler

En fødende kvinne hadde hatt rier i to–tre døgn, kanskje mer, uten at barnet ble forløst. Etter mye smerter, lidelser og ved hjelp av uverdigg transport kom hun til slutt til sykehus. Da hadde hun høy feber og var nærmest komatøs. Barnet var allerede dødt i magen. Fødselskanalen var fylt med jord og hun hadde fått diverse former for tradisjonell medisin. Hun døde noen timer etter ankomsten til sykehuset. Hjelpen hun hadde fått var gitt i samsvar med tradisjoner og tro, men uten moderne helsekunnskaper.

En annen mor bodde langt ute på landet, mange timer til fots fra nærmeste bilvei. Etter to døgn med rier uten at barnet ble født ble hun fraktet på bære for å komme til sykehus. Etter mye strev kom familien fram til en vei. De snakket med en som hadde bil, men sjåføren nektet å kjøre da de ikke hadde penger å betale reisen med. Kvinnen døde der den natten med barnet i magen.

På Madagaskar er spedbarnsdødeligheten på 7,5 prosent (2004). Spedbarnsdødeligheten er dobbelt så høy blant mødre som aldri har fått noen skolegang sammenlignet med mødre som har fullført ungdomsskolen på elleve år eller mer. En jordmor fortalte om en mor hun kjente som hadde født elleve ganger. Alle barna var dødfødte. Denne moren var halt. Hun var skeiv i bekkenet, forklarte jordmoren. Sannsynligvis var dette årsaken til dødfødslene. Den tradisjonelle jordmoren hadde ikke tenkt på at bekkenets form og størrelse kunne ha noen innvirkning på fødselsforløpet.

## Usikker fremtid

Et sted hadde de tradisjonelle jordmødrene opplevd å miste fire mødre fordi morkaka ikke ble forløst etter fødselen. Disse døde på grunn av barselfeber og sepsis eller blødning. Tre av de nyfødte barna døde like etter fødselen fordi ingen ville amme dem. Den fjerde overlevde ettårsdagen på utvannet melkeerstatning. Men barnets framtid var svært usikker. I noen tilfeller får barnet skylden for morens død. Det kan være forklaringen på hvorfor ingen våger å ha omsorg for et barn som har mistet moren sin. Man frykter at barnet skal bringe ondskap inn i familien.

Når de tradisjonelle jordmødrene oppgir årsaker til hvorfor nyfødte barn dør forklarer de det de ser: «Barnet klarte ikke å spise». «Barnet gråt ikke». «Barnet fikk diaré». «Barnet hostet og ble varmt». «Svangerskapet var ikke fullgått». Noen sier «det er ikke risikabelt å bli født i sjuende eller niende måned. Men åttende måned regnes alltid som kritisk». Den åttende betyr «fiende». Åtte er et ulykkestall. Årsaker til for tidlig fødsel er ofte at mor har malaria eller kjønnsykdom. Jordmødrene mangler den kunnskapen som skal til for å

## www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

### Søkeord:

- Svangerskap
- Fødsel
- Utviklingsland
- Utdanning
- Helsestasjon





**I KØ:** Gravide kvinner venter på svangerskapskontroll utenfor helsesenteret. Foto: Torbjørg Andersen

se sammenheng mellom årsaksforhold, risiko, komplikasjoner, død og om forebyggende helsetiltak. Skjebnetroen rår. Ofte tror man at åndene har vært medvirkende til ulykken. Når mødre blir skadet eller dør, øker risikoen dramatisk for at også den nyfødte dør.

### Helsesentrene

Det finnes i variert grad helsesentre på landsbygda. En del har forfalt og står tomme. Noen ganger er det lege og jordmor der. Men mange leger reiser hjem til byen til familien i helgene. Svært mange helsesentre har ansatte med assistentkompetanse som er opplært på stedet. Andre steder finnes det ikke noe helsesenter i mange mils omkrets.

Normen på Madagaskar er at den gravide skal gå til kontroll på helsesenter fire ganger før fødselen og seks–åtte uker etter. Dette er i tråd med WHO's standard for utviklingsland. Staten har i korte perioder forsøkt å gi tilbud om gratis keisersnitt, men mange steder kreves det penger for behandling. De stedene hvor svangerskapskontrollene fungerer godt, blir det også tatt vaginalutstryk ved første konsultasjon for å sjekke og eventuelt behandle kjønnssykdom. 6,4 prosent av alle kvinner mellom 15–49 år, har syfilis. Cirka 1 prosent av befolkningen er hivsmittet. Den gravide skal få antitetanusvaksine, jern og malariaproylaksse. På landsbygda går de færreste til svangerskapskontroll. Noen går sannsynligvis til kontroll bare en eller to ganger i løpet av svangerskapet. Derfor blir mange risikomødre aldri oppdaget. De fleste helsesentrene rapporterer at selv om en del mødre kommer til svangerskapskontroll, finner fødselen sted i hjemmet. Det er stort sett de kompliserte fødslene som finner sted på

helsesentrene. Mange mødre dør derfor på vei til helsesenteret fordi de kommer for seint. Mangelfull hygiene er ofte et stort problem, også på helsesentrene.

### Matronene

Tradisjonelle jordmødre har flere yrkestitler. En av titlene er «matrone». Matrone er en vel ansett jordmor i lokalsamfunnet. Hun har bistått ved mange fødsler og overtatt et yrke som har gått i arv i generasjoner. Hun har fått opplæring av mor, bestemor eller en annen anerkjent fødselshjelper. Hun går sammen med den erfarne jordmøren i mange år før hun overtar ansvaret alene. Også enkelte menn er jordmødre, men de aller fleste er kvinner. Noen forteller

## *I noen tilfeller får barnet skylden for morens død.*

at de har fått et kall eller en gave fra Gud. Matroner nyter stor tillit i landsbyene. Hjelpekonene, fødselshjelpere som ikke har så mye erfaring, benytter seg av matronens kompetanse når det oppstår komplikasjoner under fødselen og deres egne kunnskaper ikke strekker til.

De tradisjonelle jordmødrene arbeider med sin kunnskap og erfaring i den kontekst med de tabuer, tradisjoner og den tro som finnes. Mange av dem kan en del om tradisjonell medisin. Noe av det de gjør er bra, men en del av praksisen er farlig og risikabel for pasientene. Mangel på hygiene er en stor risikofaktor. Når for eksempel navlestrengen skal kuttes, hender det at man bruker kniven som



ellers benyttes til matlaging og slakt. Noen bruker barberblader, et skarpt strå eller en stein. Når en fødsel tar lang tid og det oppstår komplikasjoner blir trollmannen eller medisinnmannen tilkalt. Trollmannen bruker magi og trylledrikker og går til fedrenes grav for å hente kraft. Der henter han ut en bit av et bein fra liksvøpet. Dette kokes sammen med blader og urter som den fødende drikker. Andre går til fedregraven og henter jord som den fødende forsøker

### *Mangelfull hygiene er ofte et stort problem.*

å spise. Dette skal gi styrke og beskyttelse fra fedrenes ånder. Leger advarer sterkt mot tradisjonell urtemedisin fordi doseringen er uten kontroll og kan føre til organskader, spesielt nyreskader. Noen ganger legges urter inn i fødselskanalen for at barnet skal kunne forløses.

#### **Blødninger**

Jeg har spurt jordmødrene hva de frykter mest i jobben. Mange svarte at de ikke frykter noe. Andre har fortalt at det de frykter mest er store blødninger. Dersom fødselen trekker ut, kan de oppmuntre til aktiv trykking selv om barnets innstilling ikke tilsier det. Det forårsaker i mange tilfeller rifter og store blødninger. Mange mødre kunne vært reddet om jordmødrene hadde visst mer om årsakene til rifter og blødninger. De har ikke jordmorstetoskop, men de observerer om den fødende kjenner at barnet beveger seg i magen.

Familien til den fødende betaler for fødselshjelpen de får i hjemmet, enten med penger eller naturalia. De aller fleste tradisjonelle jordmødre på landsbygda er analfabeter. Noen deltar imellom 50–100 fødsler per år, andre bare to–tre. Tradisjonelle jordmødre lar den fødende få lov til å bevege seg rundt i rommet mens hun har rier. Hun kan sitte, gå eller ligge slik hun selv ønsker det. Det synes som om de tradisjonelle jordmødrene normalt venter til barnets hode begynner å krone seg, før de griper aktivt inn for å forløse barnet. Vi regner med at roen omkring fødselen, tillit og kjente omgivelser medvirker til at de fleste fødslene forløper normalt. Men når fødselen tar lang tid, er det fristende å oppmuntre til aktiv å trykke før det er klart for det. Det resulterer i rifter og store blødninger som ofte blir fatale.

En tradisjonell jordmor sier gjerne at en jordmor må være sterk og modig. Det er et krevende og ansvarsfullt arbeid. Jordmor er ofte helt alene, mange timer eller flere dager unna annen hjelp. Blir det kritisk hender det at de tilkaller en mann. Da kan det være snakk om direkte brutal fødselshjelp. Uten bedøvelse. Mange mødre dør under slike forhold. Andre går med store skader, som fistler eller psykiske problemer, resten av livet. Det tilbys verken psykisk eller fysisk oppfølging etterpå. Mange tradisjonelle jordmødre har tøffe og tunge erfaringer fra praksisen sin.

#### **Åndene**

På landsbygda forbereder man ikke fødselen ved å kjøpe inn eller vaske tøy til den nyfødte. Det betyr ulykke. Når barnet er født pakkes det ofte inn i brukte, ureine klær eller tøystykker. Først etter noen dager eller uker kan man ta nytt og reint tøy på barnet. Noen steder pakker man barnet inn i klær man har tørket opp blodsølet rundt mor med. Grunnen er at barnet skal være mindre attraktivt for åndene slik at de ikke tar barnet tilbake fra moren. Av liknende grunn skal den nyfødte bæres på brystet den første tiden. Dette gjøres for at ånder ikke skal komme bakfra og ta barnet tilbake til fedrene, uten at man merker det. Mødrene passer heller ikke på å skaffe seg reine bind etter fødselen. Blod blir sett på som noe ureint og derfor er det vanlig at barselkvinnen bruker skitne kluter eller tøystykker i stedet for rene bind etter fødselen. Årsaker til infeksjoner blir forklart med

at det «kommer med vinden.» Jordmødrene og barselkvinnene vet ikke at infeksjoner har sammenheng med dårlig hygiene.

#### **Barseltiden**

Å få et levende barn betyr glede og stolthet. Heldigvis går fødselen bra for de fleste. Barseltida er risikofylt, men det er ikke vanlig at de tradisjonelle jordmødrene besøker barselkvinnen og det nyfødte barnet. Etter fødselen går jordmora hjem. Troen på skjebnen kombinert med mangel på kunnskap synes å bidra til at jordmødrene fraskriver seg ansvaret for oppfølging etter fødselen. Det nyfødte barnet som ikke vil suge får te eller drikke som ikke alltid er ren. Ofte tror de at mor ikke har melk de første dagene etter fødselen. Det kan se ut som om de mener at hvis det er meningen at barnet skal leve opp må det kunne klare å ta brystet selv. Noen barn vil bli ammet av en annen kvinne dersom mor dør i fødsel, men det er ingen selvfølge. Derfor dør mange spedbarn. Den tradisjonelle jordmora har ikke lært årsakene til store blødninger i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. De har ofte ikke tradisjon for å sjekke uterus, blødning eller rifter i forbindelse med fødselen. De er som regel heller ikke kjent med å passe på at barnets navlestump ikke blir utsatt for skitt. Symptomer på infeksjon blir ikke uten videre observert.

