

**9** 2013  
15. august 2013  
101. årgang

# Sykepleien

Nye studentledere **14**  
Sårbare for stress **44**  
Riestimulerer for mange **50**



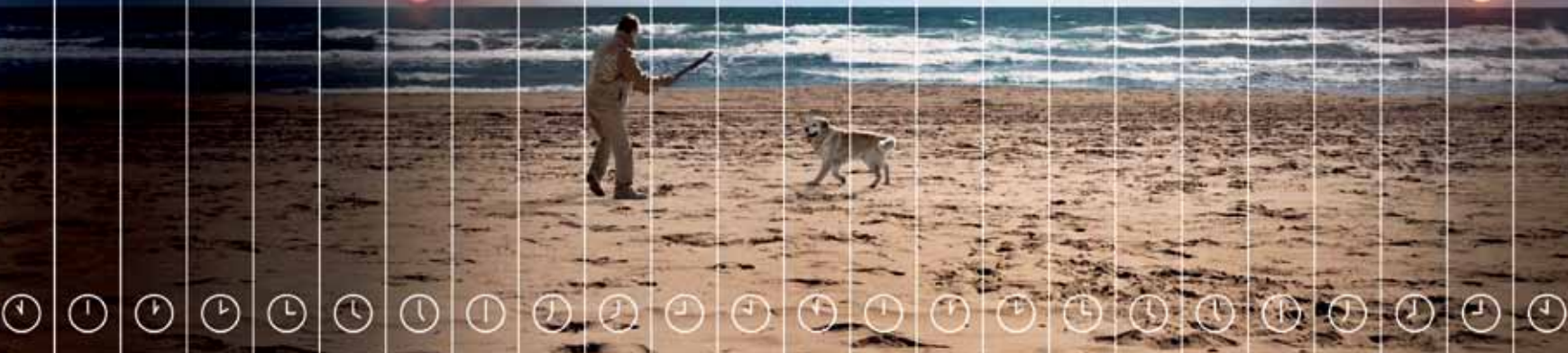
## Gatas prest

Papirløse, rusmisbrukere, fattige tilreisende. Sturla Stålsett har et hjerte for dem alle. **74**

# Klar for en ny dag?



nycomed: a Takeda Company



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

**Circadin® bedrer søvnkvalitet, og pasienten føler seg uthvilt og opplagt påfølgende dag.<sup>1,2,3)</sup>**

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



Klar for en ny dag!

Depottablett melatonin

**circadin®**

Klar for en ny dag

## Referanser:

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

## C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

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

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

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

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

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

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

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

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

Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet. Nyrer/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrooesofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blømer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerte/kar: Hetetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritis, pruritis, neglesykdommer. Kjønsorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

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

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytmer og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterede reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsøvningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvn sammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (Tmax = 3 timer og Cmax = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Bindes hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv.

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

**Pakninger og priser pr 01.08.2013:** Enpac: 30 stk. 198,30 kr.



## Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

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

Les mer på [www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

kun 1 kapsel/døgn



 Navamedic



# TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

AT A

ATC-nr.: N02AA55

**DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg:** Hver tablett inneh.: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydroklorid tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 61,04 mg, 51,78 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brilljantblått 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 obstruksjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

**Dosering:** Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet.

**Voksne:** Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt 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. Etter full seponering med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddsmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddsmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose 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 annen hver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig vurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Spesielle pasientgrupper:** Barn: Sikkerhet og effekt hos barn <18 år er ikke fastslått. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat med tilstrekkelig væske. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raske frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose.

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

**Forsiktighetsregler:** Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioidoverdosering er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myksødem, hypotyreose, Addisons 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 krampes, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling

med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke 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 nytterisikoavurdering. Den tomme depottablettmatriksen kan sees i avføring. Kan gi positive resultater i dopingkontroller. Bruk som dopingmiddel kan medføre helsefare. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

**Interaksjoner:** Substanser med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Samtidig bruk av alkohol bør unngås. Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinanti-koagulantia. Oksykodon metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4 og delvis via 2D6. Dosejustering kan være nødvendig ved samtidig inntak av legemiddel eller kosttillskudd som hemmer eller inducerer CYP 3A4 og 2D6. CYP 3A4-hemmere, som makrolidantibiotika (f.eks. klaritromycin, erytromycin, telitromycin), antimykotika av azoltypen (f.eks. ketokonazol, vorikonazol, itraconazol, posakonazol), proteasehemmere (f.eks. ritonavir, indinavir, nelfinavir, sakinavir), cimetidin og grapefruktjuice, kan gi økt plasmakonsentrasjon av oksykodon. Reduksjon av Targiniqdosen og påfølgende retitrering kan være nødvendig. CYP 3A4-induserende midler, som rifampicin, karbamazepin, fenytoin og johannesurt (prykkperikum), kan gi redusert plasmakonsentrasjon av oksykodon. Forsiktighet anbefales og ytterligere titrering kan være nødvendig for å oppnå smertekontroll.

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

**Bivirkninger:** **Vanlige** (≥100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørrhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerne/kar: Hetetokter. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Neurologiske: Svimmelhet, hovedpine, søvnløshet. Psykiske: Søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Astenitilstander. **Mindre vanlige** (≥1000 til <1/100): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hjerne/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykkfall, blodtrykkstøtning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Lever/galle: Økte leverenzymmer, galleveiskolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Neurologiske: Krampes [spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampes], oppmerksomhetsforstyrrelser, taleforstyrrelser, synkope, tremor. Nyre/urinveier: Akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Rastløshet, unormal tankegang, angst, forvirring, depresjon, nervøsitet. Øye: Redusert syn. Øvrige: Abstinenssyndrom, brystmerter, fryssner, sykdomsfølelse, smerter, perifert ødem, vekttap, ulykkeskader. **Sjeldne** (≥10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Tannsykdom. Hjerne/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Øvrige: Vektøkning. **Svært sjeldne** (<1/10 000), **ukjent:** Gastrointestinale: Oppstøt. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Neurologiske: Parestesi, sedasjon. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Eufori, hallusinasjoner, mareritt. **Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene:** **Vanlige** (≥100 til <1/10): Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring,

nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet. **Mindre vanlige** (≥1000 til <1/100): Gastrointestinale: Dysfagi, ileus, munnsår, stomatitt. Hjerne/kar: Vasodilatasjon. Hud: Tørr hud. Luftveier: Dysfoni. Neurologiske: Svekket konsentrasjon, migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Uro, persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt libido, legemiddelavhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem, tørste, legemiddeltoleranse. **Sjeldne** (≥10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Melena, tannkjøttblødning. Hud: Urticaria. Infeksiøse: Herpes simplex. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. **Svært sjeldne** (<1/10 000), **ukjent:** Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Lever/galle: Kolestase. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Spasmer i glatt muskulatur.

**Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnløshet 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. naloksonhydroklorid 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutter mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg naloksonhydroklorid i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ventrikeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontrollerende midler og væskeinfusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Naturlig opiumsalkaloid kombinert med middel mot forgiftning (opioidreseptorantagonist). **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, my- 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 opioidreseptormediert oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribueres i hele kroppen. **Metabolisme:** I tarm og lever. **Utskillelse:** I urin og feces.

**Pakninger og priser:**

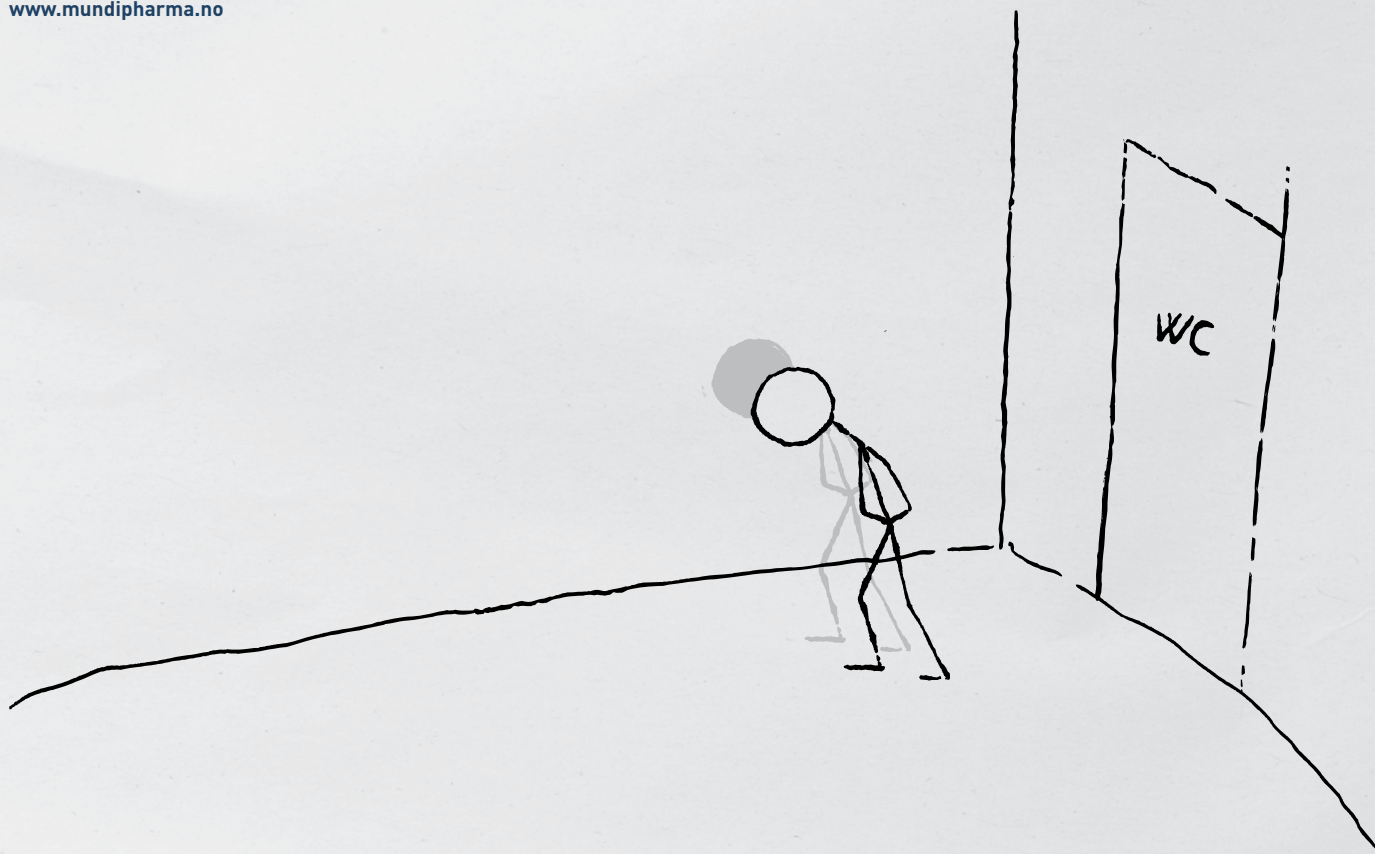
**5 mg/2,5 mg:** 28 stk. (endose) 130,90. 98 stk. (endose) 341,80. 100 stk. (boks) 347,80.  
**10 mg/5 mg:** 28 stk. (endose) 221,80. 98 stk. (endose) 636,10. 100 stk. (boks) 648,10.  
**20 mg/10 mg:** 28 stk. (endose) 385,60. 98 stk. (endose) 1.224,70. 100 stk. (boks) 1248,70.  
**40 mg/20 mg:** 28 stk. (endose) 651,30. 98 stk. (endose) 2.160,70. 100 stk. (boks) 2203,80.

**Refusjonsberettiget bruk:**

Palliativ behandling i livets sluttfase.

**Refusjonskode:** 90 (ICPC og ICD)**Vilkår 136:** Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.**Vilkår 194:** Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.**Sist endret:** 13.06.2013**Referanser:**

1. Bell et al, Pain Med 2009 Jan;10(1):35-42
2. Vondrackova et al, The Journal of Pain, Vol 9, NO 12 (December), 2008, pp 1144-1154
3. Simpson et al, Curr Med Res Opin 2008;24(12): 3503-3512
4. Løvenstein et al, Expert Opin Pharmacother (2009) 10(4):531-543
5. Targiniq SPC



# Hvordan går det? Egentlig.

Behandling av sterke smerter med sterke opioider kan gi bivirkninger. En av de vanligste og mest plagsomme er obstipasjon.<sup>1</sup>

TARGINIQ® er en kombinasjon av oksykodon og nalokson som gir god smertelindring samtidig som opioidindusert forstoppelse motvirkes.<sup>2,3,4,5</sup> Smerten er belastning stor nok.

**Egentlig.**

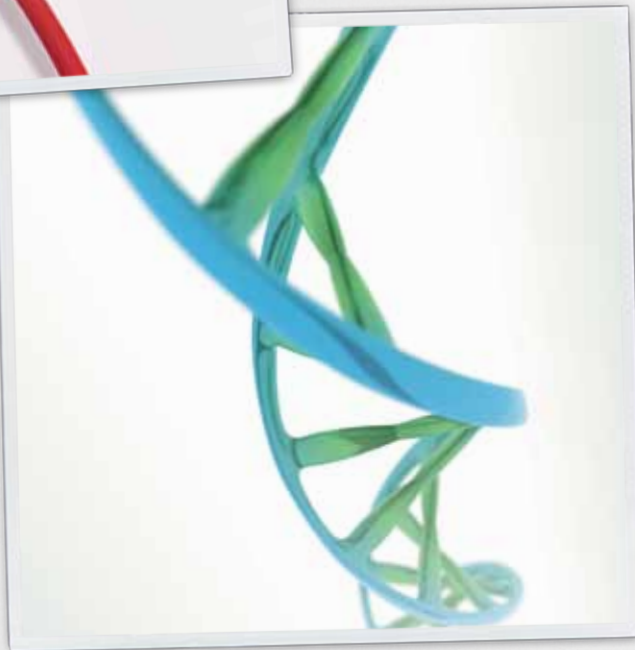


**Effektiv mot sterke smerter, motvirker opioidindusert obstipasjon**



# Mer innovasjon

Sammen bidrar Takeda og Nycomed til et enda friskere Norge



Gjennom 138 år har Nycomed bidratt til å gjøre Norge friskere. Det fortsetter vi med, under navnet Takeda Nycomed.

Navnet kommer fra vår nye eier. Takeda er et globalt farmasøytisk selskap som tilfører oss flere medisiner og spisskompetanse innen nye terapiområder. Som Takeda-selskap er vi en del av et forskningsmiljø i verdensklasse.

Takeda Nycomed vil fortsette å være en aktiv medspiller for norske sykepleiere og andre helsearbeidere. Sammen bidrar vi til et enda friskere Norge.

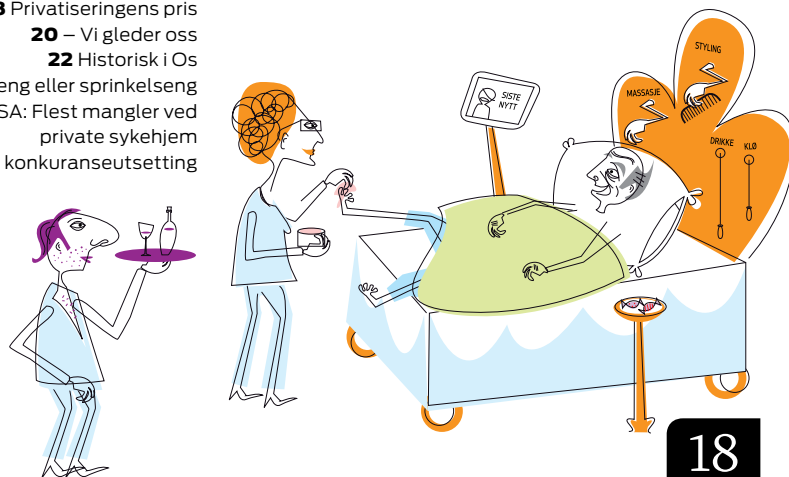


Nycomed: a Takeda Company



# Tema: **Privatisering av sykehjemsdrift**

- 18 Privatiseringens pris
- 20 – Vi gleder oss
- 22 Historisk i Os
- 24 Himmelseng eller sprinkelseng
- 26 USA: Flest mangler ved private sykehjem
- 27 4 om konkurranseutsetting



# Innhold

18

## 9 2013 Sykepleien

«Med dette vedtaket taler legene helsemyndighetene midt imot.» Bjørn Arild Østby i Aksjonisten, side 8.

### Hva skjer

- 8 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – smånytt
- 12 Mange klager på SAK
- 13 Vi bare spør:  
Anne-Line Kjos Sollie
- 14 – Engasjer dere!
- 15 Tar omkamp om register
- 16 – Har fått nok

### Der ute

- 28 Smånytt fra utlandet
- 30 Januarkullet 1942
- 34 Snakk om kunst
- 38 Tid til å prate
- 42 Min jobb:  
Per Arne Bakkan

### Fag og bøker

- 44 Sårbare for stress
- 47 Dokumentasjon gir bedre pleie
- 50 Riesimulerer unødige mange
- 52 Fagnyttig
- 54 Forfatterintervju:  
Kristine Lindhøy
- 56 Bokanmeldelser
- 58 Etikkk: Kristin Haugen
- 60 Aktør eller brikke
- 63 Fagnotiser
- 64 Kryssord og quiz

### Mennesker og meninger

- 66 Eli Gunhild By om privatisering
- 67 Meninger
- 71 Innspill: Karen Brasetvik
- 72 Kronikk: Inger Mjøes
- 74 Tett på Sturla Stålsett
- 78 Paragrafrytterne
- 79 Stillingsannonser
- 84 Kunngjøring



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

#### Sykepleien

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

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

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

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

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

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

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

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

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

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:  
Color Print A/S



60 Hvordan mestrer sykepleiere omorganiseringen?



70 Mente IKKE å kritisere sykepleierne.

16



## AKSJONISTEN

### Bjørn Arild Østby

Stilling: Fungerende ansvarlig redaktør i Sykepleien  
E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

# Gjør jobben deres!

Leger vil ha rett til å nekte å henvise til abort.  
Og helseministeren sier nei til gratis p-piller.  
Dette er abortforebygging anno 2013.

**E**r legers personlige moral og samvittighet viktigere enn pasienters behov? Legers reservasjonsadgang har vært heftig debattert blant leger og mellom leger og helsemyndigheter det siste halvannet år. Da landsstyret i Legeforeningen i sommer var samlet i Alta skulle det konkluderes.

Motpolene var tydelige. En menneskerett å kunne nekte å henvise noen til abort, mener lederen i Forening for helsepersonells reservasjonsrett. Det er å skaffe seg en privat beskyttelse for sin egen sjel, mener andre.

Det lå an til og var ventet en heftig debatt. Men nei. Ifølge Legeforenings eget referat fra møtet ble det etter en rolig og verdig debatt til slutt fattet følgende vedtak: «Legeforeningen mener at alvorlige samvittighetsgrunner knyttet til liv og død kan gi grunnlag for at leger gis reservasjonsrett for deltakelse i henvisning og behandling.» Legeforeningen sier altså et prinsipielt ja til reservasjonsrett av samvittighetsgrunner. Og det er det den vil kjempe for framover.

Med dette vedtaket taler legene sine egne helsemyndigheter mitt imot. I oktober 2011 gjorde Helse- og omsorgsdepartementet det

klokkeklart at fastleger ikke kan reservere seg mot henvisning til abort, assistert befruktning og utskrivning av prevensjon. Siden er budskapet gjentatt av to helseministre.

Fastlegene er pasientenes port inn til helsevesenet. Nå åpner Legeforeningen for at den enkelte lege ut fra egen personlige samvittighet kan nekte å være døråpner for kvinner som ønsker abort. Det vil de overlate til andre.

Å reservere seg mot en handling man ser på som umoralsk, og be en kollega gjøre jobben, er ukollegialt. Jeg er ikke mot reservasjonsrett. Jeg har selv benyttet denne retten for vel 40 år siden, da forsvarsmyndighetene ville pålegge meg militærtjeneste. Men når man søker jobb på øverste hylle – som norske leger gjør – og lovene og reglene er bestemt og vedtatt, så kan man ikke komme etterpå og ville reservere seg. Kan man ikke utføre jobben med alt det innebærer, bør man ikke takke ja til stillingen. Vi kan ikke ha en offentlig legetjeneste hvor fastleger gis en generell rett til å nekte visse tjenester og avvise visse pasienter.

Lege Maria Gjerpe skriver på bloggen *Marias Metode*: «I auditoriene på gamle Rikshospitalet lærte jeg i begynnelsen av medisinstudiet å legge meg på minne Hippokrates ord «Aldri skade. Av og til helbrede. Ofte lindre. Alltid trøste.» Dette skulle være vår lederstjerne når vi kom ut på den andre siden og skulle praktisere som leger». Mange har tydeligvis glemt de 2500 år gamle visdomsordene til «legekunstens far».

Det ble gjennomført 4 359 aborter blant 20–24-åringene i fjor. Man reduserer ikke dette tallet ved å snu ryggen til den gravide.



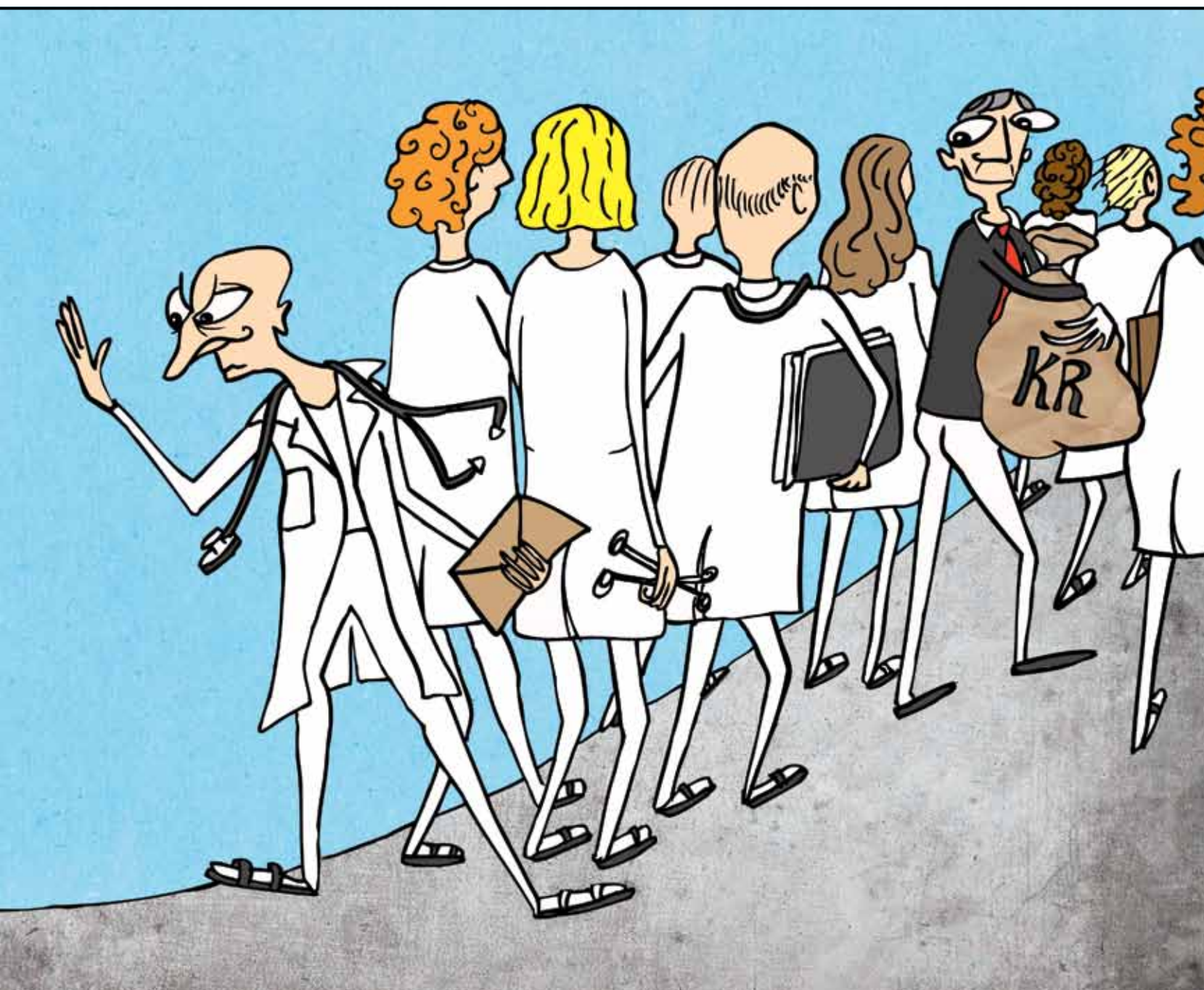
Forebyggingsminister er han blitt kalt – Jonas Gahr Støre – fordi han stadig trekker fram at vi må ta større ansvar for egen helse. Et godt råd mange av oss sikkert burde ta inn over seg. Men fortjener han navnet? Ikke i alle sammenhenger. Det latinske ordet for prevensjon betyr forebygging, ofte i betydningen beskyttelse mot uønsket svangerskap. Vi kan i all fall ikke kalle Jonas Gahr Støre prevensjonsminister. Støre sier nei til gratis p-piller til unge kvinner mellom 20 og 25 år. Det var ikke rom for det i statsbudsjettet. Han vender det døve øret til sine rådgivere i Helsedirektoratet, som klart har gitt uttrykk for at dette vil være det mest effektive tiltak når det gjelder å forebygge uønsket svangerskap og abort.

## Sagt & ment

– Helsevesenet har et ansvar for å ikke erte opp befolkningens helseangst. Vi må ikke bli et «sykevesen», sier professor i sosialmedisin Steinar Westin ved NTNU til VG.

Han mener legemiddelindustrien, private helseaktører og pasientforeninger er med på å skape helseangsten.





Helse- og omsorgsdepartementet er nøye med dokumentasjon. Men ikke i denne saken. Da forsøksprosjektet med gratis prevensjonsmiddel i Tromsø og Hamar ble presentert i 2008, sa daværende helseminister Sylvia Brustad (Ap) at dersom forsøket gav gode resultater, vil det være et aktuelt alternativ til abort. Aborttallet ble halvert i de to byene.

Det er ikke nok for dagens helseministere. På et skriftlig spørsmål i Stortinget i sommer var svaret fra helseministeren at gratis p-piller kunne medføre en reduksjon i antall aborter, men at de om lag 100 millioner kronene ordningen vil koste – og som rettes mot friske, unge kvinner i alderen 20–25 år – er penger som alternativt kunne brukes på

andre tiltak med positiv helseeffekt.

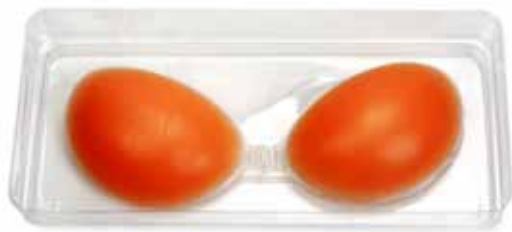
I en e-post til VG skriver hans statssekretær: «Vi har i år blant annet brukt over 30 millioner på informasjon og tiltak som går på kunnskap fremfor gratis prevensjonsmidler. Det ser også ut til at det virker.» Ser ut til? Hvorfor ikke støtte noe som man har dokumentert virker? Helseministeren bør lytte til leder for Sosialistisk Ungdom, Andreas Christiansen Halse, når han kommer med følgende råd: – Hopp av i svingen, Støre. Når uhellet er ute, enten det er i seksualiteten eller i politikken, så kan det lønne seg å ta en angrepille.

Det er strid om abortloven. Og det vil det være. Men ingen er «aborttilhenger». Alle

«Man reduserer ikke aborttallet ved å snu ryggen til den gravide.»

ønsker å redusere antall gjennomførte aborter, som i fjor var 15 216. Men det gjøres ikke ved å reservere seg mot å henvise til abort eller å si nei til gratis p-piller. ■■■

Bjørn Arild Døttøy



## NPE-klager på kosmetiske inngrep

– Det området som har en overvekt av kvinner er kosmetisk behandling – kjemisk peeling, laser og injeksjoner – og plastikkirurgi, sier Torill Svoldal Stæhr, kommunikasjonsrådgiver i Norsk Pasientskadeerstatning til Sykepleien.

Sakene går blant annet på plastikkirurgi av øyne, lepper, nese, bryst og buk.

– Innenfor plastikkirurgi er det for eksempel flest saker som gjelder brystplastikk, så det er en naturlig forklaring på kjønnsforskjellen, sier hun.

I 2012 ble det utbetalt 4,2 millioner kroner i erstatning på kosmetisk behandling og plastikkirurgi. Utbetalingene på dette fagfeltet har økt de siste årene.

## Forlater Statens helsetilsyn



Foto: Statens helsetilsyn

Assisterende direktør i Statens helsetilsyn, Geir Sverre Braut (bildet), slutter i jobben etter 12 år. – Nå har jeg pendlet mellom Oslo og Stavanger i 12 år. Og jeg har alltid sagt at når Lars (Hanssen, tidligere direktør, red.anm.) slutter så skulle jeg revurdere min stilling, sier Braut til Dagens Medisin.

Braut har ifølge avisen sagt ja til en 70 prosents stilling ved forskningsavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus.

– Aktuelle forskningstema vil være samhandlingsformen og beredskapsarbeid, det er innenfor det jeg kan noe om, sier han.

## 28 millioner til velferdsteknologi

Kommuner som satser på teknologi slik at eldre kan bo lengst mulig hjemme, kan nå søke om å være med i et utviklings- og utprøvningsprosjekt innen velferdsteknologi, opplyser Helse- og omsorgsdepartementet. Det er satt av 28 millioner kroner som kommunene kan søke på. Satsingen er en oppfølging av Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» som regjeringen la frem i vår, og en del av de 100 millionene som Stortinget har bevilget til oppfølging av meldingen.



# Hva skjer

### Les mer om:

- 12** Mange klager på SAK >
- 14** Engasjer dere! >
- 15** Tar omkamp om autorisasjonsregister >
- 16** – Har fått nok >

Tekst **Ann Kristin Bloch Helmers**  
aknbh@sykepleien.no

**sykepleien.no**

Studiestart: Tips sykepleien.no om utdanningsaker!



## Avvik for helsesøstertjenesten



25 kommuner har fått påpakning fra fylkeslegen etter at det landsomfattende tilsynet med helsestasjonene har kommet halvveis. Det skriver Kommunal Rapport. Alle de besøkte kommunene hittil har fått merknader eller avvik. Om lag halvparten av kommunene tilbyr ikke tilstrekkelig antall

helsekontroller. En tilsvarende andel har et mangelfullt tilbud til familier som har barn med spesielle behov. Enkelte får også kritikk for mangelfullt tilbud til familier som snakker et annet språk. Flere kommuner oppgir ressursmangel som årsak til at barn fra 0–6 år ikke får det antallet helsekontroller de har krav på. Rapportene blir fortløpende lagt ut på Statens helsetilsyns nettsider.



Foto: Colourbox

## Halalkjøtt på menyen

Hvidovre Hospital utenfor København i Danmark kommer til å tilby halalkjøtt til sine pasienter fremover.

Sykehuset har av religiøse hensyn valgt at det kun vil servere oksekjøtt som er halalslaktet til samtlige av de over 40 000 pasientene. Det skriver den danske avisen Ekstra Bladet, ifølge NRK.

– Vi har mange pasienter med en annen etnisk bakgrunn som vi skal ta hensyn til. Det vil være umulig å servere både halalslaktet kjøtt og kjøtt som er slaktet på andre måter, sier Torben Mogensen, visedirektøren ved Hvidovre Hospital.

## Ventetider i Helse Nord

Gjennomsnittlig ventetid til behandling.

### Antall dager

Måned	Januar	Februar	Mars	April	Mai
Somatikk/ fysisk helse	83	80	74	77	78
Psykisk helse - voksne	58	55	56	57	56
Psykisk helse - barn/unge	63	58	46	48	53
Rus	52	64	60	52	50
Ubestemt	77	75	86	74	84

Tall fra Norsk Pasientregister/Helse Nord

## Helsevikarer milliardbusiness

Til tross for Adecco-skandalen som viste privat helseformidling på sitt verste, opplevde vikarbyråene en kraftig vekst i 2012, skriver Finansavisen. Dette gjelder samtlige selskaper, og de nordiske selskapene dominerer markedet.

Det svenske selskapet Dedicare var omsetningsvinneren, med en omsetningsvekst på 37,2 prosent. Selskapet estimerer det norske markedet for helsevikarer til å være i størrelsesorden én milliard kroner.



Foto: Colourbox

## Satser på ungdom

Mens mange videregående skoler i landet har én helsesøster noen få timer i måneden, har helsestasjon for ungdom i Drammen åpent fire dager i uken og gratis lege hver mandag ettermiddag. Siden jul har stasjonen hatt 2 000 besøkende.

## Tømmes for sykepleiere

Svenske sykepleiere lokkes til Norge med høy lønn. Samtidig er det stor sykepleiermangel i Sverige. Det svenske sykepleierforbundet, Vårdförbundet, kaller situasjonen katastrofal.

I sommer var det faktisk så skrapet for sykepleiere at sykepleiere på Karolinska universitetssykehus utenfor Stockholm ble lokket med en ekstralønn på 15 000 kroner dersom de utsetter for ferieuker.



Foto: Colourbox

## – Sjekkliste ikke privatsak

På nettsidene til Helse Nord understreker administrerende direktør i Helse Nord, Lars Vorland, at bruken av GTT (Global Trigger Tool) og sjekkliste for trygg kirurgi ikke er en privatsak for leger og sykepleiere.

«Det er godt dokumentert at bruk av sjekklisten Trygg kirurgi forbedrer kvaliteten og reduserer uønskete hendelser og komplikasjoner. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har dette som ett av sine satsingsområder. Bruken av sjekklisten varierer i altfor stor grad i nord. Det finnes ingen unnskyldning for ikke å bruke listen andre ganger enn ved ekstrem tidsnød (hastekeisersnitt). Ingen fagperson kan være bekjent av å neglisjere bruken av et slikt enkelt virkemiddel med slike muligheter for resultater,» skriver han, og påpeker at det samme gjelder for GTT.