#### **Opplæringsprosjektet**

Med utgangspunkt i disse forholdene tok jeg initiativ til at prosjektet, «Opplæring av tradisjonelle jordmødre» ble etablert som et tilbud innenfor den lutherske kirkes helsearbeid på Madagaskar. Det ble gjort i nært samarbeid med helseavdelingen for mor og barn-helse på Madagaskar, ledelsen for den lutherske kirkens helsearbeid, distriktsleger, helsesentre, jordmødre og sykepleiere, landsbysjefer, prester og jordbruksarbeidere. Først ble det gjort en del undersøkelser og landsbybesøk fra 2002–2004. Vi valgte ut fem landsbyområder der tradisjonelle jordmødre skulle få opplæring. Fra 2005 ble prosjektet utvidet. Det ble avholdt kurs for jordmødre, sykepleiere og leger som skulle ha ansvar for opplæring og oppfølging av de tradisjonelle jordmødrene på sine helsesentre. Undervisningsopplegget ble utformet i 2001 av Helsedepartementet på Madagaskar i samarbeid med Unicef. Prosjektet «vårt» fikk programmet utlevert i 2002. I ettertid har det vært flere møter mellom prosjektledelsen og landets ansvarlige for mor og barn-helse. Undervisningsprogrammet er revidert fire ganger. Ifølge programmet skal de tradisjonelle jordmødrene som allerede har erfaring bli flinkere. Jordmødrene velges ut etter fastsatte kriterier. De skal lære å akseptere sin egen begrensning og samarbeide med mer kvalifisert helsepersonell. Det er ikke et kurs for å utdanne nye jordmødre og det kvalifiserer ikke til å ta ansvar for patologiske fødsler. Men kurset gjør deltakerne til viktige ressurspersoner. De bidrar til arbeidet med å registrere mødre med symptomer på risiko og sykdom og følge dem til mer kvalifiserte helsetilbud. På den måten blir jordmødrene viktige bidragsytere i kampen for å redde flere mødre og barn. Hensikten med prosjektet er å bygge opp en gjensidig tillit og samarbeid mellom helsesentrene, helsemyndighetene og de tradisjonelle jordmødrene. Helsesentrene får ansvar for å veilede og undervise:

- › tradisjonelle jordmødre
- › mødre og kvinner generelt
- › landsbybefolkningen

I samarbeid med de tradisjonelle jordmødrene blir helsesentrene og myndighetene for øvrig ansvarlige for at fødslene registreres og de nyfødte får fødselsattest.

#### **Undervisningen**

Undervisningsmodulene er utformet av Helsedepartementet på Madagaskar i samarbeid med Unicef. Temaene er: generell informasjon



om helsetilbudet på Madagaskar, svangerskapet og svangerskapskontroll, den normale fødsel, landsbyens ansvar for de fødende, symptomer på komplikasjoner eller risiko, oppfølging av mor og barn i hjemmet etter fødsel, prevensjon og familieplanlegging, hygiene, råd angående tradisjonell medisin, kosthold, vaksiner, forberedelse til fødselen, lungebetennelse hos barn, diaré hos barn, amming, kjønnssykdommer og hiv/aids, hvordan utføre fødselsattest, hvorfor samarbeide med helsesentrene.

Prosjektet ledes av et team bestående av lege, jordmor og kontorarbeidere. En gassisk jordmor er faglig ansvarlig. Legen er administrativ rådgiver. Prosjektet finansieres av Det Norske Misjons-selskap. I 2006, 2007 og 2008 ble det holdt kurs for leger og sykepleiere og jordmødre som arbeider på helsesentre i isolerte områder. Deres helsesenter har også ansvar for statistikker og rapporter. De følges igjen opp av prosjektledelsen.

Noen ganger foregår undervisningen i kirken, andre ganger samles mødre og tradisjonelle jordmødre ute under et tre. Det benyttes forskjellig didaktisk materiell, blant annet dukke eller bekk, flippover og tegninger. Ettersom de fleste tradisjonelle jordmødrene på landet er analfabeter, fungerer rollespill, historier og samtaler svært effektivt som læringsmetode. Viktige erfaringer kommer fram, blir belyst og danner grunnlag for videre undervisning. Det blir også undervist om prevensjonsmidler. Undervisningen foregår i bolker som består av samlinger over fem–seks dager. Deretter får de oppfølging med repetisjonskurs en gang i året.

#### Utstyrspakke

Når grunnkurset er fullført får jordmødrene utdelt en pakke med utstyr. Den inneholder hjelpemidler som kompresser, neglebørste, såpestykker, håndkle, hvitt forkle, alkohol, barberblad, tråd til å overbinde navlestrengen og registreringsbok for fødslene. De får også en flippover med bilder som de kan bruke til egen repetisjon og undervisning av andre i landsbyen. På repetisjonskursene blir registreringsbøkene kontrollert. Antall fødsler og antall henvisninger blir notert. Pakken blir undersøkt for å se om utstyret er intakt og rent. De får nytt utstyr etter behov. Gjennomgåtte temaer blir repetert og nye temaer tatt opp. De tradisjonelle jordmødrene som forstår prinsippene for renslighet og handler deretter, redder mange liv.

#### Kan dette redde liv?

Prosjektet har ført til positive endringer i mange lokalsamfunn. Til nå har 136 tradisjonelle jordmødre fått utdelt utstyr. Det er undervisning i gang på elleve forskjellige steder. I noen tilfeller er det aktuelt at også landsbysjefene og andre landsbymedlemmer deltar i undervisningen. Flere mødre følges av en tradisjonell jordmor til helsesenter for svangerskapskontroller, for å få nødvendig fødsels-hjelp, for etterkontroll og for vaksiner av barnet. De nyfødte får fødselsattest. Noen tradisjonelle jordmødre har allerede blitt viktige helseveiledere i sitt lokalmiljø. Kvinnene og barna blir bevisste egne helsebehov og hva de har krav på. Landsbysjefene deltar aktivt fordi de ser at utviklingen i landsbyen er positiv. Fedre blir oppmerksomme på familiens helse. Det er etablert tillit og samarbeid mellom helsesentre og de tradisjonelle jordmødrene. Dette gjør det lettere å følge opp med rapporter og statistikker for å måle resultater av arbeidet. Helsesentrene og de som er ansatt der har blitt oppfordret til å forbedre helsetilbudet sitt. I 2010 vil det bli valgt ut nye grupper for undervisning samtidig som man fortsatt skal følge opp dem som allerede deltar i opplæringen.

#### Ønsker mer opplæring

Myndighetene har tidligere uttalt at de vil ha slutt på at tradisjonelle jordmødre har ansvar for fødsler. Men sist jeg var på Madagaskar i



oktober 2009, møtte vi flere leger i det offentlige og private helsetilbud som ivret for å utvide opplæringen av tradisjonelle jordmødre. Begrunnelsen er at alle må gjøre en innsats for å redusere mødredødeligheten og spedbarnsdødeligheten. Dette gjelder mødrene selv, som trenger mer kunnskaper, de tradisjonelle jordmødrene, jordmødre, sykepleiere, leger og helseledelsen. En distriktslege jeg snakket med i oktober 2009 mente at dersom 50 prosent av alle tradisjonelle jordmødre får opplæring, vil mødredødeligheten på Madagaskar reduseres betraktelig. Han har ansvar for 26 små helseklinikker og ønsker en intensivering av opplæringen.

Bare 1700 av jordmødrene i aktiv jobb på Madagaskar har offentlig eksamen. 116 jordmødre tok offentlig eksamen ved statens seks sykepleieskoler i 2008. Den lutherske kirken utdanner cirka 12 jordmødre hvert tredje år. Myndighetene er ikke aktive nok i arbeidet med å utbedre jordmortilbudet, spesielt i isolerte områder. Eksemplene på dårlig økonomisk styring og korrupsjon er mange. Siden presidentkuppet i mars 2009 har utenlandske støttespiller stoppet sine økonomiske bidrag til mange prosjekter på Madagaskar. Landet hadde en økonomisk vekst på 7 prosent i 2007 og 8 prosent i 2008, men fikk en sterk økonomisk reduksjon i 2009. Antall fattige har igjen økt dramatisk og store områder på Madagaskar har verken fått opplæring av de tradisjonelle jordmødrene eller noe annet tilfredsstillende helsetilbud. Det er derfor viktig at også landsbybefolkningen selv deltar aktivt i å fremme sine behov. Mødrene og kvinnene må selv være aktive i kampen for å redusere mødredødelighet og spedbarnsdødelighet. Mange mener de tradisjonelle jordmødrene hindrer en positiv utvikling. Men det jeg har erfart tilsier at de kan være ressurspersoner. ■■■

#### PÅ SKOLEBENKEN:

Mødre og tradisjonelle jordmødre får undervisning i fellesskap. Foto: Torbjørg Andersen

#### LITTERATUR

1. ED5M III 2003-2004 (Enquête Démographique et de Santé, Madagascar) er en statistikk utgitt av det Nasjonale Institutt for statistikk på Madagaskar, Ministeriet for Økonomi, Ministeriet for finans og budsjett. Utgitt i samarbeid med ORC, Verdensbanken, USAID, Unicef og FNs fond for befolkning.
2. «Merkverdige Madagaskar», Øyvind Dahl, Spartacus forlag, 2008.

**MARI RYSST**

Er aktuell med: Myten om den tapte barndom  
Yrke: Forsker  
Bosted: Moss



# Vil være kul,

Voksne ser småjenter i trange bukser og tenker sex. Jentene selv vil bare være kule.

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

**M**ari Rysst var bekymret. Hun handlet klær til sin sjuårige datter og fant bare små tenåringsklær. Avisene skrev om motekjeder som solgte små bh-er og bikini til babyer. Politikere og fagfolk mente barndommen i økende grad ble seksualisert og dermed tapt.

Så hun bestemte seg for å undersøke om det virkelig stemte.

– Jeg ville finne ut hva barna selv mente. Når vi snakker om barn, lar vi ofte være å snakke med dem, påpeker hun.

Mellom 2003 og 2006 gjorde hun feltarbeid på to skoler i Oslo. En i øst og en i vest. Resultatet ble doktorgrad i sosialantropologi, som nå er forenklet til boken «Myten om den tapte barndom».

Med seksualisering av barndommen mener Rysst at voksnes forståelse, tegn og symboler for sex og seksualitet trenger inn i barnas verden og praksis. At de oppfører seg som eldre enn de er. Små jenter i syltrange bukser passer ikke inn i voksnes bilde av barndom, som kanskje helst skal være preget av lek og klatring i trær.

I møtet med barna ble Rysst overrasket.

– Jeg hadde forventet flere små utfordrende tenåringer, men kunne ikke etter beste evne få øye på dem, sier hun.

I boken skriver hun om ti år gamle

barn, særlig jenter, i 2003 og 2004. Hun presiserer at det er disse barna hun kan si noe om, men tror de er representative for oppveksten til mange norske barn.

Hun gjenkjente mye fra egen barndom. Og fant kontinuitet i lek. Gjemsel og sisten holder stand. Det hun ikke var forberedt på, var hvor viktig det var å være kul.

Begrepet kul har røtter tilbake til 1930-årene. Det er opprinnelig et ungdomsbegrep som har spredd seg til yngre barn og videre til foreldregenerasjonen.

– Det er et positivt ladet begrep. Noe som er gøy og morsomt, sier hun.

Barna snakket om kule ting, kule folk, kule klær. Kledde de seg sexy, var ikke det hensikten. De ville være kule.

– Det er forskjell på å følge moten og å ville være sexy, sier Rysst.

– Det er moten det er noe galt med, ikke barna. Det er veldig lett å tolke tenåringspregete jenter som sexy når vi ser dem utenfra, sier hun alvorlig.

– Men det er ikke sikkert barna selv er klar over hvordan de fremstår. Voksne tolker barna ut fra egen seksualitet.

I boken skiller hun mellom barne- og voksens seksualitet, eller juniorseksualitet og voksens seksualitet. Det er vanlig å anta at barns seksualitet

# ikke sexy

er annerledes enn voksnen. Da er det også logisk at de forstår seksualitet på en annen måte.

At barndommen seksualiseres, mener Rysst er åpenbart, rett og slett fordi samfunnet for øvrig seksualiseres gjennom reklame og film. Men hun tror likevel ikke barna har så mye mer seksuell erfaring. Hun mener kjæresteri er et godt eksempel på hvor seksualiserte barn er. Blant barna hun fulgte var det å være kjæreste en slags kollektiv, uskyldig lek blant jevnaldrende.

– Noen voksnen presser litt på. Å være kjæreste er ikke alltid noe barn

De ulike fargene symboliserte ulike seksuelle praksiser. Å gå med en spesiell farge signaliserte at barnet var interessert i en form for sexlek. Kanskje også at de hadde praktisert den. Avisene fulgte opp med utførlig innføring i de ulike lekene.

Men når Rysst spurte barna, fikk hun vite at de var klar over at armbåndene kaltes pule-armbånd og at de syntes det var litt kult. De brukte armbåndene fordi de var kule og byttet dem seg imellom. Det media skrev om sexleker syntes de var ekkelt. Å ta kodene og symbolene alvorlig var utenkelig for dem. De

## Det er moten det er noe i veien med, ikke barna.

finder på selv. Det blir veldig fort snakk om å være kjæreste bare en jente og gutt leker mye sammen.

Rysst er opptatt av spillet mellom seksualisering og kroppslig utvikling. Selv om barn overstrømmes med seksuelle preferanser, er de kanskje ikke modne nok til å ta alt inn over seg. I tillegg mangler de erfaring for å skjønne hva det innebærer. Barna uttrykker at det er «ek-kelt» med musikkvideoer som bevisst spiller mye på sex. Når de blir spurt om de vet hva «sexy» betyr, bruker de fleste også ordet «ek-kelt».

I boken forteller Rysst historien om p-armbånd eller såkalte «pule»-armbånd.

Hun hadde sett at flere barn gikk med plastarmbånd i ulike farger. Så avslørte Dagsrevyen at disse armbåndene inspirerte barn til sexleker.

følte seg ydmyket over å bli mistenkt for å gjøre upassende ting. Det kom fram at de ikke engang visste hva de ulike sexlekene innebar før de leste om det i avisen. Så den ironiske konsekvensen av medieomtalen var at barna fikk innføring i seksuell praksis de tidligere var uvitende om.

Rysst så i det hele tatt at barna visste lite om sex.

– Det er kanskje litt rart siden informasjonen er så tilgjengelig. Samtidig viser det igjen at de muligens venter med å ta det inn til de er modne for det.

– Så barndommen er ikke tapt?  
– Nei. Men barndommen forandrer seg hele tiden. Det som foregår i samfunnet speiles i barndommen, men barn oppfatter kanskje ikke ting sånn som vi tror, sier Mari Rysst. ■■■



## Hytten – et sted å lese

**VI LEVER ENKELT PÅ HYTTEN VÅR.** Uten innlagt vann og strøm, og med dårlig mobildekning, er det et av de beste stedene vi kan være. Tjuv minutter på en trang sti eller robåt på vannet, der ørreten vaker, skiller oss fra sivilisasjonen. Besøkene er sjeldne.

Her leser vi mye. Lesedøgnet er styrt av lysets rytme og hvor mange batterier vi har til lommelyktene våre.

I den lille bokhyllen står blant annet hyttaboken over alle hyttabøker: *Livet i skogene* (Walden) av amerikaneren Henry David Thoreau. Jeg leser i boken hver gang jeg er der.

Thoreau skrev boken i 1854. Han levde i selvvalgt ensomhet i skogen ved Waldensjøen i Massachusetts. Boken er en amerikansk klassiker. Den hyller det enkle livet – det opprinnelige og naturens ulike fasetter. Enkelhet, naturlighet og oppriktighet var Thoreaus valg-språk. Han søkte ikke noen akademisk karriere. Han så en tomhet i den streben etter posisjon, rikdom og ting, som allerede den gang preget det amerikanske samfunnet. Nøysomhet og beskjedenhet var dyder han trakk frem. Det han krevde, krevde han av seg selv. Thoreau viser også godt den fattigdom og de klasseforskjeller som den fremvoksende kapitalismen frembringer. Han synliggjør fattigdommen hos dem som skaper rikdom for andre. Samtidig synliggjør han rikdommen i det enkle.

De basale behov må dekkes; mat, klær og hus. Vi må imidlertid ikke la oss fange av tingene. Det handler mer om å være enn å ha. Når mye ikke eller aldri, blir nok, har vi et problem både som samfunn og enkeltpersoner. Thoreaus avstand til «sivilisasjonen» var ikke stort større enn den jeg har fra hytten.

Thoreau leste mye i sin selvbygde hytte. Lyset var svakt. Mørket kom fort. Likevel skriver han at hytten var bedre egnet både til tenkning og alvorlig lesning enn noe universitet.

Thoreau er både romantiker og realist. Han viste vei mot en livsform – eksemplifisert i hyttelivet – nøkternhet og søken i de litterære kilder vår sivilisasjon har gitt oss, slik at vi kan forstå oss selv og den samtid vi lever i. Thoreaus isolasjon var begrenset. Noen få kilometer unna lå det samfunnet han kritiserte. Tilbaketrekkningen til hytten ga imidlertid en nødvendig avstand. Å leve i det små ga ham et grunnlag til å forstå det store. Det store fant han i de få bøkene han hadde i hyttens bokhylle.



KH Mygaard



**Brita Noorland** er anestesisykepleier på Intervensjonscenteret på Rikshospitalet  
E-post: noorland@online.no

I serien «Verkstedet» ser hun på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

# Hvordan skifte aortaventil?

Det har nå kommet en ny teknikk for å behandle pasienter med trang aortaklaff.

Aortastenose, eller for trang aortaklaff, er en vanlig sykdom hos eldre. Opptil omtrent tre prosent av populasjonen over 65 år har dette. Forstadiet kalles sklerose og forekommer hos rundt 25 prosent over denne alder. Hos dem som har et areal på aortaklaffen på mindre enn 1 kvadratcentimeter utgjør dette en stor risiko for plutselig død, hjertesvikt og forkortet levetid.

## Stor risiko

I nesten 50 år har denne lidelsen blitt behandlet med åpen hjertekirurgi ved at den for trange ventilen er fjernet kirurgisk og erstattet med en mekanisk eller biologisk ventil som sys inn. Forkortelsen som brukes er VAR (aortic vavle replacement). De biologiske ventilene er laget av enten kalve- eller grise-perikard, laget slik at tre fliker er sydd på en rustfri stålstent. Pasienten som gjennomgår en slik operasjon er under inngrepet avhengig av å være tilkoblet hjerte/lungemaskin for å vedlikeholde blod-sirkulasjon og lungefunksjon.

Dessverre er det slik at en stor gruppe av disse pasienter som kunne trenge en ny aortaventil, i tillegg har andre alvorlige sykdommer som medfører at det er altfor stor risiko å operere dem åpent med konvensjonell metode. Det kan være nedsatt lungefunksjon, nyreinsuffisiens, tidligere hjertekirurgi eller forkalket aorta.

## Mini invasiv

Det finnes nå en ny teknikk for å behandle disse pasientene som får avslått åpen hjerteoperasjon på grunn av for stor risiko. Denne metoden er foreløpig forbeholdt kun de som ikke kan opereres konvensjonelt, det vil si at de er for syke totalt sett. Sannsynligvis vil pasienter som vurderes friske nok til åpen hjertekirurgi bli tilbudt denne moderne miniinvasive behandlingen i fremtiden.

For vel 20 år siden begynte utviklingen og forsøkene med stent-basert implantasjon av aortaklaff på gris, og i 2002 foretok Alan Cribier i Rouen, Frankrike, den første vellykkede implantasjon ved hjelp av kateter/stent-teknikk. Siden da er det utført over 2000 inngrep med denne metode på verdensbasis. I Norge blir dette gjort ved Tromsø universitetssykehus og ved Oslo universitetssykehus, Intervensjonscenter på Gaustad.

## Direkte adgang

Mulighetene som finnes er enten at man går inn via arteria femoralis, såkalt perkutant, eller at man lager kirurgisk et lite vindu i brystveggen med tilgang til venstre ventrikkels apeks. Den perkutane metoden kan vanskeliggjøres på grunn av at arteria femoralis og aorta videre oppover mot aortaklaffen ofte har trange partier, er slynget og forkalket. Det er da vanskelig å få ført kateteret oppover til den stenotiske klaffen. Tilgang via apeks er et større inngrep, men det er likevel enklere å plas-

sert stentklaffen. Fordelen ved transapikal teknikk via venstre hjertekammer er direkte adgang til aortaklaffen og mye kortere avstand med instrumenteringen og dessuten mulighet til større kateter. Ulempen er at postoperativt har pasienten mer smerter enn ved den perkutane teknikken og trenger lengre sykehusopphold.

Begge teknikker gjøres på bankende hjerte uten at pasienten trenger støtte av hjerte/lunge maskin. Men ved noen tilfeller er det nødvendig med denne støtten, og maskinen er alltid tilgjengelig på operasjonsstua.

## Mange faggrupper

Det er mange faggrupper som deltar under inngrepet. Hos oss på intervensjonscenteret er det thoraskirurg, kardiolog, radiolog, radiograf, operasjonssykepleier, thoraksanestesiolog, anestesisykepleier og eventuelt hjerte/lungemaskinkjører. Det trengs et optimalt tverrfaglig samarbeid og høyt fokus. Dessuten er det gjerne noen interesserte som bare ønsker å se på, men ikke deltar i teamet.

Operasjonsstuen som inngrepet skjer i har alle muligheter til forskjellige operasjoner og er en såkalt hybridstue med utstyr til avansert monitorering og gjennomlysning av pasienten.

Ved transapikal applikasjon lager kirurgen en åpning i brystveggen til apeks på ca. 4 kvadratcentimeter. Radiolog legger kateter via arteria femoralis opp til aortaklaffen for å kunne injisere kontrast og kardiolog legger inn temporær pacemaker via stor vene i lysken. For å forhindre at det dannes tromber blir det gitt heparin før en myk ledevaier gjennom en kanyle i apeks føres gjennom aortaklaffen. Videre blir denne brukt til guiding av utstyr som kan dilatere den trange aortaklaffen ved hjelp av en ballong. Under dilatasjonen blir hjertet ved hjelp av pacemaker pacet til en pulsfrekvens på 200 i minuttet slik at hjertekontraksjonene blir veldig små.

## Hjem etter 3–4 dager

Så er det å få plassert en hylse med den komprimerte kunstige aortaklaffen i riktig posisjon akkurat slik at den ikke stenger for hjertets egne coronararterier og at det ikke blir unødvendig lekkasje rundt klaffen. Posisjoneringen gjøres ved hjelp av gjennomlysning, aortografi og transøsofageal ekkokardiografi. Når så posisjonen er bestemt blir hjertefrekvensen økt til 200 slik at hjertet slår med små bevegelser og hjerteklaffen ikke skal forflytte seg når den settes på plass. Videre gjøres angiografi for å verifisere god plassering av klaffen og for å sjekke eventuell lekkasje.

Etter at operasjonen er ferdig overvåkes pasienten på intensivavdeling til neste dag, så på en intermediæravdeling og reiser hjem 3. eller 4. postoperative dag. ■■■



**UNDER INNGREPET** føres en myk ledevaier gjennom aortaklaffen.

## Andre faste bidragsytere:



**Espen Helge Aspnes** er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for InnoMed i Midt-Norge.  
E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no



**Terje Anderssen** er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.  
E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no



**Bodil Bach** er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin  
E-post: bodil.bach@telemed.no



### Sosial rettferd

Fattigdom og rikdom  
i det moderne Norge

Av Kjell Underlid  
352 sider  
Samlaget, 2009  
ISBN 978-82-521-7353-6  
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

## Rettferdighetens psykologi

**ANMELDELSE:** Rettferdighet og rettferdig fordeling av goder og knappe ressurser er viktige ledetråder i norsk og skandinavisk velferdspolitik. De er knyttet til sterke likhetsidealer som har vært grunnleggende for arbeiderbevegelsen, og i de senere år også for borgerlige politikere. I den politiske retorikken har begreper knyttet til sosial rettferdighet fått en sentral plass.