## TERAPI av Bodil Rønhaug



## Meninger fra www.sykepleien.no



### Sinte sykepleiere på Ahus

«På Ahus snakker vi om inntil 3 helger, altså 6 vakter. Disse skal bakes inn i turnus som en del av 35,5 timer, ellers hadde det vært planlagt overtid og dermed ulovlig. Det er ingen lønn utover helgetillegget på 40 kr timen. I realiteten jobbes det selvfølgelig mye overtid også på helg på Ahus som har gitt over 9000 AML-brudd i år. Hvor mange helger som faktisk skal jobbes hersker det svært mye uenighet om.»

Kari

«En fleksibel bruk av deltidstilling i visse faser av livet er en mulighet avdelingssykepleieren har for å tilrettelegge arbeid og fritid. Da må øvrige sykepleiere på avdelingen være villige til yte ekstra i form av overtidsarbeid.»

Turnusplanleggeren

# Mange klager på SAK

Flere sykepleiere med utdanning fra utlandet klager etter avslag på autorisasjon.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

**A**rsaken er at SAK (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) har justert sin godkjenningspraksis, slik at flere som har tatt sykepleierutdanning i utlandet, nå får avslag når de søker om autorisasjon.

SAK-direktør Anne Herseth Barlo sier til NRK at de har justert sin praksis ut fra hvilken linje Statens helsepersonellnemnd legger seg på:

– Og nå har nemnda vært strengere etter vår vurdering. Justeringen som skjedde i vår gjelder særlig Filipinene. Norge krever et langt høyere timetall enn disse utdanningene har, sier Barlo til nrk.no.

Dette har resultert i at flere klager til Statens helsepersonellnemnd.

– Vi har fått inn veldig mange saker nå som går på at SAK har anbefalt søkere å gjennomføre kompetansehevende tiltak, men hvor søker likevel har fått avslag etterpå, sier direktør i Statens helsepersonellnemnd Øyvind Bernatek til nrk.no.

Anette Bryn, kommunikasjonsrådgiver i SAK, sier til sykepleien.no at alle søknader om autorisasjon blir vurdert individuelt.

– Når Statens helsepersonellnemnd fatter vedtak i klagesaker, er det SAKs plikt å gjøre en vurdering av om dette bør få konsekvenser for vår behandling av sammenlignbare saker. Tilsynelatende like saker kan inneholde forskjeller som vurderes som vesentlige. Jevngodhetsvurderinger viser avvik både i akademisk nivå,

antall relevante timer i sykepleiefaglige emner og klinisk praksis.

– Av pasientsikkerhetsgrunner skal nivået på helsepersonell, som ønsker å arbeide i det norske helsevesenet, sammenlignes med det som kreves i vår egen norske utdanning, skriver hun i en e-post til Sykepleien.

Sykepleien har mottatt bekymringer rundt den endrede praksisen hos SAK, både når det gjelder hvilke utdanninger som ikke blir godkjent, og konsekvensene det har for den enkelte sykepleier.

Klagene skal opp til vurdering når Statens helsepersonellnemnd møtes i september. ■■■

aknbh@sykepleien.no



## Full oversikt med DIPS!

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

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



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



# Anne-Line Kjos Sollie

**Aktuell som:** Sykepleier på postoperativ oppvåkning på Ahus og debattant i Aftenposten.

**Alder:** 48 år.

### BAKGRUNN:

23. juni trykket Aftenposten innlegget «Ledig stilling – sykepleier!» fra Anne-Line Kjos Sollie. Tusenvis sympatiserte med Sollie, som var lei av å høre at sykepleierne ikke vil stille opp og ikke gidder å jobbe litt ekstra i helgene.

# Ble delt av 30 000

### Innlegget fikk stor respons?

– Jeg er ikke så flink på sosiale medier, men det ble delt av 30 000. 450 skrev debattinnlegg. Det ble intervju i Aftenposten og i Ukeslutt på radio.

### Overrasket det deg?

– Jeg var absolutt ikke forberedt. Veldig bra med så bred debatt.

### Hvorfor skrev du innlegget?

– Det har vært en lang prosess: Mange runder med budskap fra ledelsen om å løpe fortere og at staben på golvet må løse problemene. 18. juni var det medlemsmøte med enorm oppslutning. Nesten 400 sykepleiere kom.

### Temaet var at Ahus vil beordre dere til å jobbe mer helg?

– Ja. På vei hjem i bilen tenkte jeg at dette går ikke. Jeg satte meg ned med kladdeboka. Det ble som det ble.

### Du sendte innlegget ditt til Aftenposten?

– Ja. Først tenkte jeg på lokalavisen. Men så tenkte jeg at dette gjelder jo mange. Dagen etter ringte avisen og spurte om å få trykke det som kronikk.

### Hva var det viktigste du ville si?

– At pasientsikkerheten er utfordret. I aller høyeste grad. Dette handler ikke om sutring.

### Blir sykepleierne beskyldt for det? Å sutre?

– Ja, det er stadig tilbakevendende. Jeg sutrer overhodet ikke. Jeg tåler å jobbe. Men også sykepleiere må kunne sikte mot nye utfordringer og nye veier. Alle ferske sykepleiere har ønsker for yrket. Det er ikke lov å drepe drømmene deres.

### Hvem har provosert deg mest?

– Det har vært litt i tur og orden. Ledere på ulike nivå som gjennomfører prosesser uten å ville lytte. Jeg opplever at de ofte beskytter egne posisjoner vel så mye som å ivareta pasientene. Spekter. LO. Støre.

### Hvem har såret mest?

– Personlig er jeg ikke såret. Men på vegne av alle helsearbeidere blir jeg såret når jeg hører

at vi er late og mest interessert i egen fritid. Jeg kjenner det på parkeringsplassen når jeg ser hundrevis som har stått opp klokken fem og forter seg inn på sykehuset for å skifte.

### Hva har skjedd på Ahus etter kronikken din?

– Jeg vet om at de som videreutdanner seg nå skal få beholde trygderettighetene sine. Det er fantastisk!

### Tror du Ahus tør å beordre sykepleierne til å jobbe mer helg?

– Planen er å starte 1. november: 3 ekstra helger og/eller 12-timersvakter.

### Bør sykepleierne i solidaritet gi opp retten til maks å jobbe hver tredje helg?

– Hver tredje helg er maks av hva som bør gjelde. Med rundturnus blir døgnet snudd, og det tar tid å ta seg inn. Nå jobber jeg hver fjerde helg – et helt annet liv enn hver tredje.

### Er Ahus en god arbeidsplass?

– Jeg stortrives etter snart 15 år. Det skyldes en verdifull jobb og gode kolleger. Jeg har fått enormt med tilbakemeldinger. Fra alle. Virkelig. Spør heller om Ahus er en god arbeidsgiver. Jeg opplever ikke at Ahus tar vare på de ansatte i denne prosessen.

**Du er stortingskandidat for Sp. Hvor mye sykepleier er du som politiker?**  
– Jeg skrev ikke innleg-

get for å drive valgkamp. Men jeg hadde nok ikke gjort det hvis ikke jeg hadde det politiske i meg.

### Jobber du som sykepleier om 15 år?

– Det tror jeg. Men det må legges til rette for å jobbe til man er 65 år. Den kompetansen er svært nødvendig å ta vare på. De eldste er rasende dyktige!

### Barna dine er 18, 19 og 24 år. anbefaler du yrket til dem?

– Ja.

### Ellers?

– De som irriterer seg over å se sykepleiere på kafé og treningsstudio på dagtid, kan tenke over om folk med en annen døgnrytme enn dem selv ikke har rett til et sosialt liv. ■■■

**Marit Fonn** Foto Jan T. Espedal /NTB scanpix  
marit.fonn@sykepleien.no





### NSF Studentleder:

Stian Aasoldsen  
Alder: 28  
Skole og utdannings-  
trinn: Høgskolen i Tele-  
mark. Autorisert 7. juni

### Studentnestleder:

Margrete Kanstad  
Alder: 22  
Skole og utdannings-  
trinn: Høgskolen i Nar-  
vik. Autorisert 20. juni

# – Engasjer dere!

Studentenes nye lederduo ønsker å være synlige for alle sykepleierstudentene. Ikke bare de som får problemer.

Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

**N**SF Student har fått ny ledelse, og Stian Aasoldsen og Margrete Kanstad har ett år på seg til å gjennomføre det de mener er det viktigste for sykepleierstudentene og utanningen nå:

– Hva er deres hjertesaker?

– Jeg vil trekke frem Y-veien. Det er et utdanningsløp jeg er skeptisk til, men det er blitt en realitet ettersom det er satt av penger til å starte opp ved noen skoler fra høsten av, sier Stian Aasoldsen og får støtte av Margrete Kanstad.

Nå når Y-veien blir realitet, er de begge opptatt av å følge med på kvaliteten på studieløpet.

– Vi skal følge med på hvordan de følger opp studentene og sikre at kvaliteten er like god som

hvor sykepleierutdanningen har forbedringspotensialer.

– Vi er vel begge to spente på hvordan Y-veien faktisk skal gjennomføres og hvordan pengene skal forvaltes. I ordinært studie blir vi stadig flere studenter uten at det kommer flere lærere. Erfaringer viser at studenter som tar studier via Y-veien, trenger ekstra oppfølging. Hvordan skal det gjøres? spør Aasoldsen.

### Ingeniørene

Aasoldsen trekker frem et eksempel fra Høgskolen i Telemark og ingeniørlinja:

– De innførte Y-veien på ingeniørstudiet. Erfaringene deres var at for å lykkes måtte un-

Venstreparti (SV), Rødt (R) og Fremskrittspartiet (Frp) til debatt. Det ble stilt spørsmål om Y-veien, men ingen av politikerne fikk med seg spørsmålet. Det er de nyvalgte lederne skuffet over.

– Representanten fra Rødt sa blant annet at det er vi som er spesialistene på hva utdanningen trenger, ikke politikerne. Politikerne må høre på de som kjenner problemene best for å finne de beste løsningene, oppsummerer Aasoldsen.

Begge er imidlertid klare på at også Y-veistudentene er velkomne som NSF Student-medlemmer.

– Vi er alle sykepleierstudenter og vi ønsker også å være vaktbikkje og sørge for at Y-veistudentene får god kvalitet i sitt utdanningsløp.

### – Engasjer dere

Begge to oppfordrer sykepleierstudentene til å engasjere seg, og ta til seg kunnskap hvor det er mulig.

– Kunnskap er makt. Får du tilbud om å bli med på noe, utnytt muligheten. Det vil hjelpe deg senere. Det er viktig at vi aldri glemmer at selv om noen oppgaver kan være kjedelige, danner alt vi lærer et bakteppe hvor målet er best mulig pasientsikkerhet, sier Aasoldsen og Kanstad.

– Vi ønsker å bli mer synlige for alle studentene. De skal ikke bare se oss når de starter på skolen, eller hvis de får problemer, sier Aasoldsen. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

## «Vi ønsker å være vaktbikkje.»

på ordinært utdanningsløp for å bli sykepleier, sier Kanstad. Dette er også et av innsatsområdene våre, som ble vedtatt på årsmøtet i juni.

### Penger og ressurser

De er begge to nyutdannede sykepleiere og har akkurat fått autorisasjon. Margrete fikk sin 20. juni, og Stian sin den 7. juni.

Det betyr at de har gjennomført alle tre årene ved sykepleierutdanningen, og selv følt på kroppen

dervisningen skje i små klasser med ekstra tett oppfølging. Vår bekymring er derfor at det brukes masse ressurser på Y-veien på bekostning av de sykepleierstudentene som går ordinær vei. Sykepleierstudenter og lærere har påpekt behovet for mer ressurser, men vi får det ikke, sier han.

### Stortingsvalg

På studentenes årsmøte møtte representanter fra Høyre (H), Arbeiderpartiet (Ap), Sosialistisk

# Tar omkamp om register

Nordisk råd fortsetter kampen om et felles register for helsepersonell i Norden.

Tekst **Astrid Svalastog**

**E**t felles register om helsepersonell som har mistet autorisasjon er noe av det viktigste vi kan gjøre for å øke pasientsikkerheten i Norden, sier stortingsrepresentant og medlem av Velferdsutvalget i Nordisk råd, Sonja Mandt (Ap).

## Sa nei

Det er per i dag ingen løpende utveksling av informasjon om helsepersonell som har fått flere advarsler eller mistet autorisasjon. Det er heller ikke mulig for landenes sykehus og andre som tilsetter helsepersonell å få tilgang til opplysninger om arbeidssøkere fra andre nordiske land.

Så sent som i mai i år sa de nordiske helse- og

sosialministrene nei til opprette et nordiske elektronisk register for helsepersonell. De hevdet at et felles nordisk register ikke garanterer økt sikkerhet for pasienter.

Velferdsutvalget har siden 2010 jobbet med denne saken og Mandt lover å fortsette å holde trykket.

– Jeg vil ta spørsmålet opp igjen med ministrene når de møtes i Oslo i oktober/november. Her må vi få alle fakta på bordet og få klarhet i hvor det buttrer – om det er lovverket i de enkelte land som er problemet eller om det er økonomi. Vi godtar ikke bare en avvísing fra ministerrådet, sier Mandt.

## Vil ha oversikt

Velferdsutvalget vil at Nordisk ministerråd skal gi en oversikt over lovmessige hindre og kostnader ved etablering og drift av et slikt register.

– Først da har vi et konkret grunnlag å diskutere ut fra. Velferdsutvalget tar ikke et nei for et nei i denne viktige saken, sier Mandt.

Totalt 95 helsepersonell fikk autorisasjonen tilbakekalt i fjor. Foruten 29 leger, gjaldt det 32 sykepleiere, 16 hjelpepleiere og 18 annet helsepersonell. ■■■

astrid.svalastog@sykepleien.no

SILENTIA SKJERMSYSTEM

## Optimal hygiene & fleksibel funksjon



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

**EasyClick™**

Mobilt eller fast montert

**EasyReturn™**

Lett å folde sammen og trekke ut

**EasyClean™**

Lette å rengjøre



SKJERMER UTEN Å LUKKE INNE



AVALON MEDICAL AS  
TEL: 23 63 63 70  
INFO@AVALON-MEDICAL.NO  
WWW.AVALON-MEDICAL.NO



# – Har fått nok

Sykepleier Mari Ohnstad vil ikke lenger ha ansvaret det innebærer å være praksisveileder ved nyfødt intensiv på Rikshospitalet.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

**UFORSVARLIG:** Nyutdannede sommervikarer fikk fem dagers opplæring før de fikk ansvar for alvorlige syke hjertebarn, forteller Mari Oma Ohnstad ved nyfødt intensiv ved Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus.

**V**erken Ohnstad eller kollegaen i tilsvarende stilling ønsker å fortsette som praksisveiledere når engasjementet nå går ut i august. Ohnstad har tidligere varslet både sykehusledelsen og fylkeslegen om det hun og kolleger mener er uforsvarlige forhold.

– Det har gått for langt, jeg ønsker ikke å ha et slikt ansvar når det ikke er mulighet for å gi god nok opplæring før sykepleiere blir satt på svært syke pasienter, sier Ohnstad.

Hun beskriver en presset arbeidshverdag og opplever at de faste må ta unna altfor mye, fordi det ikke er tid til å lære opp nye.

– Samtidig blir nye sykepleiere satt på krevende pasienter for tidlig, sier hun.

### To barn

– Før jeg gikk i ferie hadde jeg på en vakt ansvar for to barn i den kategorien hvor det er beregnet 1 til 1. Den ene var et for tidlig født barn på 700 gram som måtte respiratorbehandles. Barnet hadde behov for kontinuerlig observasjon og overvåking, nøyaktig væskeregnskap og hyppig behov for å fjerne slim, slik at barnet hadde frie luftveier. I tillegg kom stell og diverse medisi-

ner som må administreres nøyaktig, forteller Mari Ohnstad.

Samtidig med dette barnet, hadde hun alene ansvar for en helt nyfødt baby med uavklart hjertefeil.

– Foreldrene her hadde behov for støtte og veiledning, samt at barnet trengte støtte under diverse utredningsprosedyrer, kontinuerlig observasjon og overvåking, stell og medisiner. Selv for en erfaren sykepleier er det fort gjort å overse og gå glipp av viktige observasjoner, forteller hun.

Hun beskriver denne sommervakten for å peke på hva hun mener er konsekvensen av manglende kompetanse ved avdelingen hun til nå har hatt ansvaret for opplæring i.

### Sårbare

– Et hjertebarn fikk nylig for mye væske. Sirkulasjonen er sårbar hos disse barna, og resultatet ble en mer uttalt hjertesvikt. Et annet eksempel er de som blir satt på C-pap før de kan utstyret ordentlig: Mange ganger har det skjedd at kolben som skal tilføre fuktighet har gått tørr. Resultatet er at barnet blir kjempekaldt, sa hun til sykepleien.no i juni, og understreket da at

avviksmeldinger er sendt.

– Internasjonale studier viser at flere små feil i pleie og behandling gir dårligere prognose hos syke nyfødte. Vi har ikke sett livstruende feil, men svikt i den samlede behandlingen er vist å kunne øke sykkelighet og dødelighet, sier hun.

– Jeg opplever at jeg altfor ofte jobber utover hva som er faglig forsvarlig for de små sårbare pasientene vi har, sier hun. Nå har hun fått nok.

I et brev til avdelingsledelsen og fylkeslegen forteller hun om hvorfor hun ikke ønsker å fortsette, og beskriver situasjonen som uforsvarlig.

### Tilsynssak

Før sommeren gikk både Ohnstad og tillitsvalgte ut og advarte mot det de så for seg ville bli en vanskelig sommeravvikling ved nyfødt intensiv ved Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus. De fryktet at liv ville gå tapt som følge av mangel på kompetente sykepleiere på avdelingen.

Avdelingen for de aller sykeste nyfødte har over tid slitt med å rekruttere erfarne sykepleiere. Fylkeslegen har opprettet tilsynssak på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra ansatte leger, sykepleiere, tillitsvalgte og Barneombudet.



Tilsynssaken går både på drift og bemanning. Arbeidstilsynet er også inne i saken.

#### – Mange små feil

En av de største bekymringene før sommeravviklingen var at nyutdannede sykepleierevikarer som hadde fem dagers opplæring, skulle få ansvar for de alvorlig syke hjertebarna ved avdelingen. De som fikk fast ansattelse fikk seks ukers opplæring. Det er absolutt ikke nok til å bli satt på alvorlig syke hjertebarn, mener tillitsvalgt Anne Waagan.

Avdelingsledelsen forsikret før sommeren om at helt ferske sykepleiere ikke skulle bli satt på de sykeste barna.

– Men det har skjedd, sier tillitsvalgt Anne Waagan når Sykepleien spør henne hvordan sommeren har forløpt. Både de med seks ukers opplæring, og de som bare har hatt fem dager har i sommermånedene blitt stående alene med alvorlig syke hjertebarn.

– Jeg har selv hatt fordelingsansvar og har vært nødt til å fordele nye sykepleiere på alvorlig syke hjertebarn, både nyopererte og de som venter på operasjon. Det har vært mot min vilje, men det har ikke vært erfarne sykepleiere å oppdrive. Jeg går hjem fra jobb med vondt i magen. Det skjer hele tiden små feil på grunn av mangel på erfaring – feil som kan få fatale følger. På jobb har jeg og den andre teamlederen ofte gått rundt for å drive brannslukking. Sykepleierne får altfor mye å gjøre på grunn av bemanningssituasjonen, og de erfarne har ofte ikke kapasitet til å hjelpe uerfarne sykepleiere.

– På grunn av innsatsen til både leger, erfarne

og uerfarne sykepleiere har vi så langt kommet oss igjennom sommeren uten fatale konsekvenser, men det har ikke vært forsvarlig bemanning eller nok sykepleiere. Dette har resultert i at sykepleiere ofte jobber doble vakter og kommer tidligere på vakt enn de skulle, sier Waagan.

#### – Forsvarlig drift

– Før sommeren fryktet sykepleiere og tillitsvalgte at liv kunne gå tapt på grunn av bemanningssituasjonen ved avdelingen. Har dette skjedd?

– Så langt i sommer har driften av avdelingen vært forsvarlig. Det har ikke vært hendelser

## «Jeg går hjem fra jobb med vondt i magen.» Anne Waagan, tillitsvalgt.

med uforsvarlighet, sier avdelingsleder og overlege Sverre Medbø.

– Hvor mange avvik er meldt inn så langt i sommer?

– Jeg har ikke totaloversikt over avvik som er meldt inn i løpet av sommeren. Mitt fokus har vært rettet inn mot klinisk arbeid, ikke det administrative, sier Medbø.

– Praksisveileder og sykepleier Mari Ohnstad forteller om en vakt hvor hun ble stående alene med to svært syke barn, hvor hvert barn ifølge rutinen krever 1- til 1-bemanning. Hva tenker du om det?

– Dette er ikke i tråd med rutinen, og det er ikke en ønskelig pasientbehandling. Men siden dette er en akuttavdelig, vil slike situasjoner oppstå, sier han.

– Det har ikke noe med langtidsplanlegging av sommeravviklingen å gjøre?

– Nei. Sommeren har vært planlagt så godt vi har kunnet. Belegget har vært godt fordelt mellom Ullevål og Rikshospitalet, sier Medbø.

#### – Ikke flere som har sluttet

– Nyfødt intensiv på Rikshospitalet har fått tilført 10 nye stillinger fordi klinikken har innsett at bemanningen har vært for lav. Alle de nye stillingene er nå besatt, noen har startet og er i full gang med kompetanseoppbygging, mens noen starter på høsten, opplyser Anne Amdam, fungerende

klinikkleder ved Kvinne- og barnklinikken.

Ifølge Medbø har den ene av praksisveilederne søkt videreutdanning og den andre fortsetter i klinisk arbeid i avdelingen. Sverre Medbø opplyser at er det ikke flere som har sluttet ved avdelingen første halvår i år, i forhold til samme periode i fjor.

– Tillitsvalgt og praksisveileder forteller at nyutdannede sykepleiere med fem dagers opplæring har blitt satt på alvorlig syke hjertebarn i sommer, og at det er meldt avvik på dette. Er dette forsvarlig?

– Pasientbehandlingen har vært forsvarlig gjennom sommeren, også når det gjelder nyfødte med hjertefeil, svarer Medbø.

aknbh@sykepleien.no

## – Tar minst ett år

På nyfødt intensiv har mange av barna behov for pustehjelp på en eller annen måte. Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

**S**ykepleiere på avdelingen mener det krever ett års praksis for å kunne stå på den enkleste maskinen, C-pap, alene. De andre tar enda lenger tid å lære.

I respirator puster maskinen for pasienten, oksygenholdig luft blåses inn i pasientens lunger, samtidig som karbondioksidholdig luft pumpes ut. Oscilering er en annen type mer intensivbehandling med respirator. C-pap-behandling er pustestøtte som går ut på å blåse luft ned i lungene på de små.

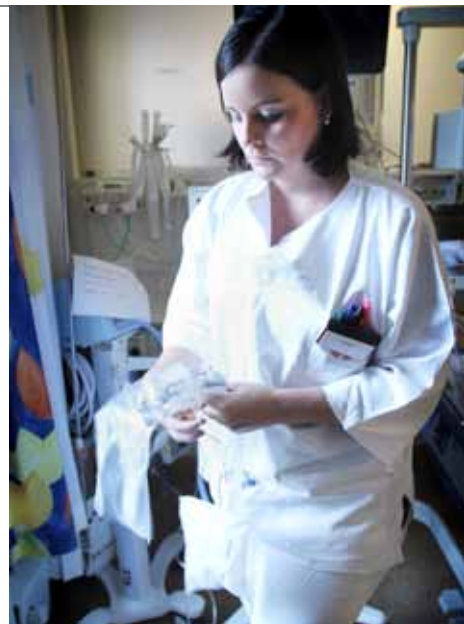
– Hovedutfordringen er at avdelingen må ha

en viss andel sykepleier som kan betjene henholdsvis respirator, oscileringsutstyr og C-pap, sier Waagan.

Dersom alle sengene er i bruk, er det etter dialog med ledelsen anbefalt at minst 10 av 14 sykepleiere på dagtid skal ha respiratorkompetanse. Av disse 10 skal minst 3 ha oscileringskompetanse.

I planene skal også helst 4 ha c-pap-kompetanse, men 1 til 2 trenger ikke nødvendigvis å ha noen spesialkompetanse. ■■■

aknbh@sykepleien.no



**MYE UTSTYR:** C-pap, oscilering og respirator er blant utstyret en viss andel av sykepleierne må kunne, sier tillitsvalgt og sykepleier Anne Waagan.

# Privatisering



SOLSTRANDVEGEN 35

*Aleris* OMSORG

**RIVES SNART:** Aleris-skiltet ved Luranetunet sykehjem skal snart rives etter at Os kommune vant en historisk seier i anbudsrunderen.

# ens pris



Privatisering av sykehjemsdrift brer om seg i norske kommuner. Hva blir konsekvensen for de ansatte?

Tekst Bjørn Arild Østby og Eivor Hofstad





**FORNØYD:** – Når kommunen tar over driften til høsten, blir det bedre pensjons- og sykelønnsordning, færre ufaglærte, mer samarbeid mellom avdelingene og mer involvering av oss tillitsvalgte, sier Nina Lindén.

## «Vi gleder oss!

I høst blir denne sykehjemsavdelingen kommunal, etter 12 års privat drift. Det er sykepleier og tillitsvalgt Nina Lindén glad for. Tekst og foto **Eivor Hofstad**



**OS-ORDFØRER:** Terje Søviknes (Frp)

1999 ble Terje Søviknes landets første Frp-ordfører og allerede valgnatta proklamerte han at han skulle gjøre Os til utstillingsvindu for Frp. Siden ble det konkurranseutsatt sykehjemsdrift, full barnehagedekning, sydenturer for pensjonister, utvidede skjenketider og et spinndyrt kulturhus.

Men i 2007 fikk kommunen stryk på servicenivået av Forbrukerrådet og ved forrige valg mistet Frp fire representanter i kommunestyret. Flere skoler er i dårlig forfatning og i år vant kommunen anbudsrunder for sykehjemsdriften. Nå er det bare renholdet som fremdeles er privatisert i kommunen.

### Vil ha konkurranse

– Utstillingsvinduet ditt ser ut til å ha slått sprekker?

– Nei, det der er bare tull. Jeg har aldri ment at privatisering er et mål. Det er konkurranseutsettingen som er viktig fordi det får tilbyderne til å skjerpe seg og yte maksimalt og fordi man får flere aktører til å utvikle et tilbud, slik at vi ikke stagnerer i et monopol, sier ordfører Søviknes.

– *Skeptikerne hevder at transaksjonskostnadene ved stadige anbudsrunder er store?*

– Det viktigste i anbudsprosessene er å definere hvilke tjenester vi ønsker oss, og den type beskrivelser måtte vi jo hatt likevel. Vi er altfor redd for konkurranse i offentlig sektor. De aller fleste av oss er opptatt av å prestere og være best, og jeg har sjelden sett en så stolt gjeng som de som vant årets anbudsrunder, hevder Søviknes.

I 2001, da Luranetunet omsorgssenter stod ferdig i moteriktig sibirsk lerk, delte politikerne driften i to som et kompromiss: Den

øverste etasjen skulle konkurranseutsettes, mens den nederste skulle være kommunal. Avdelingene var identiske. På den måten ville man kunne sammenligne de to driftsformene, noe som foreløpig bare er gjort én gang, etter et års drift.

– Konklusjonen på den eksterne rapporten var at det var liten forskjell, og at både ansatte, beboere og pårørende var svært fornøyd på begge avdelinger, sier Søviknes.

### En helt ny verden

Det har vært tre anbudsrunder på Luranetunet. Norlandia drev i fem år og Aleris i sju. Den 2. september tar kommunen over, og rundt 60 ansatte går fra privat til offentlig arbeidsgiver.

«Jeg har alltid ment at eldreomsorgen må være kommunal. *Nina Lindén*

Det er Nina Lindén glad for. Hun er tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund ved den privatiserte avdelingen, og har tatt turen oppom arbeidsplassen sin i ferien for å vise Sykepleien rundt.

– Jeg har alltid ment at eldreomsorgen må være kommunal. Hvordan kan en privat aktør som drifter for en kommune, drive billigere, gi bedre omsorg og i tillegg tjene penger på det? Det går ikke – det må jo alle skjønne, sier hun.

Lindén merker allerede en helt ny verden.

– Kommunen følger spillereglene for drøftinger. Som tillitsvalgt blir jeg tatt med på møter for å være med på prosessene, og blir hørt. Før hadde vi ikke et ord vi skulle ha sagt.

### Kommunens fordeler

Lindén tror ikke beboerne vil merke store forskjeller på hvem som driver sykehjemsavdelingen, men mener det vil bety mer for personalet.

– Vi har allerede en fin arbeidsplass med en kjempeflott personalstab. Forskjellen vil mer gå på slike ting som pensjon, sykelønnsordning, overtidstillegg og ansiennitetsstige, forteller hun.

Hos Aleris har det vært slik at etter tre måneders sykmelding går man automatisk over til NAV, men Lindén har ikke opplevd én eneste gang at denne overføringen har fungert. Dermed har de ansatte ikke fått lønn når de skal. Men dette har NSF forhandlet med NHO om, slik at Aleris nå forskutterer lønn i et år.

Overtidsreglene hos NHO er slik at frem til klokken 21 er det kun 50 prosent overtidsbetaling, uansett hvor mye overtid de har, mens hos kommunen vil de få 100 prosent etter fire timer.

– Vi har også hatt dårligere helligdagsgodtgjørelse. I det offentlige får de 133,33 prosent, mens i NHO er det 100 prosent. Lokalt har vi nå forhandlet oss frem til 133,33 prosent. Videre har NHO bare fire års ansiennitetsstige, mens KS har 10 år, forteller Lindén.

### Mindre lønn, mer helg

– Hva er bedre hos Aleris enn i kommunen?



**BAKSIDEN:** Det blir hyppigere helgejobbing for sykepleierne når kommunen skal overta. Men for Myra Raguindin blir det mindre, siden hun i dag ofte tar ekstravakter i helgene. – Det blir spennende med kommunal arbeidsgiver. Jeg tror det blir bedre, sier hun.

– Topplønnen i Aleris er noen tusenlapper mer i året, men forskjellen minsker når vi tar med tilleggene og tidspunktene for den lokale lønnsjusteringen. I kommunen regnes det fra første juni, mens Aleris regner fra første januar neste år.

Hos Aleris jobber man også bare hver fjerde helg, mens det er hver tredje helg i kommunen.

– Det er vel ikke så populært?

– Men det er det verdt, når vi får alle de andre fordelene. I kommunen vil vi også bli færre ufaglærte og får 2,5 årsverk mer på sykepleiersiden, sier Lindén.

En bakside ved stadig skiftende arbeidsgivere, er at det kan bli vanskelig å gå av med AFP ved 62 års alder.

– Regelen sier at man må ha vært ansatt i sju år hos samme arbeidsgiver for å få AFP, og jeg har ennå ikke fått svar hvordan dette vil slå ut for oss på Luranetunet, sier Lindén.

Foreløpig gjelder kontrakten med kommunen i fire år med mulighet for forlengelse til seks år. I 2019 blir det sannsynligvis ny anbudsrunde, hvis ordføreren får det som han vil.



# Historisk i Os

Det er historisk at en kommune vinner anbudsrunder etter 12 års privat sykehjemsdrift, slik den har gjort i Os.

Tekst **Eivor Hofstad**

**I**vår vant Os kommune anbudsrunder på både pris og kvalitet når sykehjemsdriften skulle konkurranseutsettes for tredje gang.

– Det er svært overraskende at kommunen vinner også på pris, når forskjellene i pensjonskostnader er så store i sykehjemssektoren og når kommunen må følge tariffavtaler der lønn og tillegg ligger høyere enn i NHO-Service-avtalen, sier Linn Herning, rådgiver i alliansen For velferdsstaten.

Hun lagde en rapport i fjor som så på historien rundt anbudsrunder og konkurranseutsetting av sykehjem i Norge fra 1997 til 2012. Av i alt 47 anbudsrunder vant kommersielle aktører 38 av dem.

## Færre årsverk, flere sykepleiere

Enhetsleder for pleie og omsorg i Os, Aud Winsents, sier hun ikke har tatt noen spesielle grep da hun lagde vinnertilbudet fra kommunen.

– Vårt tilbud har færre årsverk enn det den privatiserte avdelingen drives med i dag, men vi har høyere andel faglært

– Vi får en stordriftsfordel både med tanke på økonomi, bemanning og kunnskap. Erfaringsoverføring mellom avdelingene vil føre til bedre tjenester, sier hun og legger til:

– Det vil også ha positive konsekvenser med tanke på kompetanse. Flere sykepleiere vil kunne hjelpe hverandre på tvers av avdelingene.

Geir Læg Reid, administrerende direktør i Aleris Omsorg, mener kommunen vant konkurransen på spesielle vilkår.

– I tillegg til at kommunen fikk stordriftsfordeler, var konkurransen også uten forhandlinger, noe som er helt uvanlig når det gjelder kompliserte tjenesteutøvelser, som drift av helse- og omsorgsoppgaver. Dette ga ingen mulighet til presentasjon av tilbudet for de private tilbyderne og heller ikke mulighet til justering av tilbudet.

Læg Reid påpeker også at kommunen avgjorde konkurransen på tre dager i motsetning til over en måned som han mener er vanlig i slike konkurranser.

– Hvilken vurdering som ble gjort av tilbudene skal være usagt, men jeg mener tilbudene knapt kan ha blitt lest. Det er kun prisen som har vært avgjørende, og der var kommunen best da de kan spare flere årsverk ved å ha færre sykepleiere på vakt på natt og helg som følge av stordriftsfordelen, hevder Læg Reid.

«Tilbudene kan knapt ha blitt lest.

*Geir Læg Reid, adm. dir. i Aleris Omsorg*



personale. Anbud handler jo om årsverk, og i Os kommune har vi tidligere hatt en del nedskjæringer som har gjort oss flinke til å utnytte årsverkene godt, sier hun.

## Stordriftsfordel

Linn Herning synes det er svært interessant at kommunen vinner i Os fordi det er første gang i Norge at dette skjer i en senere anbudsrunde.

– I tidligere tilfeller der kommunen har vunnet, har det vært i første anbudsrunde. Tidligere tilfeller av rekommunalisering har enten vært politisk bestemt eller som følge av kontraktsbrudd, sier Herning.

Omsorgssjef Aud Winsents ser det som en styrke å slå sammen de to avdelingene ved sykehjemmet, som hittil har vært atskilt i en privat og en kommunal del.