Det er imidlertid ikke gitt hva som er rettferdig. Diskusjoner om etiske og normative spørsmål skjer alltid i en kulturell og samfunnsmessig ramme. De herskendes tanker har en tendens til å være eller bli de herskende tankene i samfunnet. Noen har og har alltid hatt mer definisjonsmakt enn andre.

Gjennom historien har spørsmål knyttet til sosial rettferdighet vært reist både av filosofer, økonomer og

politikere. Psykologiprofessor Kjell Underlid skriver innsiktsfullt om rettferdighetsbegrepets historie slik det har blitt forstått av filosofer helt fra greske Platon til britten Brian Barry. Han spenner over en periode på mer enn 2 500 år.

Underlid går grundig til verks når han diskuterer de ulike teoriene i forhold til hverandre. Særlig fant jeg omtalen av russiske Pjotr Aleksejevitsj Kropotkin interessant. Kropotkins fokus på jordisk og egalitær fordelingsrettferdighet basert på behovsprinsippet, gir nyttige innspill til debatten om hva som er rettferdig lønn og tilgang til ressurser mennesker trenger for å leve et anstendig liv. For Kropotkin er det selvsagt at det er de svakeste og mest trengende som må stå i første rekke når velferdsgoder skal fordeles.

Underlid baserer seg i stor grad på

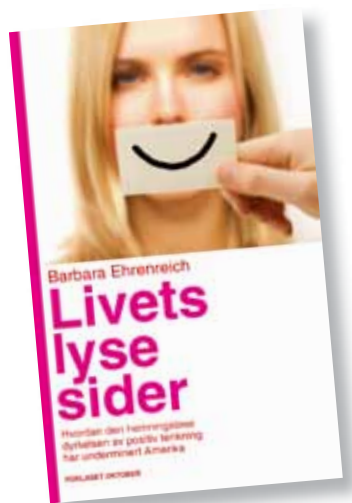
sekundære kilder, og han forholder seg redelig til dem. Han balanserer godt mellom presentasjonene av teori og empiri og gir gode oversikter og eksempler fra egen og andres forskning innenfor sosialpsykologi.

Det objektive vitenskapsidealet er i liten grad til stede i den forskningen Underlid selv har drevet. Han klagjør imidlertid godt for sin egen for forståelse, slik kvalitativ forskning krever. Sakligheten er høy. Det gjelder også i den siste delen av boken der han blir mer politiker enn forsker. Her bygger han sine «politiske» konklusjoner på den teori og empiri han grundig har beskrevet i bokens to første deler.

Boken fungerer godt som oppslagsverk og lærebok, men er også et viktig debattinnlegg i spørsmål med klar relevans til velferdsstatens fremtid og form.

## Historien er en stygg bok!

Sigrud Undset



### Livets lyse sider

Av Barbara Ehrenreich  
Forlaget Oktober 2010  
ISBN 978-82-495-0709-2  
338 sider  
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

## Always look on the bright side of life

**ANMELDELSE:** Positive mennesker er kjekke å være sammen med. Den optimistiske stemningen og den hyggelige tonen som omgir dem dominerer lett omgivelsene. Men denne positiviteten kan også være en form for hersketeknikk. I slike menneskers nærvær er det vanskelig å si nei eller å påpeke at tingenes tilstand ikke er så rosenrød som de hevder. Den kritiske røsten forundster. Surpompene og «knipetrynene» har ingen eksistensberettigelse annet enn som potensielle konvertitter til den positive tenkningens hellige evangelium.

Den positive tenkningen har noe religiøst over seg og Barbara Ehrenreich dokumenterer at den har kilder i amerikansk religiøst liv. Hun skriver tankevekkende om hvordan den kalvinistiske ånd og arbeidsmoral beredte grunnen for det som blir

kalt positiv psykologi.

Hun viser hvordan psykologen Martin Seligman nærmest har reddet amerikansk klinisk psykologi fra en dyp krise til å bli en verdensomspennende trend innen coaching og psykologi. Positiv psykologi har fått sine guruer i de fleste land – også i Norge. Det er skrevet mengder av bøker om hvordan en positiv mentalitet kan gjøre fattige til rike, syke til friske, og arbeidsløse til suksessrike arbeidstakere og gründere.

Hun får godt fram de ideologiske elementene i denne positive ideologien og hvordan den ble et viktig element i den økonomiske boblen som ødela amerikansk næringsliv for et par år siden. Å frata mennesket dets kritiske evner og vaksomhet for det som kan gå galt, øker risikoen for at noe skal gå galt. Galt gikk det også når amerikanske småsparere og mennesker med

lav inntekt i troen på at alt er mulig om man bare er positiv nok, lånte seg til fant. På samme måte var det i næringslivet. Ingen lot til å ville lytte til de kritiske røstene. De ble oversett til fordel for de positive. Følelser ble viktigere enn realiteter. Den som ikke vil se det som kan ødelegge og bryte ned, mister etter hvert dømmekraften og muligheten for å skape en bedre verden.

Boken er et varsku mot å la seg blamere av positivismens predikanter som til høy pris inviteres til kongresser og landsmøter for å spre sitt farlige budskap om at alt går så meget bedre om du bare endrer innstilling og fokuserer på det positive.

Ehrenreich hyller den kritiske røst og vitenskapelige tanke. Det gjør denne boken til en viktig bok som utgis til rett tid.

# Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 Hva er et ligament?

- A Streng av bindevev
- B Flertallsform for legeme
- C Med lisens til å lege

## 2 Hva er pica?

- A Sykelig trang til å spise bestemte ting
- B Infeksjon i piercing
- C En type prevensjon

## 3 Hva kan pica være et tegn på?

- A Sult
- B Infeksjon
- C Jernmangel

## 4 Hva slags sykdom gir rotavirus?

- A Neseforkjølelse
- B Magesjau
- C Halsbetennelse

## 5 Hva er radon?

- A Radioaktiv gass
- B Bakterie som fins i rakefisk
- C Sopp

## 6 Hvilken sykdom knyttes til radon?

- A Astma
- B Eksem
- C Lungekreft

## 7 Vaksineres norske barn rutinemessig mot vannkopper?

- A Ja
- B Nei
- C Usikkert om vannkopper inngår i en av vaksinene

## 8 Hva er trikiner?

- A Mark
- B Toksiner
- C Rusmidler

## 9 Hvordan kan mennesker få i seg trikiner?

- A Ved å spise rått eller lite varmebehandlet kjøtt
- B Ved å spise smådyr fra skogbunnen
- C Ved å drikke pasteurisert melk

## 10 Hva er fjesing?

- A Ukontrollert utslipp av tarmgass
- B Giftig fisk
- C Svært umoden væremåte



**NESEFORKJØLELSE:** Har rotavirus skylden? Foto: Colourbox



**10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



**6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**SVAR:** 1A Streng av bindevev, 2A Sykelig trang til å spise bestemte ting, 3C Jernmangel, 4B Magesjau, 5A En radioaktiv gass, 6C Lungekreft, 7B Nei, 8A Mark, 9A Ved å spise rått eller lite varmebehandlet kjøtt, 10B Giftig fisk

## FAG NYHETER

# Medisinsk turisme sprer smitte

Superresistent bakterie sprer seg fra India og Pakistan til Europa. Tekst **Susanne Dietrichson**

Storbritannia er femti personer registrert smittet av en superresistent bakterie. Ifølge en ny studie publisert i Lancet hadde 17 av 29 UK-pasienter som har fått påvist slike bakterier i 2008–2009, vært i India eller Pakistan det siste året. 14 av dem hadde vært innlagt på indisk sykehus for flere medisinske prosedyrer. Grunnene var beinmargstransplantasjon, dialyse, cerebral infarkt, kols, graviditet, brannskader, trafikkulykker og kosmetisk kirurgi.

### Nordmenn smittet

Også i Norge er det påvist to tilfeller, en ved sykehuset i Drammen og en ved sykehuset i Levanger. Pasientene ble rapportert smittet henholdsvis i januar og april 2010 og hadde begge vært innlagt til behandling ved sykehus i India, skriver Aftenposten.

«Superbakterien» handler egentlig om et enzym, NDM-1, som visse typer bakterier produserer. Dette er i utgangspunktet vanlige bakterier som blant annet kan gi blodforgiftning og lungebetennelse, men som altså vanskelig lar seg kurere av antibiotika når det er NDM-1-produserende.

### Godt smittevern

Gunnar Skov Simonsen ved Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM), mener det kan være grunn til å frykte slike resistente bakterier, men peker på at smittevernet ved norske sykehus er godt.

– Ved norske sykehus blir alle pasienter som kommer fra utlandet, og hvor man frykter resistente bakterier, lagt på isolat til faren for smitte er avklart. I tillegg er man opptatt av å holde forbruket av antibiotika på et nøkternt nivå.

### Helseturisme

Hittil er det bare et lite antall personer i Norge som har hatt alvorlige



**MED BAKTERIER I BAGASJEN:** Stadig flere reiser til utlandet for å spare penger på kosmetiske operasjoner. Foto: Scanpix

infeksjoner med multiresistente bakterier. Men Simonsen innrømmer at hvis slike bakterier blir vanlige blant folk flest så står vi overfor et enormt problem.

– Hvis nordmenn i økende grad benytter helsetjenester i land hvor spredningen av slike resistente bakterier er stor, det vil si land utenfor Norden og Nederland, representerer det en stor utfordring for norsk smittevern.

### Kontaktsmitte

Hans Blystad, overlege ved Divisjon for smittevern ved Folkehelseinstituttet, synes det er rart at alle pasientene som er registrert smittet i Storbritannia og Sverige skal ha fått bakterien i forbindelse med sykehusopphold.

– Dette er en bakterie som også kan spres gjennom mat og kontaktsmitte. Og i så fall gjelder vanlige hygieneregler når man er ute og reiser, sier han.

Folkehelsa har foreløpig ikke vurdert å gå ut med noen spesiell informasjon om NDM-1. ■■■

Det må gå an å diskutere  
prioritering! Side 74

Sykepleiere må få bedre vilkår  
ved etterutdanning. Side 72

Jeg er innhentet av  
biologien. Side 84

Sterke  
synspunkter?  
Skriv til oss!

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din  
mening på e.post til:  
redaksjonen@  
sykepleien.no  
eller som brev til:  
Sykepleien,  
p.b. 456 Sentrum  
0104 Oslo

TETT PÅ ANNE BEATE SÆTRANG

«Å snakke om alkohol er vanskelig  
for vi må ta stilling til eget bruk.»

78

DILEMMA PER NORTVEDT

«Noen ønsker å ta beslutningen om å  
avslutte medisinsk behandling selv.  
De ser det som sitt ansvar som foreldre.»

76



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

# Sats på kunnskap og kompetanse

God og stabil tilgang på kompetent arbeidskraft er en av de viktigste forutsetningene for å sikre befolkningen et godt kvalitativt helsetilbud i årene som kommer.

**S**ykepleiere er den yrkesgruppen som oftest er nærmest pasientene. Dette stiller store krav til deres kompetanse, men gjør også at sykepleierne blir en avgjørende garantist for tjenestens kvalitet. Sykepleiere må derfor gis muligheter til å vedlikeholde og styrke sin faglige kompetanse.

Det er estimert at det vil mangle om lag 500 helsesøstre og 300 jordmødre i 2030. Beregninger NSF har gjort viser at dersom nivået på spesialsykepleiere samlet skal opprettholdes, bør det uteksamineres 1164 spesialsykepleiere årlig – eller nesten 60 prosent flere enn i dag.

De ulike spesialutdanningene har ikke problemer med å få søkere til studiene, og mange opererer med lange ventelister.