## Kriterier

Pris og kvalitet er vektlagt like mye i anbudsvurderingene. Kommunens tilbudspris var 25 536 000 kroner, mens Aleris Omsorg hadde 26 062 000, etterfulgt av Norlandia Care med 27 640 000 og Attendo Care med 28 129 188 kroner.

Kvalitetskriteriene er: tilstrekkelig personell, sammensetting av fagfelt, medisinsk trygghet, omsorg av høy kvalitet, utforming av pleieplaner, rehabilitering, brukermedvirkning, opplæring av ansatte og ledere, samarbeid med frivillige, oppfølging av pårørende, inn- og utskrivning fra sykehus, medisinsk oppfølging, omsorg ved livets slutt, sosialiseringstiltak og aktivitetsplaner.

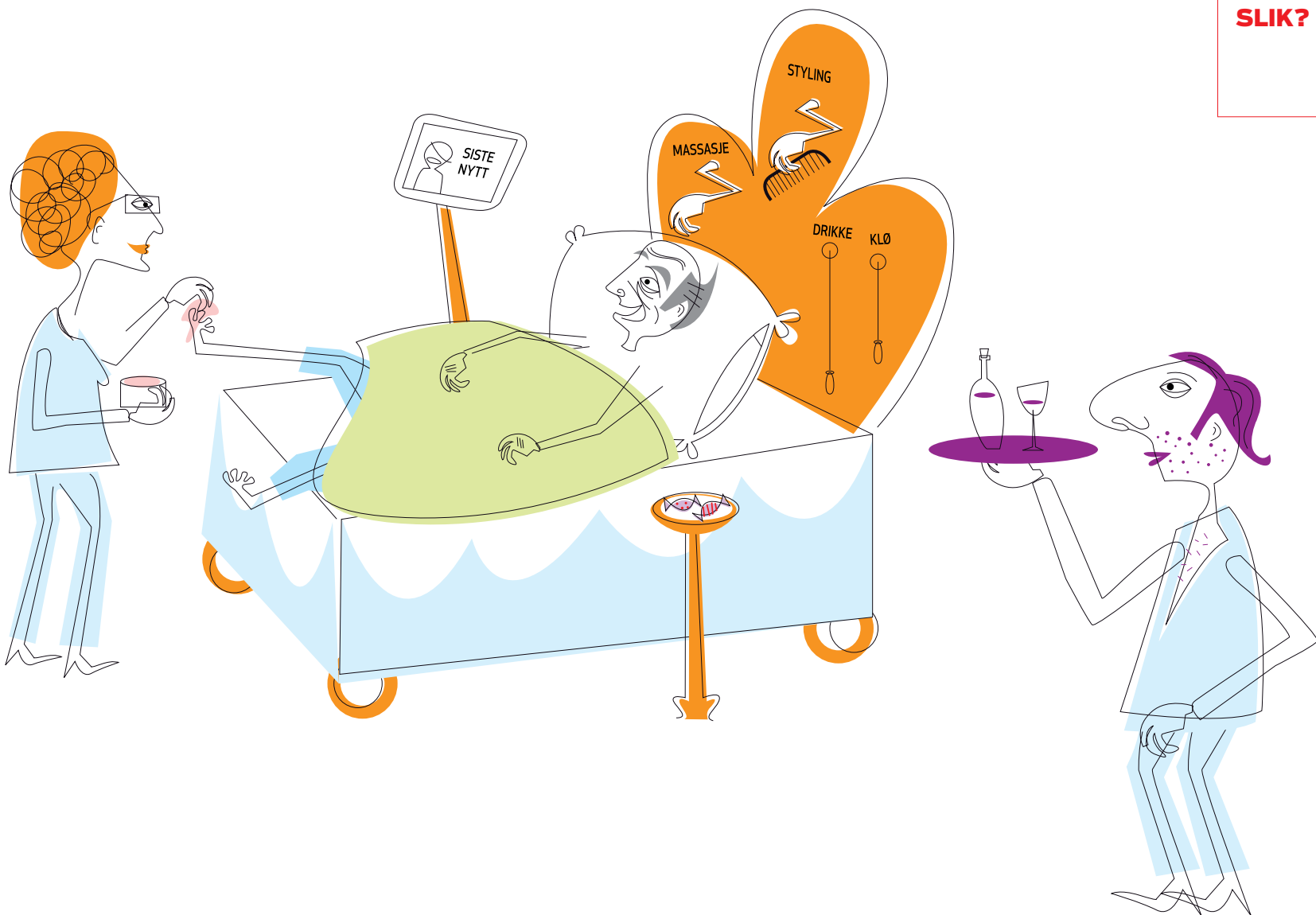
De fem deltakerne fikk følgende poengsum: Os kommune: 9,84 poeng, Norlandia Care AS: 9,18, Attendo Care AS: 9,16 og Aleris Omsorg AS: 8,90.

eivor.hofstad@sykepleien.no



**SOM FØR:** Beboer Per Svein Knutsen trener i trappene hver dag, det vil han fortsette med også når kommunen tar over driften. – Jeg tror det spiller liten rolle for beboerne hvem som driver sykehjemmet. Det er heller personalet som vil merke forskjellen, sier sykepleier Line Nesse.





# Himmelseng eller

Sykehjem på anbud har lenge vært et hett politisk tema. Men hva betyr konkurranseutsetting for kvaliteten, de samlede kostnader og ansattes arbeidsvilkår?

Tekst **Bjørn Arild Østby** Illustrasjon **Birgitte Reff Kolbeinsen**

**O**mfanget av konkurranseutsetting av sykehjem er fortsatt lite i Norge. En oversikt organisasjonen For velferdsstaten har laget, viser at av 47 anbudsrunder som ble gjennomført i perioden 1997-2012, ble 38 vunnet av en kommersiell aktør.

Men KS og NHO Service har registrert økt interesse for konkurranseutsetting fra kommuner som håper på lavere kostnader, uten at kvaliteten reduseres.

I den ferske rapporten «Konsekvenser av konkurranseutset-

ting» har Fafo sett på hva konkurranseutsetting av sykehjem og bruk av kommersielle aktører betyr for kvaliteten på tjenesten, effektivitet og kostnader for kommunene og ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Rapporten er gjennomført på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund (NSF).

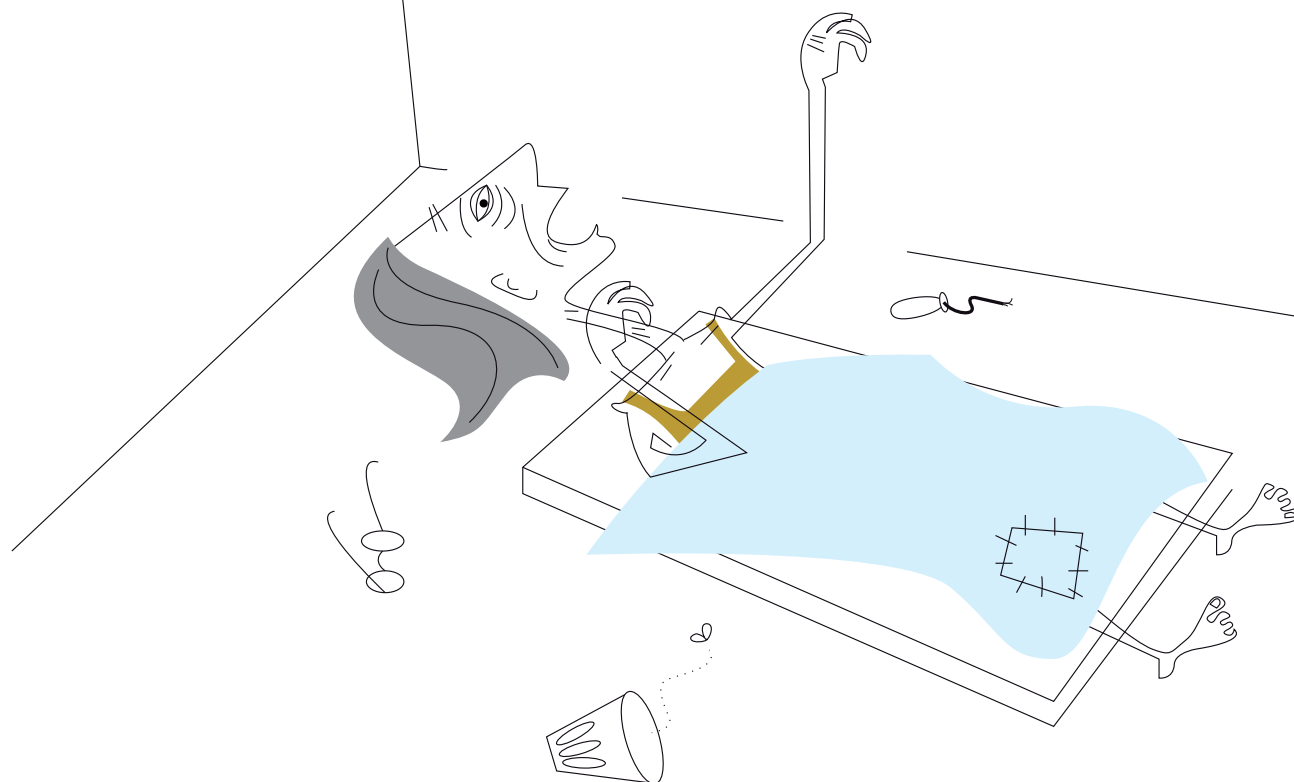
## Lønner det seg?

Oversikten til For velferdsstaten viser at private, kommersielle



**...ELLER SLIK? KVALITETS-  
MÅLING I PLEIE- OG OM-  
SORGSSEKTOREN ER EN  
VANSKELIG ØVELSE.**

HJELP



# spikerseng?

tilbydere vinner anbud fordi de tilbyr tjenester til en billigere pris enn kommunen.

En ting er å vinne anbud, men hva sparer kommunene?

Fafo-forskerne bak rapporten gjennomførte i vinter en studie i fem kommuner som har erfaring fra konkurranseutsetting og bruk av kommersielle tilbydere. De intervjuet personer i kommunens administrasjon, lederne av institusjonene og hovedtillitsvalgte. Konklusjonen er at ingen av kommunene har oversikt over hva konkurranseutsettingen har betydd økonomisk for kommunen.

Det er ikke foretatt kartlegginger i noen av de fem kommunene som viser de samlede utgiftene kommunen har hatt for å gjennomføre anbudsprosesser, utforme egne tilbud og følge opp og kontrollere at de private aktørene leverer det som er avtalt i kontrakten.

I tillegg til administrativt merarbeid knyttet til anbudsprosesser

og kontraktoppfølging har kommunene blitt belastet med merarbeid på grunn av eierskifte og oppsigelse av avtale i kontraktperioden. Kommunene hadde ingen oversikt over hva dette koster.

## Bedre kvalitet?

Private kommersielle tilbydere vinner ikke bare anbud på grunn av pris, men også bedre kvalitet.

Informantene i kommunenes administrasjon forteller at kvalitet veier tyngre enn pris når det velges mellom ulike leverandører. En typisk vektning er at kvalitet teller 60 prosent, mens pris teller 40 prosent.

Men kvalitetsmåling i pleie- og omsorgssektoren er vanskelig av flere grunner. En del grunnleggende ting som skader, liggesår og generell helsestatus kan måles med objektive kriterier. Noen av disse kriteriene kan imidlertid også problematiseres. For ek-





sempel brukes fall som en indikator på kvalitet. En institusjon med lavt antall fall kan gi en kvalitativt bedre tjeneste, men det trenger ikke være sånn. Dersom et lavt antall skyldes at eldre blir bundet til rullestol eller oftere lagt i seng, og da med sengehester, kan det lave antallet også være uttrykk for dårlig kvalitet. Brukerundersøkelser for å kartlegge trivsel, trygghet og tilfredshet sier også lite da svært få brukere i sykehjem er friske nok til å svare på dem. Eller som en informant fra kommuneadministrasjonen sier: "Vi har tilsynsmyndighet på våre sykehjem. Når vi har et privat sykehjem, er vi en tilsynsmyndighet som kommer utenfra. Det er en ulempe. Hva er det du ser og hører? Blir du vist alt?" En annen mener private kan ha interesse av å skjule avvik fordi det kan gi et negativt bilde av institusjonen. Selv om de kommersielle tilbydere ikke gir tjenester med bedre kvalitet, gir flere av informantene uttrykk for at konkurranseutsetting kan ha medvirket til at det er blitt bedre kvalitet på tjenestene. De kommunale tjenestene har «skjerpet seg».

Dette bildet blir nyansert av enkelte informanter som mener det er vanskelig å si hvor mye økt interesse for kvalitet kan tilskrives at kommunene har innført konkurranseutsetting. Informantene mener det har skjedd en kulturendring uavhengig av konkurranseutsetting.

### Hva med de ansatte?

Et annet sentralt spørsmål er om arbeidstakernes lønns- og arbeidsvilkår påvirkes av konkurranseutsetting.

Selv om ansattes arbeidsforhold reguleres av arbeidsmiljøloven, avtaler, tariffavtaler og lov om offentlig anskaffelse, blir ivaretagelse av ansattes lønns- og arbeidsvilkår i private kommersielle sykehjem utsatt for sterk kritikk.

En kommunal leder uttaler følgende: «Det jeg mislikte mest, var at de trikset med turnus, at de sendte oss en godkjent turnus, men når vi så på timelistene de satte opp, kjente vi ikke turnusen igjen. De opererte med to planlagte bemanninger.»

Informantene i de fem kommunene gir uttrykk for at de ikke har oversikt over lønnsnivået til ansatte i kommunale og private kommersielle sykehjem. Årsaken er forskjeller i grunnlønn, ansiennitet, personlige tillegg, betalt og ubetalt lunsj og når på året forhandlingene skjer. Informantene som uttaler seg om lønn,

## USA: Flest mangler ved priva

Erfaringer fra USA viser at de store, private kjedene som driver sykehjem, kommer dårligst ut på kvalitet. Tekst Bjørn Arild Østby

**I** motsetning til Norge har USA lang erfaring med kommersielle aktører i sykehjemsbransjen. Professor Charlene Harrington ved University of California i San Francisco har nylig gjennomført et stort prosjekt som ser på framveksten av store kjeder i sykehjemsbransjen, og hvordan dette har påvirket kvaliteten på amerikanske sykehjem.

I undersøkelsen har Harrington hentet inn data fra over 16 000 sykehjem over hele USA over en periode på fem år. Hun har delt sykehjemmene inn i grupper etter eierform og sett på hvordan kvaliteten varierer mellom de ulike gruppene.

Gjennomgangen viser at de kommersielle sykehjemmene har lavere andel sykepleiere og lavere total bemanning enn de ikke-kommersielle sykehjemmene. Når det gjelder rapporterte mangler og avvik viser funnene samme mønster. De store kommersielle kjedene kommer dårligst ut med flest mangler.

Dataene er hentet fra statlige tilsyn. I USA er offentlige tilsyn langt vanligere og mer systematisert enn i Norge. Alle sykehjemmene får tilsyn minst en gang per år.

Har de amerikanske erfaringene overføringsverdi til norske forhold?

Siviløkonom og stipendiat Anders Kvale Havig ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) mener ja.

– Store multinasjonale kjeder står også bak de fleste kommersielle sykehjemmene i Norge. Prinsippet er det samme her i landet; å ta ut profitt, mener Havig.

I forbindelse med et doktorgradsarbeid har han analysert regnskapene til 21 norske sykehjem og sett på hvordan kommersielle aktører kan hente ut en eventuell profitt.

– Analysene viser at det er vanskelig å kutte kostnader på andre områder enn de ansattes betingelser, det vil si færre sykepleiere,

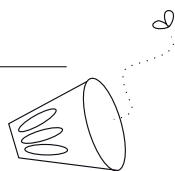
mener forskjellene går i de private tjenestenes disfavør.

Flere av informantene peker også på forskjeller i pensjonsforpliktelser.

Kommunalt ansatte som blir overført til privat virksomhet kan oppleve at pensjonen blir redusert fordi de private leverandørene tilbyr en dårligere pensjonsordning enn kommunen. Dette gjelder ikke sykepleiere, som i dag har en egen lovfestet rett til pensjon i KLP uavhengig av arbeidssted. Retten gjelder ikke sykepleiere som er ansatt i bemanningsbyråer.

For enkelte ansatte som nærmer seg AFP-alder på 62 år, kan en overdragelse til private få dramatiske konsekvenser. I privat sektor kreves det at man må ha jobbet i minst sju av de siste ni år for å ta ut AFP. De over 55 år mister ved konkurranseutsetting dermed retten til afp ved 62 år. Da Austevoll kommune i Hordaland konkurranseutsatte omsorgssektoren sin, og Aleris nylig vant anbudet, var ikke kommunestyret klar over dette. Den politiske belastningen ble så stor at de i etterkant sa seg villig til å finansiere AFP for de ansatte det gjaldt.

Fafo-rapporten viser at det til tross for omfattende offentlig debatt og oppmerksomhet, ikke blir gjennomført systematiske kartlegginger av kvalitet, de samlede kostnader og ansattes arbeidsvilkår i forbindelse med konkurranseutsetting.



# te sykehjem

lavere grunnbemanning, mer bruk av kortvakter og lavere pensjonskostnader ifølge Havig.

« Det er vanskelig å kutte kostnader på andre områder enn de ansattes betingelser. Anders Kvale Havig, siviløkonom og stipendiat, NOVA

Han mener det er vanskelig å se hvordan kommunene kan spare penger på konkurranseutsetting uten at det går ut over kvaliteten på tjenestene. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepelein.no

# 4 om konkurranseutsetting

Tekst Bjørn Arild Østby

Hva mener organisasjonene om konkurranseutsetting?



**KS (største offentlige arbeidsgiverorganisasjon):**

Kommunalt selvstyre er en grunnleggende verdi i KS. Konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle aktører er et ideologisk og politisk spørsmål kommunene selv tar stilling til. En viktig oppgave for KS er rådgivning for kommunene.



**NHO Service (tredje største landsforening i NHO):**

Organisasjonen løfter fram positive sider ved konkurranseutsetting, som innovasjon, nytenkning, billigere tjenester, brukerundersøkelser som har påvirket brukerne av private tjenester har blitt mer fornøyd, og at det er et lavere sykefravær blant ansatte.



**Norsk Sykepleierforbund (fjerde største fagorganisasjon i Norge):**

I prinsippprogram for 2012-2015 står det at konkurranseutsetting/profitbasert privatisering ikke er forenlig med prinsippet om god ressursutnyttning, lik tilgjengelighet til helsetjenester, forsvarlig arbeidsmiljø og tariffestede rettigheter for de ansatte



**Fagforbundet (landets største arbeidstakerorganisasjon):**

Fagorganisasjonen kjemper mot konkurranseutsetting av helse- og omsorgssektoren fordi den ikke egner seg for å settes ut på anbud. Det fører til at tjenester som har opparbeidet tillit, fagkunnskap, kvalitet og kontinuitet, blir utsatt for brudd.



# Dør ute

Les mer om:

**30** Januarkullet 1942 ›

**34** Snakk om kunst ›

**38** Tid til å prate ›

**42** Holder oversikten ›

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



Foto: Colourbox

## Rekordmange vil bli **DANSKE** sykepleiere

Til tross for at sykepleiere kan ha vanskelig for å finne arbeid i Danmark for tiden, er det stadig flere dansker som velger sykepleierutdanningen. I fjor kom det rekordmange søknader til studiet og i år er den rekorden slått med 23 prosent.

Nestlederen i Dansk Sygeplejeråd mener at økningen til studiet er helt nødvendig fordi behovet for flere sykepleiere i sykehus og kommunene vil stige med den utviklingen helsevesenet gjennomgår for øyeblikket.

Sosionomutdanningen har også fått 21 prosent flere søknader enn i fjor, mens lærerutdanningen har fått færre.

Kilde: Dansk sygeplejeråd

## **FINSKE** rettssykepleiere

Rettssykepleiere (forensic nurses) er sykepleiere som jobber med pasienter (ofre, gjerningspersoner og pårørende) innenfor det kriminaljuridiske systemet. De jobber også med å samle bevis og avhøre vitner. Noen land har egne videreutdanninger for slike rettssykepleiere, men i Finland har disse sykepleierne ikke hatt noen spesiell utdanning.

En studie publisert i Journal of Psychia-

tric and Mental Health Nursing har sett på effekten av et års videreutdanning som 19 rettssykepleiere gjennomgikk i et prøveprosjekt i 2011/2012. De ble spurt både før og etter utdanningen om å vurdere sin egen kompetanse på sju ulike områder. Etter utdanningen hadde de fått signifikant bedre kompetanse på seks av dem. Lederne var enige, men her var forskjellen før og etter utdanningen mindre.



Foto: Colourbox

## **DANSKENE** får heroinpiller

Danske rusmisbrukere får nå tilbud om å delta i behandling med legeordinert heroin i pilleform. Helseminister Astrid Krag har avtalt med Kommunenes Landsforening at de rusavhengige også skal få gratis transport til og fra heroinklinikkene, og håper at tilbudet kan hjelpe enda flere stoffavhengige.

– Med utvidelsen vil vi komme enda flere mennesker i møte, nemlig dem som enten ikke kan eller vil bruke en sprøyte. Og gratis skyss tror jeg også vil være en stor lettelse for mange av de brukerne som har vanskelig for å opprettholde et stabilt fremmøte to ganger daglig, sier hun til avisa Informasjon.

Skeptikerne mener det vil være vanskelig å få misbrukerne til å bruke tilbudet, siden piller ikke gir samme raske effekt som å sniffe, røyke eller injisere stoffet.

Kilde: Ugeskrift for læger



Foto: Colourbox



Foto: Colourbox

## Lov mot muskellidelser i **USA**

I 2011 var sykepleiere nummer fem på lista over yrkesgrupper som har mest muskel- og skjelettlidelser i USA. Nå har det kommet et føderalt lovforslag som skal beskytte sykepleiere og helsearbeidere mot skader og lidelser forårsaket av manuell pasienthåndtering, slik som løfting, forflytning og stillingsendringer.

«The Nurse and Health Care Worker Protection Act of 2013», vil forbedre pasientsikkerhet og kvaliteten på pleien, mener American Nurses Association (ANA). Lovforslaget har tatt opp i seg interprofesjonelle standarder innen trygg pasienthåndtering og -mobilitet, utviklet

blant annet av ANA. Forslaget krever at arbeidsgiverne plikter å:

- › Utvikle en trygg pasienthåndterings- og mobilitetsplan, og få innspill i prosessen med å implementere denne planen, fra sykepleiere og helsepersonell med pasientkontakt.
- › Kjøpe, bruke og vedlikeholde utstyr og å trene helsepersonellet.
- › Registrere og evaluere skader relatert til innføringen av den nye standarden.
- › Gjøre informasjon tilgjengelig for ansatte og deres representanter.

Kilde: American Nurses Association

## Sykepleierkongress i FINLAND

Planlegg neste års konferanse i god tid: Den åttende konferansen for International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network, underlagt International Council of Nurses (ICN), vil være i Helsinki, Finland 18.–20. august 2014. Sjekk nettet for mer info: [www.nurses.fi](http://www.nurses.fi)

## INDISKE sykepleiere sjekker diabetes

I Kerala-provinsen, sør i India, hjelper 420 offentlige sykepleiere til med å sjekke helsa til alle over 30 år. Poenget er å se om de står i fare for å utvikle diabetes, som sammen med høyt blodtrykk er økende i området, på grunn av usunn livsstil. Sykepleierne screener, diagnostiserer og underviser pasientene om livsstilsrelatert sykdom.

Kilde: Nursing Standard



Foto: Johanna Ursjö/Smålandsposten

## SVENSK idé mot trykksår

På akuttgeriatrisk avdeling på Centrallasaretet i Växjö, ligger ofte pasientene lenge samtidig som de er utsatt for å få trykksår. Sykepleier Sara Rehnberg fikk i fjor en brilliant idé om å bruke parkeringsskiver til å vise når pasienten sist ble snudd. Hun stiller skiven inn på det klokkeslettet hun snur pasienten, så blir det lettere for personalet å se når det er på tide med en ny stillingsendring.

– Tidligere forsvant papiret med informasjonen på fort under andre papirer eller ble tilsølt med væske, sier hun.

Avdelingen bestilte inn 20 p-skiver og fikk dem spesialtilpasset slik at de kan stå på pasientens nattbord. P-en nederst ble dekket med et klistremerke og «ankomsttid» øverst er endret til «seneste stillingsendring». Enkelt og effektivt.

Kilde: Smålandsposten



Foto: Carolina Hawranek

## SVENSK pasient-feedback

Ved akuttmottaket på Linköpings universitetssykehus i Sverige er det installert et elektronisk panel som lar pasientene kommentere behandlingen de har fått, før de forlater mottaket. Panelene har fire knapper som rangerer ulike glade og sure fjes. En gang i uka går personalet gjennom tilbakemeldingene pasientene har gitt.

– Det blir som en vindmåler hvor vi ser responsen kjapt. 90 prosent trykker «glad gubbe». Nå følger vi opp hvorfor 10 prosent ikke er fornøyde, sier enhetsjefen Monika Söderholm, til Vårdfokus.



Foto: Colourbox

## BRITISKE sykepleiere reduserer angst

Pasienter med unormal helseangst i forbindelse med sykehusbesøk får mindre angst etter å ha fått mellom fem og ti sesjoner med kognitiv atferdsterapi av sykepleiere. Det viser en tre års undersøkelse fra Imperial College London. Forskerne lot 219 pasienter få terapi mens 225 var i kontrollgruppen uten terapi.

Etter et år fikk dobbelt så mange i terapigrup-

pen normale angstnivå sammenliknet med gruppen som ikke fikk terapi. De hadde også ytterligere mindre angst etter seks måneder og to år. Studien viste i tillegg at pasienter som fikk terapi av sykepleiere hadde større og raskere reduksjon av angst enn dem som fikk terapi av psykologstudenten (trainee psychologist).

Kilde: Nursing Standard

## Riskhospitalet



I januar 1942 møttes en gjeng forventningsfulle sykepleierstudenter på Ullevål. 71 år etter skåler de i vin.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

# Januarkullet -42



«Vi holder på med klubben så lenge vi kan.»

Agnes Bjerkelund

**D**et klirrer i glass i leiligheten til Sigrid Rognlien ved Bogstadvannet i Oslo. 91-åringen dekker på til tre klubbmedlemmer i dag. Egentlig skulle de vært fire, men sykdom kom i veien for siste deltaker.

– Vær så god og sitt, sier Sigrid Rognlien og avbryter med det en diskusjon mellom Agnes Bjerkelund og Gunvor Thorstensen om arbeidstidene for sykepleierstudenter ved Ullevål sykehus i 1942. Gulvakt, var den til klokken fire eller fem?

– Halv fem, sier Sigrid, og påpeker at det var den fineste vakta.

Uansett, nå er det mat.

– Vi kaller det syklubben. Det er så hyggelig, atte, sier Sigrid Rognlien mens hun skjenker hvitvin i de høye glassene.

– Så, så, takk, sier Agnes og viser med hånda at det er nok. Hun minner humrende Sigrid Rognlien på den gangen de glemte at hun skulle kjøre bil tilbake fra syklubben, og måtte sitte i flere timer og vente på at sjåføren skulle bli edru igjen. – Ingen skal kjøre selv i dag, svarer Rognlien rapt.

## Mimrer

De tre damene er fulle av historier om hverandre og tiden de har kjent hverandre. 70 års vennskap har gitt en gullgrube av felles opplevelser. Kullvenninnene som startet på sykepleierskolen sammen i januar 1942 har møttes månedlig siden de var ferdig uteksaminerte i 1945. Klubben ble startet etter at sykepleierstudentene flyttet over fra Ullevål til Ila pensjonat. I begynnelsen både strikket og heklet de. Nå skravlles det mest. Etter hvert som årene har gått, har de naturlig nok blitt færre. Men selv ved 60-årstreffet kom hele 22 av de 35 opprinnelige kullvennin-

nene. Sigrid Rognlien har vært med hele tiden, og har sammen med Gunvor Thorstensen tatt ansvar for at alle har blitt varslet om tid og sted for neste møte. Nå er de fire som pleier å møtes. Ingrid Broch Seeberg, som har meldt frafall i dag, er vanligvis med.

– Jeg husker at min bestemor sa til meg at det var viktig å ha noen fra sin egen generasjon å snakke med når man ble eldre. Mange blir jo sittende igjen alene når venner og kjente faller fra. Det har jeg tenkt på mange ganger med denne klubben. Her kan vi snakke med noen som har samme erfaringer. Det betyr mye, sier hun.

## – Strengere den gang

Bordet inne i stuen er dekket med røkelaks og eggerøre. De tidligere sykepleierstudentene har fremdeles nok å snakke om, her er det ikke stille et sekund. Historiene kommer som perler på en snor: Om den gangen de ble tatt på fersken med gutter på rommet.

– Det var meg, det, sier Sigrid Rognlien.

– Vi satt inne på rommet og spilte kort, og så hadde en av guttene sneket seg til å slå av alarmer som skulle ringe når klokka var ti og de måtte gå. Vi hadde det moro, og klokka ble både elleve og halv tolv. Nede satt vakta, frøken Otten. Nei, da var gode råd dyre. Det endte med at vi måtte bekjenne hva vi hadde gjort, sier Sigrid Rognlien.

– Ja, det var strengere den gang, sier Agnes Bjerkelund. Hun startet i 1942, og rømte til Sverige i 1944. Minnene fra de to årene med kullvenninnene er fremdeles sterke. Selv om hun giftet seg og ikke har jobbet som sykepleier etter studietiden, husker hun mye av det hun lærte om anatomi og hygiene. Fakta- ➔



JANUARKULLETT 1942: –Det er noe spesielt med vårt

# OSLO KOMM. SYKEHUSER

JANUARKULLET 1942 - 45.



kull, sier Sigrid Rognlien (nederst til høyre). –Kanskje er det fordi vi tok utdannelsen under krigen. Vi måtte holde sammen, sier hun.



## «Vi kaller det syklubben.»

Sigrød Rognlien

kunnskapene ble prentet inn.

Gunvor Thorstensen giftet seg og bodde sammen med sin mann mens hun arbeidet som sykepleier på øyeavdelingen ved Ullevål. Noe som egentlig ikke var lov. Men siden mannen formelt hadde adresse et annet sted i byen, så forstanderinnens kontor gjennom fingrene med det. Ikke alle var like heldige. Den gang måtte sykepleiere være ugifte og barnløse.

Da Sigrød Rognlien var ferdig på sykepleierskolen 2. januar 1945, begynte hun å arbeide. Etter kort tid tok hun laboratorieutdanning, og ledet senere

den samme utdanningen gjennom 27 år. Hun var interessert i realfag, og hadde egentlig lyst til å bli lege.

– Men det kunne jeg bare glemme med de karakterene jeg hadde, sier hun.

### Julegave til 2 kroner

– Det første året vi ga hverandre julegaver var i 1949. Da var makssummen 2 kroner per gave.

– Hva er vi oppe i nå? 100 kroner? spør Rognlien de andre damene som sitter rundt bordet.

– 200 var grensa sist jul, svarer Gunvor Thorstensen.

Krigen satte sitt preg på utdannelsen for januarullet 1942. De måtte spare på alt. Og de måtte pleie krigsfanger med tyske vakter. En av de andre kullvenninnene var med på å frigjøre en fange mens han lå på sykehus.

– Han lå på 4. avdeling med politivakt. Hun hjalp ham ned gjennom matheisen, og gikk arm i arm med ham ut av sykehusporten. Senere rømte hun til Sverige.

– Det var en egen avdeling for ludere, husker Agnes Bjerkelund.

– Ja, supplerer Gunvor Thorstensen.



**MIMRER:** De tidligere sykepleierstudentene Agnes Bjerkelund og Gunvor Thorstensen (født Lunde) har mye å snakke om etter 70 års bekjentskap.



– De kom inn med kjønns sykdommer, blant annet, sier hun.

Mye har endret seg siden de selv var studenter. Alt engangsstyret som finnes nå! Og maten! – Vi foret pasienter med magesår med melk og loff. Det var vel ikke rare kosten, egentlig, erkjenner de.

#### Gamle sanger

Etter dagens middag er det dessert – jordbær med fløte. Og enda litt mer vin. De finner frem de godt brukte heftene med kullsanger, og synger etter melodien til Se Norges blomsterdal:

«I nitten-to-og-førr, en dag med snø og tåkeslør, vi banket på en dør, en flokk på nesten førr. Tra-la-la-la-la.»

#### Møtes snart igjen

Timene flyr, men til slutt er også dette selskapet over. Om en måned skal de møtes igjen – på restaurant denne gangen. Hvilken skal de bruke de neste ukene på å finne ut av.

– Vi holder på med klubben så lenge vi kan. Disse møtene er en av de store gledene i hverdagen, sier Agnes Bjerkelund. ■■■

aknbh@sykepleien.no



Se video med de glade damene her:



**«Det første året vi ga hverandre julegaver var i 1949.»**

Gunvor Thorstensen



**VERDT EN FEST:** Sigrid Rognlien avholder syklubbmøtet denne måneden. Laks og friske jordbær står på menyen. Agnes Bjerkelund (født Riiber) gleder seg til sammenkomstene.

Utsmykningen av Alderspsykiatrisk avdeling på Ahus er inspirert av samtaler med ansatte og brukere.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

# Snakk om kunst

**S**kal jeg si hva jeg ser? Det er ikke sikkert det er riktig, altså?

En eldre, hvithåret dame stanser foran en av keramikkflisene som smykker veggene i Alderspsykiatrisk avdeling, Ahus.

– Jeg ser et rødt seterhus og to skigardar. Er det feil det kanskje?

– Her er det ingenting som er riktig eller feil, sier kunstner og forsker

Arild Berg og smiler.

– Jeg blir bare veldig glad når du forteller meg hva du ser.

– Egentlig liker jeg ikke moderne kunst, fortsetter damen ivrig.

– Men disse liker jeg veldig godt, altså. Jeg kjenner meg igjen, liksom.

Hun peker mot raden av fliser som henger på veggene i den smale gangen som danner inngangspartiet på avdelingen der hun er pasient. Innimel-

lom kan man skimte et insekt, en fisk eller konturene av et landskap.

## **Abstrakt og konkret**

– Sykepleieforskning viser at kunst som skal henge på veggene på sykehus bør inneholde både abstrakte og konkrete elementer, forteller Arild Berg.

– Det konkrete skaper gjenkjenneelse, mens det abstrakte gjør at pasienten ikke blir lei av å se på det samme



**PÅ VEGGEN:** Kirsti Frøshaug (f.v.), Arild Berg og Mette Holme Ingeberg studerer kunstflisene som pryder veggen i Alderspsykiatrisk avdeling, Ahus.

bildet dag etter dag.

Utsmykningsprosjektet på alderspsykiatrisk avdeling ved Ahus er resultatet av et samarbeid mellom forsker og kunstner Arild Berg og sykepleier og førstelektor Mette Holme Ingeberg ved Høgskolen i Oslo og Akershus og professor Britt-Maj Wikström. Prosjektet inngår som en del av Bergs doktorgradsoppgave som ferdigstilles i høst.

– For meg er det viktig hvordan

kunsten oppleves av mottakeren, sier han.

– Spesielt når det gjelder en ut-

#### **Doktoravhandling**

Prosjektet i alderspsykiatrisk avdeling er et av tre utsmykningsprosjekter i

## «Egentlig liker jeg ikke moderne kunst.»

*Pasient*

smykning på et sted som dette, hvor pasientene som ser kunsten hver dag er så sårbare.

Bergs doktoravhandling. De øvrige er utsmykning av kapellet i Udland kirke i Ålesund og inngangspartiet på Gjø-



klep ungdomsskole i Holmestrand. Alle steder har han samarbeidet tett med ansatte og brukere i prosessen fra idé og til ferdig produkt.

– Målet er å undersøke hvordan visuell kunst kan bidra til mellommenneskelig kommunikasjon i psykisk helsetjeneste.

Både Mette Holme Ingeberg og fagutviklingskonsulent på Ahus, Kirsti Frøshaug, som har ansvar for alderspsykiatri på sykehuset, har bare gode ord å si om samarbeidet med Arild Berg.

– Arild har en sterk kunstnerisk integritet, men er samtidig lydhør og samarbeidsvillig, sier Ingeberg.

Det er Arild som står for det kunstneriske uttrykket, han har bare brukt

## «Jeg tror den ensomme kunstneren innestengt på atelieret til dels er en myte.»

Arild Berg, kunstner og forsker

oss til formidlingen av det, supplerer Frøshaug.

### Vil berøre

– For meg skjer inspirasjonen i møtet med andre mennesker, sier Berg.

– Jeg tror den ensomme kunstneren innestengt på atelieret til dels er en myte. Måten jeg arbeider på likner nok mer på performance- og sosialt engasjert kunst.

For Berg er det viktig at kunsten hans berører andre.

– For mange er det et ideal at kunsten skal være et frittstående korrektiv i samfunnet. Men i denne situasjonen ville det være rart å skulle være helt autonom, mener han.

Berg mener det er fullt mulig å ha en dialog og likevel beholde integriteten som kunstner. Men han innrømmer at ikke alle innspill var like lett å godta med en gang.

– For eksempel hadde jeg malt blå felter på veggen som skulle ramme inn flisene. Jeg ble nokså skeptisk da Mette foreslo å henge en av flisene utenfor rammen, helt nede ved gulvet, forteller han og peker på flisen som bryter symmetrien.

– Du var vel egentlig på kanten til



**VAKRE STEINER:** Steinene er støpt i porselen og dekorert med fargerike mønstre.

å bli irritert, ler Ingeberg.

– Jeg ville at den flisen skulle symbolisere det å falle utenfor systemet, forteller hun.

– Det er faktisk plasseringen av den flisen som har utløst noen av de mest spennende reaksjonene hos pasientene, skyter Frøshaug inn.

### Workshop

Samarbeidet med de ansatte ved alderspsykiatrisk avdeling ble innledet med en workshop der blant annet avdelingsoverlegen, en fysioterapeut og en ergoterapeut deltok. Etter felles middag på Bergs verksted fikk de se forslag til objekter og ulike kombinasjoner av disse.

– Det ble mye diskusjon rundt noen

steiner jeg hadde valgt ut, forteller Berg.

– En av de ansatte var bekymret for at pasientene skulle skade hverandre, men min erfaring fra praksis i psykiatrien er at kunst blir respektert av pasientene, sier Ingeberg.

– Alle hadde forskjellig forhold til objektene, og diskusjonene bidro til at kunstproduktene endret form og uttrykk gjennom nye farger og overflatebehandlinger.

– Hadde du ingen grenser for hvilke innspill du kunne gå med på?

– Jo, for eksempel var det en brunrød farge som mange reagerte negativt på. Det gjorde at vi bestemte oss for at den måtte med, sier Berg.

– Og så var det viktig for meg at



**KUNSTSTEIN:** Denne steinen heter White Cloud og har vært stilt ut på Nasjonalmuseet for Kunst, Industri og Design i 2011. Foto: Arild Berg.



**GODT SAMARBEID:** Mette Holme Ingeberg (f.v.), Kirsti Frøshaug og Arild Berg poserer foran Bergs kunstfliser.



**NÆRBILDE:** Går man tett på flisene kan man skimte insekter og et fiskeskjelett, eller var det skigard?

kunsten kan tas på og ikke stenges inne bak glass og ramme. Steinene er laget av porselen og jeg tenkte først at de skulle være så små at de fikk plass i hånden, men Mette foreslo at de skulle være så store at flere kunne ta på dem samtidig.

– Jeg tenkte at det ville øke kommunikasjon, sier Ingeberg.

#### Intervjuet pasienter

Neste fase i prosjektet var at de ansatte intervjuet pasientene om kunsten. Det var enkle spørsmål om kunst utformet av Berg og Ingeberg, som «Hva tenker du på når du ser dette bildet» og lignende.

– En pasient hadde begynt å snakke om en tur til Frankrike. Et av bildene

hadde et element som minnet henne om en baldakin på en kafé hun hadde besøkt på den reisen, forteller Ingeberg.

– Mens en annen pasient hadde lurt på hvorfor det hang piler utenfor vaktrommet.

Prosjektet ble avsluttet med fokusgruppeintervjuer og dybdeintervjuer av de ansatte. I disse samtale fikk Berg og Ingeberg bekreftet at kunsten hadde økt kommunikasjonen på

avdelingen, både mellom ansatte og pasienter og pasientene seg imellom.

– De ansatte opplevde at enkelte pasienter åpnet seg på en helt ny måte

## «Diskusjonene bidro til at kunstproduktene endret form og uttrykk.» Mette Ingeberg

gjennom samtaler om kunsten, forteller Berg.

– En pasient hadde stått foran bildene og begynt å fortelle sensitive ting fra familien sin. Kunsten fungerte rett og slett som døråpner. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



– Vi skal stå på helt til barn og ungdom får et bedre skolehelsetilbud, lover Barneombudets Morten Hendis.

Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

# Tid til å prate

**A**tte ungdommer sitter rundt det avlange bordet som er satt sammen av skolepulter. Morten Hendis fra Barneombudet har med seg to kolleger: Sissel Hommersan og Andreas Fostervold Stordahl.

– Vet dere hvorfor vi er her i dag, spør Hendis og fortsetter: Vi vil høre hva dere mener om skolehelsetjenesten her hos dere.

Barneombudet har i år jobbet spesielt med skolehelsetjenesten. De er interessert i å få vite hva de unge selv mener om tilbudet. Det er årsaken til at ansatte hos Barneombudet møter flere grupper av barn og unge i kommunene. Noen

og kommuner. Mange telefoner og e-poster fra barn og unge som ikke får den hjelpen de trenger, og kontakt med helsesøstre, vitner om det.

– Men dette skal vi prøve å gjøre noe med. Helseminister Jonas Gahr Støre har blant annet lovet 180 millioner kroner for å styrke helsesøstertjenesten i 2014. Nå er det valgkamp, men det løftet skal vi passe på at han holder, sier Hendis og legger til:

– Men dette er likevel bare en start på jobben med å dekke det store behovet i skolehelsetjenesten.

På skolen de besøker denne dagen har ungdommene tilgang til helse-

tror jeg. Jeg vet ganske lite om det. Men det er vel et sted det går an å gå til dersom man vil prate om problemer og sånn.

– Det går an å gå dit og snakke med en person som står litt utenfor om for eksempel problemer hjemme, legger en annen elev til.

Elevene er tydelige på at de gjerne skulle sett mer til helsesøster.

– Helsesøster er der bare to ganger i uka. Det er dumt at vi må avtale tid selv om det heter åpen dør, sier en tredje.

– Hva slags problemer kan helsesøster hjelpe med, spør Morten Hendis

Flere av elevene kommer med forslag: – Kanskje konflikter hjemme. Da er det vanskelig å snakke med foreldrene om det.

– Mobbing. Helsesøster kan formidle det videre slik at noen kan gjøre noe. Kanskje til lærere eller noe.

## Kan være pinlig

Praten går litt lettere rundt bordet. Ungdommene har kommet over den verste sjenansen.

– Hvis dere skulle snakke med noen om seksualitet, hvem ville dere snakket med da, fortsetter Hendis.

– Helsesøster, sier flere.

– Jeg ville gått til helsesøster på helsestasjon for ungdom, heller enn på skolen.

– Hvorfor det?

– Da blir man ikke sett av andre. Det er mange som går forbi i den korridoren. Mange som ser at du skal til helsesøster og begynner å spekulere. «Hva skal hun

**«Det er for teit at helsesøsterkontoret ligger der det ligger. Jeg kan ikke gå dit, da blir jeg dissa av de andre.»** *Skoleelev*

er tilfeldig utvalgt, mens andre har erfaring fra å snakke med helsesøster. Sykepleien har fulgt Barneombudet på noen av disse møtene. Informasjonen skal ende opp i en rapport.

– Vi skal stå på og påvirke politikerne helt til de gir barn og ungdom et bedre skolehelsetilbud. Det er det som er jobben vår, sier Hendis til ungdommene.

## Ikke godt nok

Barneombudet mener at skolehelsetjenesten ikke er bra nok i dag. Det er altfor store variasjoner mellom skoler

søster to ganger i uken. I tillegg har de rådgiver, sosiallærer og ungdomsarbeider. De jobber i team og sørger for at det alltid er en voksen til stede med åpen dør mellom klokken 10.00 og 13.00.

## Et sted å prate

– Hva vet dere om skolehelsetjenesten, spør Andreas Fostervold Stordahl.

Først er det stille. Ungdommene flikler med hendene. Ser på hverandre. En av gutta våger seg utpå først:

– Det har åpent et par ganger i uka,



**NESTE ONSDAG:** Det er viktig å få hjelp og svar når det er behov for det, ikke bestille og vente på en time, mener ungdommene Barneombudet møtte.





**TREFFER DE UNGE:** Barneombudet tar for seg helsesøstertjenesten, og reiser rundt for å høre hva ungdommen selv mener om tilbudet. Det de unge forteller vil gjøre inntrykk på politikere, tror de.

hos helsesøster?» «Hva er galt?». Mange synes kanskje det er ubehagelig.

– Det varierer veldig fra person til person om man er åpen på om man går til helsesøster og hva man snakker om. For meg hadde det vært greit.

#### Hva er en sosiallærer?

– Vet dere hvem de som jobber i skolehelsetjenesten her er? Og vet alle hvem helsesøster er, spør Andreas Fostervold Stordahl.

– De sitter som regel på kontoret. Ungdomskontakten vet alle hvem er. Han så vi mye. Han gikk rundt og snakket med alle. Han var litt ungdommelig og lett å snakke med. Han spurte om alle hadde det bra. Selv utenfor skolen kunne man ta kontakt med ham, forteller elevene.

Ungdomskontakten har nettopp sluttet ved skolen, men de skal få ny. Det blir godt mottatt av elevene.

– Hva er det sosiallæreren gjør egentlig, spør en av elevene.

Spørsmålet skaper smålatter rundt bordet. Morten Hendis følger opp med å sende spørsmålet tilbake. Det blir stille. Ingen vet svaret. En av guttene tar likevel ordet:

– Hun er sosial, hun. Sitter på kontoret. Hun er kanskje sosial med seg selv, sier han med munter stemme og høster latter.

Morten Hendis forklarer:

– Sosiallæreren jobber blant annet

å hjelpe til med for eksempel mobbesaker eller hjelpe elever som har spesielle behov. Barn som ikke har det bra hjemme, eller blir rammet av sykdom som gjør at de må være borte fra skolen, får også hjelp av sosiallæreren. Hun skal være der for dere og hjelpe dere om dere trenger hjelp. Det er kanskje først og fremst når dere ikke har det bra at dere vet hva sosiallæreren kan hjelpe med. Kanskje skolen burde informere bedre om sosiallæreren funksjon. Det er jo viktig at dere vet hva de som skal hjelpe dere kan gjøre for noe, forklarer han.

#### Ønskeliste

– Hvis dere var statsminister for en dag og kunne ønske dere hva som helst av skolehelsetjenesten. Hvordan ville den se ut?

Ungdommene tenker seg litt om:

– At helsesøster er mer synlig. At hun går mer rundt og blir kjent med folk.

– Få hjelp når vi trenger det, ikke onsdag i neste uke, sier en av elevene.

De andre ungdommene nikker for å vise at de er enig.

– Det er lettere å ta kontakt med noen du kjenner hvis du får problemer, sier en av guttene.

Svaret blir fulgt opp av en annen:

– Hvis vi blir bedre kjent med henne, er vi mer bevisste på at hun kan hjelpe hvis noe skulle skje.

– Skulle hatt flere mannlige helsesøstre. Det ville være lettere for gutter å ta kontakt med en mannlige helsesøster. Noe vil man snakke med en mannsperson om.

En av jentene rundt bordet sier at hun ikke har tenkt på det.

– Er det viktig hvilken utdanning de som skal hjelpe dere har? spør Morten Hendis.

– De må forstå hvorfor vi oppsøker dem og forstå vår tankegang.

Guttene rundt bordet er blitt varme i trøya. Svarene kommer raskere og mer spontant.

– Hvis de som skal hjelpe oss er unge, er det kanskje lettere for dem å forstå oss. Lettere for oss å åpne oss. Kortere tid siden de har vært unge selv. Ungdommen er ikke slik som de var for 30 år siden. Det er annerledes i dag, konstaterer en elev.

#### Oppfør deg etter alder

– Det er viktig for en voksen person å innse at de ikke er ungdom lengre. De burde ikke leve i fortida. Hvis du er voksen burde du ikke oppføre deg som du er 15. Du bør oppføre deg som den alderen du er, sier en av ungdommene.

Det betyr ikke at ungdommene ikke ser opp til dem for det.

– Men man kan ha like interesser for det. Da blir du kanskje mer forbilde hvis du er mye eldre.

#### Ville blitt godt mottatt

– Hvordan tror dere helsesøster ville møtt dere hvis dere hadde problemer og trengte å snakke med henne, spør Hendis.

– Hun ville sikkert spurt hva som er problemet, sier en av ungdommene.

Det oppstår en liten pause. Ungdommene kikker på hverandre. En av dem tar opp tråden:

– Jeg tror hun ville satt av tid til å prate. Kanskje spurt om vi skulle finne et rom hvor vi kunne sitte å prate uforstyrret.

Ungdommene virker å være enige om at helsesøster ville tatt dem imot på en god måte. Men så var det det med tiden, da.

– Det viktigste er at hun har tid og at hun virker støttende og vil hjelpe deg.

– Viktig at hun interesserer seg for det som er problemet. At hun har tid. Man kan ikke vente en uke. Sånn blir det nå siden hun ikke er her så ofte. Hvis du må vente en uke, er problemet



blitt enda verre, eller du har løst det på en måte som ikke er så bra.

– Helsesøster burde være her hver dag. Skolehelsetjeneste er helsesøster.

### Kjenner helsesøster

På en skole på østlandsområdet har fem nye ungdommer møtt opp for å snakke med Morten Hendis, Andreas Fostervold Stordahl og Sissel Hommersand. Alle i denne gruppen har vært i kontakt med helsesøster og kjenner henne. Synspunkter og ønsker går igjen. Barneombudet hører mye av det samme i disse møtene.

– Du kan ikke bare slenge innom. Det er litt synd hvis det er noe man vil snakke om der og da, så får du beskjed om at du må vente til uka etter.

Men tilliten til helsesøster er der:

– Helsesøster er veldig grei. Hun er rolig, og hun tar oss på alvor.

Ungdommene vil at helsesøster skal være mer tilgjengelig.

– Gjerne fire dager i uka, sier en av elevene.

– Hvorfor ikke fem, spør Morten Hendis.

Det blir stille. Ungdommene tenker. Så sier en jente litt forsiktig:

– Hun trenger kanskje en dag fri.

Uttalelsen utløser litt sjenert latter.

– Hun jobber kanskje flere steder, sier en annen.

Ungdommene trekker også frem lærerne som noen de kan snakke med. Men alle ville anbefalt en venn å gå til helsesøster for å snakke om seksualitet eller rusproblemer. Enten på skolen eller på helsestasjon for ungdom.

### Vet mer

– Hvorfor er det trygt å snakke med helsepersonell, spør Hendis.

– De har mer erfaring. De vet mer om det vi sliter med.

De andre mumler at de er enig i dette svaret.

– Kan helsesøster kontakte mor og far om ting hun snakker med dere om, spør Hendis.

– Bare så lenge det er greit for oss. Hun har taushetsplikt.

Svaret kommer raskt.

Morten forklarer for ungdommene at det finnes tilfeller hvor helsesøster eller annet helsepersonell ikke trenger tillatelse.

– Hvis det er snakk om lovbrudd. Eller det er noe veldig alvorlig som for eksempel overgrep, har ikke helsesøster lov å la være å melde fra. Da må



hun beskytte dere, sier han.

– Vet dere hvilken jobb sosiallæreren har, spør Hendis.

Svaret er negativt. Heller ikke i denne gruppa vet ungdommene hva en sosiallærer skal gjøre.

### Åpen dør

På skolen har de «åpen dør».

– Men det er jo ikke alltid at det er åpen dør. Vi må vente eller avtale time. Det hender også at det ikke er noen der i det hele tatt, sier en elev.

Ingen i denne gruppa kjenner noen som blir mobbet. Men erting forekommer.

**«Skulle hatt flere mannlige helsesøstre. Det ville være lettere for gutter å ta kontakt med en mannlig helsesøster.»**

Skoleelev

– Det kan jo være at den personen føler det blir mobbing, reflekterer en av ungdommene.

– Hva med dem som ikke har noen venner. Isolasjon er jo også en form for mobbing, sier Hendis.

– Hvis jeg snakker med noen som jeg tenker er stille, synes jeg noen ganger de er helt annerledes enn jeg trodde. Men andre ganger finner jeg

ut at de er rare og at dette er noen som jeg kanskje ikke har så lyst til å være venner med. Da kan kanskje helsesøster få folk som blir utstøtt til å forstå hvorfor de blir det. Det er ikke alltid man vil være venner med alle fordi de er rare, forklarer en ungdom.

– Det spør litt hvordan rar man er, sier en annen.

– Må man være perfekte for å være godt likt. Er det litt sånn, lurer Hendis.

– Det er sikkert vanskelig hvis man først er utenfor. Men nå er vi en ganske stor vennegjeng. Jeg føler ikke noe slikt press nå lenger. Jeg har gått på denne skolen i to og ett halvt år.

**SNILL:** Ungdommen opplever helsesøster som snill og forståelsesfull, når de først får snakke med henne/ham.

– Dette sa en ungdom på en annen skole: «Det er for teit at helsesøsterkontoret ligger der det ligger. Jeg kan ikke gå dit, da blir jeg dissa av de andre.» Føler dere det sånn, spør Hendis.

– Nei. Jeg tror ingen ville bli bry seg om det. De ville kanskje spørre om noe var galt fordi de blir nysgjerrige. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

## Per Arne Bakkan

Alder: 54

Yrke: Ledende transplantasjonskoordinator

Arbeidssted: OUS, Rikshospitalet HF

Holder  
oversikten

Det er givende å se pasienter før og etter de har fått nye organer.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Arkivfoto **Katrine Nordli/Aftenposten**

**J**eg er leder for seks transplantasjonskoordinatorer på Rikshospitalet, som koordinerer organdonasjoner i hele landet. Rikshospitalet er det eneste sykehuset i Norge som utfører transplantasjoner, men vi samarbeider med landets donorsykehus og transplantasjonssentre i Skandinavia og internasjonalt. Får vi for eksempel inn pasienter med akutt hjerte-, lunge- eller leversvikt med kort forventet levetid, kan vi sende ut «urgent call» til vårt skandinaviske nettverk.

Vi må være tilgjengelige døgnet rundt 365 dager i året. Jobben innebærer veldig mye logistikk fra vi får melding om en aktuell donor til organene er på plass i mottakeren. Vi transplanterer hjerte, lunger, lever, bukspyttkjertel og nyrer, i gjennomsnitt tre til fire organer per giver. Hver enkelt donor blir nøye vurdert.

En viktig del av jobben min er å skaffe mest mulig presis informasjon om donoren. Denne informasjonen blir presentert for transplantasjonskirurgen som avgjør om og hvilke organer som kan brukes.

Det kan ta flere dager fra vi får melding om en potensiell donor til organene er hentet. Vi mottar melding når en ser at behandlingen for å redde pasientens liv ikke fører fram. Pasienten blir erklært død når blodgjennomstrømningen til hjernen har opphørt. Fra da opprettholdes vitale organers funksjon kunstig med medikamenter, væsketerapi og respirator. Dette kan være vanskelig å forstå for pårørende som ikke vil se synlige endringer på en pasient som har ligget i koma og som så blir erklært død.

Når pasienten er erklært død og pårørende har gitt samtykke, gjør vi oss klare til å hente organer. Vårt kirurgiske team består av kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og transplantasjonskoordinator. Vi har et lite jettfly på Gardermoen til vår disposisjon, hvis donor befinner seg for eksempel i Trondheim, Bergen eller lengre unna. Ved kortere avstander kjører vi taxi frem og ambulanse tilbake. Når vi ankommer donorsykehuset er operasjonsstuen klargjort. Mitt ansvar er å ha full oversikt over alt som skjer. Når organene er tatt ut skylles de med kald væske slik at de blir rene for blod og kjøles ned. Det er viktig at organene pakkes og transporteres riktig.

Etter hver transplantasjon følger et omfattende registreringsarbeid i norske og internasjonale databaser. Vi sender også ut takkebrev til donorsykehus og familien til donor. Jobben er veldig variert, det er mye nytt å lære hele tiden. Rikshospitalet er et fantastisk sykehus. Jeg samarbeider med masse flinke folk; både her hjemme og utenfor landets grenser. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:  
Barnesykepleiere utsatt  
for stress. Side 44

FAGNYHET:  
Riestimulerer for ofte.  
Side 50

FAGARTIKKEL:  
Dokumentasjon gir  
bedre pleie. Side 47

Letlest om  
forskning  
**Se bokan-  
meldelser**  
side 56

Sykepleien

# Fag

bøker  
& kultur



FORFATTERINTERVJU:  
«Jeg kan ikke alltid si  
hva som er galt med  
barna mine, men jeg  
kan si at noe er galt.»

Side 54

**AKTØR ELLER BRIKKE:** Om  
vi ser på oss selv som aktør  
eller brikke i eget liv, påvirker  
hvordan vi mestrer omorgan-  
iseringer på arbeidsplassen.  
Foto: Colourbox

Side  
**60**



Side  
**54**

«Hvis livet er en reise, er all litteratur  
reiselitteratur.» **KARL HENRIK NYGÅRD**



**Brita Henning**, spesialsykepleier I med fag- og undervisningsansvar, Pasientmottak for barn, Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim.

# Sårbare for stress

Sykepleiere kan oppleve sekundærtraumatisk stress i møte med plutselig uventet sped- og småbarnsdød og seksuelle overgrep mot barn.

**E**mnet traumatologi skjøt fart da tusener av amerikanske soldater vendte hjem fra Vietnamkrigen med sterke psykosomatiske plager og forringet psykososial helse i form av blant annet: angst, depresjon, sorg, aggresjon og tap av motivasjon (1,2). Diagnosen Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) er et resultat av oppsamlete erfaringer vietnamveteranene slet med etter Vietnamkrigen (2). Etter et drøyt tiår med bruk av begrepet PTSD viste en oversikt over traumelitteraturen at de sekundært involverte, som for eksempel helsepersonell i møte med de direkte berørte, i liten grad var inkludert (1).

## Underkjent problem

Etter hvert er sekundærtraumatisering (ST) blitt omtalt som et gjenkjennelig og underkjent pro-

blem som berører mange yrkesutøvere innen mental og medisinsk behandling og omsorg (3). Sekundærtraumatisk stress (STS) kan gi seg utslag i form av påtrengende og ubehagelige minnebilder (flashbacks), mareritt og drømmer, aggresjon og avsky, fysiologiske kroppsforandringer og ved at mye av tiden kan gå med til å «gruble» over hendelser (1,4,5).

Sykepleiere som jobber med barn på sykehus møter erfaringsvis mange faglige og emosjonelle utfordringer i sin arbeidshverdag. I et stort og omfattende sykdomspanorama mottas også sped- og småbarn som har dødd plutselig og uventet og barn man mistenker har vært utsatt for seksuelle overgrep (6–9). Dette er temaer som gjerne er forbundet med tabu og som kan være vanskelig å snakke om i en profesjonell sammenheng (6). Sykepleiere, i møte med traumer, må forvente å reagere. Spørsmålet er ikke om, men hvordan man reagerer og hva man gjør med det.

## Metode

Hensikten med min studie var å få kunnskap om tiltak sykepleiere som jobber med barn på sykehus opplever som forebyggende og helsefremmende for dem selv, når det gjelder hendelser som eksponerer for STS. I studien benytter jeg et deskriptivt kvalitativt forskningsdesign. For å belyse problemstillingen ble åtte sykepleiere ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim rekruttert strategisk. Data

ble innhentet ved bruk av semistrukturert dybdeintervju med bruk av intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert (10).

## Resultater

Funnene indikerer at tiltak både utenfor og i arbeidstida kan være effektive og nødvendige for å forebygge negative effekter av STS. De fem mest sentrale funnene var: 1) Avkobling 2) Støtte fra familie og kollegaer 3) Balanse i tilværelsen 4) Rom for reaksjoner i et trygt og samarbeidsfokuset arbeidsmiljø og 5) Opplevelsen av seg selv som kompetent med bevissthet på egen rolle som profesjonell.

### › Avkopling

Majoriteten av informantene beskrev avkopling som forebyggende, hvor mosjon ute i frisk luft for mange sto sentralt. En informant beskrev dette slik: «Jeg er glad i å være på tur, da får du plassert tankene litt. Da tenker du igjennom ting og får gått det av deg».

### › Støtte fra familie og kollegaer

Å få forståelse og aksept når man signaliserer at man har hatt en traumatisk dag på jobben, og få ekstra oppmerksomhet av noen som bryr seg, ble av flere informanter beskrevet som forebyggende. Følgende sitater illustrerer det: «Han var veldig innforstått med hva jeg holdt på med på jobb, han spurte hvordan det hadde gått med meg og slike ting».

Eller som en annen informant be-



## Hovedbudskap

Sykepleiere, i møte med problemstillingene plutselig uventet sped- og småbarnsdød og seksuelle overgrep, kjenner seg ofte igjen i symptombildet på sekundærtraumatisk stress. De erfarer at ulike tiltak kan forebygge at symptomene vedvarer og skaper problemer over tid. Man kan tenke seg at enkelte sykepleiere er mer sårbare overfor sekundærtraumatisk stress enn andre.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Stress › Barn › Død › Traume › Forebygging

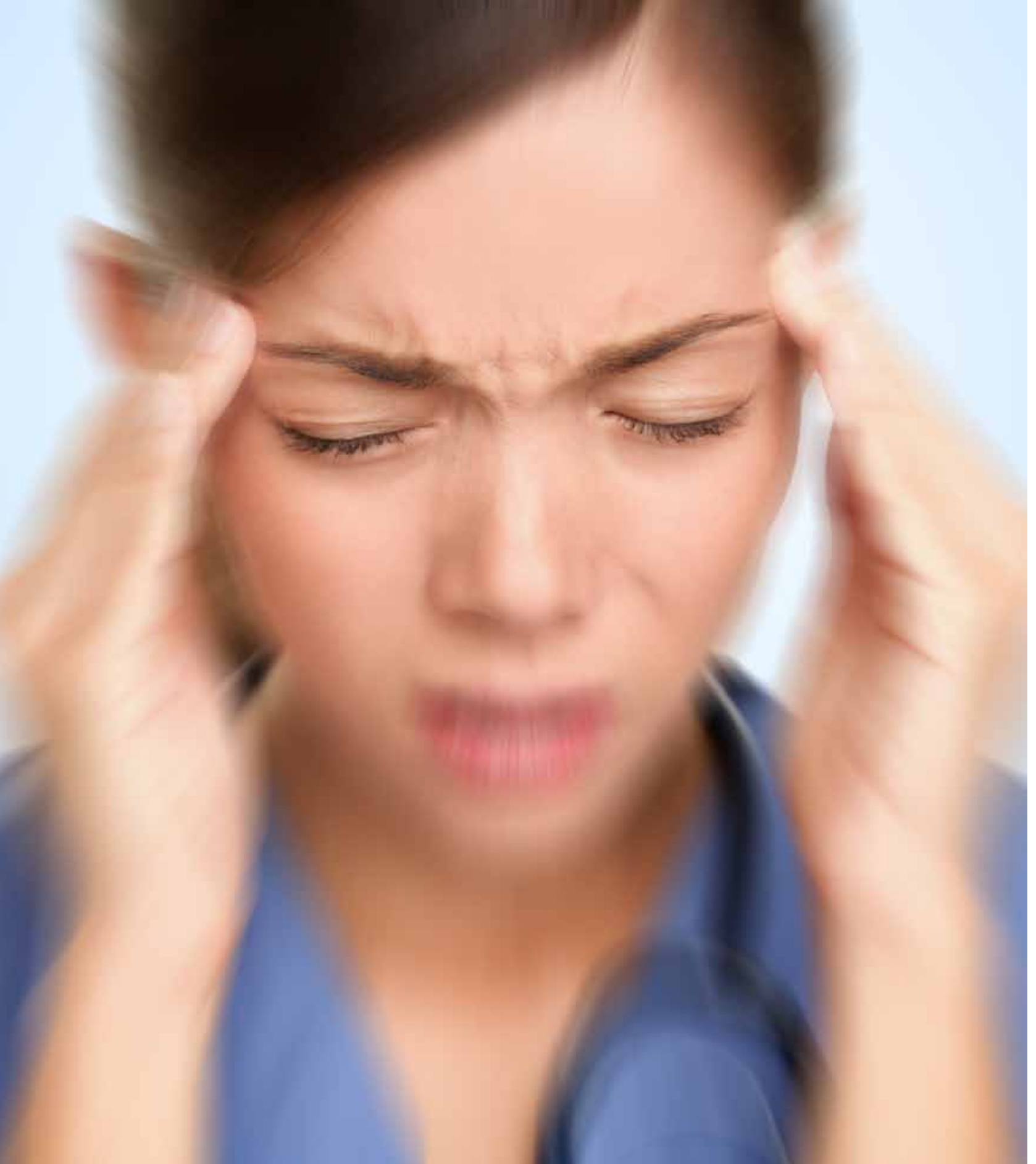


## Masteroppgave

Artikkelen bygger på:

Teori: 100 %      Praksis: 0%

DOI-nummer:  
Doi: 10.4220/syke-  
pleiens.2013.0083



**SLITER:** Sekundærtraumatisk stress kan ramme sykepleiere som jobber med barn på sykehus, og kan gi seg utslag i mareritt, aggresjon og ubehagelige minnebilder. Illustrasjonsfoto: Maridav/NTBscanpix

skrev: «Jeg har tatt en telefon til en kollega og snakket om det. Det har jeg nytte av, det er jo lov».

» **Balanse i tilværelsen.**

Å rydde opp i belastninger i privatlivet forebygges fordi kombinasjonen privat stress og stress i møte med traumer på jobb påvirker hverandre negativt. En informants beskrivelse av dette var: «Jeg tror man bør ha balanse i livet for å stå i slike saker. Sliter man med ting utenfor jobb, tror jeg sakene oppleves mer problematiske».

» **Rom for egne reaksjoner i et trygt arbeidsmiljø preget av samarbeid.**

fordi: «Godt arbeidsmiljø gjør at det blir trygt og godt, vi snakker med hverandre underveis når det blir traumatisk».

» **Opplevelsen av seg selv som kompetent og bevissthet på egen rolle som profesjonell.**

Kompetanse og rollebevissthet gjør sykepleierne tryggere i sakene og får dem til å slippe mer av. Følgende utsagn beskriver dette: «Jeg er bevisst på at jeg ikke tar med meg alle grusomhetene det er referert til i henvisningen i møte med ungen, for møtet der og da oppleves ofte positivt». Eller som en annen beskriver: «Fagutvikling, det gjør meg rustet og tryggere i settingen i sakene, det blir færre ubearbejdede spørsmål etterpå. Det gir meg trygghet».

**Konklusjon**

Det har i begrenset grad vært mulig å finne forskning om temaet sykepleiere og forebygging av negativ utvikling av STS. I en studie, hvor det fokuseres på forebyggingsperspektivet (11), belyses mestringsstrategier sykepleiere tar i bruk for å forebygge utbrenthet i møte med kronisk syke barn på sykehus. Denne studien understøtter noen av mine funn.

Resultatene fra studien kan tolkes slik at det kan finnes sårbare sykepleiere med hensyn til negativ utvikling av STS i denne type arbeid. Det er ikke gitt at alle opplever: Støtte i partner og kollegaer, rom for tilstrekkelig bearbeiding av egne reaksjoner, godt samarbeid og høyt kompetansenivå med evne til å se seg selv som profesjonell i møte denne type traumer. Det bør være et overordnet lederansvar å se ansatte i spesielt sårbare situasjoner.

Det er grunn til å tro at studien har nytte-

verdi fordi STS ser ut til å være et underkjent problem som ikke er blitt belyst blant sykepleiere i Norge. Anbefalingene må være at STS bør forebygges på lik linje med andre typer belastningslidelser jobben kan føre med seg. Videre forskning på forekomst, triggerfaktorer og forebygging av STS blant sykepleiere vil være viktig og nyttig for å komme fram til mest mulig pålitelig kunnskap på området.