En stor utfordring er finansieringsordningene for studentene. En sykepleier som har vært noen år i yrket har sannsynligvis rukket å etablere seg med både familie og lån. De økonomiske støtteordningene fra arbeidsgiver er så små at mange trekker seg fra studiet fordi de ikke har råd til å ta en videreutdanning. Mange får ikke permisjon eller lønn i det hele tatt.

Arbeidsgiver må ikke bare se på kostnadene knyttet til etter- og videreutdanning. De positive effektene er mange; arbeidsmiljøet bedres, trivselen øker og turnoveren blir mindre. Ved å satse på økt kompetanse hos medarbeiderne, vil pasientsikkerheten trolig bedres og fellesskapets ressursbruk vil kunne utnyttes bedre.

Arbeidsgiver har mye å tjene på å prioritere etter- og videreutdanning.

Jeg er overbevist om at mange av reinnleggesene kunne ha vært unngått dersom det hadde vært en systematisk satsing på bemanning med høyere helsefaglig kompetanse. Arbeidsgiver har derfor mye å tjene på å prioritere etter- og videreutdanning.

En annen utfordring arbeidsgivere må ta inn



**LØNNSOMME:** Gode vilkår for å ta etter- og videreutdanning vil gjøre sykepleieryrket mer attraktivt, mener Lisbeth Normann. Arkivfoto: Stig Weston.

over seg er verdsettingen av medarbeidere som videreutdanner seg. Noen sykepleiere opplyser at de får endret stilling, lønn og arbeidsoppgaver etter endt utdanning. En undersøkelse i fjor viste at nesten 40 prosent av sykepleierne i kommunene ikke fikk endret stilling eller økt lønn etter endt videreutdanning. For helseforetakene var resultatene noe bedre; «bare» 20 prosent fikk ikke endret stilling og lønn etter å ha tatt en videreutdanning.

Kommunehelsetjenesten står foran en kjempeutfordring i årene som kommer med et enormt behov for kvalifisert personell. Bare fire prosent av de vel 3000 som gikk ut av sykepleierstudiet i vår har sykehjem som førsteprioritet når de skal velge arbeidssted. Utsiktene til lite faglige utfordringer og mangel på fagmiljø oppgis som hovedgrunner. Studentene har også fått

med seg at spesialutdanning ikke alltid belønnes med høyere lønn.

Sykepleierutdanningene opplevde i år en nedgang i antall søkere. NSF er bekymret for at sykepleiere, med eller uten spesialkompetanse, om noen år blir en mangelvare. Dersom det blir lagt til rette for at sykepleiere skal øke sin kompetanse, og belønner dem som faktisk gjør det, vil det nok ha en positiv innvirkning på unge når de i fremtiden foretar sine studievalg.



## MINNEORD

### Kristine Johaug

Kristine Johaug døde mandag 21. juni på lindrende enhet, Skedsmotunet, etter lengre tids kamp mot kreftsykdom. Hun ble 57 år.

Etter grunnutdanning i sykepleie på Elverum og spesialutdanning i intensivsykepleie på Lillehammer, begynte Kristine i 1978 som spesialsykepleier på intensiv/recovery på datidens SiA (Sentralsykehuset i Akershus). Og det var her, i anestesivdelingen på nå Akershus universitetssykehus (Ahus), hun skulle virke. Allerede året etter, i 1979, ble hun samme sted ansatt som avdelingssykepleier, i 1998 avanserte hun til avdelingsoversykepleier, og i lengre

perioder fungerte hun som avdelingssjef for anestesivdelingen. Hennes siste stilling var som assisterende avdelingssjef samme sted.

Det er som en markant fagperson og leder Kristine vil bli husket. Hennes engasjement var glødende, helt til det siste, selv om hun de senere årene pga. sykdom ikke var i jobb. I tillegg var hennes væremåte av en slik art at alle likte og respekterte Kristine. Hun så de ansatte som sykehusets største ressurs, og det er mange i Anestesivdelingen i dag som er ansatt av henne.

Kristine var født og oppvokst i Dalsbygda,

nord i Østerdalen, og hjembygda var alltid nær henne. Vi som deltok i begravelsen der fredag 2. juli, var glade for å kunne følge henne «hjem». Det oppleves som en gave å ha kjent Kristine, og våre tanker går først og fremst til hennes nærmeste familie, som så altfor tidlig mistet henne. For alle oss kolleger på Anestesivdelingen spesielt, men også på Ahus generelt, vil Kristines innsats og spor være med oss videre. I dyp takknemlighet over alt Kristine ga, lyser vi fred over hennes minne.

Anestesivdelingen, Akershus universitetssykehus

### Gunn Hanssen Høibraaten



Gunn døde uventet 30. juli 2010. Hun var født i Harstad 8. august 1955.

Vi har mistet en kunnskapsrik, engasjert og fremtidsrettet fagutviklingsykepleier og en trygg og nær kollega.

Gunn ble ferdig sykepleier i 1978 i Trondheim. Hun tok videreutdanning i intensivsykepleie 1982 og har siden jobbet ved intensivavdelingen ved Ahus (tidl. SiA). Senere utdannet hun seg til sykepleiefaglig veileder. I 2002 ble hun også klinisk spesialist.

Gunn hadde en tydelig identitet som intensivsykepleier, noe vi alle fikk kjennskap til gjennom hennes funksjon som fagutviklingsykepleier, en stilling hun har hatt siden 1999. Selv om hun ikke var i klinisk praksis de siste

årene, var det likevel praksisfeltet hun var opptatt av. Hun var strukturert, hadde oversikt og var faglig oppdatert. Hun deltok i ulike prosjekter og var pådriver i utviklingsarbeider.

Det er mange kollegaer som har gått i sykepleiefaglig veiledning hos Gunn. Med sin solide veiledningskompetanse har hun vært støttende i mange situasjoner. Gunn hadde som grunnsyn at mennesket er en helhet og at individets egenart må respekteres.

Møtte du Gunn i korridoren, på vaktrommet eller på kontoret når hun kom på jobb – så var det alltid et hei og et smil. Alle dager var ikke like gode, kroppen fungerte ikke helt som Gunn ville bestandig, men det gode humøret, smilet og latteren var der uansett.

Gunn var direkte, stilte kritiske spørsmål eller sagt på en annen måte: de riktige spørsmålene til rett tid. Hun kunne utfordre deg,

noen ganger med et smil lett skjult, men også for å få deg til å reflektere over problemstillinger eller situasjoner. Bevisstgjøring, kjenne på sine indre følelser, jobbe i prosess, var typiske uttalelser fra Gunn.

Gunn har betydd veldig mye for pasienter, pårørende og ikke minst kollegaer i intensivavdelingen, men også på sykehuset generelt, gjennom tiden hun har jobbet på Ahus.

Vi takker for alle årene vi har fått sammen med Gunn – et jordnært og positivt menneske. Hennes engasjement, kompetanse og kunnskap vil vi ta med oss i vårt arbeid videre i avdelingen.

Våre tanker går til mannen Sjur, barna Marte og Bendik. Vi lyser fred over Gunns minne.

På vegne av Intensivseksjonen ved Akershus universitetssykehus, Lisbet Narvestad Grenager

Siden sist inneholder korrigerende og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på [interaktiv@sykepleien.no](mailto:interaktiv@sykepleien.no)

### Viser pasientinformasjon

Jeg leser med undring siste utgave av Sykepleien (9/2010) hvor en sykepleierstudent har blitt fratatt bevilgninger etter å ha lagt ut sensurert pasientinformasjon på Facebook, da et par sider videre i bladet (side 50) er det et foto av en sykepleier med hele postlista med pasientenes for- og etternavn er synlig i bakgrunnen!

Hvordan kan det skje at et slikt bilde kommer på trykk? Vil konsekvensene for et fagblad være tilsvarende sterke?

Pia

I det siste nummeret av Sykepleien så jeg noe jeg ikke likte. På side 50 viser dere bilde av en sykepleier som leser i en pasientperm. I bakgrunnen kan man se pasienttavlen med navn som er fullt lesbare. Jeg arbeider på den avdelingen bildet er tatt fra og kjenner igjen flere av disse navnene.

Det er ikke første gang jeg eller andre på avdelingen reagerer på dette. Dere har vist andre bilder fra vår avdeling hvor også pasientnavn vises. Dette er ikke bra, og jeg synes dere burde vite det, og fjerne dem.

Vennlig hilsen

Lindy A Midtskogen

SVAR: Takk for tilbakemeldingene. Vi vurderer alltid våre illustrasjonsbilder. Noe av det viktigste i den vurderingen er nettopp at fortrolig pasientinformasjon aldri skal vises. Vi er enig med dere i at slikt ikke skal forekomme. I det aktuelle tilfellet føler vi oss trygge på at pasientinformasjon som vises på sykepleierens pc, umulig kan leses på grunn av bokstavenes størrelse og bildets oppløsning. Når det gjelder tavla i bakgrunn, viser den kun navn og romnummer. Bildet er relativt utydelig her. De fleste pasientene står kun oppført med fornavn mens noen står oppført også med etternavn. Det siste synes vi i ettertid er uheldig og vi skal unngå det i fremtiden.

Red





Redaksjonssjef i Sykepleien,  
Bjørn Arild Østby

# En forbannet plikt til å velge

Det kan være utrolig ubehagelig. Prioriteringsdebatt er ikke en måte å gjøre seg populær på, men den må tas.

**T**idligere i sommer inviterte helsedirektør Bjørn-Inge Larsen til debatt om prioriteringer i norsk helsevesen.

– Det er så vondt å snakke om at det er blitt tiett ned i lang tid. Men nå må vi være ærlige, uttalte Larsen til Aftenposten, og signaliserte at hjertepasienter, kreftsyke og KOLS-pasienter langt oftere vil bli nektet effektiv behandling fordi det er for dyrt.

Helsedirektøren, som også er leder for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, burde høstet ros. Han setter prioriteringsdebatten på dagsorden, og går langt i å gi eksempler på behandling som han mener er for dyr til å tilbys alle i framtiden.

Men nei. Helsedirektørens egen sjef, helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, var ikke imot en debatt. Men vil ikke ta den ennå. Hun er redd den bare skal skape usikkerhet og unødvendig bekymring om ting som kanskje ligger 20 år fram i tid.

Av en eller annen grunn synes ikke statsråden å ta inn over seg at det kanskje er hennes og andre politikeres fravær i debatten som skaper usikkerhet. Statsrådets lovnad om å arrangere høringsmøte om prioritering i helsevesenet til høsten, synes å være nok et forsøk

siste fase for døende, ofte gamle, mennesker.

– Vi må tørre å reise den vanskelige debatten om hvor viktig det er å forlenge livet med noen dager, uker eller måneder til dem som allerede har levd et langt liv. Vi må se på døden mer som en naturlig avslutning på livet enn noe vi higer etter å utsette ennå litt til, sier han til Aftenposten.

Helsedirektøren får her støtte fra Kåre Willoch (81):

– Om jeg ikke lenger kunne kommet tilbake til et godt liv, ville jeg ikke satt pris på å bli holdt kunstig i live. Ressursene som ville blitt brukt på å forlenge livet mitt noe, er bedre brukt i barnebarngenerasjonen, uttaler den tidligere Høyre-statsministeren til VG.

Men langt fra alle likte utspillet. Helsedirektørens varsku til politikerne ble raskt stemplet av Frps leder Siv Jensen som «moralisk forkastelig». Hun og andre politikere lukker øynene for at en firedel av helsetjenestens ressurser anvendes i behandling det siste leveåret. Deler av dette til avansert medisinsk behandling til pasienter hvor helbredelse ikke er sannsynlig. Både faglige og økonomiske forhold burde tale for en åpen debatt om disse spørsmålene.

Det er synd at vi ikke klarer å ta en debatt om prioriteringer som varer mer enn en dag før man blir kalt umoralsk, satt på plass og tiett i hjel.

## Var en gang i front

Da Norge for snart 25 år siden la fram utredningen «Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste» – det såkalte Lønning I-utvalget – skapte det internasjonal oppmerksomhet og anerkjennelse. Det skulle bli med det.

Etter hovedsakelig å ha samlet støv i ti år fant Sosial- og helsedepartementet ut at det igjen var «behov for å presisere og konkretisere retningslinjene». Et nytt utvalg ble satt ned. I sin utredning «Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste» – forkortet «Lønning II-utvalget» – ble det på nytt konkludert med at man ikke kommer unna en prioritering mellom pasienter og mellom forskjellige typer av helsetjenester.

Utvalget lanserte tre kriterier for prioriteringer. Et av kriteriene var sykdommens *alvorlighetsgrad* i form av helsetap dersom

Det er synd at vi ikke klarer å ta en debatt om prioriteringer som varer mer enn en dag.

på å gå rundt grøten. Eller som hun uttaler i en pressemelding fra departementet: «Prioritering er en demokratisk utfordring. Her må alle ta et ansvar.»

Det minner om strutsepolitikk. Helseministeren vet bedre enn de fleste at budsjettene blir strammere, og at vi må prioritere bruken av ressurser på alle felt, også helse.

## Utfordrer politikerne

Hvilke «brannfakkel» er det så helsedirektøren har tent? Jo, at noen av de store pasientgruppene må belage seg på oftere å få nei til nye behandlingsformer fordi det blir for dyrt. Han mener også vi bruker for mye penger på å forlenge livets aller



**DIREKTØREN OG SJEFEN:** Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen ønsker debatt om prioriteringer i helsevesenet. Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen mener det vil «skape usikkerhet og unødvendig bekymring». Arkivfoto: Scanpix/Lise Åserud

behandling eller andre tiltak ikke blir iverksatt. Et annet kriterie var *nytt* pasienten kan ha av et medisinsk tiltak. Til slutt foreslo utvalget at de tilgjengelige ressursene må brukes på de pasientene som samlet sett får den høyeste *effekt*, målt ved forbedret livskvalitet og forlenget levetid.

Konsekvensen av disse kriteriene er at man i en prioriteringsdiskusjon må sette pasienter og pasientgrupper opp mot hverandre. Økte budsjetter gjør ikke nødvendigvis prioriteringsspørsmålet enklere. Prinsippene vil være de samme, selv om terskelen for å få behandling vil bli lavere.

#### **Grenser også for Norge**

Det har etter Lønning I og II vært liten politisk vilje til å fortelle hva som ikke skal tilbys innenfor det offentlige helsevesenet. Helsedirektørens ønske om retningslinjer er et konkret innspill for å klargjøre premissene for framtidig behandling av alvorlig syke, som ikke burde avvises som «skremsel» eller «moralsk forkastelig». Men igjen følger politikerne gamle og velkjente spor.

De tør ikke snakke om at «noen må få nei». Det blir alltid snakket om prioritering som noe positivt, fordi det betyr å sette et formål høyt på dagsorden. Men løfter man noe, er det noe som kommer lenger ned.

Det er og blir et selvbedrag å tro at vi har så god råd at vi ikke trenger å prioritere. Dette gjelder helse like så mye som andre sektorer. Helsedirektøren har også et viktig poeng når han i en kronikk i Aftenposten minner om de globale utfordringene på helseområdet:

– Hvis vi ser Norges situasjon i lys av den internasjonale virkeligheten, kan det bli enklere å akseptere at det finnes noen grenser for hva vi kan tilby, også i Norge.

#### **Trygghet å vite**

Hva som er riktig bruk av helsevesenets tildelte ressurser, kan være vanskelig å avgjøre fordi beslutningene fattes på minst to nivåer samtidig. Helsepersonell tar individuelle kliniske beslutninger som angår enkeltpersoner, mens politikerne tar økonomiske og politiske/strategiske beslutninger som først og fremst angår helsetjenestens rammevilkår, og hele grupper av pasienter.

Men denne debatten er verken moralsk eller etisk forkastelig. Ja, den er ubehagelig, men helt nødvendig.

På nytt å legge lokk over diskusjonen om prioriteringer i helsevesenet er ikke veien å gå. For pasienter og pårørende vil det være en trygghet i seg selv å vite hva man realistisk kan forvente seg av det offentlige helsevesenet i fremtiden. ■■■



## DILEMMA

# Per Nortvedt om å avslutte medisinsk behandling

Navn: Per Nortvedt  
Bakgrunn: Professor ved seksjon  
for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo  
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

# Å leve eller la dø – noen g

Hvem kan ta avgjørelser når vi ikke vet hva den syke ville ha ønsket?  
Sykepleiere møter slike situasjoner på nesten alle områder av helsetjenesten.

I forrige «Dilemma» skrev jeg om vanskelige beslutningsprosesser ved slutten av livet og i forbindelse med begrensning av medisinsk behandling. Jeg påpekte at slike beslutninger ofte er veldig komplekse faglig, og etisk utfordrende. De er faglig komplekse fordi de synliggjør vanskelige avveininger i forhold til vurdering av pasientens livskvalitet og nytten av videre behandling. De er etisk utfordrende fordi

sepersonell beslutningsansvaret (dette gjelder pasienter som ikke kan samtykke og som er myndige i helserettslig forstand, altså over 16 år). Pårørende skal informeres og tas med på råd. Foreldre har rett til å samtykke på vegne av barn (§ 4.3), men denne retten overstyres gjerne av kravet i helsepersonellovens § 4.2 om faglig forsvarlighet. Foreldre kan ikke pålegge barn en behandling som medisinsk sett ikke er

få god informasjon og være tilnærmet likeverdige parter i beslutningsprosessen.

Noen ønsker å ha ansvar for den endelige beslutningen, fordi de ser seg som kompetente til det og de ser det som sitt ansvar som foreldre. Det hevdes fra norske leger og helsepersonell at foreldre må skånes for slike beslutninger fordi det vil kunne skape skyldfølelse og psykologisk problemer i ettertid. Det synes imidlertid ikke å være forskningsmessig belegg for en slik påstand.

## Pasientens foreldre reagerte med lettelse på at datteren snart kunne «få sovne inn».

de også reiser spørsmål om hvor respektfullt vi beslutter på vegne av pasienter som ikke er kompetente til å ivareta sine egne interesser.

### Pasientens interesse

Noen av de vanskeligste utfordringer vi kan møte i vårt helsevesen er når det skal tas beslutninger om å avslutte medisinsk behandling og vi ikke vet hva pasienten ville ha ønsket, eller det er vanskelig å avgjøre hva som er i vedkommendes beste interesse. Sykepleieren møter slike situasjoner på nesten alle områder av helsetjenesten. Men særlig i barne- og nyfødtsomsorgen har dilemmaene høyløst vært reist i media. Vi kan bare huske Kristina-saken i Bergen i 2006.

### Jussen

Mens en del europeiske land og amerikanske delstater har valgt å gi myndighet til å beslutte om begrensning av behandling på pasientens vegne til pasientens familie, er norsk praksis juridisk regulert av pasientrettighetsloven. Her sies det i § 4.6 at når det gjelder helsehjelp av inngripende karakter, har legen i samarbeid med hel-

faglig forsvarlig, eller beslutte å avslutte en behandling som er faglig forsvarlig og til barnets beste.

Dette er som sagt etisk og faglige meget kompliserte spørsmål: Prognosen kan være vanskelig å bedømme, likedan livskvalitet og nytte av eventuelt videre behandling. Hvis det er veldig dyr behandling med få utsikter til å gi positive resultater for pasienten, kan en også spørre om behandlingen er kostnadseffektiv. Kanskje det beste for pasienten er å avslutte behandling og gi lindring og god sykepleie.

### Hva med de pårørende

De fleste vil mene at når resultatet av behandling er usikker, så må pårørendes synspunkt veie tungt og at beslutninger må tas i nært samarbeid med pårørende (Veileder for beslutninger om begrensning av medisinsk behandling for alvorlig syke og døende, Helsedirektoratet, Oslo 2009). Forskning på dette området er ikke entydig. Mange og kanskje de fleste pårørende ønsker ikke å ha ansvar for den endelige beslutning om å avslutte eller begrense medisinsk behandling, men de ønsker å bli tatt med på råd, bli møtt med respekt,

### Pårørende kan være mer kompetent

Mitt syn er at norsk lovgivning og praksis på området er for firkantet og paternalistisk, og både eksisterende praksis og lovverk bør kunne mykes opp. I noen situasjoner er pårørende like mye som helsepersonell kompetente til å tale pasientens sak. Dette er situasjoner der det medisinsk sett er veldig vanskelig å avgjøre hva som er forsvarlig behandling, der prognosen er veldig usikker. Eller vurderingene er basert på etikk og vurderinger av hva som er akseptabel livskvalitet, mer en basert på biomedisinsk kunnskap. La meg ta et eksempel som var behandlet i Rådet for legeetikk for noen år siden:

En tenåring fikk en alvorlig hjerneblødning. Hun ble operert ved en nevrokirurgisk avdeling. Både preoperativt og ved røntgenundersøkelser postoperativt ble det konstatert omfattende hjerneskade. Sykehuset startet med sondeernæring av pasienten og overflyttet henne til sentralsykehus, hvor hun var innlagt i åtte måneder. Pasienten ble deretter overflyttet til sitt lokale sykehjem. Her har hun vært siden. Klinisk har tilstanden vært uforandret i over 20 år. Hun puster selv, ernæres tre ganger daglig gjennom sonde, er inkontinent for urin og avføring og har regelmessig menstruasjon. Hun veksler

### Andre faste bidragsytere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø  
Berit Støre Brinchmann



Leder Rådet for sykepleieetikk  
Marie Aakre

# anger pårørendes ansvar?

mellom å være «våken» med åpne øyne og sove med lukkede øyne. I våken tilstand vandrer øynene fra side til side, hun gir ingen kontakt og responderer ikke på smertestimuli. Slik leger og pasientens pårørende opplever det, har pasienten ikke vært kontaktbar på noe tidspunkt.

## Etisk vurdering

Pasientens foreldre og søsken har lenge ønsket at pasienten fikk dø. De uttrykker at situasjonen har vært en stor belastning. En lege, som nå er ansatt ved sykehjemmet og som har fulgt pasienten i ett år, ønsker problemet drøftet i rådet for legeetikk. Spesielt ønsker hun å drøfte om det kan forsvares moralsk å stanse næringstilførselen til pasienten. Hun har nylig drøftet dette spørsmålet med pasientens foreldre som reagerte med lettelse på at datteren snart kunne «få sovne inn». De betegner den dagen hun fikk hjerneblødning som «den dagen vår datter døde».

Hvis man er enig i det grunnleggende premisset, at noen kan ta slike avgjørelser på vegne av andre, når vi ikke vet hva den syke ville ha ønsket, så kan jeg ikke se hvorfor lege eller sykepleier skulle ha noen privilegert kompetanse til å bestemme i en situasjon som her beskrevet. Det medisinske bildet har vært avklart i 20 år, datteren vil aldri våkne opp, familien lever med den vanskelige situasjonen og de burde kunne ta den endelige avgjørelsen hvis det er det de ønsker. Det finnes andre situasjoner som er vanskeligere enn denne og der vurdering av prognose og livskvalitet ikke er enkel. Men det underslår ikke mitt argument; at prinsipielt og under visse medisinske og etiske forutsetninger bør en pasients pårørende kunne ha det siste og avgjørende ord om fortsettelse eller avslutning av medisinsk behandling på alvorlig syke eller døende pasienter. ■■■



Foto: colourbox



## Til refleksjon

- » – Bør en pasients pårørende kunne gis et beslutningsansvar om begrenning av medisinsk behandling?
- » – Hvilke forutsetninger, faglig og etisk, bør være til stede for at pårørende skal kunne gis et slikt beslutningsansvar.
- » – Hvorfor er det å avslutte væske og ernæring på en pasient, med den hensikt at pasienten skal få dø, ikke å regne som eutanasi?

Send din mening på epost til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

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

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) under fanen interaktivt.