*Denne artikkelen bygger på en oppsummering av funn fra min masteroppgave ved NTNU, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, høsten 2011. ■■■*

**REFERANSER**

1. Figley C. Compassion fatigue – Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: BRUNNER/MAZEL PSYCHOSOCIAL STRESS SERIES, 1995; 23.
2. Nordanger D, Mjaaland T, Lie GT. PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2006; 43 (12): 1292–1299.
3. Pearlman LA, Saakvitne KW. Trauma and the Therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W.W. Norton & Co., 1995.
4. Berge T. Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2005; 42: 125–127.
5. Isdal P. Å jobbe i grusomhetens nærhet – om sekundærtraumatisering og belastninger i arbeidet. Bergen: 2010. Konferanse 9–10 september, Grieghallen. Forelesningsnotater.
6. Toverud R. Barn, terapi og seksuelle overgrep. En studie av psykoterapeuters beretninger. Oslo: Tano Aschehougs, 1998.
7. Lindberg T, Lagercrantz H. Barnmedisin. Lund: Studentlitteratur, 1999.
8. Sosial- og Helsedirektoratet. Seksuelle overgrep mot barn – en veileder for hjelpeapparatet. Oslo, Sosial- og Helsedirektoratet, 2003.
9. Wesenberg F, Klingenberg C, Døhlen G, Halvorsen BH, Skadberg BT. Veileder i akutt pediatri. 2. Utg: Norsk barnelegeforening, 2007.
10. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
11. Maytum JC, Heiman MB, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. J Pediatr Health Care. 2004 July-Aug; 18 (4): 171–179.

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

## «Vi snakker med hverandre underveis når det blir traumatisk.»

Det må gis rom for samtale og formell og uformell debrifing for bearbeidelse av tanker og inntrykk i arbeidstida. Dette beskrives som viktig fordi: «Hvis jeg går hjem etter en sak og ikke har fått luftet noen ting blir det tungt».

Samarbeid, internt og tverretattlig, blir beskrevet som avlastende med hensyn til STS blant sykepleierne fordi det virker betryggende at pasienter og pårørende får profesjonell oppfølging fra flere instanser etter traumer. Dette kom til uttrykk blant annet gjennom utsagn som: «Flere tiltak ute i kommunene gjør at det blir mindre på oss, folk derfra er på banen med en gang og tar seg av familiene».

Med hensyn til trygghet og trivsel i arbeidsmiljøet generelt, ble dette opplevd som viktig

Høstens  
**DELTIDSSTUDIER**  
Skreddersydd for deg som er i arbeid

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

Se fullstendig annonse i dette magasinet.



**Haraldsplass**  
DIAKONALE HØGSKOLE  
Bergen Diakonissehjem



## FAG

# Sykepleiedokumentasjon

**Grethe Heidi Bjerga,** universitetslektor, UiS

**Marianne Kro Gausel,** assisterende avdelingssykepleier, SUS

**Margareth Gilje Heggland,** avdelingssykepleier, SUS

**Bente Rossavik,** veiledning-, etikk- og studentkoordinator, SUS

# Dokumentasjon ga bedre pleie

Ved å innføre Elektronisk Dokumentasjon av Sykepleie (EDS) ble pleien til pasientene mer målrettet.

**N**ovember 2009 innførte Stavanger Universitetssjukehus (SUS) det elektroniske pasientjournalsystemet DIPS. Noen måneder senere ble Elektronisk Dokumentasjon av Sykepleie (EDS) modulen implementert. Parallelt med innføringen av EDS på sengeposten valgte vi å samarbeide med Universitet i Stavanger (UiS) om et dokumentasjonsprosjekt der målet var å bedre kvaliteten på den elektroniske dokumentasjonen. Prosjektet ble gjennomført i en ordinær sengepost med 23 senger i Kirurgisk Divisjon. Sengeposten er veiledningspost for sykepleierstudenter. I denne artikkelen har vi valgt å beskrive prosjektet, og dele erfaringer og oppdagelser vi gjorde underveis. Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om å forbedre etablert dokumentasjonspraksis og oppnå varig endring. Vi ønsket også å fokusere på sykepleie som et selvstendig fag med selvstendig dokumentasjonsplikt.

## Utfordring

Papirdokumentasjonen var i stor grad preget av standardiserte pleieplaner og sjekklister, ikke individualiserte pleieplaner forankret i sykepleierprosessen. Dokumentasjonen var ofte uoversiktlig og ikke dekkende i forhold til utøvelse og kvaliteten av pleien. Evalueringen bar preg av fortløpende rapport. Dokumentasjonen skal gjenspeile observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger. Den skal være en beskrivelse av virkningen av iverksatte tiltak og kvaliteten på behandlingen. (1)

Avdelingssykepleier er i samarbeid med assisterende avdelingssykepleier, ansvarlig for at sykepleien som utøves på sengepost er i tråd med faglig forsvarlig praksis. Dette ansvaret innebærer også at dokumentasjonen følger gjeldende juridiske krav og retningslinjer. I Helsepersonell-loven § 40 1. ledd heter det: «Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell» (2, s. 677).

Som ledere med faglig og administrativt ansvar er det vanskelig å prioritere tid nok til fagutvikling. Med innføringen av EDS og igangsetting av prosjektet ble vi forpliktet til å sette av tid til dokumentasjonsarbeid.

## Prosjektet

I veiledningsposten har det vært et gjennomgående tema hvordan vi kan stimulere til fagutvikling og et høyt faglig nivå. I samarbeidsavtalen med UiS er det også krav om at det legges til rette for fagutviklings- og forskningsprosjekter. Vi ønsket derfor å samarbeide med UiS om dokumentasjonsprosjektet. Vi etablerte en prosjektgruppe bestående av universitetslektor, veiledning-, etikk og studentkoordinator i klinikken, assisterende- og avdelingssykepleier. Gruppen startet arbeidet med å skrive prosjektplan som ble presentert for ledelsen ved UiS og SUS.

## Hovedbudskap

Sykepleie er en profesjon med selvstendig dokumentasjonsplikt. Dokumentasjonen skal gjenspeile observasjoner, vurderinger og beslutninger som gjøres i møte med den enkelte pasient. Artikkelen beskriver et samarbeidsprosjekt mellom personalet på sengepost og studenter i praksis, der fokuset var å forbedre kvaliteten på den elektroniske sykepleiedokumentasjonen.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Dokumentasjon
- › Informasjonsteknologi
- › Fagutvikling
- › Prosjektarbeid

Vi valgte å ha et todelt fokus i prosjektet, der ledelsen ved assisterende avdelingssykepleier, fokuserte på personalets fagutvikling og kvalitet på dokumentasjonen, mens universitetslektor og veiledning-, etikk og studentkoordinator fokuserte på studentens læring.

Det var viktig for oss at prosjektet skulle gi anledning til å reflektere over og vurdere den elektroniske sykepleierdokumentasjonen. For å sikre varig forbedring av dokumentasjonen var det viktig å knytte refleksjonen til praksis. (3). Personalet og sykepleierstudenter fikk godt utbytte av prosjektet gjennom felles deltakelse. Lave og Wenger kaller dette et praksisfellesskap der læring finner sted i de sosiale strukturene



mellom novise og ekspert, og betegner denne prosessen som legitim perifer deltakelse. (4).

### Praktisk gjennomføring

Prosjektperioden gikk over studieåret 2009–10. Vi hadde totalt 16 prosjektmøter. Møtene ble holdt annenhver uke og varte i halvannen time. Deltakerne på møtene var to studenter, to fra personalet (sykepleier/hjelpepleier) samt to fra prosjektgruppen. Alle studentene som var i praksis i løpet av perioden deltok i prosjektet, samt 31 av 41 fra personalgruppen. I møtene vurderte vi sykepleiedokumentasjonen til en vilkårlig valgt pasient, som en av deltakerne hadde ansvar for den dagen.

I prosjektplanleggingen utarbeidet vi et skjema som behandlingsplanene ble vurdert ut fra. Møtene ble lagt til et lukket rom med projektor. Møtene var preget av gjensidig dialog, med vekt på læring, refleksjon og faglige diskusjoner – uten kritikk av dokumentasjonen. Behandlingsplanen ble vurdert i henhold til vurderingsskjema og fortløpende revidert på prosjektmøtene. Møtene ble ledet av en fra prosjektgruppen.

## «Den som har ansvaret for pleien til pasienten fikk hovedansvaret for å dokumentere.»

Alle deltakerne i prosjektet var underlagt taushetsplikt og tilknyttet sengeposten. Prosjektet involverte ikke pasienter, og pasientopplysninger ble ikke registrert eller lagret i noen deler av perioden. Flere i prosjektgruppen har veilederutdanning og flere års erfaring med å arbeide med gruppeprosesser.

### Teori møter praksis

Arbeid med å innføre gode dokumentasjonsrutiner er ledd i kvalitetsutbedringsarbeidet. Elektronisk dokumentasjonen er et enkelt kvalitetssikringsredskap for å vurdere sykepleien til den enkelte pasient og effekten av behandlingen. (5). En behandlingsplan er en systematisk plan over pasientens sykepleiediagnoser, mål og tiltak. Gjennom klassifikasjonssystemer har sykepleiebegreper blitt systematisert i fenomener. Disse klassifikasjonssystemene bidrar til en faglig standard bygd på sykepleietenkning, og en problemløsende tilnærming til pasientens problemer. Dette verktøyet sikrer faglighet, kontinuitet og kvalitet i sykepleie til pasienten og

vil ivareta sykepleieprosessen dersom det brukes slik intensjonen er.

Ved innføringen av EDS på SUS fikk sengepostene i oppgave å utarbeide veiledende behandlingsplaner for aktuelle pasientgrupper med utgangspunkt i NANDA-diagnoser og NIC-tiltak. En veiledende behandlingsplan er preformulert oversikt over sykepleierdiagnoser, mål og relevante tiltak eller forordninger som kan være aktuelle for en gitt gruppe pasienter, for eksempel preoperative pasienter. (6). Utfordringen med kodeverket som er utviklet i USA, er at begrepene er fremmedartete og generelle. Ved å individualisere diagnoser, mål og tiltak vil behandlingsplanen gi en god oversikt over pasientens individuelle behov for sykepleie.

### Læringsarena

Vi fikk mange spennende faglige diskusjoner i prosjektmøtene. Revideringer ble foretatt i behandlingsplanen etter diskusjoner mellom personal og studenter. Deltakerne var likeverdige medlemmer i diskusjonen og utvekslet erfaringer og teoretisk kunnskap i et felles forum. I etterkant av prosjektmøtene så vi at diskusjonene fortsatte på sengepost. Hummelvoll beskriver begrepet kunnskap-i-handling. Dette innebærer at kunnskap skapes i og for praksis. Kunnskapen bidrar til nye ferdigheter og praksis (7).

Alle behandlingsplanene som ble vurdert hadde sykepleiediagnose, mål og tiltak. Hovedsakelig var disse utarbeidet fra veiledende behandlingsplaner. I journalene der behandlingsplanene ikke var oppdaterte og reviderte, bar evalueringen preg av fortløpende rapport. Dokumentasjonen ble da uoversiktlig og det ble vanskelig å danne seg et godt bilde av pasienten. I evalueringen av tiltakene var det skrevet en del informasjon som med fordel kunne vært omskrevet som tiltak. Informasjonen ville da blitt enklere å finne og sikret bedre kontinuitet i pleien.

I de veiledende behandlingsplanene er tiltakene systematisert på en slik måte at et tiltak forekommer under flere problemområder. Når man velger flere tiltak med tilnærmet lik betydning, blir behandlingsplanene lange, uoversiktlige og lite brukervennlige. Dette hadde deltakerne sett og erfart i praksis, men syntes det var vanskelig å gjøre noe med det. Den faglige diskusjonen og det konkrete arbeidet som ble utført under prosjektmøtene var av avgjørende betydning for læringen (3,4). Vi diskuterte og individualiserte diagnoser, slo sammen og spesifiserte tiltak. Behandlingsplanene ble kortere og mer oversiktlige. Dette førte til en økt forstå-

else for hensikten med en oppdatert behandlingsplan der evalueringsnotatet ble evaluering av iverksatte tiltak, og ikke en nedtegning av dagens hendelser. Arbeidsmetoden fungerte også som en praktisk undervisning i funksjonaliteten i DIPS.

### Dokumentasjonsrutiner

Sykepleien på sengeposten er organisert etter gruppesykepleieprinsippet med en gruppeleder med hovedansvar for medikamenter og legevisitt. I etterkant av prosjektmøtene ble det diskusjon om hvem som er ansvarlig for å dokumentere. Det viste seg at det ofte ble gruppelederen som oppdaterte og evaluerte behandlingsplanen, og ikke nødvendigvis det personalet som hadde ansvaret for pleien til pasienten den aktuelle vaktten.

Dette førte til en diskusjon om organisering av pleien og hvem som har ansvar for å dokumentere hva. I etterkant kom det frem at ulike sykepleiere hadde lagt til seg ulike arbeidsvaner i forhold til dokumentasjon. I Helsepersonell loven heter det at «Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.» (2, s. 677). Det kan være utfordring når flere med ulik kompetanse samarbeider om pleien til pasienten. Vi ble enige om at den som har ansvaret for pleien til pasienten har hovedansvaret for å dokumentere.

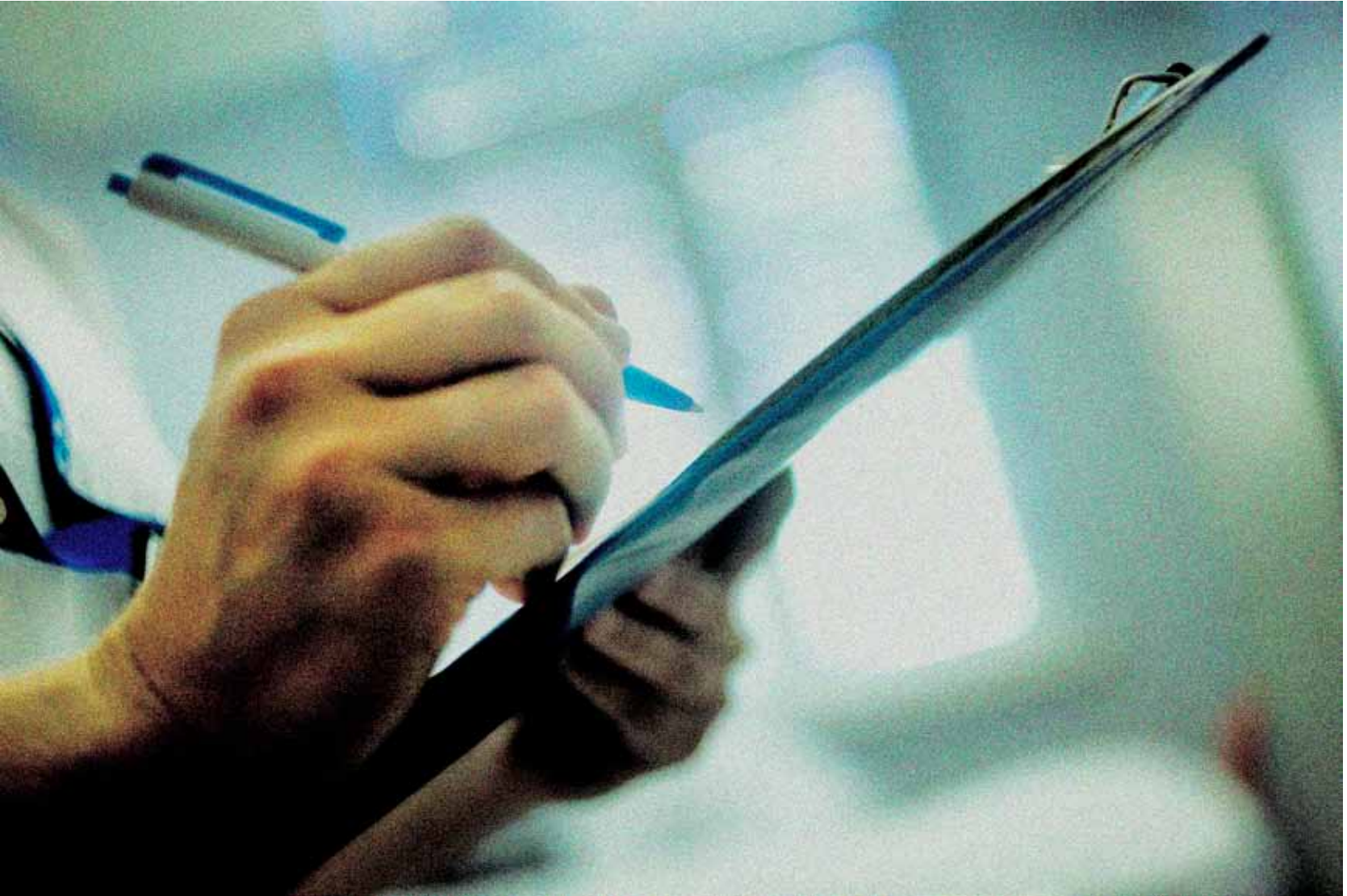
Ved innføringen av EDS ble det lagt føringer for hvordan man skal gi muntlig rapport fra behandlingsplanen. Ikke alle sykepleierne bruker behandlingsplanen i den muntlige rapporten ved vaktskifte. Faren er da stor for at viktig informasjon faller bort. Dette er spesielt viktig hvis personalet ikke kjenner pasientene. For å synliggjøre, samt bidra til gode rutiner i praksis, tilbyr assisterende eller avdelingssykepleier seg å gi muntlig morgenrapport fra behandlingsplanen. I de tilfellene der planen trenger revidering bemerker man dette og tilbyr personalet hjelp til dette. Det er et enkelt og effektivt tiltak for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen.

### Konklusjon

I løpet av året med prosjektet så vi en gradvis forbedring av dokumentasjonen. Blant annet ble sykepleiediagnosene mer individualiserte og tiltakene mer konkrete. Dette har motivert oss til å fortsatt fokusere på elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Vi har derfor videreført dokumentasjonsmøtene som en integrert del av fagutviklingen.

Dokumentasjonsprosjektet var spennende





**DOKUMENTERER PLEIEN:** Dokumentasjon skal gjenspeile sykepleiers observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger. Arkivfoto: Bo Mathisen.

og satte i gang mange prosesser. Vi lærte og oppdaget underveis. Personalet som har deltatt i prosjektet gir uttrykk for at det var lærerikt delta på møtene. Det er umulig å diskutere dokumentasjon uten å diskutere fag. Studentene sier at prosjektmøtene også fungerer som verdifull undervisning i elektronisk dokumentasjon, noe de har savnet på universitetet.

Som ledere og deltakere i prosjektgruppen sikret vi at prosjektet ble forankret i sengeposten. Vi var motiverte for å prioritere tid og de nødvendige ressurser som krevdes for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet ga oss som faglige ledere god kompetanse på elektronisk

dokumentasjon og de tekniske funksjonene i programmet. Det har vært givende å sette av tid til faglige diskusjoner i en hverdag preget av administrasjon. Dokumentasjon er et spennende felt og gir et godt bilde av hvilke pleieressurser som kreves i pasientbehandlingen.

Vi har erfart at man må fokusere på dokumentasjon for å ivareta og kvalitetssikre pasientens behov for sykepleie. Personalet trenger tid til å reflektere over dokumentasjonen, undervisning og tid til å lære å bruke et elektronisk verktøy. Godt samarbeid, vilje til forandring, evne til prioritering i hverdagen, er den beste pådriveren for faktisk å oppnå en forbedring. ■■■

#### REFERANSER

1. Heggdal K. Sykepleiedokumentasjon. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonelloven-med-kommentarer/Publikasjoner/Helsepersonelloven%20med%20kommentar.pdf> (september 2011).
2. Hummelvoll JK. Handlingsorientert forskningssamarbeid – Teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. 2006; 1: 17–30.
3. Lave, J og Wenger, E. Situert læring og andre tekster. København: Hans Reitzels Forlag, 2007.
4. Sandvand E, Vabo G. Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon. Kristiansand: Høyskole Forlaget, 2007. <http://www.dips.no/nor/vare-losninger/klinisk-dokumentasjon/behandlingsplan?lang=nor>, (september 2011).
5. Hummelvoll JK, Andvig E, Lyberg A. Etske utfordringer i praksisnær forskning. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.

# Stimulerer unødig mange

Stine Bernitz er overrasket over at en av to førstegangsfødende får riestimulerende midler.

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

**K**vinner som føder på jordmorstyrt enhet får sjeldnere epidural eller riestimulerende midler enn kvinner som føder på normal fødeenhet eller spesialenhet. Det er et signifikant funn i jordmor Stine Bernitz sin doktorgrad.

– Men uventet mange fikk slike midler, både på jordmorstyrt enhet og på de andre fødeenhetene, sier Bernitz.

## Tre fødetilbud

På sykehuset Fredrikstad, der hun jobber, er det tre typer fødetilbud. En fødestue, som er jordmordrevet, en normalenhet og en spesialenhet. Slik har det vært siden 2004, da Helse Sør-Øst ønsket å differensiere fødetilbudet mellom høyrisiko og lavrisiko. Bernitz, som blant annet har sittet i Nasjonalt råd for fødselsomsorg, etterspurte den vitenskapelige begrunnelsen.

Pål Øian, som da ledet rådet, satte i gang arbeidet med å gjøre en studie.

## Studie

I 2004 gikk sykehuset over fra én fødeavdeling til tre, og det var en unik mulighet for å sammenlikne dem. Bernitz gjorde en randomisert, kontrollert studie med 1 111 deltakere. Alle var friske gravide med lav risiko for komplikasjoner

under fødsel. Kvinnene ble randomisert til å føde på enten fødestue, normalenhet eller spesialenhet.

## Valgte ikke

Studien viste at det var kostnadseffektivt å la friske kvinner med lav risiko føde på jordmorstyrt enhet framfor normalenhet eller spesialenhet, gitt at man regnet med samme belegg på de ulike fødeenhetene. Det er i tråd med WHO's retningslinjer om at fødsler bør skje på lavest mulig omsorgsnivå.

– Det var ikke så overraskende, sier Bernitz.

– Men jeg hadde en hypotese om at det ville være færre keisersnitt blant dem som fødte på jordmorstyrt enhet. Det var det ikke.

Det var heller ikke færre vakuumbørstinger.

– *Hvordan forklarer du det?*

– Kvinnene som deltok i studien min hadde ikke tatt et valg om hvor de ville føde. De som var med, måtte si seg villig til å bli randomisert til en av de tre enhetene. Altså var det ikke så viktig for dem hvor de fødte, bare det var trygt alle tre steder.

De fleste som ble spurt om å være med, sa nei. De ville bestemme selv.

– Jeg tror det er en stor forskjell mellom å ta

et bevisst valg og selv velge hvor man vil føde, og derfor kan funnene mine bare generaliseres til kvinner som ikke har tatt et bevisst valg om hvor de vil føde, sier hun.

## Stimuleres

Men kvinnene som fødte på jordmorstyrt enhet fikk i mindre grad epidural og riestimulerende midler enn kvinnene på de andre enhetene.

– Det gir samfunnet gevinst både i kroner og øre og kvinnene gevinst i form av færre intervensjoner, sier Bernitz.

Til tross for at kvinnene i studien i utgangspunktet var like, fikk de på normalenhet og spesialenhet oftere epidural og riestimulerende.

– *Hvorfor er det sånn?*

– Jeg kan ikke si noe om årsakssammenheng, jeg har bare påvist at det er sånn. Men jeg antar tilgjengelighet har noe å si. Det er nok lettere å ty til når det er for hånden.

– *Hvordan reagerer jordmødre på dette funnet?*

– De blir litt overrasket. Jeg tror det har gjort dem mer bevisste.

Hun presiserer at hensikten med å gi slike midler er å hjelpe kvinnen.

– Men selv om det er i beste hensikt, gir det ikke alltid det beste resultat.



**ULIKE FØDSLER:** Jordmor Stine Bernitz jobber til daglig på Fredrikstad sykehus, og har tatt doktorgrad om fødende kvinner.

### Forberedes

Selv om det var mindre riestimulering på den jordmorstyrte enheten, var det uventet mange som ble stimulert også her. Sett under ett, fikk nesten halvparten av de førstegangsfødende slike midler. Fire av ti fikk selv om det ikke var bekreftet at fødselen gikk langsomt framover.

– Det var overraskende, selv om det er kjent fra andre studier, sier Bernitz.

– Dette er kvinner som gikk spontant i fødsel og som var friske. Det skulle ikke være noen grunn til at så mange måtte stimuleres. Hvorfor de likevel blir det, vil jeg forske videre på.

De som ikke hadde bekreftet langsom fødsel, men likevel fikk riestimulerende midler hadde økt risiko for å bli forløst med tang eller vakuum eller bli klippet.

– Hvordan kan bruken av riestimulerende reduseres?

– Jeg tror utfordringen er å forberede kvinnen

på fødsel tidligere. De må informeres om valgene de har og få et bevisst forhold til dem. Det tror jeg reduserer bruk av både riestimulerende midler og andre intervensjoner.

– Men jordmødrene på sykehuset treffer ikke kvinnene før fødsel?

– Nei, vi må samarbeide med jordmødre i kommunen. I tillegg må jordmødre ha god kunnskap om den normale fødselen og at den tar tid.

### Norske forhold

Hun er også opptatt av at det er rike, friske, hvite kvinner hun har forsket på.

– I Norge er vi opptatt av å redusere antall unødvendige keisersnitt og intervensjoner. I andre deler av verden er det motsatt, der er det nødvendig med flere.

Hun peker på Tsjad, med verdens laveste andel keisersnitt på 0,4 prosent.

– Det er altfor lavt, sier hun.

– At fødslene kom inn på sykehuset har vært en fantastisk gevinst med redusert dødelighet for både mor og barn. Men det betyr ikke at vi skal lenes oss tilbake, vi skal stadig bli bedre.

**«Jeg tror utfordringen er å forberede kvinnen på fødsel tidligere.»** Stine Bernitz

I det store og hele mener hun epidural eller ikke, drypp eller ikke, tross alt er snakk om marginer.

– Det går bra med de fleste som føder i Norge, uansett om de får epidural, riestimulerende eller keisersnitt. Men vi skal bevare fødselen som en normal, fysiologisk prosess, så får vi intervensjoner når det trengs. Målet er alltid et friskt barn og en frisk mor. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

## Hjelp til oppgaven

I *Profesjonsutdanning og dannelse* tar Olav Dalland for seg bacheloroppgaven i de treårige profesjonsutdanningene. Oppgaven kan ses som et resultat av dannelsesprosessen utdanningen er. Dalland diskuterer hvordan utdanningen kan utvikle studentenes ferdigheter i å skrive en bacheloroppgave.



## Om samhandling og samarbeid

*Samhandling for helse* er en bok med mange analyser av blant annet organisering og samarbeid i og mellom enheter i helsevesenet. Ifølge forlaget fra høyeste politiske nivå til de minste detaljer. Boken skal svare på en del av spørsmålene som burde vært stilt i samhandlingsreformen.



## Å leve med vold

*Lucas og Maja lever med vold* er undertittelen på boken *En ørefik på vei*. Dette er også en bok om hvordan det er å være barn og leve med vold hjemme.

Sammen med Au! De voksne slår er *En ørefik på vei* del av serien Psykologi for barn, som utgis av Gyldendal Akademisk.



Foto: Glenda Powers/NTBscampix

## Antioksidant motvirker treningsresultat

Hos eldre menn kan høye doser av en antioksidant som finnes i rødvin, røde druer og andre planter (resveratrol), motvirke de gode kardiovaskulære effektene av fysisk aktivitet. Det viser en studie fra universitetet i København, hvor 27 fysisk inaktive menn på 65 år trente høyintensivt i åtte uker. Halvparten fikk i tillegg daglige doser med 250 mg resveratrol, mens den andre halvparten fikk placebo. De som fikk resveratrol skårte dårligere på flere parametre, slik som blodtrykk, lipidkonsentrasjonene i blodet og mak-

simalt oksygenoptak.

Resveratrol har i dyrestudier vist å gi god kardiovaskulær effekt av trening, og denne antioksidanten er et vanlig kosttilskudd som man har trodd kan motvirke aldring.

Forskerne var derfor overrasket over resultatet, men antar at det har sammenheng med at kroppen trenger en viss grad av oksidativ stress for at den skal respondere sunt på det stresset treningen medfører.

Kilde: Medical News Today

## Ulykkelige britiske tenåringer

Lykken hos britiske barn har avtatt siden 2008, etter en periode med forbedring siden 1994. I dag rapporterer 15 prosent av unge tenåringer (14-15 år) at de ikke har det bra.

Det viser tall fra *The Children's Society's Good Childhood Report*, som har spurt 42 000 barn mellom åtte og 17 år om hvordan de har det. Organisasjonen mener det kan ha sammenheng med fattigdom og arbeidsløshet som har økt med finanskrisen i Storbritannia.

Men det store flertallet er fornøyd; fire av fem skårte på eller over midten på ulike spørsmål om deres tilfredshet med livet og psykologisk velvære.

Kilde: BBC



## Hvorfor avholdsfolk dør tidligere

Mye av grunnen til at avholdsfolk har høyere dødsrisiko enn dem som drikker moderate mengder alkohol, kan være at en del avholdsfolk er tidligere alkoholikere/høykonsumenter. Det viser en studie fra universitetet i Colorado.

Forskerne (Rogers et al) så nærmere på drikkevanene til 41 000 mennesker som var med i en tidligere undersøkelse fra 1988, og sammenlignet dem med dødsstatistikk fram til 2006.

Det viste seg at de som ikke drakk først og fremst av religiøse og moralske grunner, hadde samme risiko for å dø som de som drikker moderat. De som ikke drakk fordi de ikke likte smaken, hadde 17 prosent høyere risiko for å dø tidligere enn de moderate konsumentene. Og de som ikke drakk fordi de tidligere hadde drukket (hvorav flere her hadde hatt et problematisk forhold til alkohol), var dødsrisikoen 38 prosent høyere enn de som drakk moderat.

Kilde: Eurekalert



## Om å kommunisere forskning

Forskningskommunikasjon skal være en praktisk håndbok for forskere og kommunikasjonsrådgivere. Ifølge forlaget er slik kommunikasjon et håndverk som må læres og utøves. Boken er skrevet for norske forhold og handler blant annet om mål og målgrupper for forskningskommunikasjon, strategier for å komme på trykk og kunsten å holde foredrag og lage vellykkede forskningsarrangementer.



## Om å tolke

Den topartiske tolken er en lærebok i tolkning og gir en introduksjon til tolkeyrket i offentlig sektor. Boken er for tolker, tolkestudenter og fagpersoner som bruker tolk i praksis.



## Blodprøve forutser hpv-kreft i svelg

Det er kjent at humant papillomavirus (hpv) kan gi kreft i munn, svelg og strupe, og at dette er et økende problem, antakelig fordi det er blitt vanligere med flere seksualpartnere og mer oralsex.

En britisk studie (Kreimer et al) har vist at blodprøver kan vise mange år i forveien om man står i fare for å få kreft i svelg (orafarynkskreft) av hpv16. De testet gamle blodprøver (før diagnosen ble satt) fra 938 pasienter som hadde fått kreft i munn, svelg, strupe og spiserør, og sammenlignet med blodprøver fra 1599 friske. Blodet ble testet for antistoffer mot E6, et protein som er kjent for å forårsake kreft med hpv16.

Det viste seg at disse antistoffene var til stede hos over

en tredel av de som senere fikk kreft i svelg, mot knapt 1 prosent hos dem som ikke fikk kreft. En slik sammenheng ble ikke sett ved de andre kreftformene. E6 slår av et annet protein kalt p53, som beskytter cellene mot DNA-ødeleggelse. At antistoffene mot E6 er til stede, er en pekepinn på at personen har vært utsatt for hpv16-smitte og at den kreftforårsakende prosessen som E6 trigger, er i gang.

Forskerne sier at funnet av E6-antistoffer i blodet og senere kreftforekomst var uavhengig av tiden fra blodprøven ble tatt og til kreftdiagnosen ble satt. Gjennomsnittstiden for blodprøvene var seks år før diagnose, og E6-antistoffer ble funnet i opptil 10 år før diagnose.

Kilde: *Journal of Clinical Oncology*

## Flere eldre med kreft hjemme

Andelen krefttilfeller øker i takt med andelen eldre. I tråd med samhandlingsreformen skal pasientene i dag bo hjemme så lenge som mulig. Dette

forutsetter at hjemmesykepleien har et godt tilbud til disse pasientene, både når det gjelder antall sykepleiere og kompetanse. Det finnes lite syste-

matisk kunnskap om hvordan praksis fungerer og hvilke tiltak som blir gjort i kommunehelsetjenesten for denne gruppen.

Studien til Sæterstrand og Drageset, omtalt i siste utgave av *Geriatrisk sykepleie*, hadde til hensikt å presentere hvilke utfordringer og praktiske problemstillinger sykepleiere møter når de skal ivareta eldre med kreft som bor hjemme. Forskerne har benyttet kvalitativ metode med feltarbeid og intervjuet 14 sykepleiere med erfaring fra kreftomsorg i hjemmesykepleien. De ble stilt åpne spørsmål og oppfordret til å beskrive sine erfaringer med pasientens smerter, behandling, ernæringsbehov og behovet for nære samtaler. Samtalene varte i cirka en time og ble tatt opp på bånd.

Hovedfunnene i studien handlet om samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende. Sykepleierne som deltok i studien viste stor grad av samarbeidsevne, de var motiverte for å bruke fagkompetansen

**GERIATRISK SYKEPLEIE:** Sendes til medlemmer av faggruppen.



sin og det var mye på grunn av dem at hjemmesykepleien mestret oppfølgingen av pasientene. Sykepleierne var opptatt av at pasientene skulle slippe ensomhet og sørget for oftere hjemmebesøk til og telefonoppfølging av dem som bodde alene.

Studien konkluderer med at å ivareta eldre pasienter som bor hjemme krever at det er tilstrekkelig med sykepleiere i hjemmesykepleien for å få til en god døgnkontinuerlig omsorg. Dette tilsier at det trengs flere sykepleiere i hjemmetjenesten, både offentlige godkjente sykepleiere og kreftsykepleiere. I tillegg må kompetansen hos de ansatte i hjemmesykepleien styrkes.



**ØKT KOMPETANSE:** Undersøkelsen viser at behovet for flere sykepleiere og mer kompetanse i hjemmesykepleien har økt med Samhandlingsreformen. Foto: Colourbox.

## Reise- litteratur

**Jeg har hørt** at forfatteren Tarjei Vesaas hadde reisetabell for Norge som sengelitteratur. Her fant han oversikt over det som var av bussavganger og fergeavganger. I fantasien kunne han reise fra sted til sted i landet.

Mange forfattere er avhengige å reise for å hente inspirasjon. Men livet selv kan også sees på som en reise. Ifølge gresk mytologi legger vi fra kai den dagen vi er født og legger til kai igjen den dagen vi dør og fergemannen Charon ønsker oss velkommen om bord til vår siste reise over elven Styx. På den andre siden venter monsteret og helvetshunden Kerberos. Med sine tre hoder vokter den inngangen og sikrer at ingen levende kommer inn.

Hvis livet er en reise, er all litteratur reiselitteratur. Hos oss er begrepet odysse synonym på en lang reise mot et fjernt mål. Homers episke verk Odysseen nevner steder som både er reelle og sannsynligvis oppdiktete.

Reiselitteratur innebærer ikke nødvendigvis bevegelse. Den indre reise i sinnets landskap, er vel så viktig. I litteraturen fins mange eksempler på en reise som en indre prosess. Et eksempel er Carlos Castaneda som i boken *Reisen til Ixtlan* beskriver hvordan man gjennom rus kan reise inn i en annen virkelighet. En liknende reise uten rus er den erkjennelsesreisen som Siddharta går gjennom fra å være prins og forankret i rikdom i en materiell verden, til å bli en buddha som lever i fattigdom, men i åndelig storhet som opphøyet og med innsikt i hvordan alt henger sammen med alt.

Reiselitteratur får dermed en videre betydning enn de reiseguiden som vi ofte drar med oss på ferie.



KH Mygaard

# Hør på meg!

Kristine Lindhøy vil at leger og sykepleiere skal ta foreldre mer på alvor.

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

**A**llerede i svangerskapet følte Kristine Lindhøy at noe var galt med barnet hun bar. Men hun fikk beskjed om at alt så bra ut. Følelsen var der også etter fødselen, men hun ble stadig fortalt at datteren oppførte seg helt normalt. Tre uker gammel måtte hun opereres for en alvorlig medfødt hjertefeil. Risikoen for at hun ikke ville overleve operasjonen var stor.

Kristine Lindhøy forteller historien i boken *Sidespor*. Det er en personlig bok som ikke bare handler om hjertesyke Melissa, men også om storebror Oliver som har astma, AD/HD og Tourettes syndrom. Og om mamma Kristine og pappa Tommys hverdag med to kronisk syke barn.

– Å skrive har vært en form for bearbeiding, særlig i periodene da Melissa lå på sykehus, forteller Lindhøy.

I bakgrunnen høres barna, som i dag er åtte og ti år gamle. Det er sommer og vannkrig i hagen i Sande i Vestfold.

– Det var ikke planen at det skulle bli bok. Men jeg skrev mye, og var innimellom frustrert over at andre ikke skjønnte hva vi sto midt oppe i. Å utgi bok ble en måte å få andre til å forstå.

– *Hvordan er det å utgi noe så personlig?*

– Jeg har sensurert en del av hensyn til mannen min og barna. At jeg skriver bok skal ikke gå ut over dem. Den er privat, men det måtte den nesten bli for at jeg skulle få fram det jeg ville. Jeg ville vise helheten i situasjonen

vår. Når vi møter fagpersoner, ser de oss bare der og da. De ser ikke hverdagen vår, familielivet vårt. I NAV blir vi lett et saksnummer. Jeg vil vise ansikt.

Mannen, Tommy, hadde ikke lest boka før den kom ut.

– Men han ga sin tillatelse og sier han liker det han leser, sier Lindhøy og ler litt.

Boken formidler redsel, uutholdelig venting og slitsomme hverdager. Men også gleden over to fantastiske barn. Humoren pipler frem. Som da storebror en tidlig morgen har fått tak

## «Jeg vil vise ansikt.»

i Biotex og smørt lillesøster inn med middelet for å vaske henne. Det er farlig, det er grytidlig og det er sølete, men da legevakten er kontaktet og det viser seg at Melissa ikke har fått Biotex ned i halsen, ender det med latter.

– Humor er viktig for oss, sier Lindhøy.

– Tenker jeg på noe morsomt, begynner jeg å le. Selv i tragiske situasjoner kan jeg se noe ironisk eller morsomt. «Hvordan kan du sitte og le», kan moren min spørre. Men det er en måte å takle situasjonen vår på. Men det er nok lettere å se det komiske nå enn da. Der og da var jeg nok mer sliten og oppgitt.

Da det ble oppdaget at Melissa hadde hjertefeil, fikk foreldrene først beskjed om at hun aldri ville trenge operasjon. Legen sa hun var i god allmenntilstand, men Lindhøy opplevde at hun kaldsvettet og pustet veldig fort

og var mye urolig. Ved kontroll fastholdt legen at allmenntilstanden var god, Melissa måtte bare ikke gråte så mye for da ble pulsen for høy. Dette var på Drammen sykehus, et sykehus Lindhøy og mannen senere valgte bort. Det er flere år siden de har vært der.

Da Melissa var tre uker, var hun til kontroll på Rikshospitalet. «Jeg er faktisk overrasket over at dere ikke har blitt sendt hit på et tidligere stadium», sa kardiologen etter å ha undersøkt henne.

«Jeg ser helst at hun opereres allerede i morgen.»

Melissa klarte seg. Det gjorde hun også da hun måtte gjennom to komplisert operasjoner og et hjerteinfarkt to år senere.

Lindhøy spekulerer på om ting ville vært annerledes om hun hadde blitt tatt på alvor tidligere, enten i svangerskapet eller på barsel.

– Nå tenker jeg at det var like greit jeg ikke visste om hjertefeilen før fødselen, sier hun.

– Jeg hadde vært så stresset.

Hun er heller ikke sint på legen i Drammen som ikke oppfattet hvor syk Melissa var.

– Jeg tenker på hvordan andre barn følges opp og jeg bekymrer meg for at andre skal oppleve det samme som oss, sier hun.

– Erfaringene har gjort at jeg er på vakt. Jeg har blitt mer sta og er nok en vanskelig pårørende. Jeg stoler på magesfølelsen min. Hadde jeg ikke



## Kristine Lindhøy

Aktuell med: Sidespor

gjort det, ville kanskje ikke Melissa levd i dag.

– Å skrive bok kan være en måte å ta igjen på?

– Jeg har ikke tenkt på det sånn, men har hatt et behov for å si at jeg vet hva jeg snakker om, selv om jeg ikke er helsepersonell. Jeg kan ikke alltid si hva som er galt med barna mine, men jeg kan si at noe er galt. Jeg har savnet å bli sett og hørt.

Lindhøy presiserer at de fleste hun har møtt, har vært veldig, veldig flinke. Hun kan ikke få fullrost kardiologene på Rikshospitalet nok.

– De ser så arrogante ut, men er de mest jordnære legene jeg har møtt. De spør hva jeg ser, for å gjøre sin jobb bedre. Sier jeg at noe virker galt, undersøker de Melissa en gang til.

Fastlegen og helsesøster får også mye ros.

De første årene med Oliver, før han fikk diagnoser, følte Lindhøy seg misforstått. Alle hadde gode forklaringer på sønnens gråting, høye aktivitetsnivå og motstand mot å sove. Hun skriver at det var én person hun følte tok henne på alvor i denne perioden, og det var helsesøster.

– Hun ble veldig positivt overrasket da hun leste boken. Hun følte hun ikke hadde vært der så mye som jeg framstilte det. For henne var jeg en av mange, selv om vi hadde tettere kontakt enn de fleste andre. Hun klarte å få meg til å føle meg sett.

Lindhøy sier hun bare har fått gode tilbakemeldinger på boken.

– Både fra fagpersoner og fra fa-

milier som har barn med spesielle behov, men også fra familier med friske barn. Kanskje treffer det jeg skriver mer vidt enn jeg hadde tenkt.

– Hva tror du barna vil synes om boken?

– Jeg er litt spent. Jeg gruer meg kanskje mest til at de skal lese om mine reaksjoner. Som da jeg ble helt ute av meg da Melissa fikk hjerteinfarkt. Men kanskje vil det være fint for henne også, å se hvor mye jeg brydde meg. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



### Snåsakoden

Av Kristian Gundersen  
299 sider  
Aschehoug  
ISBN 978-82-03-29388-7  
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen,  
operasjonssykepleier

## Etterspør kritisk tenkning

**ANMELDELSE:** Fysiologiprofessor Kristian Gundersen går i denne boka alternativbehandlere av ulike slag etter i sømmene. En del av disse behandlingsformene kan ikke måles og observeres, og dermed holder de, ifølge Gundersen, ikke vann. Med en smule snert skriver han at de alternative miljøene selv sier «... det er ikke alt som kan telles og måles...» og at de med dette utsagnet legitimerer egen virksomhet.

Jeg ønsker å berømme Gundersen for at han argumenterer tydelig for at selv en behandlingsmetode som akupunktur må kunne dokumenteres. På engelsk kalles dette proof of principle, et prinsippbevis. At en alternativ behandler kan legitimere sine behandlingsformer med at «mange har sagt at de virker» holder ikke dersom man

skal diskutere fordeler og ulemper ved ulike behandlingsmetoder på en seriøs måte. Samtidig mener jeg at ikke alt kan telles og måles, og at det finnes ulike veier til helbredelse for den enkelte pasient.

Gundersens mål og mening med boka er nobel nok. Han ønsker ikke at mennesker i sårbare situasjoner skal lures for penger. Men i rettferdighetens navn har vel ikke en mann som snåsakailen tatt seg betalt heller. Gundersen kan fort gå i fella ved å bli oppfattet som en surmaget kritiker av alternativ medisin.

Jeg leser og forstår ham som at han etterspør metodebegrunnelse og kritisk tenkning innad i de ulike alternative miljøene. Hovedpoenget er ofte at mennesker som av ulike årsaker

opp søker snåsakailen, eller andre healere, opplever å møte noen som vil dem vel og som tar seg tid til å lytte. Legene de møter på sykehus eller i førstelinjetjenesten er i skvis mellom pasientens ønsker og systemets rammer. Ulike behandlere kan muligens få noe «gratis» ved at pasientene opplever det at noen lytter til dem som svært positivt. For mange pasienter er det en udelte positiv opplevelse å få lettet på trykket og få snakke ut om sine plager, og de føler seg kanskje bedre av det.

Boka må leses i lys av at forfatteren ikke har som mål å slakte alternativ medisin eller at pasientene velger alternativt, men heller ettergå metodene de ulike alternative veiene benytter når de skal rettferdiggjøre sin egen virksomhet. ■■■



### Min DNAbok, personlig og forståelig om genetik

Av Ellen Økland Blinkenberg  
276 sider  
Cappelen Damm, 2013  
ISBN 978-82-02-39495-0  
Anmelder: Ingrid Jahren Scudder, sykepleier og master i helsefagvitenskap

## Blir hekta på gener

**ANMELDELSE:** Dette er ei bok om gener. Ellen Økland Blinkenberg inviterer oss inn i en nærliggende og aktuell, men likevel ukjent verden. Som genetiker vil hun ha oss til å tenke mer på hva gener kan fortelle.

Hvordan ville det for eksempel oppleves å vite at en hund kommer til å bite deg en gang i fremtiden, men du vet ikke riktig når det kommer til å skje? Det er ett bilde hun bruker for å illustrere hva dette handler om.

Blinkenberg er bekymret for at genmaterialet vårt kan bli kartlagt uten at vi er klar over det. Og er det først kartlagt, mener hun det lett kan identifiseres. Ifølge henne er ingenting mer identifiserbart enn vårt unike DNA.

Som leser blir jeg forført inn i en verden av genetiske dilemmaer. Jeg blir rett og slett hekta på å lese om dette! Hva og hvordan oppstår, håndteres og

kanskje også ignoreres etiske sider ved optimistiske framtidsscenarioer? Vi som ikke er genetikere skjønner faktisk ikke helt hva som skjer rett foran nesa på oss. Det er Blinkenbergs budskap, og derfor er dette ei viktig bok, til tross for at hun virker noe paranoid. Hun er redd for kommersielle aktører, og vil ikke selv ta en gentest. Hun har til og med designet sin egen t-skjorte med teksten «ligg unna genene mine!»

Intervjuene hun har gjort utvider og gjør boka mer innsiktsfull og interessant. Jeg humrer av Lars Saabye Christensen som sier at gentesting av hovedpersonene i hans forfatterskap bare ville gjort det hele «jævla kjedelig». Biologiprofessor Dag Hessens bemerkning om «at man får en statistisk sannsynlighet litt over snittet for en egenskap eller en sykdom, og så oppfatter man det som determinerende

for seg selv», er illustrerende for de mange viktige og vanskelige tankene vi presenteres for. Det er synd intervjuet med vitenskapsteoretiker Roger Strand blir for kort til å problematisere gener som «sannhetsgehalt» eller budbringer for sannhet.

Fra første side begeistrer «Min DNAbok», og den holder trykket gjennom hele boka. Språklig er det driv og flyt. For noen kan det nok bli mye preik, men temaet er så viktig at det overskygger mindre interessante passasjer.

Siden faguttrykkene er forvirrende og vanskelige å få tak på, savner jeg en ordliste til slutt. Likevel er dette ei bok for alle. Ikke minst for jordmødre som tilrettelegger for blodprøver fra nyfødte med ammetilslørte, samtykkende foreldre. Kapittelet om nyfødtscreening er i særklasse. ■■■



## Viser forskning at ...?

**ANMELDELSE:** Forfatterne av boka *Forskning viser at ...* har skrevet godt og relevant for en stor målgruppe. Med lettfattelig språkbruk og engasjerende eksempler drar de leseren gjennom grunnleggende medisinske forskningsmetoder og belyser de ulike metoders styrker og svakheter.

Hvordan vet vi at behandling virker? Kan vi stole på egen erfaring? Skal vi og kan vi stole på eksperter? Hvordan bør gode kliniske studier utføres? Kan vi stole på resultatene – og hvilke kritiske spørsmål bør vi stille når vi forholder oss til forskning? Ved eksempler fra publiserte studier som det gjerne har vært referert til i massemedia, går forfatterne grundig gjennom metodene som ligger bak konklusjonene og gir oss gode grunner til å være skeptiske til slående overskrifter om både det ene og det andre.

Eksemplene er av interesse for de fleste av oss, som effekt av lavkarbo-dietter, forskning om vin er sunt eller ikke, om kosttilskudd, mobiltelefoner og screening for prostatakreft. Vi får blant annet en veldig god innføring i effekten av placebo. Ja, placeboeffekten er reell – og kan brukes i det godes tjeneste uten å lure pasienten!

Vi får kunnskap som er viktig for alle som forholder seg til forskning. Det gjelder studenter i helsefag (og andre fag), lærere på høyskoler og universiteter, personer som jobber i forvaltningen og ikke minst alle som jobber med forskningsformidling (fagblad og dagspressen). Jeg vil også hevde at boken kan leses av alle andre, både helsepersonell, lærere, forskere, pasienter og folk flest.

Forfatterne gir en grei innføring i kunnskaps- eller evidensbasert medisin. De viser til miljøer både i inn- og utland hvor det jobbes for å fremme kjennskap til og utvikling av en mer kritisk tilnærming til forskningsresultater. Men min innvending er at det ikke finnes et eget avsnitt eller kapittel om systematiske oversikter, eller oppfordring til å søke informasjon om disse før man baserer seg på enkeltstudier eller setter i gang med nye forskningsprosjekter. En godt utført systematisk oversikt vil peke på styrker og svakheter i tilgjengelig forskning om et emne og vil kunne vise vei for nye gode spørsmål og studier.

En bok som denne kunne også vise til metoder for å utvikle og forholde

seg kritisk til systematiske oversikter med og uten metaanalyser (sekundærforskning). Forfatterne gir oss jo gode verktøy som kan hjelpe oss å forholde oss kritiske til mange typer medisinske studier, både kliniske forsøk og observasjonsstudier – men lite informasjon om hva oppsummert forskning i form av systematiske oversikter (for eksempel fra Cochrane Library) bidrar med nettopp for å rydde i denne forskningsjungelen.

Forfatterne Finn Wisløff og Sigbjørn Fossum er professorer ved Institutt for klinisk medisin og Institutt for medisinske basalfag ved universitet i Oslo. De har i bokens del to skrevet om medisinsk grunnforskning med særlig vekt på genteknologi. Disse kapitlene vil nok kun ha interesse for de mer spesielt interessert.

Som avslutning oppsummeres hovedbudskapet om at vi må ha en kritisk holdning når vi leser i pressen og andre steder om medisinske sannheter og vitenskapelige gjennombrudd. Kvalitet i forskningspublisering bør bygge på soliditet, originalitet, generell gyldighet, enkelhet og eleganse samt relevans. ■■■



### Forskning viser at ...?

Vurdering og formidling av medisinske forskningsresultater

Av Finn Wisløff og Sigbjørn Fossum

359 sider

Gyldendal, 2012

ISBN 9788205425514

Anmelder: Liv Merete Reinar, sykepleier, jordmor og forskningsleder



## Leser om tog

– Jeg leser *Brobyggerne* av Jan Guillou, sier **Stian Aasoldsen**, nyvalgt leder i NSF Student.

– Den handler om tre fattige gutter som vokser opp utenfor Bergen og som utdanner seg til diplomingeniører i Tyskland. Han ene blir med å bygge Bergensbanen, han andre bygger jernbane i Afrika og han tredje vet jeg ikke fordi jeg er i begynnelsen av boken.

Brobyggerne er første bind i en trilogi om europeisk 1900-tall.

– Den er utrolig god, sier Aasoldsen, som fikk boken anbefalt av sin far.

– Det er litt paradoksalt at en svenske skriver om Bergensbanen, men det er ikke noe jeg tenker på når jeg leser. Boken er så godt skrevet og tar spennende vendinger. Jeg er litt sånn at jeg dropper en bok om den ikke fenger, men her er jeg fanget.

Men noen stor interesse for tog har boken ikke vekket.

– Har du tatt Bergensbanen?

– Aldri.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Kari Anne Dolonen**



## ETIKK

Kristin Haugen om lederansvar i etiske dilemmaer

Kristin Haugen, Medlem av Rådet for sykepleietikk, Seksjonsleder for seksjon sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik

# Når de pårørende er uenige

Når ledere opplever at medarbeidere henvender seg i saker av etisk karakter er det en viktig del av jobben å legge til rette for refleksjon i avdelingen.

**D**et er formiddag på sykehjemmet. Sykepleier Anna står i døra til avdelingssykepleier. «Jeg må ta opp en sak med deg. Det gjelder Olga som er på korttidsplass hos oss. Hun er 86 år og kom til oss for rehabilitering etter et lårhalsbrudd. Hun var ekstra redusert ved innkost grunnet en pneumoni som hun nå er ferdig behandlet for. Hun har også diabetes og bruker insulin morgen og kveld. Olga har kommet seg bra i løpet av ukene her. Hun er oppe og går med rullator og vi opplever henne som klar og orientert. Hun har selv under hele oppholdet hatt som mål og komme hjem, og snakker daglig om hvor godt det skal bli. Olga bor alene, og vi har lagt til rette for oppfølging av hjemmetjeneste i hjemmet. Det er planlagt utreise over helgen, vi har ikke plass her lenger.

virket av de ulike syn i saken. Nå synes jeg dette er vanskelig å håndtere. Hvem skal vi lytte til? Hva er Olgas beste? Hvordan skal jeg opptre når pårørende ikke er enig? Jeg tror det er viktig at du som avdelingssykepleier kommer på banen nå. Tar en beslutning og snakker med pårørende ...»

### Etikk og moral

Daglig møter sykepleiere vanskelige valg situasjoner og etiske dilemmaer i jobben sin. Et etisk dilemma er en situasjon hvor det finnes tungtveiende grunner til å velge minst to handlingsalternativer, men du kan velge bare ett av dem. Noe viktig må vike og avveininger må foretas. Etikk defineres som en systematisk tenkning om moralske normer og verdier. Hva er godt, rett og rettferdig? I motsetning til moral er etikk et fag

når pårørende og pasient ikke er enige om hvilke tjenester og omsorgsnivå pasienten skal ha, eller hvordan pasienten bør følges opp i forhold til behandling, pleie og omsorg. Dette kan for eksempel være spørsmål om ernæring, bistand til personlig hygiene, ønske om sykehjems plass, eller nivå på helsehjelp eller praktisk bistand i hjemmet. Når flere pårørende er involvert og de ikke er enige seg imellom forsterkes situasjonen. Hvordan sikre brukermedvirkning og sette grenser for pårørende til pasienten beste? Hva når pasienten selv har redusert evne til å forstå hva som er best for seg selv, eller ikke er samtykkekompetent?

### Et lederansvar

Situasjonen beskrevet ovenfor er gjenkjennbar for mange. Jeg har som tidligere avdelingssykepleier opplevd en rekke ganger at en sykepleier står rådvill i døra mi og ber om veiledning eller støtte. Hva er avdelingssykepleiers rolle i saker av etisk karakter? Hvordan bør etiske dilemma håndteres i hverdagen? Hvem er den rette til å foreta valg og beslutninger i slike situasjoner?

Sykepleier Anna tar kontakt med avdelingssykepleier fordi hun synes situasjonen er vanskelig. Hun ber avdelingssykepleier om å ta en beslutning i saken og snakke med pårørende. Mitt ansvar som leder har i stor grad vært å veilede og bistå medarbeiderne slik at de selv kan reflektere seg fram til et klokt handlingsvalg. Ofte må en ta stilling til hvordan medarbeiderne skal handle.

### Refleksjonsgrupper

Når en står overfor etiske dilemmaer er god

## «Når flere pårørende er involvert og de ikke er enige seg imellom forsterkes situasjonen.»

Nå har situasjonen blitt vanskelig da Olgas datter ikke ønsker at moren skal hjem. Hun sier at moren ikke vet sitt eget beste, og at det er uforutsigelig av oss å sende henne hjem. Datter sier hun har snakket med hjemmetjenesten som har fortalt at de ikke har ressurser til å følge opp som planlagt. Olga har en sønn som hun har oppgitt som nærmeste pårørende. Han har vært mye på besøk her og støtter moren i at hjemreise er det rette. Datteren bor ikke i nærheten og har besøkt moren nå siste uka. Som sykepleier opplever jeg at personalgruppa som følger opp Olga nå er på-

som består av teorier og metoder. Å arbeide med etiske problemstillinger innebærer med andre ord å forsøke å klargjøre hva som står på spill i gitte situasjoner, og øke evnen og muligheten til å gjøre de kloke valgene (1). Vi trenger etikken når vi står fast og lurer på hva som må gjøres. Da gir den oss et språk og noen prinsipper for å avklare hvilke beslutningshensyn som gjelder i situasjonen (2).

### Brukermedvirkning

Min erfaring fra sykehus og sykehjem er at sykepleiere kan synes det er vanskelig å gå inn i saker

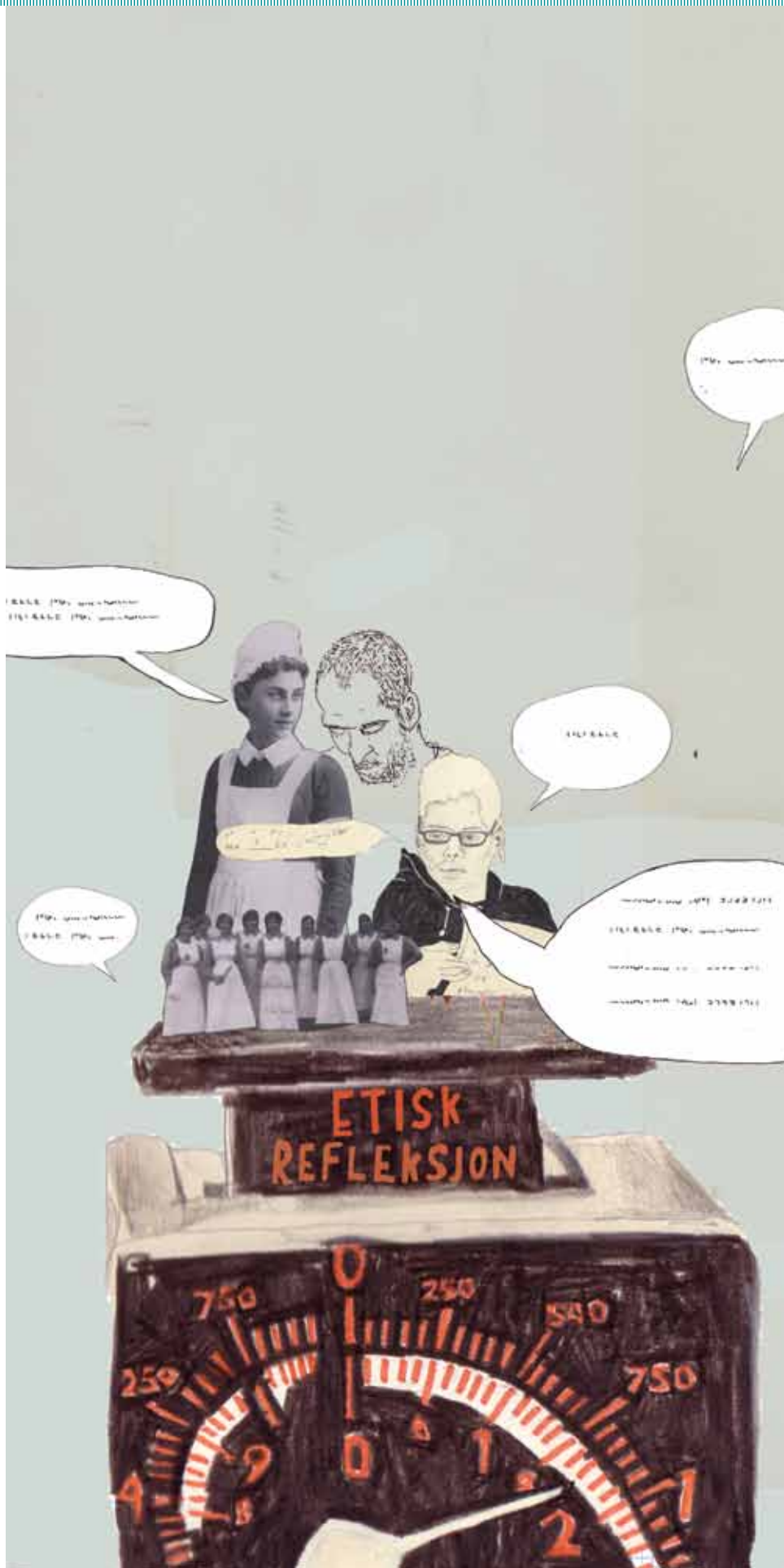


kommunikasjon helt nødvendig for å kunne ta veloverveide avgjørelser. Etablering av møteplasser for strukturert etisk refleksjon er et viktig tiltak for personell i helsetjenesten. Min erfaring fra arbeid med strukturert etisk refleksjonstid er at en slik møteplass sikrer en adresse for spørsmål av etisk karakter. Slike møteplasser vil også kunne bidra til kompetanseutvikling, og personalet blir i større grad i stand til å identifisere etiske dilemma og verdispørsmål. Det er ikke alltid tid og rom for refleksjon i forkant eller underveis. Refleksjon er også tilbakeblikk. Ved å snakke sammen om situasjoner og rekonstruere kan vi i større grad oppdage og se konsekvenser av handlingene. Rådet for sykepleieetikk benytter etisk refleksjonsmodell når et etisk dilemma skal drøftes. Jeg har også selv som leder erfaring med etisk refleksjonsmodell som verktøy for å kunne identifisere, analysere og gjøre valg i etiske dilemmaer. Det finnes ulike refleksjonsmodeller i litteraturen som består av spørsmål som kan veilede oss mot ulike handlingsalternativer, svar eller råd.

Når ledere opplever at medarbeidere henvender seg i saker av etisk karakter er det en viktig del av jobben å legge til rette for refleksjon i avdelingen. Dette vil bidra til læring og at sykepleiere og øvrig personell blir tryggere og selvstendige i egne etiske valg. ■■■

#### REFERANSER

1. Eide T. og Einar A. Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2008.
2. Kvalnes Ø. Se gorillaen! Etikk i arbeid. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.





Ragnhild U. Nordahl,  
høyskolelektor, Høy-  
skolen Diakonova

# Aktør eller brikke?

Noen arbeidstakere mestrer omorganiseringer bedre enn andre.

**D**en enkelte arbeidstaker og de ulike profesjonene opplever omorganiseringer svært forskjellig. Store omorganiseringer kan medføre at både den individuelle og profesjonsmessige selvforståelsen justeres og endres. Mestringsstrategiene våre varierer og påvirkes blant annet av om vi ser på oss selv som en aktør eller en brikke i vårt eget liv. Denne artikkelen er basert på en undersøkelse jeg gjorde i hovedfag i pedagogikk i forbindelse med at sykehusreformen ble implementert. Jeg ønsket å få større innsikt i: Hvordan sykepleielederes handlinger og valg av mestringsstrategier i en gitt omstillingsprosess er uttrykk for den enkelte leders selvforståelse.

## Lovendring

I en av de fire helselovene, Spesialisthelsetjenesteloven § 3–9, heter det at: «Sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift krevne at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk faglig rådgiver» (1, s. 40).

For første gang fikk vi et lovverk som åpner opp for at sykepleiere og andre helseprofesjoner kan fungere i lederjobber som medisinsk ansvarlige.

## Selvforståelse

Jeg valgte å fokusere på selvforståelse slik Nygaard (2) beskriver fenomenet. Nygaard sier at noen mennesker ser på seg selv som aktører; frie, handlende mennesker, mens andre er tilbøyelige til å se på seg selv som brikker; ofre for krefter de ikke har noe innflytelse over. De fleste personer befinner seg på en skala hvor man er mer brikke enn aktør eller mer aktør enn brikke, ofte påvirket av den konteksten man står i. Nygaard (2) sier videre at for å forstå hvordan vi forholder oss til de forskjellige situasjonene vi kommer opp i, er vår selvforståelse sentral. Vår selvforståelse er ikke naturgitt, men resultatet av en konstruksjonsprosess, som i sin tur får betydning for hvor vi havner på skalaen fra brikke til aktør.

## Mestring

Videre har jeg sett på mestring i lys av Antonovskys (3) teori om salutogenese. Begrepet er hentet fra latin og betyr tilbivelse av helse. Antonovsky mener at opplevelsen av sammenheng, som handler om menneskets evne til å forstå, håndtere og finne mening i situasjonen, ligger til grunn for og påvirker våre valg av mestringsstrategier (4).

## Kriterier

Jeg har ønsket å beskrive og tolke hvordan informantenes selvforståelse kom til uttrykk gjennom deres tanker, følelser og handlinger. For å oppnå dette har jeg benyttet en kvalitativ tilnærming (5) og intervjuet syv mellomlederes fortellinger og refleksjoner. Fortellingene strekker seg over en periode på cirka ett år, som var

tiden omorganiseringen ved sykehuset tok. Undersøkelsen ble gjort etter at ansettelsesprosessen var over. Intervjuene ble gjort i en periode på 14 dager, og de ble tatt opp på bånd.

## Etisk aspekt

Det ble gitt skriftlig informasjon om prosjektet samt innhentet informert samtykke fra de syv informantene. Materialet ble behandlet konfidensielt og slettet etter at undersøkelsen var avsluttet. Deltakerne arbeidet på hver sin avdeling, men hadde felles møter. Alle data er anonymisert.

## Resultater

Informantenes selvforståelse ble sett på i forhold til:

- › Informasjon som ble gitt
- › Handlingsvalg den enkelte informant gjorde
- › Informantenes egne tanker og følelser

## Informasjon

I starten av omorganiseringen ble det gitt felles informasjon til alle lederne om at sykehuset, ut fra politiske føringer og vedtak, skulle implementere lovendringer som medførte forandringer i lederstrukturen på mellomledernivå. Konsekvensene ville medføre store endringer for den enkelte mellomleder. Informantene reagerte forskjellig på informasjonen. Enkelte var rolige og forventende, mens andre ble redde, triste, sinte og urolige. Andre opplevde at informasjonen de fikk var dårlig.

Ifølge Nygaard er det ikke ytre faktorer som bestemmer vår reaksjon i en slik situasjon (2). Vi tolker eller konstruerer noe ut ifra de ordene som blir sagt. Hvordan vi forholder oss til den situasjonen vi kommer opp i er ikke naturgitt,

## Hovedbudskap

Temaet for denne artikkelen er hvordan ledes selvforståelse påvirker mestringsstrategier og læring gjennom erfaring i en konkret omorganisering. Hvordan ledere forholder seg til store organisatoriske endringer som også innebærer individuelle konsekvenser ved at det påvirker deres stilling og ansettelsesforhold.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Mestring
- › Omorganisering
- › Organisering



**SLETT SPILL:** Noen arbeidstakere inntar rollen som aktive aktører når det omorganiseres på arbeidsplassen, mens andre blir passive brikker. Illustrasjonsfoto: Colourbox

men handler om hvilken mening vi legger i situasjonen og det som blir sagt (3). Den meningen sykepleielederne la i det som ble sagt og situasjonen rundt informasjonen, altså de ytre realitetene, ble avgjørende for deres reaksjon og handlemåte. Derfor ble også reaksjonene forskjellige.

Informantene uttrykte at manglende informasjon ble en følelsesmessig belastning og stressfaktor. Det å ikke helt vite hva som skulle skje skapte utrygghet. De beskrev en høy aktivitet blant lederne sine, men uten at de fikk tilgang på informasjon. Det er viktig å forstå den situasjonen man er i, og at man har evnen til å strukturere de begivenhetene som skjer, slik at kaos ikke oppstår (3). For å forstå prosessen trenger man blant annet informasjon og den informasjonen informantene trengte uteble.

#### Handlingsvalg

I det vakuemet av manglende informasjon som oppsto søkte informantene etter hvert sammen. De begynte å utvikle en felles strategi, noe de ikke hadde gjort tidligere. De ønsket å ha et forum eller møtepunkt hvor de kunne styrke hverandre og stå sammen i situasjonen som de

opplevde som problematisk. Den som lever sitt liv som aktør, beholder en viss grad av frihet til å velge, mens den som ser på seg selv som brikke i spillet, langt på vei har tapt friheten til å velge og handle (2). Som gruppe inntok informantene aktørrollen. De presset på oppover i systemet for å få informasjon og være i dialog med ledelsen. Her viste de seg som handlende mennesker som ønsket å påvirke situasjonen, og unngikk dermed å bli redusert til brikker i et spill der spillreglene var bestemt av andre. De valgte aktivt, tok ansvar, handlet og opptrådte med høy selvstendighet i situasjonen. Komponentene meningsfullhet og håndterbarhet var viktige for den grad av mestring sykepleielederne viste på dette tidspunktet (3).