# TETT PÅ

## Anne Beate Sætrang

Hvem: Anne Beate Sætrang

Alder: 41år

Utdanning: Sykepleier. Videreutdanning i ledelse, organisasjon og arbeidsrett. Holder på med master i ledelse på BI

Yrke: Avdelingsleder for rusakuttmottaket

Hvorfor: Fordi rusakuttmottaket åpnet dørene 30. august, og er det første i sitt slag. Rusbehandling er blitt del av den akuttmedisinske kjeden.



# Vende- punktet

Velutdannede kvinner drikker altfor mye. Tør de å komme til Anne Beate Sætrangs flunkende nye rusakutt?

Tekst Marit Fonn Foto Bo Mathisen



**A**nne Beate Sætrang har lukket øynene. Vi sitter på samtalerommet utenfor kontoret hennes, ved et lite bord. Det er fem dager til hun skal åpne dørene til landets første rusakuttmottak. Men hun har roen. Er samlet i hele seg.

Nå har hun nettopp fått beskjed om å assosiere fritt på stikkord.

Hun er klar:

– *Rusmisbruker?*

– Likner mer på normalbefolkningen enn mange tror. De er kolleger, venner, kjærester. Bruker rusmidler som mange bruker til vanlig – alkohol og legemidler.

Ok. Hun trengte ingen betenkningstid. Neste:

– *Ruspolitikk?*

– Rusbehandling er et politisk tema, mer enn de fleste fagområder i helsevesenet. Det må vi akseptere, og være der vedtak gjøres. Det er så politisk fordi det berører oss alle. Følelsene våre.

Øynene er fortsatt lukket.

– *Rusbehandling om 20 år?*

– Ehhmmm ... mm ... Jo! Mer behandling skjer der pasienten bor eller oppholder seg.

– *Tvang?*

– Et nødvendig virkemiddel for noen. Jeg er kanskje litt undrende til hvem som får vedtak om tvang. Frivillighet er målet. Løsningen kan være perioder med tvang.

Dette kan hun.

– *Avrusing?*

Nå åpner hun de blå øynene. Blikket er stødig.

– Jeg kaller det avgiftning, jeg da. Hva skal jeg si? Jeg er så opp-tatt av det akutte, og behandlingen etter det akutte. Avgiftning skjer oftest hjemme, for et fåtall gjøres det i spesialisthelsetjenesten. Avgiftning er nødvendig for mange før videre behandling.

– *Respekt?*

Nå er hun på hugget:

– At pasientene møter et behandlingsapparat som er så kompetent at de får respekt for seg selv.

## «Det snakkes for lite om alkohol.»

Hun har nettopp undervist om respekt, forkortet til R. RusAkuttMottak kalles ofte RAM. Sætrang mener dette kan stå for disse essensielle begrepene: Respekt, ansvar og mot.

– *Sprøyte?*

Hun lukker øynene igjen.

– At mennesker som injiserer rusmidler, skal tas godt hånd om. Hjelpes videre i en kort krise, eller til endring i livet sitt.

Siste stikkord:

– *Narkohai?*

– Å, guri meg. Kjenner jo ingen av dem. Får bare negative assosiasjoner. Tenker på kynisk spill, der sårbare mennesker utnyttes.

**SÆTRANG HAR TRE BARN**, på 11, 15 og 18 år. Angsten for

at de skal bli sprøytenarkomane er minimal. Det er mye mer sannsynlig at problemet ville vært alkohol.

– Mange foreldre frykter de illegale rusmidlene. Men det er jo de mest uvanlige. Det snakkes for lite om alkohol. De fleste ungdommer som eksperimenterer med illegale rusmidler, gjør det i alkoholrus.

Selv bor Sætrang i Asker. Hun er så glad for at de som jobber med forebygging der faktisk snakker om alkoholforebygging.

– De har tatt innover seg at alkohol er det farligste og mest tilgjengelige rusmiddelet.

Den nye rusakutten har fått lokaler på det vedtatt nedlagte Aker sykehus i Oslo. Siden desember har det vært poliklinikk her. Det nye er at sengeposten skal åpnes. Ikke en eneste pasient her nå. Men om en ukes tid er sannsynligvis alle 13 sengene belagt med kvalme, urolige, skjelvende og spyende mennesker. Alle med abstinens. Sætrang har holdt på i rusfeltet i 13 år, aller mest i Oslo. Leder har hun vært siden 2001.

– *Følelser, sa du i sted. Hva er det akkurat som er så følsomt?*

– Det forventes at voksne har lov til å nyte alkohol. Å snakke om alkohol er vanskelig fordi vi må ta stilling til eget bruk. Vi tenker at alkohol er noe annet enn et rusmiddel, vi ser det som et nytelsesmiddel. Rus handler om de andre, ikke oss.

Sætrang lurte mange ganger på hvorfor man ikke snakker om alkohol fra talerstolen. I Stortinget, for eksempel. Hun ville likt det hvis det skjedde. Hvordan skal man bruke alkohol i offentlige sammenhenger? På jobben?

– Dette handler jo om veldig mange.

– *Hva med ditt forhold til alkohol?*

– Når du jobber med rus, må det være avklart. Jeg drikker alkohol i noen sosiale settinger. Siden jeg har barn, er mitt forbruk begrenset. Også fordi jeg jobber her.

– *Du drikker under gjennomsnittet?*

– Det vil jeg si.

Hun ler.

– Men det er ikke noe mål i seg selv.

Ikke drikke før jobben. Våkne klar, og være våken på jobb. Det synes hun er greie regler.

**PÅ INVITASJONEN TIL ÅPNINGEN** står det om rusakutten:

Første i sitt slag ... sikre tilgjengelige og helhetlige akuttjenester ... alle former for rusrelaterte problemer, skader og lidelser.

– *ALLE former altså. Dere tar jammen godt i?*

– Vi gjør det. Jeg er så glad for at det står sånn. Men det er ikke vi alene som kan klare å få til det.

Behandlingstiden skal være på maks 48 timer. Da skal pasienten bli vurdert. Ingen blir avvist.

– *Hvem er pasienten?*

– Ja, det er jeg spent på!

Fastleger og legevakten har allerede vært på tråden: Når åpner egentlig sengeposten?

– Vi vet at antall unge med rusproblemer i alderen fra 18 til 23 år øker. Videre får vi stadig flere henvendelser fra somatiske avdelinger.

Hun er særlig spent på om pasientgrupper de ikke kjenner vil ta kontakt. Vil de som sitter hjemme, tidlig i sin avhengighet, våge å oppsøke hjelp når tjenesten fysisk er lagt til et sykehusområde?

Sætrang tror det. Fordi det ligger anerkjennelse i det.



## Rus handler om de andre, ikke oss.

- Samtidig må vi passe på at de som bor på gata fortsatt får god behandling.
- Mange ser nok for seg at rusakutten er et sted for de slitne og bostedsløse?
- De skal vi ta godt imot. Virkelig. Og de andre. De som jobber og studerer.

**ALLE VET HVOR VANSKELIG** det er å forandre seg. Og er man hektet på rus, hvor finner man egentlig motivasjon for å slutte?

- Hva blir vendepunktet?
- Hvis vi bare visste når det kom, da kunne vi sette inn støtet.

Men dessverre – det er ingen oppskrift på når Sætrang og kollegene får til forandring. Derfor må de tenke at ethvert møte med pasienten kan bidra til en varig endring.

- Vi ser noen som drikker seg fra én familie, og to familier. For noen er vendepunktet når de mister jobben sin.

For andre ved frivillig tvang: «Hvis ikke du slutter, flytter vi.» Men det beste er når motivasjonen kommer innenfra.

- Når gjør den det?
- Det er vanskelig å si, altså.

Noen ganger møter hun pasienter og tenker at her er motivasjon til endring langt unna. Men plutselig klarer de å bryte. Og motsatt: Hun har vært overbevist om at dette er en pasient som vil klare seg. Motivert og ressurssterk. Men så skjer det ikke.

Men jordnære Sætrang har likevel en bruksanvisning på hva som kan motivere: Forklare hvordan rusbruken får følger for kroppen og relasjonene. Og anerkjenne at det er vanlig med tilbakefall.

- Hvis de bryter behandling, skal vi hjelpe dem så de bryter på en måte som gjør det lett for dem å komme tilbake.
- Nå er det altså lov å sprekke?
- Vi kan ikke skyve dem fra oss når de viser symptomer på det som er problemet deres. Det har vi heller ikke lov til. Ikke juridisk. Ikke etisk.

Sætrang har ikke tro på et samfunn uten rusmisbruk.

- Illegale rusmidler er én ting. Men alkohol har sine positive sider og. Man slapper av. Det er lett å komme i kontakt med andre mennesker.

Hun ser at ved oppstart på høyskolene brukes treff med alkohol for å inkludere nye studenter. Det har hun ikke noe mot. Derimot synes hun arbeidsgivere skal være varsomme.

- Vin som takk for foredraget, det hører ikke hjemme i arbeidslivet. Gi heller en blomst eller en cd. Noe nøytralt som ikke vil skade noen. Tenk deg en tørrlagt sykepleier som holder innlegg på sykehus, og så får hun en flaske vin. Nei ...

En økende gruppe med rusproblemer er velutdannede, voksne kvinner.

- De drikker altfor mye.



Sammen med tidligere rusbruker Rita Nilsen skal hun åpne avdelingen.

Det nye er at rusakutten er likeverdig med somatiske akutttilbud.

- Her skal være godt kvalifisert helsepersonell hele døgnet.

– Hva er kjennetegnet på en akutt-pasient?

- Det er et stor felt, det.

Hun henter et middels tjukt dokument og blar i det. Tverrfaglig spesialisert behandling. Det jobbes med å finne kriterier, for å operasjonalisere hva de har plikt til.

- Kan du si på folkelig vis hva akutt er?

Hun blar. Plukker tre kriterier: Når det er umiddelbar fare for liv og helse, alvorlige abstinenser og atferdsendringer.

Hun tar med ett til:

- Når rus fører til alvorlige relasjonsbrudd eller får store sosiale konsekvenser for det som er meningsbærende for den enkelte.

Hun lukker dokumentet.

- Da må vi tenke på at det er ulikt fra menneske til menneske. En ung gutt som var der i vår, dukker opp i hukommelsen.

– Han sa: «Hva ville skjedd med meg hvis ikke det hadde vært for dere?» Jeg begynner nesten å gråte. Vi får så tydelige bevis på at det nytter.

- Men det er mange tilbakefall?

– Det er snarere regelen enn unntaket. Da må vi finne ressursene, tenke framover. Hvorfor ruser du deg nå? Få dem til å delta aktivt i egen behandling.

Nå gjelder det å dokumentere at behandlingen de gir har effekt.

- Hvis ikke den virker, må vi gjøre noe annet.

Sætrang synes rusbehandling er billig.

- Vi trenger ikke dyre maskiner eller operasjonsstuer. Det kostnadskrevene er de som jobber her. De har mye kunnskap, som må holdes ved like.

Rusakutten har 15 sykepleierstillinger. Nå mangler bare noen nattevakter. Det ordner seg.

Første inntak er mandag 30. august klokken fire. Da er åpningsseremonien over, og det skal ha blitt stille på avdelingen.

- Vi skal ta imot på en god måte, garanterer hun.

- Tenk om ikke det ikke kommer noen?

Hun ler.

- Nei, det er jeg ikke redd for.

Det er bare finpussen igjen. Til kjøkkenet ble det levert et vinkjøleskap. Feilen skal rettes opp, lover hun.

- Her skal de kunne få varm middag hele døgnet. Så mye de vil. Vi skal servere delikat mat for å øke matlysten. Det hjelper mot abstinensene.

Sætrangs siste opplysning er at 4 000 sykepleiere har et rusproblem. ■■■



Kan de ansatte følges opp på en annen måte med mindre krenkende tiltak enn testing, bør dette gjøres.

**Aslaug Bendiksen**, seniorrådgiver i Datatilsynet

## Velkommen til

**H**elsepersonell skal ikke innta rusmidler de siste åtte timene før de skal på jobb. Og de skal pålegges å avgi prøve ved mistanke om brudd på forbudet. Dette er forslaget Helse- og omsorgsdepartementet nå har sendt ut på høring. Politi skal kunne brukes mot helsepersonell som nekter rustest. For drastisk, mener Aslaug Bendiksen i Datatilsynet. Men ildsjelen bak forslaget peker på sikkerheten som viktigere.

– *Hvorfor skal helsepersonell rustestes?*

**Aslaug Bendiksen:** – Rustestingen må begrenses til de tilfellene det er saklig begrunnet og nødvendig overfor nettopp denne ansatte. Lovforslaget fremstår i denne sammenheng som vidt. Noen kan muligens føle at testingen er positivt der de har hengende over seg en uberettiget mistanke om misbruk. Men kan de ansatte følges opp på en annen måte med mindre krenkende tiltak enn testing, bør imidlertid dette gjøres.

**Steinar Brekke:** – Rustesting er nødvendig slik at alle skal føle seg trygg på at de får en skikkelig behandling når de kommer til sykehus eller er i kontakt med helsepersonell. For personalet er det viktig å føle seg trygg på at kolleger ikke er ruset på jobb. I dag kan rusmisbruk skje uten at det får andre konsekvenser enn at

arbeidstakeren blir sendt hjem. I ettertid får vedkommende eventuelt et tilbud om AKAN-opplegg, men arbeidsgiver kan ikke teste, og dermed ikke dokumentere misbruk. Vi vet at det er en underrapportering og store mørketall. I en rettsak om avskjedigelse må rusmisbruk dokumenteres, og arbeidsgiver har i dag ikke anledning til å innhente dokumentasjon.

– *Hvordan skal rustesting utføres i praksis?*

**Aslaug Bendiksen:** – En eventuell prøvetaking bør gjøres av noen som er uavhengig av arbeidsgiver. Det er problematisk dersom det er arbeidsgiver selv, herunder bedriftshelse-tjenesten (BHT), som skal utføre kontrollene. Dersom politiet kobles inn ved prøvetaking vil nok dette gjøre situasjonen ekstra belastende for den ansatte å tilspisse en eventuell konflikt på arbeidsplassen. Opplysninger om rusmisbruk er særlig sensitive. Rusmiddel-testing, spesielt der det er gitt mulighet for tvangsgjennomføring, er særlig inngripende i den enkeltes integritet. Da er det viktig at prøvetaking skjer på en minst mulig belastende og mest mulig betryggende måte for de ansatte. Det må utarbeides klare retningslinjer for hvordan testingen skal gjennomføres, og retningslinjene bør drøftes med de ansatte eller representanter for disse i virksomheten. Det er også viktig at det klargjøres hva det kan

Det vil virke preventivt: Færre vil misbruke medisiner, eller møte i bakrus på jobb.

**Steinar Brekke**, seniorrådgiver innen IK HMS og IK i Sosial- helsetjenesten.

## rustesting?

testes for. Er det mistanke om alkoholmisbruk fordi vedkommende lukter alkohol, vil det i de fleste tilfeller ikke være behov for å teste for andre stoffer. Det er positivt at testing kun kan gjennomføres etter konkret mistanke og ikke på generell basis.

**Steinar Brekke:** – Selve rustesting vil etter mine erfaringer ikke by på de store utfordringene. Praktisk kan det løses ved å ta vedkommende diskret til side, å henvise til BHT, som har taushetsplikt. Eventuelt kan BHT komme til et skjermet sted. De vil også kunne skaffe nødvendig faglig kompetanse til å ta slike prøver.

– *Hvilken betydning har et påbud om egen rustesting for helsepersonell?*

**Aslaug Bendiksen:** – Hva den enkelte driver med i fritiden er i utgangspunktet en privat sak. Fra dette utgangspunktet er det selvsagt en rekke unntak av hensyn til blant annet sikkerhet og fare for liv og helse. Særskilte påbud, eller forbud for en arbeidsgruppe, kan medføre at visse typer jobber fremstår som mindre attraktive. Dette vil nok særlig være tilfellet dersom påbudene eller forbudene oppfattes som urimelige eller overdrevet, eller at de favner for vidt. I denne saken kan muligens ansatte som har et edruelig forhold til alkohol føle seg urettmessig mistenkeliggjort av arbeidsgiver.

**Steinar Brekke:** – Jeg tror det er viktig for tilfellen til helsetjenesten at vi har klare holdninger i forhold til rusproblematikk blant helsepersonell. Vi bør vise at vi kan sette inn tiltak for å hindre at helsepersonell arbeider under påvirkning av rusmidler. Det vil dessuten virke preventivt i forhold til å starte et misbruk. Færre vil misbruke medisiner, eller møte i bakrus på jobb.

– *Hva betyr dette for rekrutteringen av helsepersonell?*

**Aslaug Bendiksen:** – Dersom lovforslaget fungerer etter intensjonen, vil færre ansatte være ruset på jobb. Hvis de ansatte føler seg mistenkeliggjort og utsatt for unødvendig strenge krav, kan imidlertid forslaget også føre til problemer med rekrutteringen.

**Steinar Brekke:** – Vi behøver ikke en type personell i helsetjenesten som søker fordi de kanskje tror det er lett tilgang til medisiner og narkotiske stoffer. Jeg tror ikke rustesting vil ha en negativ konsekvens for rekrutteringen, tvert imot. Jeg tror at tryggheten om at ansatte kan testes for rusmisbruk ved mistanke har en positiv betydning. ■■■

Tekst **Laila S. Berg** Foto **Stig Weston**





## REFLEKS

### Gjesteskribent Martine Aurdal

Navn: Martine Aurdal

Yrke: Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet

E-post: man@dagbladet.no

# Født sånn eller blitt sånn?

Slike spørsmål snakker folk om i lunsjen.

**S**pørsmålet har vært fast innslag til næringslivsledere og andre som har vært intervjuet på baksiden av Dagens Næringsliv i sommer, og folk som Siv Jensen, Christian Ringnes og Roar Flåthen har svart forsøksvis fornuftig. De mener folk flest er både født sånn og blitt sånn, om enn kanskje litt mer blitt sånn enn født sånn.

Spørsmålet stammer fra suksessen Hjernevask; tv-serien med og av Harald Eia og Ole-Martin Ihle og spin off-boka med det samme spørsmålet som tittel. De to tviler på samfunnsvitenskapelige forklaringsmodeller på menneskelig atferd som de tidligere tok for gitt. Spørsmålet setter biologiske og sosiale forklaringer opp mot hverandre, av programskaperne typisk på emner som kjønn og seksualitet: om homofili er medfødt eller tillært og om menn er mer voldelige enn kvinner.

Jeg er innhentet av biologien. Etter ni måneders graviditet og to måneder som spedbarnsmor er jeg iherdig opptatt av biologi: At nys er reflekser og ikke forkjølelse, utslett er vanlig og alle spedbarn er blåøyde. Slik tenåringen i huset naturlig streber etter å være mest mulig gjennomsnittlig, googler jeg alt vår lille datter gjør og er lykkelig hver

journalist har han stilt de spørsmålene han mener folk flest stiller, når det er snakk om kvinner og menn og kjønn og sånt. Med sosiobiologiske forklaringsmodeller og skråsikre amerikanske forskere som sannhetsvitner har han funnet svar i tråd med de forklaringene han mener folk flest søker: I stor grad er det vi tenker på som typisk kvinne og typisk mann, nettopp slik fordi det om tissen peker utover eller innover er bare et synlig uttrykk for hvor ulike kjønnene er.

Det er spennende å filosofere over hvor stor andel av det vi kjenner som kjønn som er biologisk og sosialt betinget. Da jeg studerte kjønnsteori på Blindern, brukte jeg store deler av min intellektuelle kapasitet på nettopp slike spørsmål. Å snakke om sosialt og ikke bare biologisk kjønn var overskridende tankevirksomhet og lærte meg å se verden på en ny måte. Hvis man kan stille spørsmål ved kjønn vi så lett tar for gitt, lærer man også å sette spørsmålsteget ved en hel masse andre etablerte sannheter. Er veldedighet og bistand så uproblematisk som TV-aksjonen har lært oss alle opp til å tro? Kan straff hindre ny kriminalitet? Uten slik tankegang og slike spørsmål ville menneskene fremdeles ment at jorda var flat. Men når Eia setter fokus på kjønns-spørsmål, får han venner som han sier at han kvier seg for. Antifeminister og steinaldermenn tar kontakt og jubler over at det endelig – i deres tolkning – er noen som gir dem rett i det de alltid har ment: Det er biologi som gjør menn utro, og kvinner er bedre omsorgspersoner enn menn. Derfor bør de også ta husarbeidet.

Spørsmålene er spennende. Jeg trenger likevel ikke se lenger enn til jenta i mitt eget fang for å forstå at svarene på disse spørsmålene er politisk irrelevante og ikke bør bestemme oppdragelsen av barna våre. Uansett om menn er mer voldelige enn kvinner fra naturens side, må vi lære både gutter og jenter at det ikke er lov å slå. Om så kvinner flest er mindre modige og spenningsøkende enn menn flest, kan det jo hende at nettopp dattera mi er den som ønsker å bli jagerflyger. Og uansett om homofile er født sånn eller er blitt sånn, vil jeg elske henne like høyt uansett hvem hun skulle finne på å bli forelska i.

Så lenge noen kvinner og noen menn ønsker å velge annerledes enn flertallet, er det disse politikken er til for. Det viktigste når det gjelder dattera mi, er at hun skal få frihet til å velge selv – uansett om hun vil bli sånn eller sånn.

Jeg lurer mer på hva slags «sånn» hun vil bli enn hva som er grunnen til det.

gang en lege eller helsesøster forsikrer meg om at ditt eller datt er helt normalt. Men hva er egentlig normalt?

Vil hun bli flyvertinne, elitesoldat eller forfatter? Gå i høye hæler på byen, vernesko på jobb eller begge deler? Jeg lurer mer på hva slags «sånn» hun vil utvikle seg til å bli enn hva som er grunnen til det, men siden forfatterens tema er områder der de mener oppdragelse ikke virker, er spørsmålet likevel brennaktuelt i vår lille familie. Vil menn være menn og kvinner feminine i verden slik den blir når hun er voksen, på samme måte som vi er kjønn i dag? Er ungen min dømt til å elske babyrosa? Er blikket hennes på oss bestemt av hormonene hennes, og er hennes seksuelle orientering allerede bestemt?

Komikeren Harald Eia har med sin kjendisstatus satt slike spørsmål på dagsorden i lunsjkantiner Norge rundt. Som naivistisk forsknings-

#### Øvrige gjesteskribenter 2010:



Jon Hustad  
Journalist i Dag og Tid



Trude Aarnes  
Jordmor og privat-  
praktiserende sexolog



Anders Folkestad  
Leder i Unio



Cathrine Sandnes  
er redaktør av tidsskriftet  
Samtiden



# EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser - og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.<sup>1</sup>

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lakkemuskelen

Hva ville du selv foretrekke?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjoner:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalie. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.

Fås på apotek

# Dine tenner vil tilgi at vi maser: Ta Flux i alle livets faser!



Nyhet!

**Flux  
Junior**  
fra 6 år



- ✓ Forebygger hull
- ✓ Styrker tannemaljen
- ✓ Hemmer bakterievekst
- ✓ Uten alkohol og parabener



Nyhet!

**Flux 0,2%**  
ekstra  
beskyttelse



- ✓ Forebygger hull og ising
- ✓ Styrker tannemaljen
- ✓ Gir sterkere tenner
- ✓ Uten alkohol og parabener



Nyhet!

**Flux  
Klorhexidin**  
forebygger



- ✓ Plakk
- ✓ Irritert tannkjøtt
- ✓ Karies
- ✓ Uten alkohol og parabener

# FLUX

God tannhelse for hele familien

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