I denne fasen ble det ikke fokusert så mye på det enkelte individ. Informantene tenkte og opptrådte mer kollektivt. Den enkeltes selvforståelse ble ikke så tydelig profilert. Men når søknadsfristen for den nye stillingen nærmet seg, beveget informantenes oppmerksomhet seg fra det kollektive til det individuelle.

#### Egne tanker og følelser

Etter at stillingen var utlyst reflekterte infor-

mantene over om de skulle søke lederjobben eller ikke. I disse overveielserne kom den individuelle selvforståelsen tydeligere fram. De fokuserte på i hvilken grad de så på seg selv som kvalifiserte eller ikke til jobben. En som ikke søkte uttrykte at hun var blitt for gammel og trodde ikke at hun var rett person til den nye stillingen. Hun ville ikke ødelegge helsen

## «Manglende informasjon ble en følelsesmessig belastning.»

sin i en krevende jobb. Dette er uttrykk for en aktørholdning og kan betraktes som en realistisk virkelighetsforståelse basert på vurdering av egen kapasitet og helse.

Den andre som ikke søkte mente hun ikke hadde noe reelt valg. Stillingen var av tidligere direktør «gitt bort» til en lege. Hun mente at hun var kvalifisert til stillingen, men trodde det ville bli mye konflikter og «fighting», og kom til at hun heller ville gjøre noe annet. Dette er uttrykk for at personen nedtoner verdien av



stillingen for seg selv, men samtidig åpner for at hun kan være rett person til å klare en slik jobb. Men alt dette blir hypotetisk i og med at stillingen allerede var «gitt bort», og hun ble gjort til en brikke i et system.

### Trygghet

Tre av informantene som søkte stillingen, men som ikke fikk den, vektla at de hadde erfaring som ledere og hadde mestret de oppgavene det medførte tidligere. Denne oppfatningen av egen mestring økte forventningene om å klare tilsvarende oppgaver, og det ga dem en trygghet og tro på at de ville klare denne jobben. Slike mestringserfaringer er med å styrke selvtilliten

## «Legene kjørte beinhardt på at det var uansvarlig å ha en sykepleier som leder.»

og selvforståelsen. Skaalvik og Skaalvik (6) skiller mellom to aspekter ved mestringserfaringer: Reell mestring og opplevd mestring. Den reelle mestringen er «objektiv» på den måten at den er opplevd og registrert av omgivelsene. Opplevd mestring er subjektiv og dreier seg om den enkeltes egen opplevelse av mestring. Informantene uttrykte en subjektiv opplevd mestring i forhold til egen vurdering av seg selv som leder. Andres vurdering av dem som leder sa de ikke noe om.

### Motstand

Den tredje lederen som ikke fikk stillingen, uttrykte at hun visste at hun hadde gode lederegenskaper, og at hun var på høyde med dem hun skulle konkurrere med. Hun opplevde at motstanden i ledergruppa var enorm. Legene kjørte beinhardt på med brev til Legeforeningen og sykehusledelsen om at det var uansvarlig å ha en sykepleier som leder. Dette skjedde selv om lederen hadde formelt og erfaringsmessig mer kompetanse enn de andre aktuelle lederne.

Informanten hadde en klar erkjennelse av at hun var best kvalifisert, både formelt og erfaringsmessig. Hun opplevde den aktive motstanden fra legene som vanskelig, noe som medførte at hun valgte en mer avventende holdning for å beskytte seg mot motstanden, og handlet som en aktør. Hun registrerte at det foregikk en stor aktivitet rundt henne blant legene, uten at noe ble sagt til henne. Dette ga henne perioder med uro og hadde en handlingslammende effekt. Uro

for om det ville bli for tøft å være leder for en gruppe som mente det var helt galt om hun ble leder. Hun gjorde en realistisk vurdering ut fra virkeligheten hun sto i, men bestemte seg for å stå løpet ut og beveget seg på skalaen mellom aktør og brikke.

### Høy motivasjon

Hos de to som fikk stillingen var bevisstheten og vurderingen av om de fikk stillingen noe forskjellig. Den ene var klar på at denne lederstillingen ville hun ha. Hun var tydelig på at hvis hun ikke fikk stillingen, så kom hun til å slutte. Hun sa tydelig at hun så på seg selv som best kvalifisert. Hun ble truet mange ganger, hvor det ble sagt at det ville bli hett for henne, for legene vil ikke finne seg i en sykepleier som leder.

Denne informanten beskriver seg som en leder med høy motivasjon. Hun hadde erfaringer og en tydelig selvforståelse knyttet til hvem hun er som person. Hun fremsto som en person med høy selvtillit tross motstand, blant annet i form av trusler. Hun viste ingen emosjonelle reaksjoner på truslene hun fikk. Det kan nesten virke som om hun fikk en sterkere motivasjon og vilje til å kjempe for stillingen av dette. Informanten viste en tydelig aktørholdning. Hun synliggjorde både for seg selv og andre at hun så på seg selv som den beste søkeren.

Den andre som fikk stillingen vektla sine ferdigheter og virket trygg. Men selv om hun hadde både formal- og erfaringskompetanse som leder, tvilte hun på om ledelsen våget å trosse legenes motstand. Informantene hadde på et tidligere stadium i prosessen vært opptatt av å stå sammen. De hadde utviklet en felles profesjonsforståelse. I fasen rundt stillingssøknaden ble denne holdningen redusert, og informantene så seg selv i lys av motkandidaten. Den enkeltes posisjon og framtid var nå det viktigste.

### Diskusjon

Utgangspunkt for denne undersøkelsen var å få innsikt i hvordan avdelingsoversykepleierens handlinger og valg av mestringsstrategier i en gitt omstillingsprosess var uttrykk for den enkelte leders selvforståelse. Dette ble sett på i lys av informasjonen som ble gitt i prosessen, handlingsvalg som den enkelte informant gjorde og informantenes egne tanker og følelser rundt den nye stillingen.

Informantene hadde en felles forståelse av reformen i den forstand at de anerkjente at de som sykepleieledere kunne inneha den nye stillingen. Dette ga dem i perioder, når de sto

sammen, mot til å kreve den informasjonen de hadde krav på uten at det ble innfridd.

Samtidig opplevde de informasjonen som minimal, nesten fraværende, og det gjorde at enkelte ble resignerte mens andre ble sinte. Selvforståelsen påvirker oppfatningen og tolkningen av informasjonen som ble gitt. Samtidig kan man anta at mangelen på informasjon var med på å bidra til enten å styrke, svekke eller endre mottakerens selvforståelse på skalaen mellom aktør og brikke. På den andre siden kan det virke som om reformens positive intensjon med en profesjonsnøytral ledelse påvirket informantenes handlingsfrihet i mindre grad. De fokuserte mer på legenes utsagn om at de ikke ville akseptere en sykepleier som leder. Dette perspektivet ble en stressfaktor som i større eller mindre grad pasifiserte sykepleielederne og svekket selvforståelsen hos de fleste, samt troen på at de hadde en reell sjanse til å få stillingen. Man kan anta at disse tankene svekket handlingsfriheten og mestringsopplevelsen, som igjen medførte at de beveget seg mot en brikkeposisjon.

### Konklusjon

Informantene delte sin fortelling etter at ansettelsesprosessen var ferdig, og bekreftet at ved å dele sine fortellinger satte de i gang en tankeprosess og en bevisstgjøring som hjalp dem til å forstå hva som kan ligge til grunn for de håndteringsstrategiene de valgte i prosessen de har vært igjennom. Ved å dvele ved konsekvensene av sine erfaringer og sette dem i forbindelse med selve handlingen, er det sannsynlig at informantene utviklet et refleksjonsgrunnlag for lignende situasjoner i framtiden. Slik kan vi anta at læring på bakgrunn av refleksjon over erfaringer fant sted. ■■■

### REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet – Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesten) 2001. Tilgjengelig 15.10.2002: <http://www.lovdatab.no>
2. Nygård R. Aktør eller brikke. Oslo: Cappelen Forlag AS, 2007.
3. Antonovsky A. Helsen mysterium. Stockholm: Natur och kultur, 1991.
4. Antonovsky A. Unravelling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publ., 1987.
5. Kvale S. Det kvalitative forskningsinterview. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2001.
6. Skaalvik S, Skaalvik E. Selvoppfatning, motivasjon og læringsmiljø. Oslo: Tano Aschoug, 1998.

### Friskere av å gå

**De som går** til jobb, har 40 prosent lavere risiko for diabetes enn de som kjører. Det viser en britisk undersøkelse med 20 000 deltakere.

De som går har også lavere risiko for høyt blodtrykk.

Både det å sykle, gå og å bruke offentlig transport var forbundet med lavere risiko for overvekt enn å kjøre egen bil eller bruke taxi. Å rett og slett unngå bilen kan altså gi bedre helse.

Kilde: Imperial College, London



### Konferanse om alkohol

**I november arrangerer** Helsedirektoratet en nasjonal konferanse om alkohol. Ti år etter rusreformen samles personer og organisasjoner som arbeider med eller har interesse for folkehelse, rusforebygging og behandling.

Alkohol i et samfunnsperspektiv og behandling av alkoholproblemer i kommune- og spesialisthelsetjeneste er hovedtema.

Kilde: Helsedirektoratet

### Ikke bekkenløsning av p-piller

**90 000 kvinner** i Den norske mor- og barnundersøkelsen svarte på spørsmål om hormonell prevensjon og bekkenløsning da de var mellom svangerskapsuke 17 og 30. Forskerne fant ingen sammenheng mellom bruk av p-piller siste år før svangerskapet og bekkenmerter i svangerskapet. Det har vært antatt at det kunne være en sammenheng mellom p-piller og bekkenløsning.

Men kvinner som hadde brukt hormonspiral året før de ble gravide og kvinner som i lang tid hadde brukt minipiller hadde lett økt risiko for bekkenmerter i svangerskapet. Ifølge Folkehelseinstituttet trengs mer forskning på dette.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Friskere og Gladere medarbeidere

## Gjøre noe gøy og aktivt sammen på jobben?



### Høstens Store Aktivitetskonkurranse

18. september - 06. november

Fotograf: Ingar Næss

## Hvem er sprekest i helsesektoren?

Konkurrer internt og mot arbeidsplasser fra hele landet!



## Bedre helse & mer overskudd

**SE BILAGET I BLADET!**

Les mer og meld dere på nå: [www.dytt.no](http://www.dytt.no)

😊	SYKD.	LIV-RETT	KJEM.SYMB.	FORF.	UR-DYR	NABO-ER	RYDDE	ISKEMI	FLØY HAGL	NATES	MIDJE STJERNE	DØGN-DEL	URO	NEVNER	FIKS IDE	NÆR-HETENE ORGAN-ENE
SYKD.-EN																
STRING FUGL																
			RØYS			YTTE RETT			PRON.		GUD	SLUTTE MENGDE				
KJEM.SYMBOL		SOM GJELDER LIV-MOREN							GLØD!	LEVERTE SLAG		SANGEN				
LIKE		FRED			MOT-GIFTEN GREIT										MÅL DYR	
UKJENT ORGAN		YTRET	SYKD.PRESS					RUTINE					BRYGGE GÅ			
							KUNST DOK-TRINE				KARBA-MID	VEKST				
FYRSTE					GREP	ØKE	PREP.FLIRER	HATT	BE-HAND-LING			TIL-LATE			SYKD.	
PREP.		TRYGD VE							SKIPS-FORK.	MOTOR-KJ.TEGN		MANN PLATE			ART. IDR.-ARR.	
NARKO													HUSTRU			
KA-NYLEN																

Se løsning på kryssord side 67

# Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 Hva er episiotomi?

- A Snitt i mellomkjøttet før fødsel
- B Tangforløsning
- C Fatalt fødselssjokk hos far

## 2 Hvor mange fødsler er det i Norge hvert år?

- A 10 000
- B 60 000
- C 6 000 000

## 3 Hvor mange fødsler skjer ved keisersnitt i Norge?

- A Rundt 10 prosent
- B Rundt 15 prosent
- C Rundt 50 prosent

## 4 Hvor mange jordmødre er det i Norge?

- A 2 000
- B 3 000
- C 30 000

## 5 Hvor lenge varer normalt en førstegangsfødsel?

- A 12-18 timer
- B 18-24 timer
- C 24-48 timer

## 6 Hvor mange deler deles en normal fødsel i?

- A 1
- B 2
- C 3

## 7 Hvor stor andel av fødslene er setefødsler?

- A 1 prosent
- B 3 prosent
- C 10 prosent

## 8 Hva kommer ordet barsel av?

- A Barneseng
- B Barns-øl
- C Barnegråt

## 9 Hvor stor del av kroppsvekten utgjør muskler?

- A 40 prosent
- B 50 prosent
- C 80 prosent

## 10 Hvor mange muskler har mennesker?

- A Over 600
- B Over 1 000
- C Over 2 000



**10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



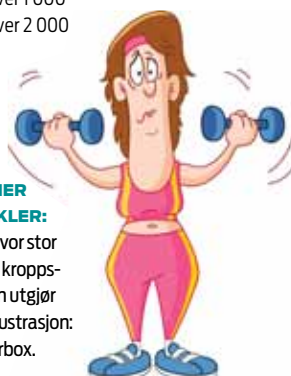
**6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



**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.)



### TRENER MUSKLER:

Men hvor stor del av kroppsvekten utgjør de? Illustrasjon: Colourbox.

9A, 10A  
SVAR: 1A, 2B, 3B, 4B, 5A, 6C, 7B, 8B,



Privatisering gir ikke  
bedre helsetjenester. Side 66

Arbeidsgiverne vil snu  
klokka 30 år tilbake. Side 71

UNIO forklarer  
pensjon. Side 78

Sterke  
synspunkter?  
Skriv til oss!

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din  
mening på e.post til:  
redaksjonen@  
sykepleien.no  
eller som brev til:  
Sykepleien,  
p.b. 456 Sentrum  
0104 Oslo

TETT PÅ STURLA STÅLSETT

«Vi må være rause  
og gjestfrie mot dem  
som kommer hit.»

74

KRONIKK INGER MJØS

«Jeg kjempet for at vår familie,  
med et alvorlig sykt barn, skulle  
bli inkludert i samfunnet.»

72



## NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

# Privatisering, valgfrihet og keiserens nye klær

I eventyret var det bare den lille gutten som var villig til å se det åpenbare, at keiseren ikke hadde klær på.

**T**eorien om at økt privatisering og konkurranseutsetting i helse- og omsorgstjenesten vil gi bedre tjenester og økt valgfrihet for pasientene er i ferd med å bli avkledd. Men ønsker norske politikere å se den nakne sannhet?

Etter hvert som stortingsvalget 2013 nærmer seg, blir det stadig klarere at enkelte sentrale velferdspolitiske spørsmål vil ligge på vektskålen. Innenfor helse- og omsorgstjenesten vil det bli en debatt om vi skal øke takten på etablering av private kommersielle leverandører av tjenester, eller om det fortsatt primært skal være det offentlige som leverer tjenestene.

Norsk Sykepleierforbund mener at det å levere gode helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen må være et offentlig ansvar. Vi mener det er avgjørende at helsetjenesten er underlagt politisk styring og kontroll som klargjør målsetting, prioritering, ressurstildeling og tilgjengelighet.

Når NSF er imot konkurranseutsetting og privatisering av helsetjenester, så er det basert på en rasjonell og helhetlig drøfting av hva som



**PRIVAT IKKE BEST:** Norsk Sykepleierforbund er imot konkurranseutsetting og privatisering av helsetjenester. I lederen forklarer forbundsleder Eli Gunhild By hvorfor. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

helsetjenesten, kombinert med at private virksomheter taper det offentlige for kompetanse, medfører dårligere offentlige tjenester til de som ikke kan betale ekstra for tjenestene.

Anders Kvale Havig, siviløkonom og stipendiat ved NOVA, har i sitt doktorgradsarbeid analysert regnskapene til 21 norske sykehjem og sett på hvordan kommersielle aktører kan hente en eventuell profitt. Analysene viser at det er vanskelig å kutte kostnader på andre områder enn lønn og pensjon. I denne sektoren er det kuttet årlig over en lang periode. Det er derfor ikke mulig å redusere på annet enn de ansattes betingelser. I praksis vil det si færre sykepleiere, lavere grunnbemanning og mer bruk av kortvakter, sier Havig.

I tillegg er det kostnader forbundet med selve konkurranseutsettingen og oppfølgingen – såkalte transaksjonskostnader – som sjelden kommer fram i totalbildet. Det er vanskelig å se hvordan kommunene kan spare penger uten at det går ut over de ansatte og kvaliteten på tjenestene.

Erfaringer fra blant annet Danmark viser få dokumenterte økonomiske gevinster ved gjennomføring av konkurranseutsetting. Erfaringer med etablering av offentlig-privat samarbeid for

sykehusene i England viser at det offentliges kostnader til å finansiere private sykehuseiere representerer enorme verdier. Data fra over 16 000 sykehjem i USA viser at kommersielle sykehjem har en lavere andel sykepleiere, og en lavere total bemanning, enn de ikke-kommersielle. Professor Charlene Harrington (University of California, San Francisco) viser også til at disse har flest mangler og avvik, basert på avdekking gjennom offentlige/statlige tilsyn.

For å unngå privatisering forutsetter vi imidlertid at det offentlige må ta et krafttak for å gi et bedre tilbud både innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det gjøres blant annet ved å øke kompetansen og bedre IKT-systemene.

Skal vi dekke pasientenes behov for helsehjelp og sikre helsepersonell tilstrekkelige rammebetingelser for å gjøre en best mulig jobb, mener vi dette gjøres best innenfor rammen av en offentlig eiet, finansiert og drevet helse- og omsorgstjeneste. Bare på den måten vil vi være godt nok kledd til å møte morgendagens helsetjeneste. ■■■

*Eli Gunhild By*

«Vi har noen uheldige erfaringer med kommersielle helsetjenester.»

vil gi best ressursutnyttelse, lik tilgjengelighet til helsetjenester, forsvarlig arbeidsmiljø og gode arbeidsbetingelser. I tillegg har vi gjort oss noen uheldige erfaringer med kommersielle helsetjenester, for eksempel gjennom Adecco-saken.

Argumentene for konkurranseutsetting, går spesielt på økt valgfrihet, bedre kvalitet og billigere tjenester. NSF er svært usikker på hvor reell den omtalte valgfriheten er. I kommunehelsetjenesten er det i de fleste kommuner ikke plass til flere leverandører, slik at det i så fall er kommunen, ikke pasienten, som velger leverandør. Dessuten kan valgfrihet også innebære økt sosial ulikhet. Manglende ressurser i den offentlige

# Tabloid og uetisk journalistikk i Sykepleien

I Sykepleien 6–13 blir bydelsutvalget i Vestre Aker sterkt kritisert av journalist Eivor Hofstad og fylkesleder i NSF Oslo, Silje Naustvik, i en reportasje med overskriften «Vi ble kastet fordi vi kritiserte». Tema er forholdene på Hovseterhjemmet og opprettelse av nytt tilsynsutvalg. Det fremkommer en rekke påstander i reportasjen som vi mener ikke bare er tabloide og uetiske, de er faktisk ikke i tråd med de faktiske forhold når det gjelder årsaken til at hele Tilsynsutvalget ble skiftet ut.

Vi som politikere skal og må forholde oss til kritisk søkelys fra media. Et levende demokratisk samfunn kan ikke bestå uten dette. Men denne kritikk må tilstrebe en viss balanse slik at leserne får et noenlunde riktig bilde av det som beskrives. Så la følgende være helt klart: Årsaken til at hele Tilsynsutvalget ble skiftet ut var ene og alene samarbeidsproblemer internt i utvalget. Dette medførte at Bydelsutvalget fikk rapporter for sent, og det var vanskelig å forholde seg til hvilke tiltak som skulle iverksettes for å bedre forholdene. For å uttrykke det slik: Hvordan kan man gi riktig medisin om man ikke vet hva som er diagnosen? Vi kan ikke sitte og vente på dette når vi ser at det er behov for forbedringstiltak. Det vil det nem-

lig alltid være. Det er derfor vi har et tilsynsutvalg. Følgelig vil enhver påstand om at vi prøver å dekke over kritiske forhold være en logisk bristende påstand. Hvorfor skulle vi ønske at våre pleietrengende skulle ha det ondt? Vi bruker da ikke kr 700 000 på en sykehjemsbeboer uten at vi vil ha noe igjen for det?

Vi har aldri unnlatt å fremme kritikk når det har vært på sin plass, og vi vil aldri unnlate å gjøre det i fremtiden. Men vi har ansvar for at tilsynsutvalget opptrer ryddig og korrekt. På grunn av de nevnte interne samarbeidsproblemer satte BU derfor inn kvalitetssikrende veiledning og håpet at utvalget ville fungere bedre. Dette skjedde ikke. Da tidligere leder trakk seg, satte vi inn ny leder som hadde som mål å få et bedre teamarbeid i utvalget. Det gikk heller ikke. Slik kunne vi ikke ha det, da det gikk ut over både pasientene og de ansatte som ikke fikk satt i gang riktige tiltak for forbedringer. Vi bestemte oss derfor for å skifte ut hele utvalget. Vi ønsket å få frem de observasjoner utvalget gjør, og de mulige feil som blir gjort på sykehjemmet på en konstruktiv måte slik at forholdene kan bli stadig bedre.

Vi følger nå opp det nye utvalget for å sikre at de har tett og god dialog med avdelings- og institusjonsledelse

og sammen utarbeider en rapport til bydelsutvalget og Sykehjemsetaten som kan brukes konstruktivt i sitt forbedringsarbeide. Vi har nå bestemt at vi skal få rapporter fra tilsynsutvalget innen 48 timer om praktisk mulig, senest innen 14 dager slik at tiltak kan iverksettes umiddelbart der det er nødvendig. Tilsynet skal rapportere til direktør eller bestillerkontoret umiddelbart dersom de finner alvorlige feil eller mangler.

Det er trist og svært beklagelig at det fremkommer påstander om «sensur». Det faller på sin egen urimelighet. Det er også en meget alvorlig påstand å hevde at bydelsutvalgets leder, i sitt forsøk på å veilede utvalgsmedlem, har kommet med «trusler». BU-leders kommentarer er i tillegg satt inn i irrelevante sammenhenger uten at hun er blitt konsultert. Det er videre feil at den rapport de to medlemmene ønsket å skrive på egen hånd, ikke er offentlig. Den er behandlet og er offentlig tilgjengelig på samme måte som tilsynsutvalgsleders rapport er. Det understreker at det ikke forekommer sensur, men derimot at utvalget ikke evnet å samarbeide. Vi var og er forundret over at utvalget ikke maktet å skrive rapporter der relevante observasjoner og synspunkter fra hele trioen fremkom saklig og konstruktivt slik at tiltak kunne iverksettes på en måte som er vårt oppdrag: Hvordan på beste måte evaluere forholdene slik at relevante tiltak raskest mulig kom pasientene til gode. Dette er både de ansatte ved Hovseterhjemmet, administrasjonen og vi politikere oss meget bevisste på.

Vi tillater oss derfor å kritisere journalisten for en skjev og spekulativ reportasje som bærer preg av skandalejournalistikk, og vi må stille oss undrende i hvilken hensikt dette gjøres som utgangspunkt. Desto verre er at fylkesleder i NSF Oslo, Silje Naustvik, altså sykepleierens fremste tillitsvalgte i vår by, kommer med uetterrettelige påstander uten å ta kontakt med sine egne for å høre deres versjon eller den annen part. Det må være svært uheldig for NSF som organisasjon.


Medlemmer Arbeidsutvalget, Vestre Aker bydelsutvalg: Elin Horn Gal-tung (H), Lars Asbjørn Hansen (H), Arild Gjervan (H), Anita Asdahl Hoff (H), Arne Boysen (F), Carl Lindblad (A), Terje Bjøro (V).

Løsning på kryssord i nr. 9/2013 (se side 64)

	SYKD.	LIV-RETT	KJEM-SYMB	FORF.	UR-DYR	NABO-ER	RYDDE	ISKEMI	U	FLØY HAGL	NATES	MOLE STJERNE	L	DØGN-DEL	URO	HEVER	FIKS IDE	HER-HEITIG ORGASISJON	T	
SYKD-EN	H	Y	P	O	P	A	R	A	T	Y	R	O	I	D	I	S	M	E	N	
STRING FUGL	U	N	D	E	R	B	E	N	K	L	Æ	R	V	A	R	I	A	N	T	
A	N	D		RØYS	O		YTTE-RETT	G	A	PRON.	V	I	GUD	G	SLUTTE-VEINGDE	E	N	D	E	
KJEM-SYMBOL	T	L	SOM GJELDER UT-MORSEN	U	T	E	R	I	N	GLØD!	LEVERTE-SLAG	G	A	SANGEN	A	R	I	E	N	
LIKE	I	I	FRED	R	O		MYT.-GIFTEN GRET	A	N	T	I	D	O	T	E	N		MAL-DYR	T	S
UKJENT ORGAN	N	N	YTRET	SYKD. PRESS	Z	O	N	A	RUTINE	V	A	N	E		T	BRYGGE-GA	K	A	I	
E	G	G	S	T	O	K	K	KUNST-DOK-TRINE	A	R	S	KARBA-MID	VEKST	M	A	L	U	R	T	
FYRSTE	T	S	A	R	GREP	ØKE	PREP-FLIRER	I	HATT	BE-HÅND-LING	K	U	R	TIL-LATE	L	A	SYKD.	M	E	
PREP.	O	M	TRYGD-VE	Y	T	É	L	S	É	SKIPS-FORK	MOTOR-KUTEGN	R	MANN-PLATE	U	L	K	ART-IDR-ARR.	E	T	
NARKO	N	A	R	K	O	S	E	M	I	D	D	E	L		MUSTR	K	O	N	E	
KALNYLEN	S	T	I	K	K	E	R	E	D	S	K	A	P	S	D	E	L	E	N	

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

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



## Hat-objekter og kloke ledervalg

«Om en leder er god eller dårlig kan aldri vurderes isolert. Det må sees i forhold til verdier, rammebetingelser og strategier». Denne meget kloke selvfølgeligheten kan vi lese i en annonse om «kloke ledervalg» i Dagens Næringsliv (DN) 10. juni. På forsiden og i et tosiders oppslag i samme utgave av DN kan vi lese hvordan lederen i arbeidsgiverforeningen Spekter, Anne-Kari Bratten, kommer med nok et veritabelt angrep på sykepleierne og deres vegring mot å jobbe mer enn tre helger i måneden. «Jeg blir et hat-objekt» siteres Bratten i overskriften.

God ledelse handler utvilsomt om personlige egenskaper. Forskjellige situasjoner krever forskjellige type ledere hvor forskjellige personlige egenskaper er fremtredende. Når man har plassert en såpass autoritær og konfliktforsterkende personlighetstype som Bratten som leder i Spekter, er det selvfølgelig uttrykk for et verdibasert strategisk valg. Inntrykket som bekreftes i nyhetsoppslaget er imidlertid at Sykepleierforbundets ledelse og faglige tillitsvalgte opptrer usedvanlig klokt og sindig når de konfronteres med Brattens konfliktforsterkende retorikk.

God ledelse kan og bør også i en viss utstrekning læres. Hvis ledelse er et eget fag, som noen hevder, må det også finnes noen allmenngyldige faglige standarder som lederne kan vurderes opp mot. Brattens konfliktforsterkende kommunikasjon med offentligheten og medarbeiderne innenfor sitt ansvarsområde er både primitiv og insensitiv, og faller fullstendig igjennom i forhold til de faglige standarder som må gjelde for god ledelseskommunikasjon. Vi får inntrykk av at Bratten er en ledertype som nyter å være et hat-objekt. Det er derfor god grunn til å sette spørsmålsteget ved både den menneskelige og strategiske vurderingsevnen til de lederne som har ansatt Bratten. Hvis hensikten var å oppnå resultater, kan alle i dag se at det ville ha vært mer effektivt å ansette en leder med et bredere spekter av personlige egenskaper.

Johan Nygaard

## Ta helsefagernes verdier tilbake!

I den senere tid er det vokst frem en partipolitisk nøytral og uavhengig aksjon blant helsearbeidere som arbeider for en mer medmenneskelig helsetjeneste. Dette er et grasrotopprør mot vårt helsevesen. Det koordineres av leger, sykepleiere, andre helsearbeidere og engasjerte borgere. Helsearbeidere, pasienter og pårørende finner seg ikke lenger i administrativ overstyring fra et viltvoksende byråkrati.

Regjeringens foretaksmodell etter New Public Managements prinsipper har satt både folkevettet og fagfolket til side.

I et leserinnlegg i januar d.å. skrev jeg nettopp om dette offentlige styringsredskapet New Public Management, et styringsredskap etter en bedriftsøkonomisk modell, tatt fra privat sektor, samlebåndindustrien, som i 1980–1990-årene ble innført for å holde kostnadsveksten i den offentlige sektor nede. Det ble et sterkt fokus på mål- og resultatstyring, flere regler, mer kontroll og et viltvoksende byråkrati. Stor avstand fra «topp til bunn» i organisasjonen. Krav om lojalitet til ledelsen. Delegering av dilemmaer nedover i systemet slik at fotfolket opplever å komme i skvis mellom for få ressurser og for mange oppgaver. Hvor godt eller dårlig profesjonene ivaretar sine faglige og moralske forpliktelser overfor pasientene, er avhengig av organisatoriske betingelser. Dette er en organisering som

fører til en rasering av helsetjenestens verdigrunnlag. Hva har skjedd etter innføringen av New Public Management?

Kompetansen forsvinner: Når lojalitetskravet til ledelsen stadig kolliderer med lojaliteten og de faglige forpliktelsene til pasientene, søker dyktige helsearbeidere seg vekk.

Moralen forfaller: Når fag og fagets verdier fortrennes av økonomi, blir helsetjenesten brutal og inhuman. Pasienten blir bare et nummer i rekken.

Pasientene blir priset som varer med ulik verdi. D.R.G. Diagnoserelaterte grupper, er et prissystem som sykehusene setter på pasientenes diagnoser. Sykehusene får stykkpris for behandlede pasienter. De kronisk syke og våre eldste og mest syke og sårbare pasienter er lavest priset.

Demokratiet forvitrer: Viktige beslutninger som burde tas av folkevalgte og ansvarlige politikere, blir tatt av sykehusstyrer og byråkratiske enheter. Disse kan ikke velges bort ved kommune- eller stortingsvalg.

Helsearbeidere; vær med og støtt Helsetjenesteaksjonen om å ta våre verdier tilbake! Kjempe tilbake pasientene i sentrum. Deres ve og vel må alltid være vårt mål.

Anne Karin Gammelsrud, pensjonert spesialsykepleier, Rakkestad

**SIDEN SIST** Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på [interaktiv@sykepleien.no](mailto:interaktiv@sykepleien.no)



### Ikke fra leveren

I Sykepleien nr. 8 kom vi til å skrive at insulin blir produsert i leveren. Det var i artikkelen om gravide med svangerskapsdiabetes. Flere våkne lesere påpekte denne feilen. Insulin blir produsert i bukspyttkjertelen.

Red

### Ikke Diakonhjemmet



Avtroppet nestleder i NSF Student, Eirik Aldrin (bildet), er student ved Lovisenberg diakonale høyskole, ikke Diakonhjemmet, slik det kom fram i Sykepleien nr. 8–2013.

Red.

# Dyster fremtid for offentlige tjenester

Ingen land i Europa når fødselsraten på 2,1 barn per kvinne, som skal til for å videreføre befolkningen. I tillegg fører store medisinske fremskritt økt levealder. Dermed endres befolkningens alderssammensetning.

Resultatet er færre yrkesaktive til å finansiere pensjonene. Mye av byrden vil falle på stadig færre lønsmottakere. Og tar vi tillegg den strukturelle arbeidsledigheten i Europa, ser horisonten mørk ut. De fleste land i Europa har nylig økt eller er i ferd med å øke pensjonsalderen, og i mange land jobber lønsmottakere lenger enn den lovfestede pensjonsalderen.

Om vi får produktiviteten til å øke, øker lønningene i de produktive sektorene, da disse følger med veksten. Økt produktivitet betyr at man klarer å produsere mer på stadig færre hender. Men i tjenester som krever mye arbeid, slik som i helsesektoren, er det ikke mulig å hente ut produktivitetsøkningen uten at det går på bekostning av kvaliteten.

I Tyskland blir det stadig mer vanlig å sende de eldre til lavkostland som Thailand. Kostnadene til eldreomsorgen er større enn den politiske viljen. Fremskrittspartiet har allerede vært inne på tanken å eksportere eldreomsorgen, og Civita foreslo

nylig å hente pleiere til Norge på slaveliknende arbeidskontrakter etter den mye misbrukte au pair-ordningen.

Et alternativ er en større omfordeling av den private rikdommen (i Norge er den spesielt sterkt utbredt) for å bøte på fattigdom, men aldri har det vært mindre politisk vilje til dette enn nå. Adam Smiths advarsel i Wealth of nations om «industriherrene som klager på høye lønninger, men sier ikke noe om de negative virkningene av høy profit», er for lengst glemt. De gamle ytelsespensjonene forlades til fordel for innskuddspensjon og privat pensjonssparing, som både fritar bedriftene for forpliktelser og tilfører kapital til en alltid tørstende finanssektor.

Pensjonsfondene er noen av de største aktørene i finansmarkedene. Med tanke på disse finansmarkedenes profittjakt og manglende vilje til samfunnsansvar, er det verdt å spørre seg om de som er unge i dag noensinne vil se noe som helst til innskuddene. Sannsynligvis vil de gå opp i kapitalismens spekulative røyk i et kommende økonomisk krakk lenge før deres pensjonsalder nås.

Arnstein Vada



## Vinn gavekort på 3.000



Lik oss på Facebook innen 1. oktober og bli med i trekningen av et gavekort på 3.000 kroner. Vi offentliggjør vinneren i blad nr. 10.

På Facebook-siden vår får du også tilgang til diskusjoner blant sykepleiere, nyheter og faglige artikler.

Sykepleien

### Fra Sykepleiens Facebook-side



**f** **Kvinnene nedprioriterer drømmen om høy inntekt når de velger jobb etter studiet, ifølge seniorforsker Bente Abrahamsen.**

**Mette Celius-Forwald:** «Velge» deltid? Jeg har ikke «valgt» deltid. Jeg har valgt å utdanne meg til noe samfunnet hevder de har svært stort behov for, både nå og i fremtiden, men heltidsjobb er ikke å oppdrive!

**f** **Per Nortvedt: Empatisk sensitivitet er grunnleggende i all sykepleie.**

**Hege Vaagan:** All helsepersonell bør med fordel inneha dette spekter av empati og sympati, som det omfavner. Ofte skiller man mellom «det somatiske blikket» og det «psykiske blikket». Førstnevnte for eksempel; hudfarge, blek, grå osv. Mens det «psykiske blikket», på folkemunne kalt, «sjelens speil»-der man må se pasientens øyne-for å kunne forutsi smerte og handling deretter. Man må aldri glemme at det er svar mellom kropp og sjel.

**f** **Sykepleiere med utdanning fra utlandet klager etter avslag hos Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.**

**Hege Vaagan:** Norge har vel bruk for all kompetanse, om helsepersonell har utdanning fra utlandet, er vel uvesentlig. Fokuset bør vel være kompetansen som helsepersonell for øvrig, enten man er norsk eller ikke. For å «fylle huller» i turnusen, må man nødvendigvis ansette helsepersonell, uavhengig av utdanning fra utlandet. Men turnusordningen og ansettelse i små stillinger, presser videre helsepersonell til å jobbe ugunstige vakter!

**Eli Ringen Reksten:** Men en helt annen ting: de har vel sjekket med autorisasjonskontoret før de valgte utdannelsen? Selv har jeg utdanning fra DK og det var det første jeg sjekket før jeg satte i gang.

**Hallveig Guðjónsdóttir:** Men viktig at de kan kommunisere på norsk !!!

## Tydelig – modig – stolt

Jeg liker sykepleiernes slagord – Tydelig – modig – stolt. Det fanger opp mine inntrykk fra møter med sykepleiere fra hele vårt helsevesen gjennom det siste året.

Det er et klart fortrinn for oss at vi har et sterkt offentlig helsevesen, der vi prioriterer nettopp for pasientens beste. Derfor håper jeg vi kan jobbe sammen mot mer konkurranseutsetting og privatisering. Store oppgaver venter oss, med flere eldre, en sykdomsbyrde i endring og behov for nye investeringer i ansatte, bygg, utstyr og IKT-løsninger. De store pengene må gå til dette, ikke til store skattekutt.

Dyktige fagfolk er nøkkelen. Jeg ønsker flere sykepleiere og flere sykepleiere med videreutdanning. For uten sykepleiere stopper Norge.

Vi er helt enige om at vi må ha flere heltidsstillinger. Landsmøtet til Norsk Sykepleierforbund har vedtatt at heltidsarbeid skal være en rettighet som skal oppnås uten økt helgebeklastning. Det er et ærlig og tydelig standpunkt som er lett å forstå. Men, som Eli Gunhild Bye skriver i en kronikk i DN 13. juni i år, det er utfordrende å jobbe for begge målene samtidig. Men at det er utfordrende betyr ikke at det er umulig.

I en opphetet debatt om arbeidstid og avtaler ble jeg tillagt meninger jeg ikke har av en stor avis' første side. La meg være tydelig: Jeg har alltid sett på sykepleieren som definisjonen på én som er fleksibel. Det finnes vel knapt noe yrke der den ansatte må kunne tenke nytt så raskt, til alle døgnetstider, tilpasse seg pasientens varierende behov, finne nye løsninger, stille opp, bidra. Så jeg mener ikke at sykepleieren må være mer fleksibel. Men jeg mener deler av arbeidsdagen i helsevesenet vårt kan organiseres bedre. Fordi vi trenger å behandle flere, utnytte kapasiteten bedre og møte pasientenes varierende behov. Slike løsninger må vi finne sammen, i tråd med det norske arbeidslivets gode tradisjoner.

NSF er en talefører og erfaren organisasjon for

sine medlemmer. NSF er tydelig og fremmer sine krav med tyngde. I det store bildet ser vi gode løsninger. Så er det også vanskelige saker, som spørsmål knyttet til arbeidstid og lønn. Jeg skal ikke gå inn i forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår. Det er min jobb å jobbe for politiske beslutninger som gir norsk helsevesen, pasientene og de som jobber der et best mulig utgangspunkt. Å løse de uenighetene som noen ganger oppstår mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, krever noe av begge parter. Det krever blant annet mot. Jeg vet at sykepleierne er modige.

I min jobb som helse- og omsorgsminister besøker jeg mange arbeidsplasser og jeg møter mange sykepleiere. Jeg vet mye om den innsatsen dere gjør og den kompetansen dere besitter. Jeg ser hvor stolte dere er over den jobben dere gjør.

Jeg er som dere opptatt av kompetanse generelt og sykepleierkompetanse spesielt. Kompetanseløftet 2015 har resultert i at 7 500 personer med høyskoleutdanning, de fleste sykepleiere, har gjennomført videreutdanning. Antall geriatriske sykepleiere har økt med 58 prosent i perioden 2007 til 2012. Antall sykepleierårsverk med psykiatrisk spesialkompetanse har økt med 39 prosent.

Vi har allerede nå varslet at vi vil fase kompetanseløftet over i et nytt; Kompetanseløftet 2020. Jeg gir tydelig beskjed til de regionale helseforetakene om at de skal utvikle planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell. Inkludert i dette er planer for videreutdanning av spesialsykepleiere.

Vi trenger flere dyktige mennesker i denne sektoren. Kompetansebehovet vil også endre seg. Sykepleierne var uenige da vi laget en ny profesjonsnøytral helse- og omsorgstjenestelov. Men jeg kan si veldig tydelig at er det en yrkesgruppe som fortsatt vil ha en naturlig sterk og selvskreven plass i norske kommuner og på sykehusene, så er det sykepleierne. Dere er na-

vet i systemet.

Jeg ønsker at sykepleierne opplever helse- og omsorgssektoren som en spennende karrierevei med muligheter for utvikling og nye utfordringer. Vi trenger flere spesialsykepleiere. Det er partenes ansvar å ta stilling til lønns- og arbeidsvilkår under etterutdanning. Jeg vil for min del ta initiativ til en dialog mellom NSF, KS og de regionale helseforetakene for å se på behovet for spesialsykepleiere i et nasjonalt perspektiv.

Arbeiderpartiet har lang tradisjon i å samarbeide med ansatte. Det gjør vi fordi vi tror på dialog og respekt. Det er godt for de ansatte. Det er godt for arbeidsplassen. Og da er det som oftest også godt for pasienten.

Sykepleierforbundet er imot en privatisering av helsetjenesten. Dere ser som oss at vi trenger å slå ring rundt den offentlige helsetjenesten. Dere ser som oss at konkurranseutsetting kan ramme ansattes lønns- og pensjonsvilkår. Det å lage butikk av eldreomsorgen fører til at vi gradvis tenker annerledes. I stedet for samarbeid, tenker vi konkurranse. I stedet for å dele de gode ideene, blir disse forretningshemmeligheter. I stedet for dialog om fagutvikling, tenker vi posisjonering for kommende kontraktsforhandlinger. I sum er ikke det bra for brukerne eller de ansatte. Her tror jeg sykepleierne og vi kan danne en felles front.

Mitt første oppdrag som helse- og omsorgsminister var å hilse sykepleierne på deres 100-årsjubileum. Det er snart ett år siden. Da sa jeg: «Vår helse- og omsorgstjeneste er mulighetenes sektor. Ser vi utenfra mot Norge, så ser vi en av verdens beste helsetjenester. Det skyldes først og fremst menneskene som jobber der – det skyldes dere.»

Alt jeg har erfart dette året gjør at jeg med glede gjentar det budskapet.

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre



## INNSPILL Rekruttering

Karen Brasetvik, leder for  
Sykepleierforbundet i Østfold

# Strupetak på sykepleierne feil medisin

Akutte og alvorlige bemanningsproblemer i helsevesenet løses ikke ved å ta strupetak på landets 100 000 sykepleiere.

**M**ange sykepleiere følte seg krenket av medieoppslagene på forsommeren. VGs oppslag om at helseminister Støre tar strupetak på sykepleierne og Spekters leder Bratten som ikke vil snakke med Sykepleierforbundet, fikk det til å koke både på Facebook og på vaktrom.

Det alvorligste er likevel at norske ungdommer og andre, som er aktive på sosiale medier og følger med på debatter, ser at Norges fremste ledere for helsepersonell vil snu klokka 30 år tilbake i tid for å løse helsevesenets store bemanningsproblemer. Arbeidsgiverorganisasjonene KS og Spekter vil tilby sykepleiere og annet helsepersonell arbeidstidsordninger som for lengst er utgått på dato. I 1987 fikk alle arbeidstakere 2,5 timer kortere arbeidsuke. Turnusarbeid med tredje hver helg ble en ny standard i Helse-Norge. Å gjeninnføre hyppigere helgearbeid styrker ikke rekrutteringen til helsesektoren.

Mens de fleste har fri, må blant annet sykepleiere jobbe. Turnusarbeid er helt nødvendig i helsetjenesten. Sykepleiere må være til stede på arbeidsplassen hele døgnet, hele uken, hele året. Men det er en helseisriko knyttet til å jobbe turnus. Gode arbeidstidsordninger er sykepleiernes «vernesko» og nødvendig for at vi skal kunne stå lenge i jobb.

De fleste sykepleiere jobber turnus med arbeid tredje hver helg. Det betyr at man jobber 17 helger i året. I tillegg jobber vi påske, 1. mai, 17. mai, pinse og jul. Daglig gir Sykepleierforbundet arbeidsgivere dispensasjon fra EU-direktivets krav om 11 timers hvile mellom vaktene. Og når resten av landet går i feriemodus, jobber sykepleiere og annet helsepersonell på spreng.

Sykepleiere er nesten grenseløst fleksible for å sikre pasienter best mulig sykepleie og behandling. Ifølge NOA (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse) er det ingen andre arbeidstakere som er så utsatt for tidspress og belastninger som sykepleiere. Arbeidstilsynet har avdekket at det ikke er samsvar mellom arbeidsoppgaver og bemanning i helsetjenesten. Ledere bekrefter at bemanningen er underdimensjonert i forhold til pasientenes behov. Ofte er det færre sykepleiere på jobb enn det som er planlagt. Det er ikke et helgeproblem. Slik er det hele uken.

Dette har sin pris. Sykepleiere er den yrkesgruppen som er

minst fornøyd med lønn og arbeidstid og som i størst grad ønsker å slutte. Og mange gjør det. 8,5 prosent av landets 100 000 sykepleiere jobber i andre næringer.

Mens behovet for sykepleiere vokser, øker ikke utdanningskapasiteten tilsvarende. Årlig utdannes det ca. 3 400 sykepleiere. Det dekker knapt avgangen fra yrket. Deltidsansatte sykepleiere utgjør en stor arbeidskraftreserve. Høy vaktbelastning og stort arbeidspress gjør at mange sykepleiere jobber deltid. Mangel på hele stillinger tvinger nyutdannede sykepleiere til deltidarbeid. Det er dårlig nyttiggjøring av etterspurt kompetanse.

Sykepleiermangelen løses ikke ved at sykepleiere jobber oftere enn hver tredje helg. Spekter har helt rett når den viser til at flere må fordele den ubekvemme arbeidstiden. Da må man øke bemanningen – ikke presse dem som allerede jobber mye ubekvemt.

Rekruttering av sykepleiere er en av de største utfordringene offent-

«Å gjeninnføre hyppigere helgearbeid styrker ikke rekrutteringen til helsesektoren.»

lig sektor har. Det er KS og Spekter enige i. Spekter viser til at ungdom syns at sykepleieryrket er et av de viktigste yrkene man kan ha. Men de ønsker ikke selv å bli det. Hva gjør så Spekter og KS for å friste dem til å bli sykepleiere? Og hvordan møter de den største utfordringen de har? Her savner vi offensive arbeidsgivere som har noe å by på! I stedet møter vi arbeidsgivere som vil tyne ressursene maksimalt og krever enda mer fleksible sykepleiere. Ikke rart sykepleierne raser!

Nyutdannede sykepleiere vil ha hel stilling, god lønn og et godt arbeidsmiljø. Og de vil kunne kombinere jobb og familieliv. Skal vi rekruttere dyktige gutter og jenter til sykepleieryrket, må arbeidsgivere bidra til å skape attraktive arbeidsplasser i kommuner og på sykehus. Det gjør man ikke ved å tvinge sykepleiere til å jobbe oftere enn hver tredje helg. ■■■



## KRONIKK

# Barns rettigheter

Inger Mjøs, mamma

# Er det for mye forlangt

Jeg er så heldig å være mamma til to herlige jenter. Den yngste jenta mi er syv år – frisk og rask. Den andre jenta på ni har vært alvorlig syk halve livet sitt.

**T**re dager før jul noen år tilbake fikk vi beskjeden alle foreldre frykter å få: Vår datter på tre og et halvt år hadde fått leukemi. Hvordan skal man ta en slik beskjed? Verden raser sammen. Alt som før var en selvfølge, ble nå en usikkerhet. Leggestunden med døtrene mine fikk en ny betydning da det var uvist om morgendagen ville komme for oss alle fire. Hittil i livet hadde jeg vært vant med at om livet bød på utfordringer, så kunne jeg ta noen valg og komme meg videre. Nå hadde vi ingen mulighet for valg.

Sykdommen var så nådeløs at den ville komme til å velge selv. Vi sto maktesløse, uten kontroll over vår datters liv og skjebne. Vi hadde en oppgave: Å gjøre hverdagen så normal og positiv som mulig for begge våre døtre.

### En annen hverdag

Etter de verste tankene og følelsene hadde lagt seg, viste det seg at det vanskeligste i vår situasjon ble det å kunne gi våre døtre positive hverdagslige opplevelser i en ellers umenneskelig og tøff hverdag. Barnekreft, og særlig leukemi, har lang behandlingstid. Opp mot tre år gis cellegift og andre sterke medisiner i ulike doser og varianter, både hjemme og på sykehus. Dette bryter ned barnas immunsystem så det til tider er mest helt fraværende. Det vil si at selv en liten forkjølelse fort kan bli livstruende. Vi fikk beskjed om

«Alt som før var en selvfølge, ble nå en usikkerhet.»

at vi bare kunne omgås personer som var hundre prosent friske, og som ikke hadde vært i kontakt med noen med infeksjoner i forkant av å være sammen med oss. Vi kunne ikke lenger gå ordinært i jobb, skole, barnehage, gå på butikken med barna eller benytte offentlig transport. Vi kunne heller ikke delta på noen form for ordinære fritids- eller kulturaktiviteter.

Realiteten og hverdagen ble til at vi fire satt hjemme i stua alene. Sjelden kunne vi, eller turte vi, ha besøk på grunn av smittefaren. Det var svært få reelle tilbud vi kunne benytte oss av for å få en smule sårt trengte positive stimuli og opplevelser.

### Isolert i stua

Jeg husker spesielt en episode som skulle vise seg å endre vår situasjon: Vi var ute på trilletur i byen på de områdene vi visste det var

minst sannsynlig å treffe på så mange andre. Vi traff likevel på en familie i samme ærend. Deres barn gjorde som barn flest synes er naturlig, nemlig å prøve å oppsøke våre barn for kontakt. Våre døtre ble livredde, gråt høylytt og løp det de var gode for mens de ropte på hjelp fra oss foreldre. De fortalte meg senere den kvelden at det var så trist å være annerledes, at det var vondt å være redd for å bli smittet av andre barn og at de hadde en drøm om å være sammen med andre barn.

Det var på dette tidspunkt jeg så at jeg likevel hadde mulighet til å fatte et valg. Det er ingen god situasjon for en familie med to barn kombinert med alvorlig sykdom å sitte isolert i stua i tre år uten kontakt med omverden. Jeg bestemte meg derfor for å kjempe for å bli inkludert i samfunnet.

### Ble inkludert

Det begynte med at jeg sendte en mail til Kristiansand kino. Jeg spurte om det var mulig å få lov å se kino i en egen sal. Responsen var umiddelbar positiv. Vi var hjertelig velkommen, og de skulle sette opp en forestilling mellom to andre forestillinger så ikke vi kom i noe folkemengde. Jeg kontaktet så sykehuset og ba om hjelp til å formidle dette til andre aktuelle familier. Vi kunne jo være sammen med andre familier. De lever under samme forholdsregler som oss.

Den Elias-forestillingen på kinoen kommer jeg aldri til å glemme! Vi hadde noe å glede oss til, vi var sammen med andre på en helt annen arena enn sykehuset, vi så en fantastisk film, og vi hadde noe positivt å snakke om i ettertid. Vi fikk rett og slett et annet fokus og en annen vinkling på hverdagen. Viktigst av alt: Vi ble inkludert i det hverdagslige livet med de gode samlingspunktene.

Nå begynte jeg å jobbe mer målrettet. Jeg startet opp og drev et aktivitetstilbud for disse barna på eget initiativ, og fikk støtte fra kommunen. Det var imidlertid viktig for meg at disse barna, deres søsken og familier skulle ha et tilbud også etter at vår datter var frisk. Etter en interpellasjon i bystyret, ble det vedtatt at alvorlig syke barn og deres søsken og familier skulle få tilbud om fritids- og kulturopplevelser samt et eget barnehagetilbud.

### Positive opplevelser

Se for dere stoltheten i disse barnas ansikter da de deltok i en egen ballettforestilling, da de lagde fotoutstilling her i byen, eller da de lagde et eget løp til inntekt for videre aktiviteter. De har også hatt ansvar for konserter åpen for byens befolkning. Her stilte Anne Marie Almedal og Alejandro Fuentes gratis opp. Se videre



# å bli inkludert?



**UT AV ISOLASJON:** Det er mulig og det er viktig å få til aktiviteter for alvorlig syke barn, skriver kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

for dere gleden ved å ha gått fra å sitte hjemme til å ha vært på Sabeltann-forstilling, kokkekurs, sirkus, ponniridning, karneval, Start-kamper, på tur med Color Line til Legoland, på minikonsert med Thom Hell og hans Team Thom. Eller da de var med på Sørlandsparken Grand Prix og helikoptertur. For ikke å glemme da disse barna laget moteshow i byen hvor de selv gikk modeller.

Vi har gjort så mye mer enn vist til ovenfor. Vi har gått fra å sitte i stua alene til å ha blitt integrert i hva samfunnet har å tilby av positive opplevelser. Å ha hatt denne muligheten for sosialisering med andre barn og familier og tilgang til positive fritids- og kulturopplevelser, har betydd utrolig mye i den situasjonen det er å leve med et kreftsykt barn. Det har også i veldig stor grad

påvirket vår evne til å returnere tilbake til hverdagen igjen når våre barn blir friske.

## **Mange mangler tilbud**

Men, for det er et «men» her: Hvordan kan det ha seg at det er vi foreldre som må skape et tilbud, og som må kjempe for at våre barn på lik linje med andre blir inkludert? Og hvordan kan det ha seg at det er akseptabelt at det er stedsavhengig om disse barna har et tilbud eller ei?

I fare for å framstå som utakknemlig og storforlangende, må jeg likevel driste meg til å spørre om det er for mye forlangt å bli inkludert ...? ■■■



**Hvorfor:** Profilert forkjemper for rettighetene til de svakeste i samfunnet og for at staten skal være livssynsøytral. Nå går han av.

**Stilling:** Generalsekretær i Kirkens Bymisjon

**Utdanning:** Teolog og prest

**Alder:** 49

# På de svakestes side

– Vi må aldri fjerne oss fra de grunnleggende verdier som vårt samfunn bygger på: solidaritet og likhet. Det er viktigere enn noen gang, sier avtroppende generalsekretær i Kirkens Bymisjon, Sturla Stålsett.

Tekst **Astrid Svalastog** Foto **Stig Weston**



**S**tålsett, som ved årsskiftet går av som generalsekretær i Kirkens Bymisjon, har en viktig oppfordring til våre politikere før høstens valg:

- I et bortskjemt land med topp privilegier må vi ikke bli oss selv nærmest. Fattige, eldre, syke og de som faller utenfor arbeidslivet må ikke glemmes. Et godt fungerende helsetilbud er en forutsetning for å ivareta et menneskets verdighet, enten man er fattig eller rik. Dette må våre politikere slåss for og holde i hevd!

Etter sju år i en jobb som han selv ser på som en av de mest spennende og givende man kan ha, takker han nå for seg.

- Det har vært utrolig lærerikt og en stor glede å få jobbe i en så sterk og sentral organisasjon, og stå tett sammen med mennesker i krevende situasjoner. Arbeidet omfatter alt fra eldreomsorg, psykiatri, rus og ulike former for menneskehandel. Vårt oppdrag er å avdekke, lindre, påvirke og bidra til å fjerne årsaker til sosiale problemer. Å kunne være med i en sammenheng der man har mulighet til dette, er utrolig givende.

**I DONGERI OG** løs skjorte tar han smilende imot oss i Kirkens Bymisjons lokaler i Torggata i Oslo.

Organisasjonen driver over 40 virksomheter i Oslo med over 1000 ansatte og 1400–1500 frivillige.

Når han skal slappe av etter jobb, tyr rockeren, forskeren og presten Sturla Stålsett til gitaren.

- Da tar jeg meg gjerne noen klassiske stykker på nylonstrengene.

Han spiller fortsatt i band. Tidligere var det punkbandet Fort & Gæli som gjaldt, i dag får han opp volumet i bandet Container.

- Vi har spilt sammen i 10–15 år. Gitaren og bandet er en avgjørende kilde til avkopling og glede, smiler han bredt.

I tillegg er fotball viktig.

## «Maktesløsheten kan ha en skummel effekt på oss.»

- Jeg ser gjerne på fotball, men jeg synes det er mest morsomt å spille selv. Jeg håper jeg får lov til å fortsette å spille fotball med gjengen i Bymisjonen også etter at jeg har sluttet, sier han med et gutteaktig flir.

**STURLA STÅLSETT HAR** særlig markert seg innen to områder i den offentlige debatten dette siste året: I januar kom utredningen om tros- og livssynspolitikken som skapte mye røre og debatt. Og i år som i fjor har debatten om romfolket blusset opp.

- Ble du overrasket over debatten som oppstod etter at utredningen om tros- og livssynspolitikken ble lagt fram?

- Det overrasket meg at rapporten ble lest som et angrep på den norske kulturarven. Det er jo helt feil. Rapporten er en understrekning av tro og livssyns betydning for enkeltmenneske og samfunn. I motsetning til det mange forventet for to–tre tiår siden, viser dagens samfunnsdebatt at tro og livssyn stadig har

en stor betydning både for oss som enkeltmenneske og samfunn.

Svært mange opplever utvalgets rapport som en ytterligere avkristning av Norge. Stålsett er helt uenig i dette.

- Tiden er utvilsomt moden for en livssynspolitisk debatt. Uenighet vil ofte ha en høy temperatur. Det er ikke nødvendigvis et problem. Det kan tvert imot være en styrke. Et godt samfunn, som er demokratisk og livssynsåpent, kjennetegnes ved at en lever godt med uenighet selv om de mest fundamentale spørsmål i tilværelsen. Utredningen sier et klart ja takk til tro og livssyn. Statens oppgave er å likebehandle og ikke velge seg en aktør, understreker han.

Debatten om fattige tilreisende, og særlig debatten rundt romfolket, står han midt oppe i. I år som i fjor opplever vi at fattige kommer til landet vårt for å tigge. Stålsett sier han er skremt over debatten om romfolkets situasjon og tilstedeværelse.

- Språkbruken blant enkelte politikere, politi og ellers oppgående medier er stigmatiserende og nedverdiggende. Det er skremmende når det kommer offentlige uttalelser om deportasjon og innstramninger i lovverket rettet mot en bestemt gruppe mennesker.

Stålsett mener utfordringen med fattige som kommer til Norge for å tigge er relativt liten og fint håndterbar for oss som samfunn.

- De som kommer har store problemer, men for oss som samfunn er ikke dette et stort problem. De som kommer hit har krav på anerkjennelse og respekt. Gode sanitære forhold og helsetilbud er like viktig for denne gruppen mennesker som for andre. Det er helt fundamentalt for å bevare verdigheten, understreker Stålsett.

**I JUNI GIKK** Kirkens Bymisjon og Røde Kors sammen og åpnet overnattingstilbud til fattige tilreisende. Her kan de for en billig penge vaske seg, skifte klær og bo i inntil tre dager. I løpet av sommeren ble også noen få leiligheter stilt til disposisjon for de aller mest utsatte.

- Dette er enkle tiltak som innebærer at de har mulighet til å få dekket basale behov, sier Stålsett, som med bekymring legger til:

- Vi må ikke som samfunn fjerne oss fra grunnleggende verdier som likhet og solidaritet. Dette er verdier som både den enkelte og våre politikere må fastholde selv om det vil koste oss noe. Solidaritet og likhetstanken må ikke glemmes. Vi må være raus og gjestfrie mot dem som kommer hit. Vi må være villig til å dele. Dette er grunnleggende verdispørsmål for oss som nasjon og som mennesker.

Han stoler ikke på tallene som angis for hvor mange fattige som kommer hit til landet og omfanget av problemet.

- Det finnes ikke statistikker over dette. Når avisene skriver at vi oversvømmes av fattige tiggere bruker de tall som ikke kan dokumenteres.

Påstanden fra politiet om at det var 2000 tiggere i Oslo i fjor, samtidig som de ikke kan redegjøre for hvor dette tallet kommer fra, gjør en ulykksalig situasjon verre, mener Stålsett. Han advarer mot utspill som kan bygge opp under uro og negativ stemning mot denne gruppen mennesker.

Han mener vi heller må få til enkle tiltak som letter livet til fattige tiggere. Samtidig mener han at folks ubehag ved å møte disse fattige må tas på alvor.

- Vi er vant til stor likhet i samfunnet vårt og uvant med å se tigging i gatene. Det å bli stilt overfor denne skjevheten gir et

ubehag vi må ta på alvor. Maktesløsheten kan ha en skummel effekt på oss.

**EN ANNEN GRUPPE** Stålsett brenner for er papirløse innvandrere. Innvandrere uten papirer har ikke rett på offentlig helsehjelp, kun akutt hjelp. Bymisjonen driver i dag et helsesenter for å ta imot de papirløse hvor de tilbys legesjekk og andre helsetjenester. Opp mot 100 frivillige, flesteparten helsearbeidere, deltar i dette arbeidet som ledes av en sykepleier.

– Her gjøres det en formidabel og viktig jobb av mange helsearbeidere og sykepleiere. Et menneske med eller uten papirer som er sykt er et menneske som har krav på og rett til hjelp og omsorg, sier Stålsett.

I juni ble Bymisjonens Psykiatriske Døgnrehabilitering (BPR) i Oslo lagt ned. 32 behandlingss plasser for unge med psykiske lidelser ble dermed borte. Stålsett er dypt bekymret for disse unge som har det svært vanskelig.

– Stengningen skyldes uheldige utslag av Samhandlingsreformen. Alle skyver fra seg det økonomiske ansvaret, sier Stålsett og legger til:

– Det er og har vært et stort behov for tilbud til denne gruppen unge mennesker. Nå er situasjonen verre enn noen gang.

Stålsett peker også på den vanskelige og uverdige situasjonen mange eldre er i.

– Eldreomsorgen må komme mer til syne i samfunnet og samfunnsdebatten. Her er det mange mangler og mye nød som jeg ikke var klar over før jeg møtte den gjennom mitt arbeid her i Bymisjonen.

– *Hvordan det har vært å vokse opp med en så profilert far som Gunnar Stålsett?*

– Jeg er veldig glad for å ha den familiebakgrunnen jeg har. Jeg er veldig glad i min far, min mor og min tre år eldre søster. Jeg har vokst opp i en familie hvor det har vært mange diskusjoner og høyt under taket. Jeg har blitt gitt stor frihet.

– *Har dette påvirket ditt valg av yrke?*

– Det har det nok, men jeg kunne like gjerne blitt samfunnsviter, sier Stålsett, som tok statsvitenskap grunnfag etter å ha studert teologi noen år.

I dag ser han slett ikke bort fra at han går inn i Den norske kirke som prest.

– Jeg er glad i den tjenesten og kan godt tenke meg en slik stilling i framtida.

– *Hva gjør deg glad?*

– Jeg gleder meg stort over god mat sammen med gode venner og familie, svarer han uten betenkning.

Familien teller fire: Han selv, kona, sønnen Ådne på 14 år og Eivor på 12. Barna går på Sagene skole.

Til tross for at han selv valgte tidspunkt for å slutte i stillingen som generalsekretær i Bymisjonen, er det ikke med lett hjerte han forlater denne viktige organisasjonen.

– Det har vært sju utrolig givende, flotte og lærerike år. Kirkens Bymisjon er en spennende organisasjon som spenner over en vidt felt.

**OG DET ER ikke bare han** som blir tung om hjertet når han i høst takker for seg.

– Vi hadde håpet vi kunne hatt ham noen år til, sier en nær medarbeider

– Det er sjelden å være i nærheten av en leder som er så helstøpt, vennlig, motiverende, faglig og direkte. Han skaper en trygghet

## «Jeg har blitt gitt stor frihet.»

rundt seg som er flott. Han har gjort en glitrende jobb for Kirkens Bymisjon. Han er oppriktig til stede og interessert i det som skjer på gata, sier han og legger til:

– Sturla er en spennende kombinasjon av det kreative og akademiske – og så har han musikken i seg. Hvis han selv vil, kan han bli en sterk og synlig leder også i framtida. ■■■

astrid.svalastog@sykepleien.no



# Synes du pensjon er komplisert?

Ifølge Statens Pensjonskasse vet bare annenhver nordmann hva de får i pensjon. Du er med andre ord ikke alene dersom du synes det er et komplisert tema.

I grove trekk kan alderspensjon deles opp i tre hovedkategorier. Folketrygd. Offentlig tjenestepensjon og offentlig AFP – eller privat tjenestepensjon. Privat AFP.

## 1. Folketrygd

Folketrygden er grunnmuren i pensjonen din. Alle har i praksis rett på den, og du får folketrygd helt uavhengig av hvor du har jobbet. Pengene kommer rett fra staten. Hvor mye du får, er avhengig av hvor mye du har tjent i arbeidslivet. Har du ikke arbeidet, får du en lavere folketrygd enn om du har arbeidet.

## 2. Offentlig og privat tjenestepensjon

Tjenestepensjonen er kun for de som har hatt inntekt fra arbeid. Tjenestepensjonen er avhengig av flere ting: lønnen din, hvor mye din arbeidsgiver har satt av til din pensjon, om du selv har betalt inn til pensjon, om du er garantert en gitt prosent av sluttlønnen din i pensjon, eller pensjonen kan være avhengig av avkastningen i kapitalmarkedet.

Det er forskjell på offentlige og private tjenestepensjoner.

### Tjenestepensjon i offentlig sektor:

Hvis du er ansatt i det offentlige har du automatisk en offentlig tjenestepensjonsordning. Det innebærer at du trekkes 2 prosent av lønna i «egenandel» til pensjon. I tillegg må arbeidsgiver spare til din pensjon. Tjenestepensjonen kan tas ut fra 67 år og kommer da på toppen av det du har krav på gjennom folketrygden. Man får da en satt prosentandel av sluttlønna utbetalt.

Gjennom hele arbeidslivet vet man altså omtrentlig hva man kommer til å få. Det kalles

ytelsespensjon når man på denne måten kjenner hva utbetalingen blir på forhånd. (I motsetning til innskuddspensjon – se under.)

Så er spørsmålet – hvor mye får en offentlig ansatt i pensjon? Hvis du har jobbet i det offentlige i minst 30 år, får du 66 prosent av sluttlønna når du går av som 67-åring. Dette gjelder deg som er født til og med i 1958. For deg som er født seinere, er det ennå ikke avtalt hvor mye lengre du må jobbe for å oppnå 66 prosent av sluttlønnen i pensjon.

Til slutt er det noe som heter AFP – avtalefestet pensjon. I offentlig sektor har alle rett på AFP. AFP er en ordning for de som vil ta ut deler av pensjonen mellom 62 og 67 år. Alle har rett på AFP, men man må oppfylle en rekke krav for å få det, blant annet at du jobber i offentlig sektor og har fylt 62 år.

### Tjenestepensjon i privat sektor:

Er du ansatt i det private, har du også krav på tjenestepensjon. Der du i offentlig sektor alltid har en ytelsesordning med pensjon på 66 prosent av sluttlønna, varierer dette veldig i privat sektor. Noen bedrifter (stadig færre) gir de ansatte ytelsespensjon, men pensjonsnivået i prosent av lønnen kan variere mellom 60 og 70 prosent.

I økende grad tilbyr bedriftene en innskuddspensjon. Det innebærer at arbeidsgiver betaler en prosentandel av lønnen i pensjon, 2–5 prosent. Disse pengene blir så forvaltet av finansforvaltere gjennom hele ditt arbeidsliv. Det er da veldig vanskelig å spå hvor mye pensjon man sitter igjen med til slutt.

Hvis du har vært ansatt flere steder, både i offentlig og privat sektor, begynner det å bli virkelig komplisert. Det korte svaret er at du blir sittende

med flere såkalte fripoliser som for alle vil være mye mindre verdt enn om du hadde fortsatt hos samme arbeidsgiver hele tiden.

## 3. Privat AFP

Mange arbeidstakere har «privat AFP» gjennom tariffavtalen. I privat sektor ble AFP lagt om i 2008. Du tjener opp en årlig ytelse som kommer i tillegg til folketrygden.

Ytelsen utbetales hele livet, den avkortes med tidlig uttak og den levealdersjusteres. Det betyr at AFP blir liten hvis du tar den ut ved 62 år, og mye større hvis du venter med å ta den ut ved 67 år. I tillegg reduseres ytelsen med økningen i forventet levealder. Du har bare rett på privat AFP hvis du har vært ansatt i en AFP-bedrift minst 7 av de siste 9 årene.

## Hva får jeg?

Det er ikke alltid et enkelt regnestykke. Men for noen kan det være enkelt. Har du jobbet i det offentlige hele veien, så skal du sitte igjen med 66 prosent av sluttlønnen dersom du er født før 1959. Det er når tjenestepensjon og folketrygd er slått sammen. Har du en mer komplisert karriere, med både ytelses- og innskuddspensjon fra offentlig og privat sektor, må du først og fremst vite hvor dine fripoliser og fordringer er og hvor mye de er verdt. Disse danner til sammen grunnlaget for hvor mye du får utbetalt. Regnestykkene og regelverket er komplisert, men ta kontakt med din nåværende og tidligere arbeidsgivere for å få oversikt.

Du kan også logge deg inn på [norskpensjon.no](http://norskpensjon.no) for å se en utregning av hva du kan få i pensjon.

Kilde: Unio

Passer på paragrafene:

