

## – Jeg har møtt mye arroganse

Madhu Sharma i Bærum har hjulpet mange flyktninger til å tilpasse seg Norge. Nå er hun blitt pekt ut som internasjonal rollemodell. Det har ikke kommet av seg selv.

TETT PÅ side 30

**Frykter hepatitt C-bombe ved UNN** side 6

**DOKUMENTAR: Legger ned barberbladet** side 20

**Likelønn: – Må i boks før valget** side 34

**DILEMMA: Fangetransport om igjen?** side 76



20



34



76

# NYHET i behandling av Alzheimer demens

Enkel<sup>1</sup>, effektiv behandling<sup>2</sup>



 **NOVARTIS**

Novartis Norge AS • Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo  
www.novartis.no • ID-kode: 4275/01.2008



## Barth Tholens om tredeling

**Stilling:** Redaktør i Sykepleien

**E-post:** barth.tholens@sykepleien.no

Er det noe du er irritert på? Skriv til aksjonisten@sykepleien.no

# Mer far, mindre mor!

Menn må godta at kvinnedominerte grupper får en bedre lønnsutvikling enn de selv. Men også kvinner må gi fra seg noe hvis vi skal nå målet om likelønn.

Som mann er jeg begeistret for ideen om en tredelt fødselspermisjon. Likelønnskommissjonen har foreslått en slik tredeling, etter modell fra Island. Der får både mødre og fedre en tredjedel av permisjonen, mens den siste delen er valgfri.

Kommissjonen begrunner sitt forslag med at mye av menns lønnsforsprang skyldes at de er mye mindre hjemme når barna er små. Siden det er mamma som har vært mest hjemme, sakker hun akterut i lønns- og karrieregaloppen. Menn som har kona si hjemme mens barna er små, kan til gjengjeld jobbe desto mer. Par, som i utgangspunktet står ganske likt når det gjelder utdanning og kvalifikasjoner, kan således komme ganske ulikt ut når småbarnsperioden er slutt. Forskjellen blir enda større når vi ser på konsekvensene i et helt liv. Langt flere kvinner enn menn blir til slutt minstepensjonister.

Likelønnskommissjonen har nå foreslått å snu denne utviklingen ved å introdusere tredelt fødselspermisjon. Forslaget er ett av et knippe foreslåtte tiltak hvor 3 milliarder til et lønnsløft til kvinnedominerte grupper i offentlig sektor har vært det mest overraskende og gledelige (les også Lisbeth Normanns leder på side 114). Forslagene er ikke blitt møtt med unison begeistring. Statsminister Jens Stoltenberg forsøkte å torpedere permisjonsforslaget allerede den første dagen. Andre har ment at det er urealistisk å løse likelønnsutfordringer gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Blant annet presterer arbeidsgiverorganisasjonen for sykehussektoren, Spekter, å skyte seg selv i foten ved å takke nei til å få tilført ekstra lønnsmidler over statsbudsjett for å kunne lønne sine sykepleiere bedre. Der i gården tror man fortsatt på at lokal lønnsdannelse og «mer fleksible arbeidstidsordninger» til slutt vil bringe oss nærmere målet om likelønn. Hvor de henter dette fra, er foreløpig en gåte.

Nå skal det ikke stikkes under stol at alle forslagene som sikter mot å oppnå likelønn, også

har haker ved seg. Det ligger nær sagt i sakens natur. Årsakene til dagens lønnsforskjeller er historiske og sammensatte. Å rette dem opp er komplisert. Ingen ønsker at lønningene i Norge hvert år fastsettes av finansminister Kristin Halvorsen. Å favorisere enkelte grupper framfor andre må heller ikke føre til en uheldig spiral der stadig nye grupper krever kompensasjon for lønnsutvikling de selv ikke har fått del i. Da er vil til slutt like langt.

Når utgangspunktet er skjevt og urettferdig er det likevel helt nødvendig å sette inn tiltak som favoriserer noen. Heldigvis aksepterer mange menn at slike ekstraordinære tiltak må til. Det viser en undersøkelse som NSF gjennomførte i fjor. Overraskende mange menn synes at kvinnedominerte grupper må få noe ekstra for å hente inn deres forsprang.

Dette må imidlertid også gjelde den andre veien. Hvis fødselspermisjonen deles i tre, slik likelønnskommissjonen foreslår, vil dette innebære at fars andel øker fra seks uker til fire måneder. Kvinner som har hatt lengst permisjon må altså «avse» noe til mannen. Erfaringene fra Island viser at menn har tatt omsorgsansvaret. De er blitt bedre pappaer. 90 prosent av fedrene tar ut sin tredel av permisjonen. Mannsdominerte arbeidsplasser er blitt nødt til å legge bedre til rette for fedrepermisjonen. Kvinner vil ikke lenger bli sett på som mer «usikre» jobbsøkere enn menn i en småbarnsfasen. Alt dette fremmer likestilling på en god måte. Og i lengden også likelønn.

Selvfølgelig er det også haker ved dette forslaget. Hvis ikke fødselspermisjonen blir forlenget, vil mer tid hjemme for pappa bety mindre tid hjemme for mamma. Det er en pris som kvinnen bør være villig til å betale for å nå et mål som er viktigere. Å klynge seg fast til dagens «privilegium» med henvisning til mors spesielle forhold til barnet, fremmer ikke det andre målet om at far skal komme mer på banen og at mor ikke skal



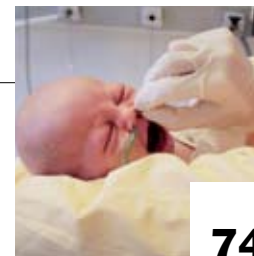
VIL TIL PAPPA: Menn bør få sin del av samværet med barna, mener Barth Tholens, og applauderer likelønnskommissjonens utspill.

lide når hun senere kommer ut i arbeidslivet.

Fødselspermisjon er ikke en ordning som kvinner «eier». Det er derfor feil å si at forslaget «tar fra mors permisjon». Permisjonen er først og fremst knyttet til barna og gjør det mulig for arbeidende foreldre å slippe å sende barna til barnepass det første året. Det er en human ordning, i dag en av de raueste i Europa.

Å innføre en tredeling synes først og fremst å være en god idé fordi mannen og kvinnen får tildelt likeverdige roller både hjemme og ute. Far bør gis en egen rett til opptjening til fødselspermisjon, slik at familien ikke lider økonomisk av at far blir hjemme. Selvfølgelig skal en også se på at barnas helse (amming) blir ivaretatt. Men så vidt jeg forstår har barna på Island overlevd den nye ordningen fint.

*Barth Tholens*



Fotograf: Marit Fonn

**Sykepleien**

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

**Ansvarlig redaktør**

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

**Markedssjef**

Ingunn Roald  
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12  
ingunn.roald@sykepleien.no

**E-post:**

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

**Repro og trykk**

Stibo Graphic AS

**Sykepleiens formålsparagraf:**

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

- 6 Enda flere kan ha fått hepatitt C
- 7 Sykepleier holder tett om egen smitte
- 9 **Vi bare spør** Morten Falkenberg
- 10 Folk
- 13 Ny tid for hovedstadssykehusene
- 14 Kvalitetsindikatorer må si noe
- 16 Samisk hjelp til sykepleiere
- 18 Stor innsats, uklar gevinst
- 20 **Dokumentar:** Har lagt ned knivane
- 26 Flere babyer får hjelp
- 26 Er obs på fødselsdepresjoner
- 29 Svanen inn på sykehuset
- 29 Alt skal fram
- 30 **Tett på:** Madhu Sharma
- 34 – Må i boks før valget
- 36 Politiet undersøker sykepleier-import
- 36 – Betaler veldig mye
- 37 Nekter å betale overpris
- 38 Bedre kontroll med vikarbyråer
- 38 Forsvant fra sommerjobben
- 40 **Bøker:** Forfatterintervju: Åsa Moberg
  - Månedens bok
  - Bokomtaler
  - 9 spørsmål til Katrine Fangen
- 46 På veggen
- 48 Hjelper til med sexkjøp
- 50 Vil finne de minste
- 53 Fagnotiser
- 54 – Må kunne mer enn teknikk
- 56 **Tema:** Afp
  - Bokstaver verdt en kamp
- 74 **Øyeblikket:** Sinna på suget
- 76 **Dilemma:** Fangetransporten om igjen?
- 78 Dilemmasvar
- 80 Minneord
- 81 **Refleks:** Jon Hustad
- 82 Siden sist
- 83 Meninger
- 86 Quiz
- 87 Før

**Fag i utvikling:**

- 60 Kultur for eldre: Tilfeldighetenes marked
- 62 Utvekslingsstudenter i norsk sykepleierutdanning
- 67 Bruk berøring bevisst
- 70 Bedre praksis med elektronisk hjelpemiddel
- 72 Sorg traumer og forandring

88 Sykepleien JOBB – ledige stillinger

106 Meldinger, skoler og kurs

112 **NSF:** Meld deg på sykepleierkongress!

- Samarbeider om sykehusene
- Østfold først

114 **Lisbeth Normann** om lønnsoppgjør

**Tilfeldig kultur**

Helse handler ikke bare om sunnhetstilstanden, men også om å ha et rikt og meningsfylt liv. En gruppe studenter undersøkte kulturtilbudet på ti sykehjem og dagsentre. De fant ut at det er svært tilfeldig hva slags tilbud de eldre får.



Foto: Colourbox

# Enda flere kan ha fått hepatitt C

400 pasienter er blitt sporet opp av sykehuset i Tromsø etter at det ble oppdaget at en kirurg har smittet to pasienter med hepatitt C.

I oktober ble det kjent at en kirurg ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) hadde smittet to pasienter med hepatitt C. Dette skjedde før han selv visste at han var smittet. Sykehuset har nå tilbake-sporet 400 pasienter som kan ha blitt utsatt for smitterisiko etter å ha blitt operert av kirurgen i en periode fra 2005 til 2007.

– Vi frykter at flere enn de to er smittet, sier Anne Husebekk, professor i immunologi og leder for enhet for forskning og kvalitet på UNN.

Hun vil ikke ut med det konkrete antallet smittede pasienter. Sannsynligvis er kirurgen selv blitt smittet av en pasient han har operert. Siden kan han ha smittet flere pasienter under operasjon.

– Stikkskader under operasjon er ikke uvanlig. Og vi vet at mange kirurger ikke følger rutinene for oppfølging av stikkskader.

## Samme genotype?

UNN ønsker å ta flere blodprøver av pasientene. Kirurgen og pasientene må ha samme genotype av hepatitt C for at smitten skal være sannsynlig. Kirurgen er nå ikke i arbeid, men Husebekk understreker at man kan bli virusfri både med og uten behandling. Og da er man ikke lenger smittefarlig.

– Hvilke helsearbeidere er mest utsatt for å påføre smitte?

– De som er engasjert i blodige prosedyrer, for eksempel i akuttmotak og på operasjonsstua. Uoversikt-

lige situasjoner gir størst bekymring.

I mars skal ledelsen på UNN ha møte med Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) for å diskutere om hendelsen bør føre til endringer av retningslinjer for testing av helsepersonell og pasienter.

– Bør det innføres obligatorisk hepatitt C-test for helsepersonell?

– Kanskje, men før det må man være sikker på at rettighetene til helsearbeiderne som tester positivt blir ivaretatt. De må ikke utsettes for yrkesforbud. Det bør være et gode å bli testet, mener Husebekk.

Hepatitt C smitter hovedsakelig gjennom blod, og svært sjelden seksuelt.

– Problemet er at en del som er smittet ikke vet om det selv. Og de som er redde for at de ikke får fortsette i jobben med påvist smitte, ønsker ikke å teste seg. Hun viser til at ingen andre land har klare retningslinjer for testing og oppfølging av helsepersonell med hepatitt C.

## – Særdeles vanskelig

– Hvordan reagerer pasientene som er blitt smittet på UNN?

– Det er alltid vanskelig å bli informert om å være smittet av et virus som kan gi alvorlig sykdom, enten det gjelder helsearbeidere eller pasienter. Noen av pasientene har skral helse, det er ikke lett. Vi prøver å ta vare på dem, og de blir informert om at de kan kontakte Norsk pasientskadeerstatning.

– Og hvordan har kirurgen det?



HVEM ER SMITTET?: Dette undersøker nå UNN i Tromsø.

– Dette er en særdeles vanskelig situasjon for en helsearbeider.

## Må ikke varsle sjefen

Det er ingen lovestet plikt for hepatitt C-smittede helsearbeidere å varsle arbeidsgiver. Hepatitt C er en såkalt allmennfarlig smittsom sykdom, og feltet er hovedsakelig regulert av smittevernloven. Har man grunn til å tro at man er smittet, helsearbeider eller ikke, plikter man å oppsøke lege. Man plikter å opplyse om hvem smitten kan være overført fra, hvem man kan ha smittet og å ta imot personlig smitteveiledning fra lege.

Selv om det ikke er påbudt å varsle arbeidsgiver, skal man ifølge helsepersonelloven opptre både aktsomt og forsvarlig.

– Her må man bruke sitt faglige skjønn. Om man skal varsle arbeidsgiver, blir en individuell vurdering, sier Cecilie Daae, avdelingsdirektør i SHdir, avdeling sykehustjenester.

– Hver enkelt må avgjøre dette i forhold til sykdommens virulens, arbeidets art og hvor utsatt pasienten er.

Daae tror helsepersonell opptre forsvarlig.

– De må uansett beskytte seg som



HEPATITT C-HISTORIE: Sykepleien 17/07 brakte historien om «Grete» og mer om hva hepatitt C er.

## Sykepleier holder tett om egen smitte

«Ellen» er sykepleier og har hepatitt C. Legen fraråder henne å fortelle det til arbeidsgiver.

Ellen kjente seg godt igjen i artikkelen «Endelig frisk» i Sykepleien 17/07. Der forteller «Grete» med hepatitt C om fordommene hun ble møtt med i helsevesenet. Ellen har selv ikke vært stoffmisbruker. Likevel bekrefter hun at helsearbeiderne er mistenksomme.

Hun har selv jobbet på sykehuset i Sør-Norge, der hun nå får behandling. Av og til treffer hun ekskolleger på poliklinikken.

– Det er ikke så kjekt. Jeg vet jo litt om hva som foregår på «bakrommet», og føler meg ikke trygg på at taushetsplikten overholdes.

Ellen er nemlig blitt anbefalt av fastlegen og andre leger ikke å være åpen i forhold til arbeidsgiver. Det rådet følger hun:

– Fordi jeg ikke vil ha mistanken om rusmisbruk hengende over meg, og fordi jeg ikke vil utløse ubegrunnet frykt. Kanskje ville de begynne å overvåke meg. Men ansvaret for ikke å smitte noen tar jeg selv.

### Tilfeldig

På telefon forteller Ellen, som er i 30-årene, at hun nærmer seg slutten av en 48-ukers behandling.

– Bivirkningene er tøffe for både kropp og sjel. Jeg opplever å bli møtt som en diagnose. Siden den er så belastet, blir det dobbelt vanskelig.

Hepatitt C-smitten oppdaget hun tilfeldig. Hun hadde fått seg ny kjæreste. For å være på den sikre siden tok de blodprøver for å sjekke seg for smittsomme sykdommer. Hun tenkte ikke på hepatitt C i det hele tatt og var ikke bekymret.

Et par uker senere kom overraskelsen da fastlegen ringte: Prøvesvaret tydet på hepatitt C.

– Hun spurte hvorfor jeg egentlig hadde tatt den prøven, om det var noe jeg ikke hadde fortalt. Det var det jo ikke. Hun har kjent meg i flere år og trodde meg.

Ellen ble smittet av en tidligere kjæreste. Den nye kjæresten forsvant, diagnosen ble for mye for ham.

### – Ydmykende

Oppfølgingen på sykehuset synes hun er minimal:

– Jeg går dit bare for å ta blodprøver og for å hente medisiner mine. Det har vært mye skifte av leger, og jeg opplever å bli møtt som en farlig, halvkriminell og uansvarlig person. Da går jeg heller til fastlegen som hører på mine bekymringer og står på for meg.

Ellen har genotype 1, som er vanskelig å behandle. Når behandlingen er ferdig, må hun vente i seks måneder før hun får vite sikkert om

hun er kvitt viruset. Dessuten bruker hun tid og krefter på å bearbeide ubehagelige episoder:

– Det verste var da en ny lege skulle ta biopsi av leveren. Jeg lå redd og sårbar på den kalde benken mens legen gjorde seg klar. Da begynte han å snakke om smittevernloven og at jeg ikke fikk smitte andre. Som om jeg skulle ønske det. Da ville det bli rettssak, sa han.

Det var utrolig ydmykende, jeg følte meg som et lite ulydig barn som får refs. Senere gjentok han dette mens andre pasienter hørte på. Jeg lå utslått på sofaen en uke etterpå.

Fastlegen anbefalte henne å skrive et brev til poliklinikken.

– Det ligger på pc-en min, men jeg har ikke sendt det. Jeg skal jo ha behandling der. Jeg er avhengig av dem, så jeg vil ikke ha dårlig rykte.

En annen episode er også illustrerende. Hun hadde nettopp fått diagnosen, og det var lunsj på jobb:

– Jeg er åpen av natur, men da jeg satt der med en svær klump i magen, tenkte jeg plutselig: «Hvis jeg forteller det, vil det bli helt stille rundt bordet. De vil bli redd meg, og forby meg å stelle sår.»

Og slik har livet forandret seg:

– Jeg kan ikke være meg selv. Jeg må skjule en vond hemmelighet.

best de kan, og være nøye med håndvask og munnbind.

SHdir kartlegger nå de regionale helseforetakenes prosedyrer for helsepersonell med hepatitt C og vil nedsette en arbeidsgruppe for å drøfte om det trengs tydeligere retningslinjer. Kanskje blir det en høringsrunde.

– Er det aktuelt med en obligatorisk test av helsepersonell som er mest utsatt for å overføre smitte, for eksempel kirurger?

– Dette er et spørsmål for arbeidsgruppen. Men fagmiljøene er jo veldig tilbakeholdne med å ønske seg slike tiltak, påpeker Daae.

tekst Marit Fonn

# Aftamed

Effektivt mot munnskold!  
- fjerner smerten umiddelbart\*



- Aftamed inneholder hyaluronsyre en kroppsegen substans
- Ingen kjente bivirkninger
- Fremmer tilheling av sår/blemmer
- Reduserer varigheten
- Kan brukes av barn og voksne
- Reseptfritt i apotek, hyllevare hos Alliance apotekene / [www.net-apotek.no](http://www.net-apotek.no)

\*Aftamed inneholder et festemiddel (polykarbofil), dette legger seg som et "plaster" på såret.

  
**VITAFLO**



# Morten Falkenberg

**Alder:** 46 år

**Aktuell som:** Konserntillitsvalgt for Unio i Helse Sør-Øst, der han også er styremedlem. Er intensivsykepleier.

## BAKGRUNN:

Sykehusene må spare penger. Hovedstads-sykehusene granskes. En styreleder har måttet gå, det samme måtte direktøren. Oppi dette virvaret skal Morten Falkenberg forsvare over 20 000 Unio-medlemmers interesser som tillitsvalgt – og nesten 70 000 ansattes interesser som styremedlem.

### Hvordan har du det nå?

– Travelt. Sliter litt med å få oversikten, men jeg har jeg det bra.

### Hvordan er forståelsen for nedskjæringer blant de ansatte?

– Tror den er liten. De fleste ansatte opplever at de har mer enn nok å gjøre, så hva i all verden er det å kutte ut?

### Hva er egentlig hovedstadsprosessen?

– Etter at Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen ga departementet et oppdrag om å bedre kvaliteten og utnytte ressursene bedre. Samarbeidet mellom sykehusene, særlig i Oslo, har ikke fungert godt nok før. Det har vært uenighet i 40 år.

### Oj – det var lenge?

– Det har å gjøre med hvordan Oslo-sykehusene er organisert. Den utfordringen er mye eldre enn helsereformen. I dagens sammenheng strekker hovedstaden seg fra Drammen via Lørenskog til Fredrikstad.

### Hva er din rolle her?

– Som tillitsvalgt å sikre gode prosesser så de ansatte blir ivaretatt. Som styremedlem å bidra til at vi tar de beste beslutningene.

### Hvor lenge skal prosessen vare?

– Meningen er å beslutte i løpet av høsten. Og så iverksette.

### Har du tro på store endringer?

– Ja, dersom det gjør at pasientforløpet blir bedre. Jeg har ikke tro på at alt skal være som det har vært.

### Vil du slåss mot nedleggelse?

– Ikke for enhver pris. Hvis nedleggelse er faglig begrunnet, vil jeg heller slåss for at berørte

ansatte blir behandlet ordentlig. Kanskje vi skal bygge opp noe helt nytt?

### Du sitter i en gruppe som skal mobilisere ansatte og ledere. Det høres ikke lett ut?

– Egentlig er det ikke mer hokuspokus enn å se på hovedavtalen og alt det flotte arbeidsgiver og arbeidstakere er blitt enge om.

### Hvilke reaksjoner får du fra ansatte om dagen?

– Frustrasjon. Hoved- og foretakstillitsvalgte er mest frustrerte over hva enkeltforetak finner på av innsparinger som ikke er helhetlig vurdert i regionen.

### Lærer du mye nytt for tiden?

– Ja, særlig siden jeg kommer fra Helse Sør og har måttet bli kjent med Helse Øst.

### Og hvordan er gamle Øst?

– Svær. Med like flotte ansatte og like store utfordringer som i Sør. Og jeg lurer på hva det store, flotte sykehuset som åpner på Lørenskog vil bety av endringer for sykehusene omkring.

### Hvor godt liker du ordet omstilling?

– Erfaringsvis ikke så godt. Håper jeg liker det bedre etter avsluttet hovedstadsprosess.

tekst og foto **Marit Fonn**



## Søker spenning

**Bodil Tveit** har tatt doktorgraden ved Høgskolen i Oslo med avhandlingen «Ny ungdom i gammelt yrke – En studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning». Basert på tre års oppfølging av 15 sykepleierstudenter fra Diakonhjemmets høyskole, avliver hun myten om at sykepleierstudenter er engler i hvitt som utelukkende er opptatt av andres ve og vel.

– De har også en sterk egenmotivasjon for å gå inn i yrket, og søker spenning, menneskekontakt og variasjon, sier hun til nettstedet forskning.no. Tveit tror denne drivkraften kan gjøre studentene mindre sårbare for utnytting og utbrenthet når de skal ut i yrket.

## Mafiafrue blir storkjeflet sykepleier

Fru Soprano, alias skuespiller **Edie Falco**, har fått hovedrollen i en ny tv-serie etter at serien om mafiafamilien Soprano nå er avsluttet, skriver kjendis.no. Serien skal spilles inn i New York og omtales som en «mørk komedie». Falco skal spille en sykepleier med et turbulent privatliv som kan ta av i retning hun ikke alltid har kontroll på. Det er fult i henne også på jobb. Hun går ikke av veien for å fortelle sjefen hvor skapet skal stå.

Etter en fantastisk periode i mafiaserien, syntes Falco det var en utfordring å finne en ny figur som kunne engasjere henne like mye. Det er hun sikker på at New York-sykepleieren vil.

– Hun er dedikert, følsom og kompleks, sier Falco selv om sin nye rollefigur, ifølge USA Today.

Den nye serien har ikke fått noe navn ennå, men forventes å komme på lufta på slutten av året.



BLIR SYKEPLEIER: Skuespiller Edie Falco. Foto: Scanpix.



MOTIVERT: Bodil Tveit har snakket med studenter. Foto: Mari Johansen.

## Kongens sølv til sykepleier



Intensivsykepleier **Laila Skjønberg** fra Jakobsli fikk den 24. januar Kongens fortjenstmedalje i sølv. Hun har jobbet ved kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital fra 1964 til hun gikk av med pensjon i 2007. Fylkesmann Kåre Gjønnes i Sør-Trøndelag overrakte medaljen og sa at Skjønberg hadde vært en god læremester og rollemodell i sykepleierfaget i de 43 årene hun var yrkesaktiv.

Den 1. februar var Kongens fortjenstmedalje 100 år gammel. I løpet av denne tiden har 35 000 personer mottatt utmerkelsen «til belønning for fortjenester av kunst, vitenskap og næringsliv, og for utmerket forhold i offentlig tjeneste». Flere av dem har vært sykepleiere. Kongens fortjenstmedalje i sølv er rangert som nummer 21 på listen over de 47 norske dekorasjoner som finnes. Den samme medaljen i gull er rangert som nummer åtte.

## 3 måneder på toppen

Sykepleier **Mary Anne Bakos** er konstituert som divisjonsdirektør ved Sykehuset Innlandet i divisjon Tynset. Hun er til vanlig avdelingssjef for indremedisin samme sted. Bakos er konstituert for Stein Tronsmoen som kommer tilbake til stillingen i mai.

## Ny direktørjobb



Foto: NHO  
**Siri Røine**, som tidligere blant annet har vært assisterende forhandlingsjef i Norsk Sykepleierforbund, er utnevnt til ny personaldirektør i Staten. Hun kommer fra stillingen som direktør i arbeidslivsavdelingen i Næringslivets Hovedorganisasjon.

## Vi siterer Egil Lingås

– Dette er en sorgens dag for pasientene ved Rikshospitalet, og en sorgens dag for Norge.

Overlege Egil Lingås, på allmøtet noen timer etter at direktør Åge Danielsen hadde fått sparken (vg.no).



**GARDASIL®**  
Vaksine mot humant papillomavirus  
Type 6,11,16,18  
Rekombinant, adsorbert

Vaksinen som beskytter mot  
**4 papillomavirustyper** og som  
skal forebygge **livmorhalskreft\*\***



**Dokumentert effekt mot HPV  
6, 11, 16 eller 18-relaterte  
genitale sykdommer**

**Gardasil® skal forebygge:**

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

artell.no / 7201 09-2007-NO-046-01

**For bred beskyttelse\*  
og tidlig nytte\*\***

\*Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva  
og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

\*\*Norsk SPC



**sanofi pasteur MSD**  
vaksiner for livet  
Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21  
info@spmsd.com

Se godkjent preparatomtale side 80

# Enkel betjening og driftssikkerhet, år etter år! **Typisk Miele!**



Ingen stiller vel høyere krav til desinfeksjon enn nettopp sykehus. Det gjelder pasientenes ve og vel, så derfor kan ikke betydningen av optimal hygiene undervurderes.

Av samme grunn har Miele Professional utviklet forskjellige maskiner til desinfeksjon av ulike instrumenter. Før beslutningen treffes om hvilken type maskin som passer best til Deres behov, er det mange spørsmål som skal besvares. Ta kontakt med oss for en uforpliktende prat.

Miele Professional leverer også vaskemaskiner (også ren/uren side), tørketromler, varmruller og oppvaskmaskiner tilpasset de fleste behov.

Miele AS, Løxaveien 13  
Postboks 183, 1309 RUD  
Telefon 67 17 31 00  
Telefaks 67 17 31 10  
E-post: [professional@miele.no](mailto:professional@miele.no)  
Internett: [www.miele.no](http://www.miele.no)

**Miele**  
**PROFESSIONAL**

# Ny tid for hovedstads-sykehusene

Sykehusene i Oslo og omegn skal omstilles. Helse Sør-Øst har nå foreslått større sykehusområder. – Dette er å begynne i feil ende, mener Ragnhild Hegg, fylkesleder i NSF Akershus.

Sykehusene i landets største helseregion har travle tider. Parallelt med budsjettarbeidet foregår også den såkalte hovedstadsprosessen. Helseforetakene i Helse Sør-Øst må omstille seg, særlig de i hovedstaden og omegn, har departementet bestemt. Ressursene må utnyttes bedre, og sykehusene må i større grad samordne sine funksjoner, er signalet fra helseminister Sylvia Brustad. Første vedtak i prosessen skal skje på et styremøte i Helse Sør-Øst i april.

## Nye sykehusområder

I et innspillsnotat har Helse Sør-Øst foreslått nye og større opptaksområder i regionen. «Opptaksområder» er et geografisk område knyttet til enkeltsykehus. Helse Sør-Øst innfører nå et nytt begrep i Norge; «sykehusområder». Dette omfatter flere sykehus som samarbeider. For Oslo og Akershus omfatter de foreslåtte områdene rundt 450 000 innbyggere.

Det går igjen i notatet at Helse Sør-Øst ønsker å slå sammen de akuttkirurgiske funksjonene i hovedstadsområdet. Også andre spesialiserte funksjoner skal samordnes.

## Forslagene

Her er Helse Sør-Østs forslag til områdeinndeling:

- For Oslo, Romerike og Follo er det to alternative forslag til inndeling.

I det første alternativet er Akershus universitetssykehus og Aker universitetssykehus slått sammen i ett område, og sykehusene Rikshospitalet, Ullevål, Lovisenberg og Diakonhjemmet i ett.

I det andre alternativet er Ahus i ett område og de øvrige sykehusene i ett.

- Sykehusene Asker og Bærum, Buskerud, Blefjell og Ringerike ses som ett område med 460 000 innbyggere. Kanskje må deler av Blefjell (Rjukan og Notodden) vurderes i forhold til Telemark, ifølge Helse Sør-Øst.

- Sykehuset Innlandet, som har 400 000 innbyggere i sitt område, foreslås stort sett uendret.

- Sykehuset Østfold har 270 000 innbyggere i sitt område, og er muligens for lite, ifølge notatet. Kanskje bør deler av Follo inkluderes.

- Nok et område er sykehusene i Telemark og Vestfold og psykiatrien i Vestfold. Dette omfatter 340 000 innbyggere. Kanskje bør deler av Blefjell med her.

- Sørlandet sykehus har 270 000 innbyggere i opptaksområdet. Muligens for lite, mener Helse Sør-Øst.

- Om Sunnaas sykehus sier Helse Sør-Øst: «Spesialisert rehabilitering utredes.»

## – For utydelig

Ragnhild Hegg, fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Akershus er bekymret:

– Forslaget fra Helse Sør-Øst er prematurt. Innspillet blir for utydelig.

Hegg synes det er vanskelig å ta stilling til de inndelingene i sykehusområdene som Helse Sør-Øst foreslår, fordi premisene for inndelingen mangler. Hun savner begrepsforklaringer.

– Hva er et lokalsykehus, for

eksempel. Det blir ikke definert.

Man bør også tenke funksjonsfordeling før man tenker på opptaks- eller sykehusområder, mener Hegg, som frykter at gode fagmiljøer kan gå tapt hvis funksjonene spres på for mange sykehus.

– Dette er en utrolig viktig diskusjon. Men det er lite som tyder på at disse nye inndelingene fører til et bedre tilbud til pasientene. I notatet finner jeg ingen argumenter om at dette bedrer kvaliteten.

– Men er ikke poenget å tenke på ressursbruken?

– Ser ut som det er det eneste poenget så langt. Det står ingenting om samhandling med kommunehelsetjenesten. Hvis liggetiden skal ned, hvor skal pasientene være da? Hjemme? Hvis man skal lykkes med reformen, må Helse Sør-Øst ta et tak i forhold til kommunene, sier Hegg.

## – Mange blir berørt

Fylkeslederen i Oslo, Eli Gunhild By, synes tempoet er altfor stort i den omfattende hovedstadsprosessen. Hun er redd både pasientene og fagmiljøene må lide for det.

– Det som blir bestemt, kan få stor betydning for ansatte, ikke bare på sykehus, men også i kommunehelsetjenesten.

By trekker fram ett område hun holder øye med:

– Vi ser at det har vært vellykket å samle rusbehandlingen i ett helsefor- etak, det vil si Aker. Det er blitt mer tydelig hva som hever kvaliteten. Nå blir det viktig at dette feltet ikke blir splittet opp i en ny organisering, mener hun.

## Mye på en gang

Hva det blir til, skal vedtas til høsten. I juni vil Helse Sør-Øst sende ut en helhetlig plan på høring.

Men sykehusene har mer å gjøre enn å omstille seg. Budsjettkutt vedtas på løpende bånd. Sykehuset

Ahus skal ha flyttesjau. Og Rikshospitalet må finne ny direktør.

Å samordne aktiviteten mellom Ullevål og Rikshospitalet er «en særskilt utfordring», som det heter i Helse Sør-Øst-notatet.

Om utfordringen blir større eller mindre etter at direktøren på Rikshospitalet fikk sparken forrige uke, avhenger nok av øynene som ser. De ansatte ville ha ham. Helse Sør-Øst syntes han var for egenrådlig.



BEKYMRET 1: Ragnhild Hegg, fylkesleder i Akershus, savner premisser. (Foto: Therese Borge)



BEKYMRET 2: Eli Gunhild By, fylkesleder i Oslo, synes det går altfor fort. (Foto: Marit Fonn)



SPARKET: Åge Danielsen, eks-direktør på Rikshospitalet. (Foto: Bo Mathisen)

# Kvalitetsindikatorer må si noe

Hvis medisinske kvalitetsregistre skal benyttes på nettstedet «Fritt sykehusvalg», må datagrunnlaget sikres. Poenget må være at indikatorene viser reelle kvalitetsforskjeller mellom sykehusene, sier Kunnskapssenteret i en ny rapport.

Kunnskapssenteret foreslår å bruke diabetesregisteret som et pilotprosjekt for å kunne utarbeide nye, kvalitetssikrede indikatorer som kan brukes på Fritt sykehusvalg. Dette registeret vil imidlertid ikke ha godt nok datagrunnlag før om tidligst ett år.

Rapporten fra Kunnskapssenteret understreker hvor viktig det er å forankre arbeidet med kvalitetsindikatorer i kliniske fagmiljøer og i fagmiljøer med kompetanse innen kvalitetsindikatorfeltet.

## Modell

Kunnskapssenteret har foretatt kartleggingen på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Utredningen er tenkt å fungere som modell for hvordan kvalitetsindikatorer bør utvikles med data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

## Utilstrekkelige data

Seniorrådgiver Liv Rygh i Kunnskapssenteret mener at det per i dag ikke er tilstrekkelig datakvalitet på de medisinske kvalitetsregistrene, og at det derfor ikke gir pålitelige indikatorer.

– Dette vil trolig bedres i årene fremover fordi Norsk pasientregister er blitt personentydig og kan brukes til kvalitetssikring av kvalitetsregistrenes datagrunnlag, sier Rygh på Kunnskapssenterets egne hjemmesider.

SIER LITE: Kvalitetsindikatorerne som pasienter i dag tilbys på nettsidene til Fritt sykehusvalg har fått sterk kritikk for å si for lite, og i noen tilfeller være direkte misvisende. Bilde fra nettsiden til Fritt sykehusvalg.



# Vil måle sykepleie-kvalitet

I Norge er det omlag 30 landsdekkende medisinske kvalitetsregistre. Sykepleiere fra hele Norden jobber nå med å få frem sykepleiespesifikke kvalitetsindikatorer.

De medisinske kvalitetsregistrene dekker både sykdomsgrupper og diagnoser.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) jobber nå med å få på plass indikatorer som skal kunne si noe om kvaliteten på sykepleierinnsatsen i helsevesenet. På et arbeidsseminar i Stockholm i januar

ble det enighet om å se nærmere på fem mulige indikatorer:

- Pasientfall
- Trykksår
- Normering av sykepleierbemanning
- Ernæring
- Smerter

Sykepleierforbundets nestleder Unni Hembre er gruppeleder for de norske deltakerne i samarbeidet. Det er om lag 70 deltakere fra de nordiske landene, og deltakerne fra Norge er sykepleiere i lederstillinger, i kliniske stillinger og fra universiteter og høyskoler.

Neste møte i den nordiske gruppen

skal være i januar 2009, da skal man etter planen ha fått en konsensus omkring kriterier og systemer for registrering i databaser, slik at gruppen kan komme med noen anbefalinger for det videre arbeidet.

tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Effektiv?



Skånsom?



## Effektiv eller skånsom håndhygiene? Nå slipper du å velge....

Med Dixin får du effektivt rene hender på en dokumentert mild måte. Håndsåpen gir en effektiv og skånsom vask, desinfeksjonsmiddelet tilfredsstillende krav i bl.a. EN 1500 og prEN12791, mens hudkremen trekker raskt inn i huden og bevarer fuktigheten. Dixin har luft- og bakterietette doseringsventiler og en praktisk, hygienisk design. For mer informasjon se: [www.lilleborgprofesjonell.no](http://www.lilleborgprofesjonell.no)



Alle tre er godkjente av  
Norges astma -og allergiforbund.



# Dixin

- effektiv omsorg for hendene

# Samisk hjelp til sykepleiere

Nylig døde en eldre kvinne som kom akutt til sykehus. Der kalte de henne dement. I virkeligheten manglet hun bare høreapparatet og gebisset sitt. Og ingen tok hensyn til at hun snakket samisk.

– Vent litt, nå seiler det jammen en hauk forbi her!

Sykepleier og tidligere visepresident i Sametinget, Ragnhild L. Nystad, tar en pause fra den tragiske historien om den samiske kvinnen. Det blir stille i telefonen mens hun beundrer den mektige rovfuglen som tester vingespennet utenfor kontorvinduet i rådhuset i Karasjok. Sykepleiers journalist i andre enden kaster et blikk ut i et februargrått hovedstadsvær og møter veggen i motsatt bygning. Ikke en måke i sikte. Bare en liten påminnelse om at nord ikke alltid er som sør, minus noen varmegrader.

Men tilbake til historien: Kvinnen var i tillegg redusert fordi hun hadde fått smertestillende på turen til sykehuset. De ansatte på sykehuset informerte etterpå de pårørende om at hun var dement fordi hun ikke forsto hva de sa.

Dette er bare ett av flere triste eksempler på hvordan samer kan bli behandlet i norsk helsevesen i dag. Grunnen er gjerne at helsepersonell ikke tar tilstrekkelig hensyn til pasienten er samisk og hva det i så fall innebærer. Men går det som Norsk Sykepleierforbund (NSF) ønsker, skal sykepleiere som arbeider med samiske pasienter snart få hjelp.



IKKE FRU NYSTAD. «Fru» er en fremmed betegnelse for en samekvinne, forteller Ragnhild L. Nystad, som er sykepleier og tidligere visepresident i Sametinget.

## Nettverk og konferanse

Planen er å opprette et kompetansenettverk som skal gi faglig støtte til sykepleiere som har samiske pasienter. Det kan like gjerne gjelde en sykepleier i Oslo som i Karasjok. Og etter hvert er håpet å bygge det ut så alle helsearbeidere kan oppdatere sine kunnskaper om samer.

NSF har søkt Sametinget om over 1,4 millioner kroner over en treårs periode og har også en liten søknad liggende hos Helse Finnmark i tillegg til at penger fra egen pott skal brukes. Totalt vil det koste over 1,8 millioner kroner.

– Samiske helsearbeidere har forsøkt å få til dette tidligere uten å lykkes. Jeg er kjempeglad for at NSF nå har tatt fatt i det, sier Nystad, som selv er født i Karasjok og snakker samisk.

Hun har vært med i arbeidsgruppen som NSF Finnmark nedsatte for å arbeide med ideen og formulere en søknad til Sametinget og Helse Finnmark.

En person i 60 prosent stilling skal ha hovedansvaret for å starte opp nettverket. Oppgavene er blant annet å samle og synliggjøre tilgjengelig forskning, kompetanse og erfaring på området, starte



en nettside og arrangere en årlig konferanse.

– I utgangspunktet ønsket vi en full stilling, men det strekker ikke midlene vi kan søke om til, sier nylig avgått fylkesleder i NSF Finnmark, Leif Arne Asphaug-Hansen.

Han legger til at NSF med denne søknaden følger handlingsplanen fra 2006. Der ønsker forbundet å se mer på utfordringer knyttet til et flerkulturelt samfunn.

Rådgiver Lisbeth Vesterheim Skoglund ved Sametinget vet ikke når svaret på søknaden fra NSF er klart.

#### **Forteller i tredje person**

Ved siden av språket kan samenes egen kultur gjøre kommunikasjonen dobbelt utfordrende for en norsk sykepleier.

– Samer er mer indirekte når de skal snakke om intime ting og kan fortelle om seg selv i tredje person

samer, er de store familiene.

– Legges noen inn på sykehus kommer kanskje alle åtte ungene på besøk. Helsepersonell kan oppleve det truende at det kommer så mange og spør om pasienten, men det er godt ment, sier Nystad.

Hun legger til at hos samene er familienettverket gjerne større i den forstand at det omfatter også tanter, onkler, søskenbarn og gudforeldre.

– Dette er det viktig å være klar over for helsepersonell som arbeider med barn, psykisk utviklingshemmede og psykisk syke som må ha tilrettelagt behandling hvor familienettverket involveres.

#### **Den gode samtalen**

– Samene har ofte det synet at du er syk for alltid når du først har blitt syk. Derfor er det viktig å ta seg tid til å forklare nøye for pasienten hvordan det fint går an

det gjorde helsearbeiderne med min egen mor da hun var innlagt. «Fru Nystad» virket fremmed for henne. Dette er noe jeg ser at yngre sykepleiere ikke alltid kjenner til, sier Nystad.

Forsker Cecilie Jávo har vist forskjeller mellom norsk og samisk barneoppdragelse som helsesøstre og andre som jobber med barn bør være klar over. Samer gir barna sine stor frihet og kan være tøffe med dem. Samtidig veies dette opp

ved at barna får en viktig nærhet: De sover ofte i samme seng som sine foreldre, lenger enn det som er vanlig i den norske kulturen.

Nystad tror man med enkle ting kan få sykepleiere til å lære å kjenne sine pasienters kultur. – Det handler om medmenneskelighet og faglig nysgjerrighet. Hvem gjør du sykepleie for? Det er enkelt, men allikevel vanskelig fordi det dreier seg om verdier.

### **Legges noen inn på sykehus kommer kanskje alle åtte ungene på besøk.**

gjennom en historie, forteller Ragnhild L. Nystad.

Hun nevner også at det uttalte må legges større vekt på når man har med samer å gjøre.

– Helsepersonell tar det som en selvfølge at det er ok når pasienten ikke svarer. Men det kan være akkurat motsatt. Sykepleiere må bli flinkere til å se på pasientenes kroppsspråk. Hvordan ser ansiktet ut, hvordan sitter vedkommende, hvordan holdes hendene? Summen av alle disse tingene er viktig, sier hun.

En annen ting som er spesielt for flere etniske grupper enn bare

å leve med en kronisk sykdom, for eksempel, sier Nystad.

«Den gode samtalen» som sykepleiere gjerne er tilhengere av, begynner ofte med at man hilser på hverandre. Samiske navn har opp gjennom tidene blitt fornorsket, for å tilfredsstille den norske kirke. Risten Ravna har blitt til Kirsten Ragna, for eksempel. Samiske navnetradisjoner er viktige å kjenne til, slik at du ikke starter samtalen med å fremmedgjøre en person ved å kalle vedkommende det fornorskede navnet.

– Samer bruker heller ikke tituleringer som herr og fru. Men



## Egen nettfilial

– for medlemmer i NSF

På nettfilialen finner du dine medlemstilbud og dine priser. Se etter DnB NOR-logoen på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) og klikk på den. Det kan lønne seg.

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

**DnB NOR**

# Stor innsats, uklar gevinst

Norge gir årlig 17,5 millioner kroner til helse- og sosialsamarbeid mellom Norge og Russland. Men foreløpig er det få målbare resultater.

Siden slutten av 90-tallet har Norge støttet over 200 prosjekter som blant annet har finansiert nye utdanninger innen folkehelse og psykiatrisk helsearbeid i Russland.

I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) er det norsk-russiske helse- og sosialsamarbeidet fra 2002 til 2006 evaluert.

Helse- og omsorgsdepartementet synes dette samarbeidet er vellykket. «Det er etablert en bred kontaktflate mellom norske og russiske fagmiljøer, nye metoder er innført, nye utdanninger er etablert og effekter på russisk helsestatus er oppnådd», heter det i en pressemelding fra departementet. Forsker Jørn Holm-Hansen ved NIBR er ansvarlig for rapporten. Han forteller at det vil være for tidlig å måle helseeffekten av mange av prosjektene ennå. Men for eksempel Folkehelseinstituttets vaksinesatsing siden 90-tallet har vist at røde hunder og hepatitt B nå har gått ned.

– Hvilke nye utdanninger er etablert?

– Det er bygget opp et utdanningsløp for medisinerere innen folkehelse/samfunnsmedisin samt et studieprogram for psykiatrisk helsearbeid. Ellers har det vært mye seminar- og kursvirksomhet innen mange ulike områder. Hoveddelen av aktivitetene har dreid seg om dette.

## Nye metoder

– Innenfor fysio- og ergoterapi, samt innenfor psykisk helse er det innført en mer helhetlig måte

å tenke på, i stedet for den mer isolerende, tekniske og biologiske tankegangen som er dominerende i Russland. I Murmansk har Redd Barna samarbeidet med politiet og blant annet finansiert et forhørsrom for seksuelt misbrukte barn som er mer barnevennlig, sier Jørn Holm-Hansen når vi ber ham gi de eksempler på nye metoder, som trekkes frem av departementet.

## – Ikke rosenrødt

Samarbeidet med russerne har ikke vært uten komplikasjoner. Når NIBR-forskerne har evaluert prosjektene, har det avtegnet seg et tydelig mønster som Holm-Hansen synes bør føre til endringer: Første fase er begeistringsfasen med mye entusiasme og enighet om målene på begge sider for prosjektet. I fase to begynner uroen på norsk side. Man lurer på hvordan man skal forholde seg til utbetalingen slik at den går i riktig lomme og blir brukt på riktig måte.

– Vi har ikke avdekket noen form for korrupsjon, men dette viser jo at tilliten til partnerskapet ikke er så rosenrød som man liker å fremstille, sier Holm-Hansen.

NIBR anbefaler at den finansielle biten underlegges et system som er likt for alle prosjekter og som på forhånd er godkjent av russiske og norske myndigheter.

Deretter kommer den frustrerende fase tre der det ikke skjer noe og det hele stopper opp. Folk på norsk side skjønner ikke noe, og folk på russisk side sier ikke noe.

– Jeg tror ikke dette bare har med kulturforskjeller å gjøre, sier Holm-Hansen.

Han tror grunnen er at helse- og sosialarbeidere på norsk side kjenner for lite til det russiske samfunnets oppbygging og hvordan det er organisert både

politisk, juridisk og faglig. Faren er dermed stor for å trø noen på tærne.

– Det er helt naturlig, og jeg kritiserer ikke helsearbeiderne for ikke å skjønne hvordan ting henger sammen, sier han.

NIBR foreslår at departementet



RUSSISK KNOW-HOW: Det holder ikke bare med «da» og «spasiba». Norske helsearbeidere bør vite mer om Russland.

holder et kurs der disse forholdene blir belyst for alle som er prosjektansvarlige.

**– Russland er ikke Afrika**

Holm-Hansen ser store forskjeller på 90-tallets og dagens Russland. Landet har forandret seg fra å være «noe stakkarslig» med lovløshet, nød og enorme forskjeller mellom fattige og rike, til å bli «noe vellykket, men også noe skummelt»: Et selvhevdende strømlinjeformet land i oppsving.

– Vårt forhold til Russland har lenge vært preget av bistand. Det er noe som ligger dypt i den norske folkesjela: Når vi ser en utlending lurer vi med én gang på hvordan vi skal finansiere prosjektet hans, sier NIBR-forskeren med et lite smil. Dette er nå forandret, og når russerne lettere tør å si ifra hvis noe ikke er interessant, lover det godt for det fremtidige norsk-russiske samarbeidet, tror Holm-Hansen.

NIBR anbefaler også i rapporten at Russland i større grad enn før kan finansiere de ulike prosjektene selv.

– Det bør være et krav fordi det da blir lettere å samles om en felles målsetting. Det er større fare for å si ja takk til noe man ikke er helt enig i dersom det finansieres utenfra, sier Holm-Hansen.

Men han advarer mot å tro at norske helse- og sosialarbeidere kan komme dumpende ned med prosjekter de brenner for i Russland, og få folk til å gjøre det, slik man kan i et fattig afrikansk land.

– Russland har aldri vært noen koloni og er et gjennomorganisert land med et velsmurt og rigid statsapparat. Det er det viktig å ha i bakhodet. Men jeg er veldig optimistisk med tanke på fremtiden som jeg tror vil preges av et mer likeverdig samarbeid. Og da vil også resultatene komme raskere, tror NIBR-forskeren.

**Typisk norsk og russisk:**

En skjematisk tabell som (noe overdrevent) viser de typiske norske og russiske tilnæringsmåter til helsetjenester og sosialhjelp:

Russisk tilnærming:	Norsk tilnærming:
Biologi	Sosiale aspekt
Behandling	Kommunikasjon
Teknisk utstyr	Tverrfaglig kontakt
Isolere problemet	Se problemet helhetlig
Spesifikk, mono-disiplinær tilnærming	Sammensatt, flerdisiplinært teamarbeid

Kilde: NIBR Report 2007:20

*Riktig er viktig*



**Ultra1** er et komplett multivitamin- og mineraltilskudd med markedes mest effektfulle formula, som gradvis frigir og tilfører kroppen virkestoffene over tid. Ultra1 har optimal dosering på alle vitaminer, og inneholder flere aminosyre-chelaterte mineraler enn noen andre multivitamin som er tilgjengelig på dagens marked. Med andre ord: Det ultimate kosttilskudd.

**Nature's Plus**  
The Energy Supplements®

MICRO-GEL EXTENDED RELEASE SYSTEM

Med det unike Extended Release systemet vil du oppnå inntil hele 40% bedre opptak av virkestoffene i forhold til konkurrerende produkter i markedet.

Lanseres nå i alle *life* butikker.

# Har lagt ned knivane

Jordmødrer og tradisjonelle fødselshjelparar er nøkkelpersonar i arbeidet for å få slutt på **kjønnsmleestinga** i Liberia.

– Eg er jordmor. Eg såg kor vanskelege fødselar kvinnene fekk når dei hadde vore utsette for kjønnsmleesting, kor dei blødde og kor vondt dei lei. Eg veit om smerta, om korleis sex blir ei pine, seier Irene Flomo.

Eg møter henne i utkanten av byen Kakata, vel ein times køyring frå Monrovia, hovudstaden i Liberia.

Å seia «ein times køyring» kan gi feil inntrykk av avstanden, bilkøyring i Liberia er noko bortimot ein ekstremtransport, jamført med

køyring på norske vegar. Vegane er ei stadig synleg påminning om dei såra landet har fått etter nær femten års borgarkrig. Sjøførane har ein avansert slalåmteknikk som tar oss fram mellom kraterliknande hol og djupe vassdammar.

Flomo er leiar for ei av NATPAH (National Association on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children) sine kvinnegrupper. NATPAH er den nasjonale avdelinga av IAC, Interafrican Committee, som arbeider mot kjønnsmleesting, og har

avdelingar i 28 afrikanske land.

Mange av kvinnene i gruppa i Kakata er tidlegare omskjerarar. 6. februar i 2006, på den internasjonale dagen mot kjønnsmleesting, fortalde dei offentleg at dei hadde lagt ned knivane.

Mange av dei har på seg t-skjortene frå kampanjedagen når eg kjem på besøk i lag med Phyllis Kimba, dagleg leiar for NATPAH.

## **La ned knivane**

Dei tidlegare omskjerarane i Kakata følgde eksemplet til Eliza- ▶

HAR SLUTTA: Kvinnene med dei kvite t-skjortene er tidlegare omskjerarar som 6. februar 2006 markerte at dei har lagt ned knivane for godt.







JORDMOR: – Som jordmor såg eg kor mykje lidning omskjeringa påførte kvinnene, eg kunne ikkje halda fram med dette, seier Irene Flomo.

beth Conneh i Jacobs Town i utkanten av Monrovia og 25 andre omskjerarar, som var dei aller første, da dei i 2000 gjorde kjent at dei hadde lagt ned knivane for godt. Dei skulle aldri meir omskjera ei einaste jente. Conneh, ei av kvinnene i gruppa i Kakata, har no passert 70 år, og er framleis ein ivrig agitator, oppteken av at det må bli slutt på denne skikken som har påført jenter og kvinner så mykje lidning.

Jordmødrer og tradisjonelle fødselshjelparar (TBAs, traditional birth attendants) spelar ei svært sentral rolle når det gjeld kjønnslemlesting. Det er vanlegvis jordmødrer eller fødselshjelparar som utfører kjønnslemlestinga, og det har vore svært viktig at mange av dei som har drive med dette har gått ut offentleg og sagt tydeleg ifrå at no er det slutt.

#### Nye tider

Framleis risikerer fleirtalet av jenter i Liberia å bli utsette for kjønnslemlesting. Berre fire av dei seksten stammene i landet praktiserer ikkje omskjering av jenter.

Det kan likevel vera mange grunnar til å seia at ei ny tid er i emning i Liberia. Det eine er at landet for eit det par år sia fekk Afrikas første folkevalde kvin-

nelege president, Ellen Johnson Sirleaf. Det andre er at det framleis står store utfordringar att i gjenreisinga av landet etter nær femten års borgarkrig. Og i denne samanhengen kan det vera rimeleg å nemna som eit tredje viktig

punkt at kvinneorganisasjonen NATPAH, som står i spissen for kampen mot kjønnslemlesting, ser stor framgang i sitt arbeid.

NATPAH starta arbeidet mot kjønnslemlesting som ein av dei første nasjonale avdelingane av IAC alt i 1985, men borgarkrigen som starta i 1989, vart ei alvorleg hindring, sjølv om arbeidet vart halde i gang det meste av krigstida.

Organisasjonen har utvikla ein omfattande og nyansert strategi for å nå fram til ulike grupper.

Dei tradisjonelle fødselshjelparane som ikkje har formell jordmorutdanning, får no tilbod frå styremaktene om eit halvt års kurs for fagleg oppdatering.

Phyllis Kimba samarbeider med kursarrangørane, slik at ho kjem

og held førelasing i siste del av kurset.

– Det er eit poeng å venta til dei har vore gjennom den delen av kurset som fortel om dei skadelege konsekvensane av omskjeringa for kvinner som skal føda, slik at dei veit kva dette betyr, seier Kimba. Ei klar målsetting med hennar deltaking på desse kursa er at kursdeltakarane når dei er ferdige, skal lova aldri meir å utføra kjønnslemlesting.

Kvinnegruppa i Kakata har fått tildelt eit jordstykke av kommunen, for å kunna dyrka grønnsa-

ker dei kan selja på marknaden.

Like viktig som at omskjærane seier nei til å utføra kjønnslemlesting, er at dei får alternative inntekter. Utan det kan det lett utvikla seg ein hemmeleg praksis som gjer at omskjeringstradisjonen blir ført vidare, berre på meir hemmeleg vis.

Kvinnene er glade for å ha fått jordstykket, men dei skulle gjerne hatt noko å kjøpa reiskapar, gjødsel og insektmiddel for. Det ville spart arbeid og auka fortjenesta.

#### Avskaffa innan 2010?

FN har definert som eit tusenårs-mål å avskaffa kjønnslemlesting verda over innan 2010, somme FN-organisasjonar har definert målet til 2015.

– Det høyrest som ei god målsetting, men to år er ikkje mykje, seier Flomo.

Ho minner om at i Liberia er analfabetismen også ei hindring. Berre vel 60 prosent av dei vaksne, og færre kvinner enn menn, har fått læra å lesa.

– Om alle kunne lesa, kunne vi stoppa dette raskt. Eg håpar det blir tema i skolen, seier jordmora. I West Point, eit slumområde i Monrovia, møter vi ei anna NATPAH-gruppe, her som alle andre stader, stolte kvinner i fargerike



DEMONSTRASJON: Den internasjonale dagen mot vald mot kvinner vart markert med eit kvinnetog gjennom gatene i Monrovia 26. november 2007. Her venter kvinnene på at justisministeren skal komma ut for å høyra appellen deira.

klede. Dei har fått eit nytt lokale av kommunen, og er i gang med oppussinga. Desse kvinnene driv med røyking av fisk, og produserer også såpe og fargar tekstilar for å få inntekter. I slumstoket står omskjeringstradisjonen framleis sterkt, og kvinnene agiterer mot kjønnslemlesting der dei kan komma til, nokre gonger offentleg, andre gonger i det stille, frå kvinne til kvinne. Det er fleire måtar å nærma seg temaet på. – Om ikkje foreldra er klare til å seia eit absolutt nei til omskjering,

er det eit poeng å få dei til å venta til jentene er 18 år, slik at dei kan avgjera sjølve, seier Kulah Borbor, ei av leiarane i kvinnegruppa. Ho har tru på at mykje kan endrast, for både foreldre og døtrer i løpet av nokre år.

– **Klitoris ikkje eit mistak**

Kimba, den einaste i lønna stilling i NATPAH, er ein nøktern optimist. Ho veit ho har å gjera med tradisjonar som er djupt rotfesta, og tradisjonar må takast på alvor. Dei let seg ikkje endra

med lettvinde grep. Blant dei det er viktig å samarbeida med, er også dei religiøse leiarane.

Interreligious Council, ein felles organisasjon av kristne og muslimar i Liberia, arrangerte, med støtte frå Kirkens nødhjelp, i november 2007 ein interreligiøs workshop over fleire dagar for å gi dei lokale kyrkjeleiarane skoloring.

Her var Kimba og Lorpu Sherman, ei av dei frivillige medarbeidarane i NATPAH, med som førelesarar.

Sherman, som er jordmor av utdanning, tok for seg den praktiske informasjonen. Tidlegare hadde organisasjonen ein anatomisk modell dei kunne visa fram for å forklara korleis dei kvinnelege kjønnsorgana ser ut både før og etter omskjering av ulike grader. Men den forsvann under krigen, og det har ikkje vore pengar til å skaffa ein ny. Sherman bruker derfor enkle teikningar på flipover for å gjera bodskapen tydeleg. Nøktern og rett fram gjorde ho greie for konsekvensar for både



FØDSELSHJELPARAR: Tradisjonelle fødselshjelparar går på kurs for å lære meir. Dei blir oppmoda til å slutta å utføra kjønnslemlesting.

fødslar og oppsamling av menstruasjonsblod som ikkje kjem ut slik det skal. Og korleis omskjæringa går utover kvinnene si oppleving av seksuallivet.

– Klitoris var ikkje eit mistak, veit de, seier ho, sakleg og smilande på same tid, og ser utover forsamlinga av kyrkjeleiarar, like rett fram som om ho skulle forklara at to og to er fire.

Kyrkjeleiarane lyttar, og dei spør om det dei ikkje heilt har fått med seg.

Vrangførestillingane om kvifor kvinner «må» omskjærest, lever

framleis blant folk, og blir kommenterte. Vil kjønnsorganet til ei kvinne som ikkje er omskoren, veksa seg så stort at det kjem til å dingla mellom beina hennar? Er det sant at ei jordmor vil døy dersom ho tar imot babyen til ei uomskoren kvinne?

Seminardeltakarane har fått ein grundig gjennomgang, og har ikkje problem med å skilja mellom sanning og overtru.

#### **Patriarkalsk skikk**

Kimba legg i sine førelesingar vekt på arbeidet med å endra tradisjonar.

– Vi har både gode og dårlege tradisjonar. Poenget er ikkje å kasta vrak på alt som er gammal skikk, men å vurdera kva som er bra og kva som er dårleg. Kva som er verd å føra vidare, og kva vi må kvitta oss med, seier ho.

Ho understrekar at kjønnslemlestinga ikkje har noko med religion å gjera. Men den er knytt til den tradisjonelle opplæringa unge jenter skal ha, der dei blir haldne samla i fleire veker, og det heile blir avslutta med ein seremoni. Den som ikkje har vore gjennom denne seremonien, har ikkje fullt

medlemskap i lokalsamfunnet. Dette må takast på alvor.

Religionsforholda i Liberia er også samansette. Her er muslimane i mindretal, det eksisterer svært mange ulike kristne kyrkjelydar, men majoriteten av innbyggjarane er framleis knytt til det vestlege forskarar gjerne kallar «primitive» religionar, eller naturreligionar.

Kimba tar seg god tid, og forklarar grundig når ho snakkar til dei religiøse leiarane. Men når eg i ein pause spør korleis ho trur tradisjonen med kjønns-





PATRIARKALSK: – Kjønnslømlesting har sitt opphav i at mennene hadde mange koner, og ikkje greidde å tilfredsstilla alle seksuelt, seier Phyllis Kimba.

lømlesting kan ha oppstått, får eg ein kortversjon som ikkje kan misforståast:

– Dette er ein patriarkalsk skikk. Mennene hadde mange koner, og dei makta ikkje å tilfredsstilla alle seksuelt. Kjønnslømlestinga kom for å redusera den seksuelle lystyen hos kvinnene, seier Kimba.

#### **Ikkje lovforbod enno**

Møte med fleire statssekretærar i det liberianske regjeringsapparatet fortel noko om kor komplisert og samansett situasjonen er i dette landet når det gjeld arbeidet mot kjønnslømlesting.

NATPAH har stor sympati blant folk i statsapparatet, og har kontor i Helsedepartementet, men avskaffing av kjønnslømlesting er førebels ikkje ein del av regjeringa sin politikk.

J. Amadu Kiawu, statssekretær i innanriksdepartementet, er så positiv til det arbeidet NATPAH driv, at han har vald å vera støttemedlem. Men han arbeider i eit departement som har ansvar for å ta vare på nasjonale tradisjonar, og omskjerjing av kvinner er ein nasjonal tradisjon. Det er framleis hans departement som deler ut lisensar til omskjerarar.

– Det er eit mål å få ei lov som

forbyr kjønnslømlesting, men det er enno prematurt, seier han. Ein annan statssekretær, Gabriel I. H. Williams i Departementet for informasjon, kultur og turisme, var for ikkje lenge sia med i eit talkshow på radio, der han argumenterte for å avskaffa kjønnslømlestinga.

som er eit stort problem i Liberia. Det har tatt år å få det til å bli ei offentleg sak.

– *Kva med tusenårs målet om å avskaffa kjønnslømlesting innan 2010?*

– Det er veldig ambisiøst, seier statssekretæren.

I andre afrikanske land har

### **Poenget er ikkje å kasta vrak på alt som er gammal skikk, men å vurdere kva som er bra og kva som er dårleg.**

Phyllis Kimba

– Arge lyttarar ringde inn og kritiserte meg. Kva rett hadde eg til å uttala meg, som hadde vore i utlandet, og kvifor skulle eg kritisera omskjerjingstradisjonen, når eg ikkje fordømde homofilt levestett, var noko av det eg fekk høyra, fortel han.

Williams har budd elleve år i USA. Sjølv meiner han at utdanning har gjort det lettare å skilja mellom gode og dårlege tradisjonar. Han har tru på at haldningar let seg endra og viser til at det no blir snakka ope om valdtekt,

det vist seg at lovforbod ikkje er nokon garanti for at det blir slutt på kjønnslømlestinga. Praksisen kan først vidare, berre mindre synleg. Tanzania var tidleg ute med lovforbod, alt i 1968, men der har ein sett eksempel på at det likevel kan gå føre seg i løynd. Presset frå tradisjonane kan vega mykje tyngre enn ein lovregel.

– Dette vil kvinneaktivistane i Liberia ta lærdom av.

– Først må vi gjennomføra den bevisstgjeringa som trengst, og så må lova komma. Gjer vi det mot-

sett, vil det berre skapa motstand mot forbodet, seier Ellen Williams, styreleiar i NATPAH.

Men kor lang tid skal det ta, før tida er inne for å lovfesta forbodet?

Ei nøyaktig tidfesting vil ingen gi, men trua er stor på at mykje kan skje i løpet av få år.

NATPAH har til no hatt aktivitet i sju av dei 15 fylka i landet. Phyllis Kimba har akkurat fått ein telefon om å komma til eit nytt fylke for å diskutera kva som kan og bør gjerast der. Det tar ho som eit godt teikn.

*Artikkelforfatteren Magnhild Folkvord er journalist i Klassekampen og medlem av Kvinnefronten. Hennes oppdrag med reisen til Liberia var blant annet, som representant for Kvinnefronten, å observere arbeidet mot kjønnslømlesting som får støtte av midler som ble samlet inn under tv-aksjonen i 2005.*

*Også Norsk Sykepleierforbund arbeider mot kjønnslømlesting i et prosjekt finansiert av tv-aksjonsmidlene. Det er i Mogadishu i Somalia.*

# Flere babyer får hjelp

I fjor behøvde nesten 300 barn under fire år behandling ved spedbarnsteamet ved Sykehuset Buskerud i Drammen. Dette er dobbelt så mange som i 2005. Den største gruppen er fra null til ett år.

– Økningen kommer trolig av at helsesøstre, jordmødre og leger har skjerpet blikket for den psykososiale siden i familiene. De bruker mer av tiden til å se på samspillet mellom foreldre og barn, og formidler at det er trygt å søke hjelp. I dag er det også mer akseptert å søke hjelp for psykiske problemer, forklarer Sidsel Haug, klinisk pedagog og leder av spedbarnsteamet.

## Føre var

Småbarna henvises fordi de er urolige, vanskelig å trøste og roe ned, har spiseproblemer eller søvnproblemer.

– Dette kan gi mange familier en vanskelig start. Ekstra utsatt er foreldre som er umodne eller har lite nettverk rundt seg. Mange har fødselsdepresjoner eller andre psykiske problemer. Vi jobber også med parkonflikter og vold i famili-

ene. De fleste tilfellene er heldigvis startvansker, som vi retter opp. Da kan vi snu en uheldig utvikling før problemene fester seg.

– *Hvorfor er det viktig å få tak i de aller minste?*

– Det er viktig at de nære følelsesmessige relasjonene til mor og far blir gode. Det de små ikke får fra begynnelsen, kan de ikke ta igjen senere, påpeker Haug.

## Oppdage og mestre

Behandlingen er rettet mot familien med fokus på barnet og hva det strever med. Underveis får kanskje foreldrene opp nye bilder av seg selv som mor og far.

Leken er en naturlig måte for barn å kommunisere på, så terapierommet er et koselig barnerom der foreldre og barn leker sammen en stund. Med de aller minste observerer Sidsel Haug samspillet i det van-

lige hverdagsstellet med bleieskift, mating og kos. Enkelte situasjoner tas opp på video, og blir brukt i reflekterende samtaler etterpå.

– Vi ser på hva de får til, og hva barnet bidrar med positivt og negativt. Vi ser også på hva som mangler: Er mor der når barnet søker etter kontakt for eksempel? Vi undrer oss sammen: Hvem er hun eller han? Hva uttrykker den lille nå? Vi går ut ifra barnets medfødte egenskaper, og snakker om ressurser på ulike plan, og om det å justere seg følelsesmessig etter barnet. Vi samarbeider også med nettverket deres, og drar av og til hjem til familien, forteller pedagogen. Støttende miljøer som barnehage og støttekontakter trekkes inn etter behov.

Foreldre og barn kan også være med i grupper: Mor og barn-grupper, far og barn-grupper eller grupper av flere familier.



SAMSPILL: Nær relasjon til far er viktig.

## Lokalt arbeid

Siden 2001 har spedbarnsteamet ved Sykehuset Buskerud gitt tilbud om individuell tilrettelagt hjelp til familier med småbarn mellom 0 og 4 år og til gravide i Drammen og kommunene rundt. Mye av arbeidet er utadrettet. Teamet har regelmessig kontakt med helsestasjonene, barnevern og Buf-etat i kommunene, og nyfødt/intensivavdelingen på sykehuset.

– Målet er å øke kompetansen hos helsesøstre og kommunale jordmødre slik at de blir stadig dyktigere til å se forhold som forstyrrer barnas utvikling, og til å hjelpe familiene, understreker teamleder Sidsel Haug.

I kjølvannet av arbeidet i Drammen er nå hele Buskerud dekket med tilsvarende team.

# Er obs på fødselsdepresjoner

Helsesøster Anne Grethe Schade ved Konnerud helsestasjon i Drammen er glad for den faste kontakten med spedbarnsteamet og barnevernstjenesten i kommunen.

– Vi utveksler erfaringer, tar opp problemstillinger og diskuterer saker anonymt. Dette er både nyttig i

arbeidet mitt og utviklende for meg som helsesøster.

Schade synes hun har en enestående stilling

– Helsesøstre får mer innpass hos folk enn andre. Dette gir en enestående mulighet til å fange opp problemer. Det første hjemmebesøket etter fødselen er viktig, og vi ser helst at både mor og far er til stede. Vansker i starten er vanlig fordi mye er nytt, og som oftest takler de dette. Varselklokkene ringer når de er mer opptatt av problemene

enn av gledene med det nye barnet. Er dette usikkerhet eller noe som krever profesjonell hjelp?

Schade er opptatt av familiens nettverk.

– Er det besteforeldre, familie og venner i nærheten? Hva slags forhold har de til dem? Jeg understreker at det er god hjelp og støtte i sine nære, spesielt i den første tiden etter fødselen.

Helsesøsteren påpeker at hjemmebesøk er viktig også for flergangsfødende.

– Det kan oppstå problemer mellom svangerskapene, og ubearbejdede hendelser kan dukke opp i en fase der mødre og fedre er ekstra sårbare. Dette fanger vi opp i samtalene, sier hun, som er ekstra oppmerksom på fødselsdepresjoner.

– Knappe 3,5 prosent av dem som rammes får hjelp, mens man regner med at så mye som 10 prosent av fødende får en depresjon. Også fedre får fødselsdepresjoner, opplyser hun.

"Life begins at 40!"

"Å være 40 er fantastisk, spesielt når du ser ut som 30."

RETIN-OX™+

10<sup>\*</sup>  
YEARS  
BACK

COLLAGEN x2<sup>\*\*</sup>

RETIN-OX™+

Etter fylte 40 år reduseres kollagenproduksjonen i huden. Derfor har RoC laget **RoC RETIN-OX®+** som ved hjelp av sin patenterte teknologi fordobler den naturlige kollagenproduksjonen i huden.\*\*

**Resultat:**  
rynker reduseres  
og du ser 10 år  
yngre ut.\*



WE KEEP OUR PROMISES®



\*10 years back on wrinkles. Clinical study on 37 women during 12 weeks.

\*\*In vitro test - Doubled rate of collagen synthesis.



# NSF Unique

5,25%\* sparerente fra første krone

- Ingen begrensninger i antall uttak
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gebyrfri regningsbetaling på nettet
- Kredittreserve på inntil kr 75.000,-

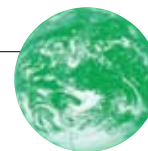


## Vil du vite mer?

Se [www.nsf-unique.no](http://www.nsf-unique.no) eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.

Nominell rente 12,15% årlig. Effektiv rente ved bruk av kreditt: 50.000 (13,52 %) - 25.000 (14,20 %) - 10.000 (16,25 %)

\* Betingelser pr. januar 2008. Renten følger renteutviklingen i Norges Bank.



# Svanen inn på sykehuset

Medisinsk engangsutstyr skaper store avfallsberg. Men nå kan bergene bli mer miljøvennlige.

I første omgang kan utstyr til intravenøs behandling og peritoneal dialyse smykke seg med svanen, som er ett av to offisielle norske miljømerker. Hensikten med miljømerking er å hjelpe forbrukerne til å velge miljøvennlige alternativer.

## Skadelige forbindelser

Mye av engangsutstyret som brukes i helsevesenet er laget av plast, og det er særlig plast med pvc (polyvinylklorid) som skaper problemer for avfallshåndteringen. Denne typen

plast er gjort myk, ofte ved hjelp av ftalater (også kjent som «hormonhermere»). Ved bruk av disse produktene og når plasten forbrennes, frigjøres skadelige forbindelser som blant annet kan fremkalle allergi og påvirke fruktbarheten.

## Ingen så langt

Produsenter må selv søke Stiftelsen Miljømerking om lov til å bruke svanen.

Produkter må ikke inneholde pvc eller skadelige mykgjørere.



## Tips oss!

Har du eller noen du vet om lagt om til en mer miljøvennlig sykepleiepraksis? Da vil vi gjerne høre om det.

Send e-post til [nina.hernæs@sykepleien.no](mailto:nina.hernæs@sykepleien.no) eller [marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)



Foto: Colourbox

Aina Seland, leder av fagavdelingen i Stiftelsen Miljømerking, opplyser at ingen produkter så langt er svanegodkjent.

– Men jeg vil tro at en produsent som greier å oppfylle kravene vi stiller, har et stort potensial, sier hun.

## Vil velge miljø i Bergen

Ifølge miljøleder Linda Eide i Helse Bergen er miljøvennlige produkter noe de etterlyser. Helseforetaket har vedtatt å forsøke å unngå medisinsk utstyr som inneholder pvc og

ftalater, der pasienter må bruke slikt utstyr over tid.

– *Stiller dere krav til produsentene?*

– Ja. For eksempel har vi utarbeidet en innkjøpsguide, hvor vi blant annet har forslag til spørsmål som nettopp går på hvor miljøvennlige produktene er, sier hun.

Les mer om miljømerking: [www.ecolabel.no](http://www.ecolabel.no)

# Alt skal fram

Både sykepleieren som var på vakt da Kristine Nielsen døde og ledelsen på Olavsgården sykehjem i Harstad skal granskes av Statens helsetilsyn.

I et omfattende brev datert 18. februar blir sykepleieren nå bedt om å svare på ti spørsmål knyttet til det som skjedde med 78-åringen som døde 14. juni 2005, og om forholdene på Olavsgården.

## Har gransket

Saken er allerede blitt gransket av Helsetilsynet i Troms, som

konkluderte med at det ikke fantes grunnlag for formelle reaksjoner. Riksadvokaten konkluderte med det samme da straffesaken havnet på hans bord i 2006.

– Det har vært mye oppmerksomhet rundt denne saken, derfor bestemte vi oss for å se nærmere på den, sier en saksbehandler i Statens helsetilsyn som ikke ønsker å uttale

seg offentlig. Hun bekrefter at brev er sendt til sykehjemsledelsen, og til sykepleieren. Der blir alle funnene i saken listet opp.

Helsetilsynet i Oslo har ikke snakket med sykepleieren ennå. Sykepleien vet at obduksjonsrapporten, et båndopptak, pasientjournaler og dokumenter fra politiavhør står sentralt i saken.

## Føler seg sviktet

Sykepleieren fastholder at hun ikke har gjort noe galt og føler seg sviktet av Harstad kommune og av NSF.

– Det har vært kjempetøft, og jeg har stått helt alene, sier hun.

– *Hva vil du si om pleien dere ga denne pasienten?*

– Kristine fikk kjempegod pleie,

vi var inne hos henne veldig ofte og fulgte henne godt opp.

Kristines datter, Karin Nielsen, mener derimot at moren fikk uforsvarlig pleie over tid, og at dette medvirket til dødsfallet. Hun hevder blant annet at moren ble liggende gjennomvåt i sengen.

78-åringen døde etter en lungebetennelse, og under obduksjonen ble det funnet bindevevsdannelse og blødning i lungene som skyldes kjøtt som pasienten fikk i vrangstrupen eller ved brekning. Lydbåndopptaket fra hennes siste timer i live har fanget opp gurglelyder fra Kristine mens hun ble matet. Kvinnen hadde svelgeproblemer.

tekst Lily Kalve

**Navn:** Madhu Sharma

**Alder:** 47 år

**Hvorfor:** Fordi hun som sykepleier og innvandrer er utpekt som forbilde. Hun er prisbelønnet for å være nyskapende i sitt arbeid med flyktninger.

# Topp ti-modellen

Madhu Sharma er blitt internasjonal rollemodell. Det har hun papirer på.

**Da hun kom til Norge, var hun 21 år,** sykepleier og nygift. Fire år senere var hun alenemor til to. Da bestemte hun seg: Hennes prosjekt skulle bli barna og jobben.

Nå er barna voksne og Madhu Sharma er blitt kåret av nettverksorganisasjonen Leadership Women som én av «Top 10» i 2007. Fem kvinner og fem menn – kommet til Norge etter fylte 16 år – er utpekt som internasjonale rollemodeller for deres «fremragende innsats i norsk arbeids- og kulturliv». Prisen støttes av Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet.

Sharma er blitt belønnet for å være nyskapende med sitt mestringsprosjekt om psykisk helse for flerkulturelle i Bærum kommune. Der hjelper hun nyankomne flyktninger å tilpasse seg Norge.

**– Jeg har fått fri av sjefen,** sier hun hjemme i villaen på Blommenholm utenfor Oslo.

Smijernsporten utenfor er prydet med elger. Det er dagen før landets første statsråd med innvandrerbakgrunn må forlate posten sin.

*– Hva synes du om å få en sånn pris?*

– Ordet *pris* minner meg om lotto. På engelsk heter det «award». Men det er veldig hyggelig, sier hun mens hun serverer Yogi Tea med kryddersmak.

Sønnen tok imot prisen for henne, for hun var i India under seansen. Han måtte holde tale for 200 mennesker. Mor har sett på video at han klarte det fint. Unge menn som ham har hele livet hørt at det er omtrent umulig for førstegenerasjonsinnvandrere å lykkes. Det fører både til dårlig selvbilde og foreldrebilde.

*– Har han fått mer respekt for deg nå?*

– Han har hatt respekt for meg som alenemor. Men at jeg gjør det godt på jobben, visste han sikkert ikke.

Sharma har hatt mange jobber både i eldreomsorg, psykiatri og høyskole, og hun har flust med videreutdanning. Bachelorgraden i sykepleie hadde hun med fra India, siden har det blitt både geriatri, psykiatri, flerkulturelt helsearbeid, pedagogikk og sykepleievitenskap. Masteroppgaven er snart ferdig.

**Å bytte miljø har hun i blodet.** Sammen med ingeniørfaren, lærermoren,

broren og søsteren flyttet hun fra sted til sted i nord-India på grunn av farens prosjektjobber.

Ulempen med stadig å måtte forlate venner snudde hun til troen på at hun alltid klarer å skaffe nye. Kombinasjonen trygg kjernefamilie og stadig nye mennesker i et sekulært land med mange religioner har gitt henne en nyttig holdning, mener hun.

Hun hutrer litt i sofaen og slenger et sjal over skuldrene.

**«Særdeles modig. Lett lynne. Fryktløs.** Hun er som en sommerfugl; søker en jobb, skaper noe nytt og rusler videre.» Slik beskriver en tidligere kollega henne.

Top 10-prisen har gjort Sharma enda mer bevisst sine *egne* rollemodeller. Hun forteller om en uvanlig omsorgsfull far og en veiledende og kreativ mor som komponerte på kjøkkenet og tryllet med stoffer og søm.

Moren sendte henne på sykurs da hun var 15. Madhu hadde ikke lyst. Men noe skjedde på det kurset. Hun ble besatt og endte opp med å lage bluser til mors venninner. I de varme nettene satt hun utenfor hu-

set og sveivet på Singer-maskinen, med litt gatelyst til hjelp.

– Det var da jeg fant den. Kreativiteten, analyserer hun i vinter-Norge.

– Mor og jeg fikk noe felles. Vi skapte ting sammen, det brakte oss tettere hverandre.

Å være flerspråklig i India er en naturlig sak. Moren underviste henne både i hindi og engelsk. Sharma var flink, også i punjabi, som hun fikk en utmerkelse for. Hun likte å lese.

– Særlig poesi og litteratur om mennesker, når noe skjer mellom linjene. Nå skjønner jeg at det handler om min interesse for relasjoner.

**I åttende klasse var det atter** en ny skole for Madhu. Hun sto bakerst i den store salen full av elever da hun tetanende ble ropt fram. Folk klappet, men hun var redd. Det viste seg at hun hadde fått stipend for sin dyktighet.

– Slik har ting kommet overraskende til meg. For eksempel da jeg ble sykepleier i 1981 og ble best i flere fag.

Sykepleiefaget var så interessant

**De fleste kvinner fortjener en pris.**

Madhu Sharma



at når hun kjedet seg, tok hun fram en bok.

– Hjernen var sugen og klar til å kose seg. Egentlig ville jeg bli lege, men jeg kom ikke inn på studiet. Alle i India vil enten bli lege eller ingeniør.

Faren så en annonse i avisen og tok henne med til College of Nursing. Men hun var ikke helt fornøyd med sykepleiestudiet.

– Kvaliteten var god, men jeg følte jeg ikke fikk brukt min kapasitet.

**I en knall blå sari er Sharma i det indiske tempelet i Røyken.** Hun ler og danser sammen med andre kvinner i fargesterke klær.

Scenen er hentet fra tv-programmet Migrapolis, sendt sist november. Temaet er nettverk. I en ny scene viser hun hvordan hun bruker egne erfaringer i jobben sin med flyktningene. Den første tiden i et nytt land har brent seg inn, og hun snakker om å finne ny balanse i livet.

Da hun var ferdig sykepleier, lurte foreldrene på om hun kunne tenke seg å gifte seg. «Jo, det kan vel passe, det», tenkte hun. Hun hadde lyst til å reise til Europa eller USA. Etter at foreldrene hadde vist fram seks-sju gutter for henne, slo hun til. Han var pen og bodde i Norge. 14 dager etter vielsen dro hun glad til Norge.

– Vi hadde ikke snakket sammen mer enn én gang før vi giftet oss. Det burde vi ha gjort.

Sharma forklarer hvorfor familiene bør passe sammen. Det har med verdier å gjøre, tanker om barneoppdragelse, økonomi. Og arvelige sykdommer.

– Hinduer gifter seg ikke med kusiner og fettere. Det må gå minst åtte ledd, da regner vi med at eventuelle arvelige sykdommer blir utvannet.

Hun fant fort ut at hun følte seg mer moden enn mannen sin.

– Jeg har alltid vært litt dyp, sier hun og holder blikket fast.

Øynene er ualminnelig mørke.

Hun tok norsk kurs på rekordtid, ble kjøpt autorisert og fikk seg jobb som ledende sykepleier på Amerudhjemmet før et år var gått.

Datteren og sønnen ble født. Hennes

planer om videreutdanning fikk ingen støtte i svigerfamilien, og hun følte seg kvalt i ekteskapet.

– Livslærdommen kom tidlig. Jeg gikk inn i meg selv: «Hvem er jeg? Hva klarer jeg? Hva orker jeg?»

De ble skilt ved dom.

På peishyllen troner en dansende Shiva. Spisebordet er stuet inn til veggen, til fordel for god gulvplass. Fest hos Madhu betyr dans.

– Med skuldrene. Sånn.

Armene opp, skuldre og hode gynger grasiøst.

– Dansen heter bhangra, jeg bare må danse. Det sprer glede.

**«Du store min, hvor mye de klarer»,** tenkte hun om norske kvinner. «Ingen grunn til å sørge fordi jeg er blitt alenemor.» Men det ble fem tøffe år.

– Jeg hadde ikke noe valg. Jeg måtte ta ansvar og passe på min psykiske helse. Siden jeg ikke hadde familie her, fikk jeg fort norske venner.

Hun trengte større plass og søkte

en ny jobb. Den fikk hun. Med jobben fulgte leilighet og barnehaveplass. Alt lå innenfor en radius på 500 meter.

– Jeg jublet. Det betydde alfa og omega for meg og var veldig trygt for barna.

Sharma kommer stadig tilbake til sine rollemodeller.

– Jeg blir imponert, helt spontant. I rettsalen, under skilsmiseprosessen, satte en kvinnelig dommer advokatene på plass. Slik handling gjør inntrykk, og inntrykkene blir sittende i hodet.

Et annet forbilde er Prathiba Jensen, indisksvensk sykepleier og psykolog, nå enke etter forfatteren Axel Jensen.

– Jeg møtte henne i skilsmisefasen. Jeg var så knytt, og hun løftet



meg opp. «Slipp tanken på framtiden, ikke la den kontrollere deg, åpne opp mot det norske samfunnet.» Hun lærte meg å tåle smerte.

– *Hjalp det at hun var indisk?*

– Ja, når man bearbejder sorg, er det godt å snakke med en som har samme språk og kultur. Det har jeg tatt inn i egen profesjonsutøvelse. Derfor må behandlere som jobber med innvandrere bestå av tverrkulturelle team.

Flyktningene hun treffer er ofte forvirret, slitne og har smerter kroppslig og psykisk.

– Jeg ser det med en gang. Det gir tillit.

**Psykiatri og innvandrere** er et forsømt område, mener Sharma.

– Det blir så mye ad hoc og så lite systematikk. Man blir ofte alene

i jobben. Hennes engasjement har også en personlig grunn. Hun har møtt apparatet i psykiatrien som pårørende.

– Jeg møtte mye arroganse, både som pårørende og fagperson. Å oppleve fordommene mot meg som innvandrere var veldig frustrerende. Jeg skulle ikke tro jeg var noe.

Brått reiser hun seg, sier hun må ha en liten pause, og forsvinner ut på kjøkkenet. I stuen er det helt stille. Så kommer hun tilbake med snop av sesamfrø og brunt sukker.

Sharma tar vare på indiske skikker og feirer høytidsdager. Det er viktig for den psykiske helsen.

– Egenverdien er truet når man flytter til Norge. Du må jobbe hardt for å gjøre deg forstått, selv om du har topp karakterer.

Det man har lært før i livet, skal man ikke bare kaste, er hennes råd til andre innvandrere.

– Men vi har bare en viss kapasitet. Det nye må erstatte det vi ikke har bruk for av det gamle.

– *Hva har du forkastet?*

– Jeg er ikke veldig religiøs. Jeg faster ikke.

Selv om hun har fått mye bekræftelse, har hun også følt seg diskriminert på jobb.

– Hjelpepleiere og pleieassistenter respekterte meg ikke som sykepleier i min første jobb fordi jeg ikke snakket perfekt norsk. Men da de prøvde å nedgradere meg, fikk jeg større trang til å overbevise og ta igjen.

Det stadiet er forbi. Hvis ikke folk skjønner at hun er kyndig, kan det være det samme.

Sharma har en appell til sykepleiernes tillitsvalgte.

– Gjør en grundigere jobb for innvandrersykepleierne så de ikke blir trakassert eller misforstått. Se menneskene bak saken. Lag strategier for å beholde innvandrere også, ikke bare rekruttere.

**Leder av norskindisk forening og**

Kvinnefronten, Venstre-politikk i kommunestyret – vervene har vært mange. I kontaktutvalget for innvandrere traff hun Manuela Ramin-Osmundsen, som altså er hardt presset denne dagen.

– En veldig klok dame, men hun bør ha mer kontakt med grasrota, er Sharmas knappe kommentar, før hun understreker at det er vanskelig å være både politiker og innvandrere.

– Skal man være politiker for innvandrerne? Eller for den generelle befolkningen? Begge deler blir du dømt for.

Hun føyer til at Ramin-Osmundsen fikk Top 10-prisen for noen år siden.

– *Å ja? Du fortjener den kanskje bedre?*

– De fleste kvinner fortjener en pris.



# Er du urolig for ditt langtidsblodsukker (HbA1c)?

Visste du at blodsukkerverdier etter måltider utgjør store deler av døgnet og er et viktig bidrag til ditt langtidsblodsukker (HbA1c)?



Måltidsmarker dine måleresultater før og etter måltider med blodsukkerapparatet CONTOUR®.

CONTOUR® **INGEN KODING**  
Enkelt i bruk. Avanserte muligheter.

ASCENSIA  
**CONTOUR**  
Blood Glucose Monitoring System



Bayer HealthCare  
Diabetes Care

- JA takk**, jeg vil gjerne motta CONTOUR® gratis.
- JA takk**, jeg ønsker gratis medlemskap i Ascensia Club.

Navn

Fødselsdato  Telefonnummer

Adresse

Postnr.  Poststed

E-mailadresse

**B-post**

Adressaten betaler for sending i Norge



Distribueres av Posten Norge

Sjukpleieren 5/2008

GRÖSET™ 02.08.AND

**Bayer AS- DC**  
Svarsending 2285  
0091 Oslo



**Navn:** Anne Enger  
**Stilling:** Leder av likelønnskommisjonen  
**Ellers:** Utdannet sykepleier og sosionom. Tidligere leder av Senterpartiet. Nå er hun fylkesmann i Østfold.

## Likelønn:

# – Må i boks

Tiril Svensen ble overrasket da Anne Enger foreslo noe så konkret som 3 milliarder likelønnskroner. Men Svensen slapper ikke av før hun ser kroner på sykepleiernes lønnskonto.

**Tiril Svensen**, nestleder i NSF Oslo og medlem i Kvinner på tvers, var forberedt på en slapp innstilling fra likelønnskommisjonen. Men kommisjonens leder, **Anne Enger**, overrumplet henne.

– Uventet positivt og sjeldent konkret. Ofte foreslår sånne kommisjoner bare nye utredninger, sier Svensen, som likevel ikke lar seg blende.

– Handling gjenstår. Og det er dårlig tid. En borgerlig regjering vil aldri gå med på det, påpeker hun.

21. februar la Anne Enger fram innstillingen til likelønnskommisjonen hun har ledet siden 2006. Først fortalte hun hva kommisjonen *ikke* uttaler seg om: Skift-turnus-saken, for der er det nedsatt et eget utvalg. Innvandrerkvinnene, for temaet er så svært. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet, for yrkesvalg er noe Kunnskapsdepartementet tar seg av.

For å vise hvor urettferdig inntektsfordelingen er, trakk Enger fram et yndlingseksempel: Av ti mannlige pensjonister er én minstepensjonist. Av ti kvinnelige pensjonister er fem minstepensjonister.

– Hvis vi ikke gjør noe, svikter

vi, sa hun og la fram seks forslag til tiltak for likelønn:

Tredelt foreldrepermisjon var allerede sluppet ut som en nyhet i mediene. Men forslaget om 3 milliarder til et lønnsloft for kvinne-dominerte yrker i offentlig sektor var nytt for forsamlingen.

Kommisjonen foreslår videre å styrke likestillingsloven og – ombudet. Partene i privat sektor anbefales å sette av en lavlønns- og kvinne-pott i lønnsoppjøret. Tariffestet rett til lønns tillegg etter foreldrepermisjon er nok et forslag.

Dessuten bør virksomheter som sørger for flere kvinnelige ledere støttes, mener kommisjonen.

– 3 milliarder – det blir 30 000 kroner til 100 000 kvinner. Er det nok?

– Det ville jo hjelpe hvis man fikk det, sier Anne Enger og minner om advarselen som følger med forslaget om likelønnsloftet: Hvis ikke partene i arbeidslivet klarer å bli enige om hvordan midlene skal fordeles, bør heller ikke regjeringen bevilge disse ekstrapengene.

– Det må heller ikke komme krav om kompensasjon for nye grupper i neste runde, sier hun.

**Det vil smerte for noen mødre å gi slipp på permisjon, men erfaring viser at tvang må til.**

# før valget

Enger viser til at dagens forhandlingsmodell er konserverende. Den sørger for vekst, men nivåforskjellene består.

– *Har du tenkt mye på sykepleierne i prosessen?*

– Jeg er jo bevisst eget yrkesfag. Men jeg har tenkt mer på hvor lønnsforskjellene mellom kvinner og menn er størst.

Kommisjonen slår fast at problemet er størst for kvinnedominerte yrker med fireårig høyere utdanning i offentlig sektor. Det er derfor forutsigbart at flere av LO-forbundene er skeptisk til lønnsloftet i offentlig sektor. For dem er likelønn mer et lavlønnsproblem i privat sektor.

SV-leder Kristin Halvorsen, derimot, liker forslaget. Hun kan tenke seg å formulere et likelønnsloft i en ny Soria Moria-erklæring – som i så fall først blir aktuell etter en eventuell valgseier i 2009.

– Det er ikke bra nok, konstaterer Tiril Svensen.

– Barnehagedekningen er et godt eksempel på det. Det blir ikke likelønn i min tid hvis Soria Moria 2 er strategien.

Svensen er ekstra spent på LOs manøvrer framover.

– Med Flåthen som leder har LO dreid seg mer bort fra likestillingspolitikken, påpeker hun.

– Et eventuelt trepartssamarbeid kan også by på utfordringer, det har det gjort før. Dette blir nok et skjørt punkt.

Innad i Unio kan det også bli kinkig:

– Politiet tjener jo heller ikke

veldig bra. Jeg har hørt at de sier: «Hva med oss?» Men vi kan ikke argumentere slik: «Hvis ikke vi får, skal ikke dere heller få.» Da kommer vi ingen vei.

Svensen er positiv til en tredeling av foreldrepermisjonen. Kommisjonen foreslår at én del reserveres mor, én del går til far og den siste er valgfri. Ifølge kommisjonen oppstår en stor del av lønnsforskjellene i småbarnsfasen: For det offentlige gjelder det 20 prosent, for det private 40 prosent.

– Mange snakker om amming og slitne mødre. Men hvis målet er likelønn, må kvinner ofre noe. Det vil smerte for noen mødre å gi slipp på permisjon, men erfaring viser at tvang må til, ellers opprettholder vi ulikelønnen.

Hun mener at ett års permisjon er nok, men at den bør kompenseres med 100 prosent lønn, ikke 80 prosent som i dag. Hun vil heller jobbe for sekstimers dag enn ytterligere utvidelse av foreldrepermisjonen.

Svensen etterlyser for øvrig et punkt om permisjon for foreldre som er selvstendig næringsdrivende.

– Mange sykepleiere er i slike familier, som vil komme dårlig ut med dette forslaget.

Kommisjonens mindretall, Tom Colbjørnsen, foreslår økt bruk av lokale forhandlinger i offentlig sektor.

– Det løser svært lite av like lønnsproblemet, avviser Svensen.

Innstillingen, som heter *Kjønn og lønn*, skal nå ut på høring.



**Navn:** Tiril Svensen

**Verv:** Representant for Norsk Sykepleierforbund (NSF) Oslo i Kvinner på tvers.

**Ellers:** Hovedtillitsvalgt på Rikshospitalet og nestleder i NSF Oslo.

# Politiet undersøker sykepleie

Oslo politidistrikt bekrefter at det jobber med en sak om rekruttering av sykepleiere fra Filippinene.

Gro Berger Lappegård ved utlending- og forvaltningsseksjonen i Oslo politidistrikt, bekrefter at det nylig har mottatt en henvendelse angående filippinske sykepleiere i Norge. Politiet har funnet henvendelsen såpass interessant at det har valgt å se nærmere på saken.

– Hva handlet henvendelsen om?

– At det er en person som rekrutterer sykepleiere til Norge, mot at disse må betale høye beløp. Ifølge henvendelsen er det også sykepleiere som jobber som hjelpepleiere, de har 100 prosent stilling på papiret, men jobber i realiteten i mindre stillinger, sier hun. Ifølge reglene må sykepleiere fra land utenfor EØS-området ha full stilling hos én arbeidsgiver for å få arbeidstillatelse i Norge.

## Undersøkelsessak

– Samarbeider dere med politiet på Filippinene?

– Vi har vært i kontakt med den norske ambassaden på Filippinene, men ikke med politiet på dette stadiet. Jeg vil understreke at dette foreløpig er en undersøkelsessak, men det kan se ut som saken er sammensatt, sier Berger Lappegård, og bekrefter at det både er snakk om arbeidsforhold i Norge og selve rekrutteringsprosessen.

## Økt fokus på helsesektoren

Arbeidstilsynet har de siste årene hatt en offensiv mot arbeidsforholdene til utenlandske arbeidere i bygg- og anleggsbransjen og sier at det nå er helse- og omsorgssektoren som står for tur.

– Arbeidstilsynet har gjennomført et betydelig antall tilsyn, særlig i bygg- og anleggsbransjen. Så langt har Arbeidstilsynet ikke hatt fokus på lønns- og arbeidsvilkår for utenlandske ansatte innenfor helse- og omsorgssektoren, men dette vil vi ha framover, sier Bjørn Kvello, seniorrådgiver i Arbeidstilsynet.

– Som alle andre ansatte i Norge gjelder reglene i arbeidsmiljøloven som vedrører helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen også sykepleiere fra utlandet, sier Kvello.

Han oppfordrer arbeidstakerne som har problemer å ta kontakt med fagforeningen eller det lokale arbeidstilsynet.

## – Betaler veldig mye

Norsk-filippinske Florentina Sørli mener forholdene for filippinske sykepleiere som kommer til Norge har blitt tøffere.

– Mange filippinske sykepleiere som kommer til Norge betaler veldig mye. Det er noen som lander på Gardermoen og oppdager at ingenting av det de har blitt lovet venter dem: Ingen møter dem på flyplas-

sen, ingen jobb, ikke noe sted å bo. Det sier den norsk-filippinske sykepleieren Florentina Sørli.

## – Tøffere marked

Hun har vært i Norge siden 1984 og sier at forholdene for filippinske sykepleiere som ønsker å jobbe i Norge har blitt tøffere de siste årene. – Det er aktører i rekrutteringsmarkedet som lover mer enn de holder til sykepleiere. De låner ut store summer, gir inntrykk av at det er veldig enkelt å få seg jobb og tjene godt i Norge. Selv om agentene ikke klarer å skaffe jobb, begynner de likevel å inndrive gjelden, og setter

sykepleieren i en forferdelig vanskelig situasjon, sier hun.

## Hjelper

Sørli jobber som sykepleier på avdeling for stoffmisbruk på Aker universitetssykehus og driver et enkeltpersonforetak i tillegg. Firmaet er registrert under navnet «Sykepleierens privat assistanse i Skandinavia, omsorg og rekruttering» i Brønnøysundregistrene, men Sørli avviser at hun selv driver med rekruttering av sykepleiere fra Filippinene. Hun er heller ikke registrert som arbeidsgiver.

Hun hevder at hun gjennom

firmaet nærmest har spesialisert seg på å hjelpe filippinske sykepleiere i Norge til å finne jobb.

## – Garantist som ikke eksisterer

– Det er uforsvarlig for sykepleierne som reiser ut av Filippinene uten å ha familie eller venner i Norge, sier hun.

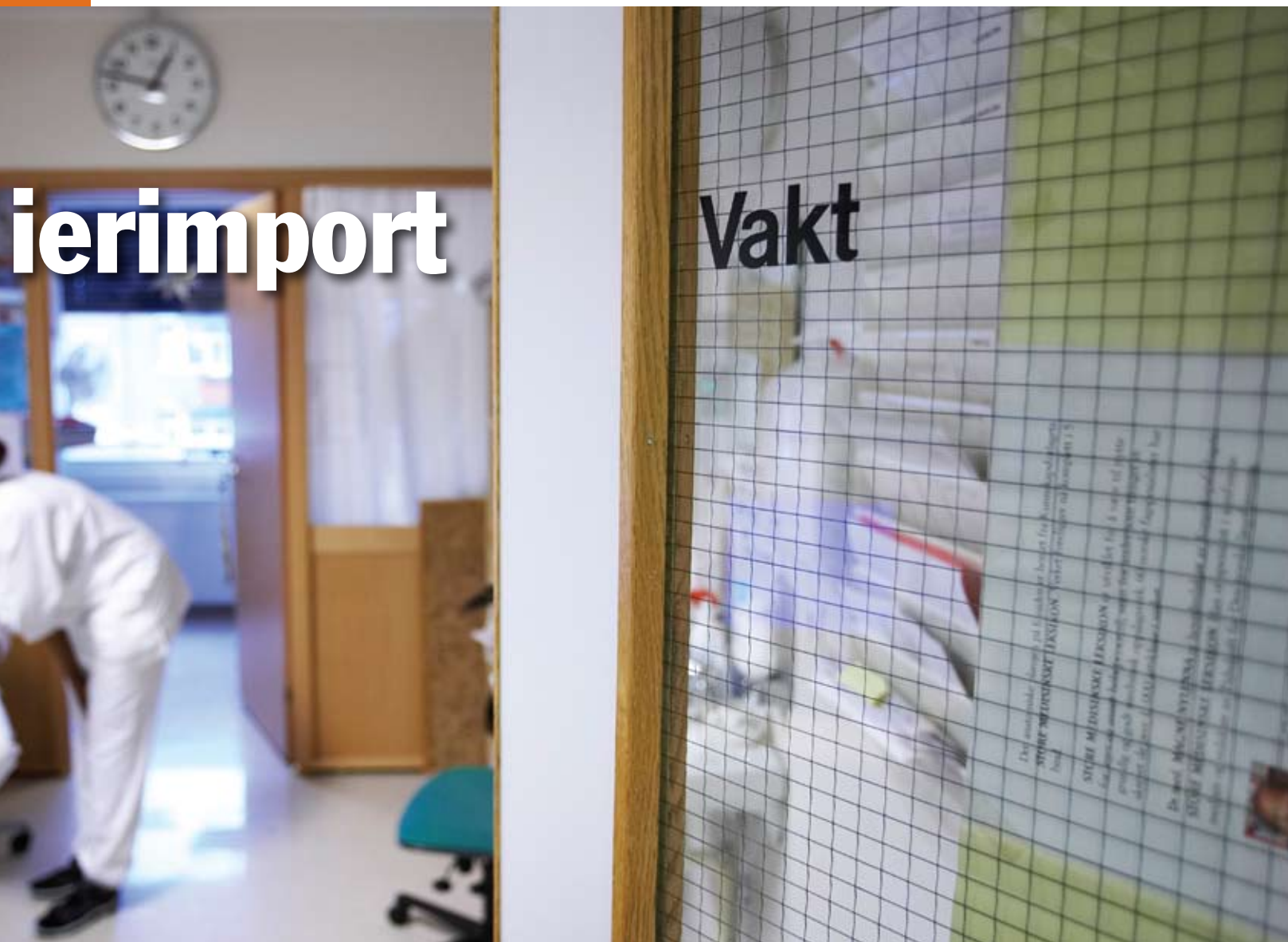
En norsk statsborger kan garantere økonomisk for den som kommer på turist- eller jobbsøkerervisum.

– Jeg har vært borti tilfeller hvor jeg mistenker at den som har blitt oppført som garantist rett og slett ikke eksisterer, sier hun.



FULL STILLING: Og én arbeidsgiver er kravet, men politiet har fått tips om at det for noen kun er på papiret. Illustrasjonsfoto.

# ierimport



## Nekter å betale overpris

– Jeg skal betale det ting virkelig har kostet, men ikke så mye som agenten sier jeg skal.

Det sier en 36 år gammel mannlig, filippinsk sykepleier. Han mener han har blitt lurt av en norsk-filippinsk agent som opererer både i Norge og på Filippinene. 36-åringen kom til Norge på jobbsøkerervisum for noen måneder siden. Han skylder nå 200 000 pesos (ca. 25 000 kroner) for norskkurs på Filippinene, pluss 25 000 kroner som

han måtte låne av rekruttereren etter at han kom til Norge.

### Hushjelp

Til tross for det høye innskuddet har han ikke fått jobb fra den som rekrutterte ham. Nå har han skaffet jobb på egen hånd, men nekter altså å betale for tjenesten han mener han ikke har fått.

– Likevel sier de at jeg skal betale hele beløpet. Det gjør jeg ikke, sier han. I tillegg skylder han penger for husleie og mat til en filippiner som har latt ham bo hjemme hos seg, mot at han har hjulpet til i huset.  
– Jeg måtte leve på lommepengene

fra Filippinene den første tiden, senere måtte jeg spørre familien på Filippinene om økonomisk hjelp for å overleve. Det har vært tungt, sier han.

### – Mange blir desperate

– Man skal være sterk for å tåle presset. Man blir nesten gal. Ingen penger, ingen jobb, og stor gjeld. Folk blir desperate. En venn av meg ble innlagt på en psykiatrisk avdeling i Norge. Han klarte ikke mer. Jeg har to barn hjemme, og har også hatt en veldig tøff periode. Jeg har inntrykk av at nesten alle som kommer til Norge via agenter opplever det på denne måten til å begynne med.

### – Skulle ikke gå an

– *Ville du reist via den samme aktøren dersom du fikk sjansen til å gjøre alt på nytt?*

– Jeg vet ikke hvordan jeg skulle gjort det, men jeg ville ikke gjort dette igjen. Aldri. Vi blir lovet så mye, men virkeligheten er helt annerledes. Jeg synes ikke det er riktig. Jeg vet ikke hvem jeg skal gå til for å klage på dette, men det skulle ikke gå an at noen får lov til å drive på denne måten, sier 36-åringen til Sykepleien.

*Reiste med spedbarn – fikk ikke jobb.*  
Les historien på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

# Bedre kontroll med vikarbyråer

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) utformer nå en ny forskrift som skal bedre kontrollen med lønns- og arbeidsvilkår i vikarbyråer for å hindre sosial dumping.

Departementet ønsker blant annet å innføre en obligatorisk melde- og registreringsordning for vikarbyrå som skal drive i Norge. Høringsfristen gikk ut 10. januar og saken er nå under behandling i AID.

## Arbeidstilsynets ansvar

Arbeidstilsynet bør ha ansvar for et slikt register ifølge høringsnotatet som ble sendt ut i desember i fjor.

Vikarbyråene er nødt til å melde inn virksomhetens navn, kontoradresse, organisasjonsnummer samt navn og adresse på representant for virksomheten i Norge dersom selskapet er utenlandsk. Det skal også dokumenteres at firmaet er registrert hos skatteetaten.

## Straff

Det vil ikke være lov å leie inn arbeidskraft fra andre vikarbyråer enn dem som står på Arbeidstilsynets liste over godkjente aktører.

Registeret er åpent for alle slik at det skal være lett å sjekke hvilke vikarbyråer som har oppfylt meldeplikten til Arbeidstilsynet.

Dersom noen leier inn fra byråer som ikke er godkjent av Arbeidstilsynet, kan de gi pålegg, varsel om tvangsmulkt og/eller stansing.

## Mange useriøse

Departementet ønsker at forskriften trer i kraft i løpet av våren 2008 og at registeret vil være på plass fra høsten av.

Bakgrunnen er signaler, blant annet fra LO, om at blant de 1 600 utleiefirmaene som er registrert i Brønnøysundregistrene, finnes mange useriøse aktører.

– Hvis vi ikke lykkes med dette risikerer vi å få et todelt arbeidsliv hvor arbeidsinnvandrerne jobber mer eller mindre uregistrert og på uakseptable lønns- og arbeidsvilkår, skriver departementet i høringsnotatet.

## Noe er på plass

Stortinget vedtok i juni 2007 endringer i allmenngjøringsloven. Lovendringene gir tillitsvalgte rett til innsyn i lønns- og arbeidsvilkår hos underleverandører. Endringene åpner også for at departementet kan pålegge oppdragsgiver en plikt til å påse at underleverandører etterlever allmenngjøringsforskriften.

Denne forskriften er nå på plass. Fra 14. mars har tillitsvalgte rett til innsyn i lønns- og arbeidsvilkår.

Dersom oppdragsgiver oppdager brudd på allmenngjøringsforskriften, er det imidlertid ikke foreslått noen varslingsplikt til Arbeidstilsynet.

## Kan kreve innsyn

De tillitsvalgte skal nå kunne kreve de samme opplysningene som Arbeidstilsynet normalt krever framlagt. Det vil si arbeidsavtaler, lønns slipper, timelister eller annen dokumentasjon.

Dersom hovedleverandør ikke etterkommer henvendelsen innen en avtalt frist, kan informasjon innhentes direkte fra underleverandørene.

De innhentede opplysninger kan

ikke brukes til andre formål enn det som er nevnt i forskriften.

Fellesforbundet og LO er kanskje de organisasjonene som har jobbet mest og lengst med sosial dumping, først og fremst i byggebransjen.

## Fiks tariffavtaler!

– Dersom Sykepleierforbundet ønsker å forhindre sosial dumping innenfor sin sektor er første punkt å få på plass tariffavtaler med aktuelle firmaer, sier rådgiver i Fellesforbundet, Per Skau.

– Men kanskje det viktigste er de tillitsvalgtes rolle. De kan nemlig kreve å få innsyn i lønns- og arbeidsavtaler, helt ned på lønnsnivå.

Han påpeker også at innleie av arbeidskraft ikke kan skje uten tillitsvalgtes samtykke.

– Hvis et sykehjem sender ut et tilbud på vikartjenester, kan tillitsvalgte kreve at de som får oppdraget har tariffavtaler og følger gjeldende tariff lønn, sier Skau.

Mer informasjon kan du finne på [www.arbeidstilsynet.no](http://www.arbeidstilsynet.no) og [www.regjeringen.no/nb/dep.html?id=165](http://www.regjeringen.no/nb/dep.html?id=165)

## Forsvant fra sommerjobben

Mange institusjoner hadde problemer med vikarbyråer og utenlandsk arbeidskraft sommeren 2007: Noen møtte ikke opp, andre kunne norsk for dårlig og enkelte krevde ulovlige arbeidsmengder.

Forhandlingsavdelingen i NSF evaluerer hvert år hvordan sommeravvikling ved sykehus og andre institusjoner forløper. I 2007 meldte flere tillitsvalgte om

spesielle utfordringer knyttet til sykepleiere fra eksterne vikarbyråer. I tillegg til vansker med å skaffe sykepleiere, særlig spesialiserte sykepleiere, ble det meldt om følgende:

- Sykepleierne/vikarbyråene stilte krav om stor arbeidsmengde, komprimert over kort tid. I de fleste tilfeller var disse kravene ulovlig i forhold til daglig og ukentlig arbeidstid/arbeidshvile. Likevel ble dette satt som kriterie for å stille arbeidskraft til disposisjon.
- Et foretak meldte om vikarer som gikk flere dobbeltvakter i løpet av

en uke og uketimetall på 55-75 timer.

Andre erfaringer med utenlandske sykepleiere:

- Mange vikarer møtte ikke opp som avtalt, eller forsvant midt i avtaleperioden uten at vikarbyrået kunne erstatte dem.
- Manglende norskkunnskaper.

tekst Kari Anne Dolonen



# BRYT SMITTEKJEDEN

## Hånddesinfeksjon for pasienter og ansatte



### ER PASIENTENS HENDER RENE?

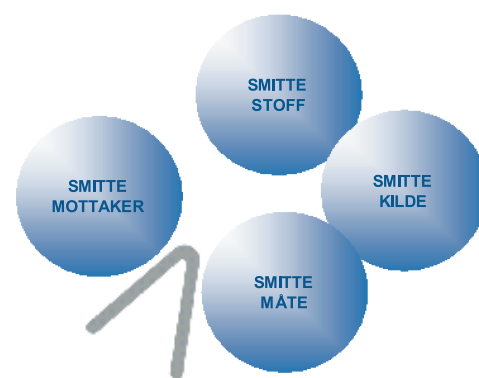
Visste du at på pasienters hender finnes ofte sykdomsfremkallende mikrober, eks. tarmbakterier. Urene hender hos pasienter utgjør en økt smitterisiko. Dette kan vi gjøre noe med! Informer dine pasienter om viktigheten av å verne seg selv mot smitte.

- Våtservietter gis til sengeliggende pasienter og korridorpasienter
- Oppegående pasienter kan bruke hånddesinfeksjonsmiddel

### VÆR TRYGG PÅ AT HENDENE DINE ER RENE!

Med hånddesinfeksjonsmiddel dreper du 99% av mikroben på hendene dine innen 15 sekunder. Med håndvask må du bruke 30 sekunder for å oppnå samme effekt, men husk at helsepersonell bruker gjennomsnittlig 5-8 sekunder på en håndvask og da er hendene fremdeles skitne. Hånddesinfeksjon gir maksimal effekt! Vær nøye med å gni inn middelet også på fingrene, i din kontakt med pasientene.

### BRYT SMITTEKJEDEN





” Det arbeidet som duger er det som blir utført av dyktige hender, ledet av en klar hjerne og inspirert av et kjærlig hjerte

Florence Nightingale

## Tekstens drakt

Akkurat som jeg iblant velger vin etter etikett, handler jeg bøker etter utseende. Har de i tillegg en fin tittel, er kjøpet nærmest uunngåelig. Lenge var jeg medlem av en engelsk bokklubb, hvor jeg rendyrket denne overfladiske tilnærmingen. Med hell. For eksempel kom jeg over «The Curious Incident of the Dog in the Night-Time» (valgt utelukkende ut fra streken i det naivistiske, men litt bisarre omslaget der en hund ligger gjennomboret av en høygaffel), nå en respektabel bestselger, oversatt til norsk og med kvaliteter langt utover innpakningen. Å lese etter utseende er ikke noe å skryte av. Det sier mer om meg enn om bøkene. Men utseende sier også noe om hvor stor ære man gjør på en bok. Derfor er det et mysterium at bøker med så interessante tema og titler som «Smitte» og «Helsens sammenhenger» pakkes inn i nitriste omslag som gjør alt annet enn å innby til leselyst. Dere kan godt le av mine innrømmelser, men visuell innpakning bidrar til å koble bok og leser. Det er jo en grunn til at jeg fortsetter å gå etter utseende. Ganske ofte funker det.



Nina Hemnes

Forfatterintervjuet:

# Den virkelige Florence

Glem klisjeene om den ydmyke og uselviske Florence Nightingale. Åsa Moberg tegner snarere et bilde av en rå intellektuell lobbyist med matematiske begavelser.



**Forfatterintervjuet:** – En forkjemper for rettferdighet.

Slik vil Åsa Moberg beskrive Florence Nightingale. Hun er svært provosert over de gjengse forestillingene om henne som en engel i menneskeskikkelse.

– Helt feil, sier hun på telefon fra Sverige.

Der er hun mest kjent for å ha oversatt og skrevet om den franske filosofen og forfatteren Simone de Beauvoir. At hun nå taler Florence Nightingale sin sak, virker ikke umiddelbart selvfølgelig. Men hun mener de to kvinnene inngår i samme tradisjon.

– Jeg har selv først sett dette nå.

De var selvstendige og var utdannet i filosofi og matematikk, noe som var uvanlig for de fleste kvinner fra deres tid, selv om det er 100 år mellom dem.

Moberg støtte først på Florence Nightingale på 1970-tallet. Som aktiv feminist underviste hun om betydningsfulle kvinner, lenge før kvinnehistorie ble eget fag. I et antikvariat kom hun over Cecil Woodham-Smiths biografi om Florence Nightingale, og ble straks fascinert av damen som våget å gå sin egen vei. Selv om hun senere oppdaget at den vidt spredte biografien inneholder mange feil, formidlet den hva Florence Nightingale faktisk utrettet.

– *Hvorfor er bildet av henne blitt så misvisende, mener du?*

– Jeg tror det skyldes Woodham-Smiths biografi, som er fra 1950, i kombinasjon med hvordan verden så ut den gangen. Mennene var tilbake fra krigen og skulle tilbake i jobb, kvinnene skulle tilbake til hjemmet. Jeg tror ikke det handlet om en gjennomtenkt ideologi, men om at en kvinne som takket nei til ekteskap og aktiviserte seg utenfor hjemmet, ikke passet inn i dette bildet. Men når hun nå en gang hadde gjort det, tok det seg best ut at Florence Nightingale fremstod som taus, blyg og helt uinteressert i penger. Det er i hvert fall feil. Tvert imot: Hun kjempet innbitt for at sy-

kepleierne skulle få skikkelig betalt. Derfor var det ille at finske sykepleiere nylig truet med streik under parolen «Florence is dead, we're here instead». At dagens sykepleiere ikke kjenner til hennes innsats i lønnskampen er forferdelig.

– *Florence Nightingale var heller ikke et ikon i kvinnekampen?*

– Nei, en sånn kvinne ville man ikke ha noe med å gjøre på 1960 og -70-tallet. Det var to årsaker til det: Hun var religiøs og hun kom fra overklassen.

I arbeidet med boken har Moberg fordypet seg i Nightingales egne tekster. Hun hadde en enorm produksjon, og hennes samlede verker er under utgivelse. 16 bind er planlagt, åtte av dem er til nå utgitt.

– Jeg anbefaler dem virkelig. Hun er så interessant, så moderne. Hun tar opp spørsmål vi fremdeles stiller oss, som hvordan vi kan få slutt på fattigdom, død, sykdom og krig.

Moberg peker på at Nightingale underbygde det hun mente med fakta. I boken refererer hun dronning Victoria som sa: «Hvilket hode!»

Vittige tunger har sagt at Florence Nightingale gikk sengeveien til makt og innflytelse, siden hun etter sin berømte innsats i Krim-krigen ble syk og var sengeliggende resten av livet. En mer seriøs tilnærming



## om akuttmedisin

Anbefalt av **Ulrika Eriksson**, traume-koordinator/leder  
NLSA, St. Olav



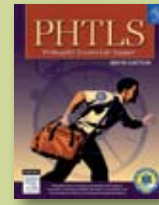
ENA Emergency Nurses Association: TNCC – Trauma Nursing Core Course

Kursmanualen i TNCC gir sykepleiere en god plattform for å ivareta traumepasienter.



Jan Erik Haugen og Øistein Knudsen (red.): Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus

Boken belyser ABC-prinsippene godt og setter disse inn i sykepleiefaglig sammenheng.



Mosby: PHTLS – Prehospital Trauma Life Support:

Gir innsikt blant annet i skademekanikk, – en forutsetning for alle som kommer i kontakt med traumepasienter.

## – At dagens sykepleiere ikke kjenner til hennes innsats i lønnskampen er forferdelig.

er spørsmålet om hun faktisk foretrakk sykeleiet, fordi hun da fikk tid til å arbeide og slapp å delta i konvensjonelle kvinnegjøremaal.

– Men er det ikke *noe sant i mytene om henne?*

– Nei. Og det er merkelig, for det heter seg at ingen klisjeer kan oppstå uten en flik av sannhet.

– *Er disse feiloppfatningene universelle?*

– Ja, i den protestantiske verden. Men det går et skarpt skille mellom protestantisk og katolsk tradisjon. Boken min heter «Hun var ingen Florence Nightingale», og spiller på et for oss vanlig uttrykk. Men i katolske land skjønner de ikke det ordspillet, for de har aldri hørt uttrykket. De har en helt annen tradisjon for sykepleie, for eksempel gjennom klosterpleien.

Først under skrivingen oppdaget Moberg selv hvor dårlig det stod til med sykepleien på tidlig 1800-tall, også i Sverige.

– Den fantes ikke. Og det har folk vanskelig for å tro. For i dag er sykepleie som profesjon så selvsagt.

Da Florence Nightingale valgte

livsvei, var stell av syke langt nede på den sosiale rangstigen. I boken sammenligner Moberg det skandaløse i hennes beslutning med at en ung kvinne i dag erklærer at hun vil jobbe som prostituert, og at hun er kalt av Gud til å gjøre det.

I Sverige er boken møtt med stor interesse. Moberg selv var nervøs for hva sykepleierne ville mene, men de har omfavnet den.

– De opplever at boken bidrar til å heve deres status, erfarer hun.

Noen har stilt spørsmål ved om hun beundrer Florence Nightingale for mye. Til det ler hun litt, men sier:

– Det fins mange kritiske bøker om henne, og det de ser ut til å ha felles er at de ikke bygger på Nightingales egne tekster, men på andrehåndsopplysninger.

– *Fins det andre historiske kvinner hun kan sammenlignes med?*

– Jeg tror faktisk hun er større enn noen annen historisk kvinne jeg har støtt på.

– «*The Lady with the Lamp*».

*Burde vi huske henne på en annen måte?*

– Statistikkdronningen, eller noe sånt. Det var gjennom å underbygge alt hun gjorde med tall at hun fikk slik gjennomslagskraft. Hun er fremdeles en velansett statistiker, og ble som første kvinne valgt inn i Royal Statistical Society i 1860. Men nei, det er ikke noe fornedrende i damen med lampen. Hun var jo det også.

– *Er du ferdig med Florence?*

– Jeg trodde det. Men nå vet jeg ikke. Hun er rett og slett for kul.

tekst **Nina Hernæs**  
foto **Anna-Lena Ahlström**



## Åsa Moberg

**Aktuell med:** Hon var ingen Florence Nightingale.

Människan bakom myten

**Utdanning:** Et semester på kunstfaghøgskole

**Yrke:** Journalist, forfatter og oversetter

**Bosted:** Lerberget i Sverige

**Alder:** 60 år



# Månedens bøker

Om etikk, relasjoner og nettverk  
Av Tore Dag Bøe og Arne Thomassen,  
298 sider, Universitetsforlaget 2007,  
ISBN 978-82-15010-94-6  
**Anmelder:** Eva Try, psykiatrisk  
sykepleier og cand. san

## Lite nytt

Hvilke perspektiver som har inspirert dem, får forfatterne godt frem. Men hvordan disse perspektivene skal anvendes i praksis, er mer utydelig.

**Anmeldelse:** Denne boken har mange gode intensjoner for samarbeidet mellom brukeren av psykiske helsetjenester og hjelperen. Forfatterne Tore Dag Bøe og Arne Thomassen arbeider i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og representerer fagene sosialt arbeid og psykiatrisk sykepleie. Bokas mål er å få fram «viktige elementer» i psykisk helsearbeid for å bidra til å utvikle faget og praksis.

Innledningsvis argumenterer de for at begrepet psykisk helsearbeid både kan omfatte tjenestene i kommunen og erstatte begrepet psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Likevel bruker de begrepet psykisk helsevern i kapittel 10 og 11. Det nye paradigme i psykisk helsearbeid er «det mellommenneskelige møtet» med dialog og etikk som sentrale element, og der teorier, ifølge forfatterne, er underordnet dialogen.

Boka er inndelt i tre temaområder. I del 1 «Om kunnskap i psykisk helsearbeid» fremheves i kapittel 2 betydningen av brukerens språk. Språket i psykisk helsearbeid må være åpent, inkluderende og dialogisk. Buber, Skjervheim, Wifstad, Dostojevskij, Freire, Levinas og Løgstrup har inspirert forfatterne.

Kapitel 3 har en noe forvirrende overskrift: «Innenfra kunnskap som evidens i psykisk helsearbeid». Det argumenteres mot evidensbasert kunnskap som den viktigste kilde til kunnskap. Brukernes egne stemmer i brukerundersøkelser fremheves som mer betydningsfulle, fordi dette er et «innenfra perspektiv». Det refereres til nyere forskning.

I kapittel 4 påpekes det at kontekstuell forståelse av psykiske lidelser bør være grunnleggende i psykisk helsearbeid. Lauvengs

### Det argumenteres mot evidensbasert kunnskap som den viktigste kilde til kunnskap.

symptomforståelse og Kari Martinsens livsfilosofiske perspektiv er noen av eksemplene som vises til.

Kapitel 5 om brukermedvirkning bringer fram lite nytt. Det hadde vært interessant om forfatterne hadde diskutert det viktige spørsmål om hvordan få alle brukere aktive i egen behandling, også de som er «alvorlig hjelpe-trengende» og «de svakeste».

Del 2 om psykisk helsearbeid og relasjoner er omarbeidet stoff

fra forfatternes bok «Mot en mer menneskelig psykiatri» fra 2000.

De hevder i kapittel 6 at etikk er mest virksomt i psykisk helsearbeid og viser igjen til den samme forskning referert i kapittel 3. De

argumenterer igjen mot evidens, og fremhever betydningen av at det fellesmenneskelige skal være sentralt i terapi. Her følger interessante refleksjoner rundt begrepene naivitet, ydmykhet, det å være inkonsekvent, åpenhet for å la seg bevege og kritisk innstilling i psykisk helsearbeid. Det kunne vært spennende om forfatterne hadde relatert disse begrepene mer til egen praksis.

I del 3 om lokalbasert psykisk

helsearbeid argumenterer de for at dette er arbeid fundert i brukeres hverdagsliv og nettverk, og viser til enkelte gode eksempler fra praksis.

Boken domineres av sekundærlitteratur med forfatternes refleksjoner over ulike perspektiver som har inspirert dem (bøker, artikler). Refleksjoner over egen praksis er i mindre grad til stede. Psykiatrikritikk gjentas flere steder. Det er etter mitt syn problematisk og nesten historieløst når det hevdes at psykiatrien som medisinsk fag og tradisjon ikke har inneholdt element av dialog, språk, etikk, fokus på relasjoner og det mellommenneskelige møtet. Brukerundersøkelser om pasienterfaringer med kvalitative metoder er heller ikke nytt. Det hevdes at fokus på nettopp dialog, språk, etikk, relasjoner og brukerundersøkelser er det NYE i psykisk helsearbeid.



Av Svein Olav Kolset,  
160 sider, Grieg Bok 2007,  
ISBN 978-82-81200-11-1

Anmelder: Lisbeth Tranebjærg, professor  
i medisinsk genetik og audiogenetik



# En sjelden familie

Faren til Torgeir, som har CHARGE syndrom, har skrevet bok om sine tanker og erfaringer med det å få en sønn med syndromet. Det gjør han med hjerteblod, varme og profesjonell distanse.

**Anmeldelse:** Da Torgeir ble født i 1975 var ikke CHARGE kjent. Å få ham var starten på en lang reise for hele familien.

Som genetiker, som har vært med å diagnostisere mange barn med CHARGE syndrom og som har møtt mange foreldre i fortvilte situasjoner i møte med denne tilstanden, er det en særlig glede å anmelde denne boka.

Boka er skrevet med hjerteblod og hjertevarme, og har tydeligvis tjent som egenerapi. Angst, tvil, sorg, glede og nye dimensjoner ved det å få barn kommer til uttrykk på en meget gripende måte.

Faren beskriver sine følelser både personlig og ærlig, men har også en profesjonell distanse som gjør at boka vil være et ypperlig verktøy i møte med nye familier som har barn med CHARGE.

Boka er skrevet i mange korte avsnitt, korte linjer som i dikt, og med god plass rundt ordene på hver side. Teksten er krydret med velvalgte fotografier fra familiens album.

Denne formen gir boka et aforistisk preg, som på en forfriskende måte forsterker effekten av det man leser.

Torgeir fikk først diagnosen under et opphold i USA på 1990-tallet, inntil da hadde han hatt en beslektet diagnose. I hans levetid er genet

som gir CHARGE identifisert og kunnskapen om syndromet har eksplodert. Barn som i dag fødes med CHARGE har stor sjanse for tidlig å få en presis diagnose. Andre nye og sjeldne diagnoser vil bli identifisert, og alle de mange aspekter ved det å – totalt overraskende – få et barn med store medisinske, atferds- og sansemessige problemer er fortsatt svært aktuelle.

Sorgen over barnet man forventet og ikke fikk, omstillingen til det barnet man faktisk fikk og uforstanden foreldre med et barn med en

sjelden diagnose møter, er ekstremt krevende.

I tiden siden CHARGE syndrom ble beskrevet og sykdomsogenet påvist er det samlet mye erfaring om medisinske, atferdsmessige og andre aspekter.

Dette beskriver Torgeirs far med imponerende evne til observasjon av en rekke karakteristika, som først nå beskrives som vanlige for mennesker med CHARGE. For eksempel sterkt nedsatt luktesans og autismelignende

tendenser til tvangspregete mønstre.

I boken ser vi fra familiens perspektiv at Ting Tar Tid. Det er møter med fagfolk som våger å løse problemer og hindringer individuelt og smidig som gir familien styrke til å tåle skuffelser og møter med de mange som rigid følger et gitt regelverk. Her skildres både tilrettelegging i skole og bygging av hus tilrettelagt for Torgeirs spesielle behov.

Det imponerende i boka er overskuddet og evnen til å se ting i perspektiv, noe som er resultatet av

## Boken vil være et ypperlig verktøy i møte med nye familier som har barn med CHARGE.

reisen familien ufrivillig ble kastet ut på. I en familie med to ambisiøse foreldre og en frisk søster oppstår det mange dilemmaer rundt selvrealisering og selvoppofrelse. Dilemmaer som dessverre altfor ofte kan ende i brudd og store forsakelser for friske søsken. Torgeir fikk en lillesøster, som faktisk ble hans storesøster i forhold til funksjonsevne. Det beskrives utrolig sterkt, nyansert og varmt.

Familien har bodd flere steder, og

faren reflekterer over disse stadige forandringer, som Torgeir ikke uten stor innsats har tatt del i. Men skal hele tilværelsen innordnes hans særlige krav? Ikke til det selvutslettende, sier faren. «Team Kolset» opparbeider en helt annen og bedre livskompetanse og livsperspektiv enn utfordringene kunne tilsi, og det virker meget sterkt på leseren.

Igjen og igjen trekker faren frem de positive menneskelige unntak, og gir mange roser til en del fagpersoner. Han peker også på de åpenbart negative konsekvenser av påtvungen enkeltintegrering av barn med handikap og etterlyser individuelle tilpasninger. Et ønske jeg, som genetiker som har kontakt med mange familier med barn med kompliserte sjeldne tilstander, kjenner igjen og erklærer meg meget enig i.

«Jeg hadde ikke oppsøkt dette frivillig. Men da Torgeir kom inn i vårt liv, ble han vårt ansvar» er et sitat hentet fra boka, og det sier mye.

Torgeir har vært heldig som ble født inn i denne familien. Og dette kjennetegner nok mange barn med livslange handikap med særlige behov: De må «velge» sin familie med stor omhu!

Boka kan varmt anbefales, både til barneleger, foreldre til barn med CHARGE, spesiallærere, saksbehandlere, sosionomer og alle de mange andre som i sitt møte med mennesker i kriser må mestre empati, sans for den individuelle familie og tillit til at «foreldrene har rett» ... Og hvilke yrker gjelder ikke det?



## Hvilken sykdom led «Kameliadamen» av i Alexandre Dumas´ roman av samme navn?

Svar: Tuberkulose



### Mann og søster

**Omtale:** Da Åge Johansen utdannet seg til sykepleier var han skolens tredje mannlige elev. Han gir innblikk i hvordan utdanningen var i årene 1959–1962 og hvorfor en mann søkte sykepleien på den tiden. Åge Johansen har lang og bred erfaring som sykepleier og stor interesse for historie.

ISBN 978-82-303-0888-2

**Når søster er en bror**  
Av Åge Johansen



### Regelverk og legemidler

**Omtale:** Hva et legemiddel er, prøver denne boken å gi en grundig forståelse av. Her finnes oversikt over relevante regelverk som regulerer ulike stadier i utviklingen av legemidler. Den gir også en samlet oversikt over nasjonalt og internasjonalt regelverk for legemidler.

ISBN 978-82-450-0351-2

**Legemidler og juss.**  
**Kvalitet, sikkerhet og effekt av legemidler**  
Av Mette Sollihagen Hauge og Per Thomas Thomassen

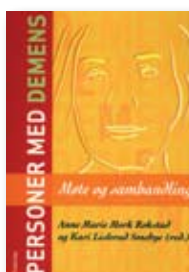


### Kvalitet i praksis

**Omtale:** Å være til praktisk nytte og inspirasjon er hensikten med denne boken. Elisabeth Arntzen er lege og har i mange år arbeidet med kvalitetsarbeid i helsesektoren.

ISBN 978-82-05-37196-5

**En forutsigbar helse-tjeneste.**  
**Kvalitet og orden i eget hus.**  
Av Elisabeth Arntzen



### Klokere på demens

**Omtale:** Hva innebærer demens for den som blir rammet? Gjennom å formidle kunnskap om blant annet kommunikasjon, miljøbehandling og samarbeid med pårørende søker forfatterne å øke lesernes kompetanse om ulike demenssykdommer.

ISBN 978-82-7950-107-7

**Personer med demens.**  
**Møte og samhandling.**  
av Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lisle-rud Smebye (red.)

## Skriv deg til 100 000

Faglitterære debutanter ønskes spesielt velkommen til å delta i kampen om Universitetsforlaget's faglitterære pris. Hvert år deler forlaget ut 100 000 kroner til en eller flere prosjektskisser. For å være med i vurderingen må det leveres prosjektbeskrivelse, prøvekapittel og fremdriftsplan. Fristen er 16. april. Les mer: [www.universitetsforlaget](http://www.universitetsforlaget)

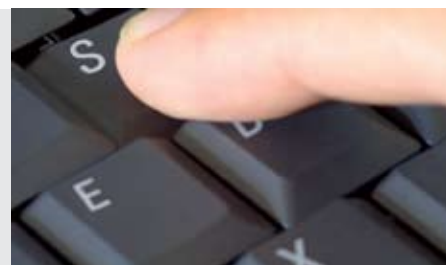


Foto: Colourbox



### Hva leser du nå?

**Monica Nortvedt** holder for tiden på med «Bikubesong» av Frode Grytten.

– Det som er greit med den boka akkurat nå er at det er en novellesamling. Jeg har det nemlig så travelt for tiden at det kan gå lang tid mellom hver gang jeg får lest, og da passer det bra med korttekster. Så faller jeg

ikke ut av handlingen. Nortvedt forteller at hun har vært på en høytlesning med Frode Grytten en gang og ble svært fascinert.

– Etter denne står «Rom ved havet, rom ved byen», av samme forfatter for tur.

# Historier fra hverdagen

«Identitet og praksis» er sosiolog **Katrine Fangens** bidrag til å nyansere nordmenns bilde av somaliere.

## 1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Jeg har forsket på somaliere i Norge i flere år og skrevet diverse artikler om emnet. Så i utgangspunktet var bokprosjektet en anledning til å samle disse artiklene på ett sted, og omarbeide dem, samt inkludere noen nye kapitler. Jeg valgte å forske på akkurat somaliere fordi de fremstilles så ensidig i media, slik at hovedmålet med boken er å nyansere det bildet nordmenn flest har av somaliere.

## 2 Hva liker du best ved boken?

Jeg liker best de enkelte fortellingene fra folks liv. De personlige historiene fra menneskers hverdagsliv som ikke kommer frem i media.

## 3 Hva syns du boken mangler?

Jeg har intervjuet tre menn fra kafémiljøet på Grønland i Oslo som tygger mye khat. Dette miljøet, og veldig religiøse somaliere, er lite dekket i boken. Det er delvis fordi det er gitt ut en forskningsrapport om nettopp det førstnevnte miljøet, men også fordi det ikke er så lett å få tilgang til kildene. Høyt utdan-



## spørsmål til Katrine Fangen

nete somaliere er nok til en viss grad overrepresentert i boken min, men jeg synes det er et poeng i seg selv ettersom disse er gode forbilder for andre.

## 4 Hvem bør lese boken?

Boka er skrevet med tanke på profesjonsutdanningene, og for alle som kan komme i kontakt med somaliere gjennom jobben. Sykepleiere, hjelpepleiere, leger, politi, lærere, ja, journalister for den saks skyld. Men jeg håper også at boka vil kunne inngå som pensum i ulike flerkulturelle fag generelt.

## 5 Hva er den siste fagboken du har lest?

Jeg holder for tiden på å skrive et metodekapittel, så den siste fagboka jeg har lest heter: «Doing research on sensitive topics», av Raymond Lee.

## 6 Og siste skjønnlitterære?

Jeg holder på med en roman av Doris Lessing som jeg har holdt på med en stund, den heter «Kjærlighetens teater» og handler om kjærlighet, selvsagt, og nære relasjoner.

## 7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Jeg er veldig glad i å skrive, så hvis jeg ikke skriver er det rett og slett fordi jeg har så mye annet å gjøre. Min motivasjon til å skrive er veldig sterk, jeg har et stort formidlingsbehov og liker veldig godt å gi ut bøker. Jeg hadde en oldefar som var forfatter, han het Ronald Fangen, så kanskje jeg er arvelig belastet?

## 8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Jeg drømmer om å skrive en skjønnlitterær bok. Og så har jeg lyst til å skrive en teoribok om identitet.

## 9 Blir du rik av boken?

Man blir sjelden rik av å skrive fagbøker, det er vel helst hvis man skriver en skjønnlitterær bestselger. Men vi holder på å bygge på huset, og trenger absolutt den lille ekstraintekten denne boken gir.

tekst Susanne Dietrichson

# På veggen

Folk som jobber på Rikshospitalet i Oslo er skikkelig heldige. Ikke bare er de på et av Norges mest moderne sykehus. De jobber også på en arbeidsplass og i et hus hvor det er lagt stor vekt på å skape spennende estetiske omgivelser.

Allerede da det nye sykehuset ble planlagt, var det klart at kunst skulle få en sentral plass i bygningen. Huset skulle faktisk få den største offentlige kunstsamling i Norge utenfor museene. Hele 44 kunstnere fikk i oppdrag å lage utsmykninger. Tre av dem var vinnerne av utlyste idékonkurranser om de mest synlige områdene i bygget.

Kunstneren Odd Tandberg, som også har stått for utsmykningen av regjeringsbygget, var vinneren av én av disse konkurransene. Hans store glassmaleri «Symfonia» finner du i sørenden av den lange, brede glassgaten som er så karakteristisk for Rikshospitalet. Maleriet er konstruert med silketrykkteknikk ut fra fotografisk forstørrede sirkelmotiver. «Symfonia» dekker nesten hele gavlveggen. Når sola står på, ligger hele glassgaten badet i et varmt og behagelig lys. Om kvelden går glassmaleriet mer inn i seg selv, bare opplyst av lampene i glassgaten.

«Symfonia» er et frodig og levende glassmaleri som står i kontrast til Rikshospitalets stramme arkitektur for øvrig. Det er et kunstverk «man ikke kommer forbi», verken for ansatte eller pasienter.

KUNSTNER: ODD TANDBERG

ÅR: 2000

GLASSMALERI

SØRSIDEN AV GLASSGATEN PÅ RIKSHOSPITALET

*Er du spesielt glad i kunst på jobben din? Er det noe som gjør deg forarget? Tips oss om et kunstverk på din arbeidsplass. [barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)*



LATTERMILDE: Trine Watten (lab sekr. til venstre) og Margareth Stoltenberg (bioingeniør).

# RIKSHOSPITALET, OSLO



tekst **Barth Tholens** foto **Erik M. Sundt**

# Føler du deg trett og slapp?



## Jerntilskudd for deg med flere jern i ilden

Floradix Formula med sitt innhold av jern gir.....

- bedre jerndepoer
- økt oksygenopptak
- øker bloddannelsen
- øker vitaliteten
- bedrer konsentrasjonsevnen
- rent vegetabilisk
- uten konserveringsmidler
- alkoholfri

Jernmangel er ofte en grunn til slapphet og tretthet. Floradix Formula jernekstrakt er et rent naturprodukt som er fremstilt av friskpressede safter fra vitamin- og mineralrike vekster, grønnsaker, frukter, hveteikim og jernrik gjærekstrakt med høy opptagelighet.

Floradix Formula finnes i to størrelser og i tablettform. Du får den i dagligvareforretningene, apotek og i helsekostforretningen.

**NYHET!**  
Forbedret innhold



Norges mest solgte jerntilskudd



Telefon 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59  
e-post: post@naturimport.no • www.naturimport.no

# Hjalp til med sexkjøp

Også mennesker på sykehjem har seksuelle behov. Men skal sykepleiere hjelpe dem til å ta kontakt med prostituerte?



Danske Sygeplejersken har fått mange reaksjoner etter å ha trykket en artikkel om en sykepleier som hjalp sykehjemsbeboere å kjøpe sex.

Janne Julin opplevde det som greit å formidle kontakt mellom mannen og en prostituert, som foregikk over et tidsrom på to og et halvt år. Men personalgruppen var splittet.

### Rystet

Det er også danske politikere. Mens velferdsminister Karen Jespersen fra danske Venstre synes det er ok, er socialordfører i partiet SF, Özlem Sara Cekic, rystet. Hun er selv sykepleier og sier til *Sygeplejersken* at en slik praksis bidrar til å legitimere at kvinner kan kjøpes og selges som varer.

Men en svært uformell ringerunde til fem danske pleiehjem tyder på at danske sykepleiere ikke har noe imot å hjelpe pleiehjemsbeboere med å kjøpe sex.

### – Onaner i stedet!

Politiker Line Barfod mener undervisning om onani er et bedre tilbud til beboere på pleiehjem enn hjelp til å kjøpe sex.

Som en konsekvens av artiklene i *Sygeplejersken* blir det å hjelpe eldre til sexkjøp kanskje forbudt i Skanderborg kommune. København kommune innførte et forbud i 2006.

### – Aldri hørt om

Er sexkjøp en relevant problemstilling på norske sykehjem? Rådet for sykepleietikk har ikke fått noen henvendelser om slike dilemma.

– Dette har jeg aldri hørt om, sier rådets leder Marie Aakre.

### Diskusjon

I Danmark har Socialministeriet laget veiledningen «Seksualitet – uanset handicap». Der heter det at noen kan ha behov for mer konkret og handlingsrettet hjelp enn muntlig veiledning, for eksempel kontakt med en prostituert.



# Sykehuset Asker og Bærum HF tar basis IKT kompetanse på alvor. 1200 ansatte blir eBorgere.

Sykehuset Asker og Bærum HF er et digitalt sykehus hvor samtlige ansatte må bruke data.

## Allikevel fikk de tilbakemeldinger som:

«Jeg trives med å være sykepleier og tror til og med at jeg er en god sykepleier, men nå må man kunne skrive på data for å gjøre jobben og det klarer jeg ikke. Jeg har tenkt at jeg må slutte.»

«Jeg sjekker alltid vaktlisten og ser om det er noen som er gode på data når jeg skal på jobb. Dersom det ikke er det bytter jeg vekten. Det tar mye tid å planlegge slik, vet ikke hvor lenge jeg orker å ha det sånn.»

## Basiskompetansen manglet

Med innføring av elektronisk pasientjournal DIPS ble det tydelig at mange ikke hadde den grunnleggende basiskompetansen på data. Og uten den ble det vanskelig å lykkes med å digitalisere informasjonen som tidligere bare ble ført for hånd.

«Det sliter på folk når de ikke behersker de oppgavene de er satt til å gjøre. Når du skal lære deg noe nytt må du begynne med det grunnleggende først. Med DIPS startet man alt for langt oppe i trappen», sier Bente C. Strøm, HR-direktør i foretaket. «Det var innlysende at vi måtte ta tak i og heve basiskompetansen på IKT før vi fortsatte med opplæring på mer kompliserte systemer.»

## Sykehuset valgte eBorger

For å få med seg alle valgte sykehuset Asker og Bærum HF å gjennomføre kartlegging, opplæring og testing på eBorgernivå, først som et pilotprosjekt på 200 personer, deretter ble dette utvidet med 1000 ansatte til.

eBorger er et konsept utviklet av Datakortet a.s som gjennom fortest, opplæring og eBorgertest sikrer at den enkelte har et minimum av de ferdigheter som er nødvendig i vårt moderne informasjonssamfunn.

Innholdet i eBorger er svært grunnleggende og består av innføring i datamaskinens basisverktøy, enkel tekstbehandling, e-post og Internett.

## Viktig at prosjektet var konkret, målrettet og tidsavgrenset med tester

Sykehuset Asker og Bærum HF bestemte at de ansatte skulle bli eBorgere uten kostnader for den enkelte. Men det ble stilt krav til at den enkelte måtte bidra med egeninnsats og gjennomføre to tester. Lederne forpliktet seg til å tilrettelegge for kompetansehevingen. Alle gjennomførte en anonymisert eBorger fortest via Internett og resultatet fikk de direkte på skjermen. Det var på forhånd satt opp videre anbefalinger avhengig av resultatet på fortesten. De som fikk et høyt resultat på fortesten var allerede på eBorgernivå og kunne gå direkte til eBorgertesten. Ved å identifisere disse personene i tidlig fase reduserte sykehuset opplæringsomfanget og sparte dermed mye ressurser. De som fikk middels resultat ble anbefalt å gå igjennom pensum på egenhånd, bok eller CD før de tok eBorgertesten. De som hadde liten eller ingen erfaring med data og som dermed fikk lavt resultat på fortesten ble anbefalt å melde seg på et kurs i regi av sykehusets kursavdeling. Siste fase var at alle skulle gjennomføre eBorgertesten og sykehuset fikk dermed målt utviklingen og dokumentert resultatoppnåelse og kompetanseheving i prosjektet.

## eBorger resulterte i mer enn bare kompetanseheving

«Vi opplevde at folk ble tryggere og motivert for å lære mer. Testing og bekreftelse på kompetanse ga mange økt selvfølelse i forhold til bruk av IKT. At alle skulle delta virket både samlende og teambyggende, fordi ansatte med vidt forskjellig fagbakgrunn og arbeidsoppgaver fikk noe felles å snakke om», sier Bente C. Strøm. «Vi tror at eBorgerprosjektet har gitt de ansatte ved sykehuset en tiltrengt og god basiskompetanse å bygge videre på innen IKT.»

Vil du vite mer om eBorger eller prøve en demotest; se [www.eBorger.no](http://www.eBorger.no)

 eBorger

Et produkt fra





REDNINGSMANN: – Vi må gi de mest sårbare blant oss en stemme, sier familieterapeut Øivind Aschjem. Det håper han nettsiden reddesmaa.no vil bidra til.

# Vil finne

Bare en brøkdel av meldingene til barnevernet kommer via helsestasjon og barnehager. Med nettsiden reddesmaa.no håper familieterapeut Øivind Aschjem å nå de minste barna som utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt.

– De yngste barna er de mest sårbare overfor uheldige livsbetinger. Det er også svært viktig at hjelpen til dem kommer raskt, sier familieterapeut Øivind Aschjem.

Han er psykiatrisk sykepleier og familieterapeut i Alternativ til Vold i Telemark og tok initiativet til den nye nettsiden sammen med doktorgradsstipendiat Siri Søftestad ved Sørlandet Sykehus.

På den knappe måneden reddesmaa.no har eksistert, har godt og vel seks tusen personer logget seg på nettsiden og gjort den til det Aschjem og Søftestad ønsket: et nettverk av fagfolk, politikere og privatpersoner fra ulike samfunnsarenaer som gir sin støtte til arbeidet for å bekjempe vold, overgrep og omsorgssvikt overfor barn. Den foreløpige navnelisten vil bli overbrakt regjeringen i nærmeste framtid.

## – Åpenhet viktig

Målet er at nettsiden skal bidra til et samfunn hvor de minste barna blir sett og umiddelbart hjulpet på alle arenaer der voksne og barn møtes.

– Norge har et velutbygd velferdssystem, gode lovverk, mange

# de minste

dyktige fagfolk og en befolkning som har hjerte for barn og unge. Likevel er antallet små barn som lever med vold, overgrep og omsorgssvikt altfor stort, sier Øivind Aschjem.

Bare 6 prosent av samtlige meldinger til barnevernet kommer fra helsestasjonene og 3 prosent fra barnehagene.

– Dette er altfor lave tall, for det er ingen grunn til å tro at krenkelsene begynner først i skolealderen. Det betyr at vi må ha en større åpenhet overfor mulige overgrep.

– *Hva innebærer det konkret?*

– Å sette ord på et temaet.

Helsesøster må få fram overfor de foresatte hvor sårbart et barn er, og spørre om det er hendelser i dets liv som det er grunn til å stille spørsmål ved. Videre må man spørre om det er hendelser i foreldrenes oppvekst som de ønsker de hadde vært foruten. Vi vet at risikoen for å begå overgrep overfor egne barn, er større når man selv har vært utsatt for vold og overgrep.

Aschjem mener barna selv også er viktige samtalepartnere. Hvis de møtes med oppmerksomhet av fagpersonell, åpner de seg og kan sette ord på vanskelige ting.

– For et barn kan det være like skadelig å være vitne til vold som selv å bli utsatt for det.

## – Kunnskap forplikter

Aschjem understreker at den store og veldokumenterte kunnskapen vi har om konsekvensene ved omsorgssvikt og overgrep overfor barn, må resultere i økt satsing. I dag står tilgangen på ressurser i grell kontrast til vår kunnskap om utbredelsen av vold og omsorgssvikt.

– Kunnskap forplikter. Utsatte barn må ha øyeblikkelig hjelp. Det betyr at en helsesøster eller en barnehageansatt som oppdager

alvorlig omsorgssvikt, må kunne henvise barnet straks videre til for eksempel en samarbeidende psykolog.

Men den nye nettsiden er ikke noe angrep på myndighetene, poengterer Aschjem.

– Vi har de samme målene. Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner, «Vendepunkt», er et veldig positivt tiltak. Risikoen er at fagfolkene vil føle maktesløshet fordi ressursene blir for små. Vi vet at skader som barn påføres når de er små, ofte er vanskelige å hele. I et samfunnsøkonomisk perspektiv vil tidlig intervensjon med et godt utbygd hjelpeapparat derfor være mye mer «lønnsomt» enn reparering av senskader. Denne kunnskapen bør inn i fagplanen til alle grunnutdanninger og videreutdanninger som vedrører arbeid med barn, inkludere kunnskap om vold, overgrep og omsorgssvikt.

## Foreslår tiltak

Nettverket bak reddesmaa.no peker også på en rekke andre tiltak som man mener Storting og regjering straks må bidra til å realisere, blant annet:

- flere kontrollkommisjoner/kvalitetsråd som skal avdekke eventuelle behov for forbedringer i det offentlige arbeid overfor utsatte barn.
- konkrete samarbeidsrutiner må utarbeides for alle involverte virksomheter
- offentlig godkjent sertifisering for fagfolk som jobber med overgrep, vold og omsorgssvikt
- foreldreskoler
- familiefag i ungdomsskolen
- opplysningskampanjer og systematiske informasjonsopplegg til nybakte foreldre
- en utvidet hjemmebesøksordning etter fødselen og ved andre milepæler i barnets liv.

## Hvordan skal man være skapt for å jobbe i pleien?

Hver tredje anmeldt arbeidsskade innen pleie- og omsorgsyirket er forårsaket av tunge løft. Det forklarer hvorfor 7 av 10 pleiere opplever sitt arbeid som tungt.

Det vil vi endre på. I samarbeid med pleiere har vi utviklet et komplett program med løftere, utdanning og personlig support for pleiere. Ved å arbeide aktivt for et bedre arbeidsmiljø vil ikke 1 av 3 pleiere få skader. Behøver arbeidsplassen din et løft? Kontakt oss.

Nå lanserer vi et løfteprogram utviklet for pleiere.

[www.etac.no/lofteprogram](http://www.etac.no/lofteprogram)

**etac**

Kilde: Arbeidsmiljøstatistisk rapport 2006/7

# På jakt etter ny jobb?



På [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) finner du hundrevis av stillinger!

## sykepleien

Ledige stillinger for sykepleiere | Fylke | Fagområde | Arbeidstid | Land |

### 5 nyeste stillinger

**Avdelingssykepleier**  
oslo kommune- bydel vestre

**Sykepleier**  
oslo kommune- bydel vestre

**Spesialsykepleiere - sykepl**  
aker universitetssykehus hf

**Sykepleiere**  
diskonhjemmet sykehus

**Avdelingsleder**  
vikemund kurbed

### Innstillinger

Registerer deg og få tilgang til tjenester som automatisk varsling, lagring av søk, nyhetsbrev...

[Ny bruker](#) | [Glemt passord](#)

Publiser annonser selv  
Kontakt oss

### Frisk! I alle stillinger (f.eks. tittel, fagområde, fylke eller arbeidsgiver)

[| Søkhelp |](#)

### I dag

Søk blant **92** ledige stillinger

### Ledige stillinger etter fylke

- Akershus (11)
- Aust-Agder
- Buskerud (10)
- Finmark (4)
- Hedmark (4)
- Hordaland (3)
- Møre og Romsdal (5)
- Nord-Trøndelag
- Nordland (3)
- Oppland (4)
- Oslo (20)
- Rogaland (5)
- Sogn og Fjordane (5)
- Sør-Trøndelag (3)
- Telemark
- Troms (5)
- Vest-Agder (2)
- Vestfold (5)
- Østfold (3)

### Ledige stillinger etter fagområde

- Administrasjon
- Amanuensis
- Andre stillinger (16)
- Anestesisykepleier (1)
- Avdelingsleder (6)
- Avdelingssykepleier (3)
- Bedriftsykepleier
- Geriatrisk sykepleier
- Helsesøster (2)
- Hjelpepleier
- Hygienesykepleier (1)
- Intensivsykepleier (2)
- Jordmor (2)
- Kreftsykepleier (1)
- Leder (2)
- Miljøterapeut (2)
- Nattsykepleier
- Operasjonssykepleier (3)
- Oversykepleier (1)
- Psykiatrisk sykepleier (3)
- Spesialsykepleier (4)
- Sykepleier (43)

### Ledige stillinger etter arbeidstid

- Deltid (23)
- Engasjement
- Heltid (67)
- Vaktordning (2)

© 2007 Sykepleien STILLINGSMARKED | Toribugata 22 | Postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo | Telefon 22 04 32 00 | Utgitt av Norsk Sykepleierforbund | Ansvarlig redaktør Barth Tholens | Webredaktør Ingunn Roald |

## Gratis D-vitamin med effekt

Utdeling av gratis D-vitaminråper til fører til økt nivå av D-vitamin i blodet til spedbarn med ikke-vestlige foreldre. Det er påvist av forskere fra Universitetet i Oslo.

For lite D-vitamin kan føre til sykdommen rakitt, og i Norge har det de siste årene vært økt forekomst av rakitt blant unge, særlig blant dem som har foreldre med ikke-vestlig bakgrunn.

Forskerne fulgte en gruppe spedbarn hvor foreldrene fikk utdelt gratis D-vitaminråper og informasjon. Sammenlignet med spedbarn som fikk vanlig oppfølging, hadde disse langt høyere nivå av vitamin D i blodet.

I regjeringens kostholdsplan for 2007 varsles det at alle barn av innvandrers foreldre skal tilbys gratis D-vitaminråper. Målet er at ingen barn skal ha så lave nivåer av vitamin D at de risikerer å utvikle rakitt.

Sosial- og helsedirektoratet



## Kols med råttent tannfeste

Røykere med Kols har stor sannsynlighet for også å ha tannsykdommen periodontitt. Det viser forskningen til Inga Leuckfeld på Institutt for oralbiologi ved Universitetet i Oslo. Hun oppfordrer leger og tannleger til å se opp for denne sammenhengen.

Leuckfeld har undersøkt alle pasienter som har vært utredet for lunge-transplantasjon mellom 1999 og 2005. 130 av disse hadde Kols, og nær halvparten av dem hadde periodontitt. En mulig forklaring er at periodontitt medfører flere skadelige bakterier i munnen, og at disse kan havne i lungene og påvirke betennelse der.

Apollon

## Anbefaler hpv-vaksine i Sverige

Den svenske Socialstyrelsen anbefaler at vaksine mot humant papillomvirus (hpv) skal inngå i det svenske barnevaksinasjonsprogrammet. Statens beredning for «medisinsk utvärdering» har slått fast at det er sterk vitenskapelig støtte for at vaksinen forebygger celleforandringer hos unge kvinner. Samtidig peker de på det problematiske at det fins minst tretten ulike typer hpv-virus som kobles til fare for livmorhalskreft, men at tilgjengelige vaksiner bare beskytter mot to av dem.

Värdacket

# AminoJern Ferrochel -en ny generasjon jerntilskudd



**AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jerntilskudd som bl.a. kjennetegnes ved sin unike opptaks-mekanisme.**

AminoJern Ferrochel er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas ved måltid uten at effekten reduseres. AminoJern Ferrochel inneholder ingen animalske ingredienser.

### FORDELER VED AMINOJERN:

- Absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd
- Gir normalt ikke bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage
- Bygger kroppens jernlager særdeles effektivt
- Kan tas sammen med mat
- Inneholder intet animalsk

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS. Anbefalt døgndose 1 tbl, tilsvarende 25 mg jern. Føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger. For mer info se [www.aminojern.no](http://www.aminojern.no), ring tlf 33 00 38 70 eller send mail til [post@vitalkost.no](mailto:post@vitalkost.no).



# – Må kunne mer enn **teknikk**



NOK TEKNIKK: Helsestøstre-  
ne Anne Loe Kvalberg (f.v.) og  
Kaja Kjerulf ved helsestasjo-  
nen i Asker leder ungdoms-  
gruppen i helseavdelingen i  
Asker kommune.

Ungdom vet mye om sex. Men ikke det de bør vite. Refleksjon rundt egen seksualitet og det å sette grenser bør inn i seksualundervisningen, mener helsestøstre. Blant annet for å bremse økende seksuell trakassering.

En ny undersøkelse gjennomført av NTNU på oppdrag for Sør-Trøndelag fylkeskommune viser at svært mange skoleelever opplever seksuell trakassering i hverdagen. En av ti jenter svarer at de har opplevd å bli tvunget til samleie eller munnsex mot sin vilje. Den nylig offentliggjorte undersøkelsen er internettbasert og gjennomført blant 1524 elever ved ni videregående skoler i Sør-Trøndelag.

Funn i tidligere landsomfattende undersøkelser, blant annet fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova), gjør at funnene i Sør-Trøndelag som gjelder tvang til sex med stor sannsynlighet også er gyldig i resten av landet.

Resultatene er alarmerende, mener forskerne bak studien.

– Måten spørsmålet er stilt på sier oss at dette ikke bare er verbalt press om å ha sex, men de sier at de er blitt tvunget til å gjennomføre samleie mot sin vilje. Det handler om alvorlig maktutøvelse og er noe vi må ta svært alvorlig, sier Mons Bendixen og Leif Edward Ottesen Kennair, begge førsteamanuensis i psykologi ved NTNU.

Det er også helt vanlig at jenter blir kalt for «hore» og «bitch», og gutter for «homo». De fleste

opplever dette som krenkende. Forskerne bak studien etterlyser en bedre seksualundervisning i skolen.

### Tydelige voksne

I mange kommuner har helsesøstrene ved skolen eller i kommunen en sentral rolle i seksualundervisningen. Leder for landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund, Astrid Grydeland Ersvik, mener seksuell trakassering må være et sentralt tema i samlivs- og seksualundervisningen.

– Det er viktig å la dette inngå i dialog med elevene rundt rammer for seksualitet, gjensidig respekt, retten til å sette egne grenser og til å utvikle en seksuell autonomi. Vi må også tørre å være tydelige voksne, sier Ersvik.

### Tar på alvor

Helseavdelingen i Asker kommune har tatt konsekvensen av en utviklingen mot nye holdninger til sex blant ungdom. Det er laget et eget undervisningsopplegg som handler mer om refleksjon rundt egne følelser og grenser.

– Elevene har mye kunnskap om sex fordi det er mye informasjon tilgjengelig i alle typer medier. Men de har liten erfaring med egne seksuelle følelser. De vet altså mye, men ikke det de bør vite, sier leder for ungdomsgruppen i helseavdelingen i Asker kommune, Kaja Kjærulf.

Hun og hennes kolleger forsøker å gi elevene denne kunnskapen gjennom refleksjon og dialog med elevene.

– Før sto vi gjerne og fortalte om kjønnsorganene og hvordan et samleie foregår. Det vi nå har valgt å fokusere på, er følelsene og alt som foregår rundt, som egen seksuell helse og grensesetting. Vi

snakker om hva som kan påvirke seksualiteten positivt og negativt, og at det er lov å være usikker, forteller Anne Loe Kvalberg.

I tillegg til å være helsesøster har hun tatt en etterutdannelse i sexologisk rådgivning ved Universitetet i Agder. Etter utdannelsen ble hun mer bevisst på behovet for å legge om undervisningen. Nå brukes blant annet diskusjon om pornografi som et ledd i seksualundervisningen i Asker.

– Porno og alt som står i mediene om sex er for mange en veldig sentral informasjonskilde om seksualitet. Hvis unge ikke har et reflektert forhold til det de ser og leser, vil det bidra til å skape et forvrengt bilde av seksualitet, sier Anne Loe Kvalberg.

### Dronning i eget liv

Også i Finnmark er det laget et eget opplegg for å møte et økende sexpress. I mars starter et pilotprosjekt i regi av Sosial- og helsedirektoratet, Fylkesmannen og helsesøstergruppen i fylket. Gjennom det skal unge jenter bli mer bevisst sine egne grenser og seksuelle følelser. Prosjektet heter «Dronning i eget liv» og skal blant annet gjennom mentale og fysiske øvelser gi jenter en opplevelse av at de er sterke nok til å stå imot både fysisk og psykisk press.

– Vi ser at det er mange jenter som havner i en negativ seksualitet fordi de ikke har en sterk nok opplevelse av egenverd, sier leder for fylkesgruppa av helsesøstre i Sykepleierforbundet i Finnmark, Kjerstin Møllebakken.

Hun er en av de ansvarlige bak prosjektet. Hun sier de i tillegg til å jobbe med alle jentene, skal følge opp guttene både på egen hånd og gjennom den vanlige seksualundervisningen på skolen.



# SOKKER som **IKKE** strammer



**CONFIDENCE  
IN TEXTILES**  
Testet for helsefarlige stoffer  
i henhold til  
Öko-Tex Standard 100  
No. 2000AN0557 AITEX  
**Trygge tekstiler**

**•toppkvalitet til lavpris**  
**•svært slitesterk**  
**•kan vaskes på 60°C**  
også ullsokken!

**ametrine**  
Postboks 333 - 7301 ORKANGER  
Organisasjonsnr. 878684702

Trygg, norsk nettbutikk:  
**www.ametrine.no**

**Du mottar sokkene innen 3-4 dager**  
Ikke oppkrav, regning ligger i pakken

**Ordretelefon 72 48 16 67**

**– Ordrefax 72 48 19 45**

Fyll inn din bestilling og navn/adresse. Klipp ut og postlegg, svarportoen er allerede betalt.

**LEVERES I PAKKER MED 5 PAR AV SAMME STØRRELSE OG FARGE**

Alle prisene er inkludert mva.

Pris for én pakke a 5 par:

Art.nr 111

### Bomullsokk

**145,-**  
tillsvare kun **29,-** pr par

**Tynn elastisk bomullsokk**  
80% bomull, 15% polyamid, 5% Lycra®

Farge	Hvit	Natur	Blå	Grå	Sort
Størrelse 33-35	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
36-39	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
40-44	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
45-48	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk

Pris for én pakke a 5 par:

Art.nr 113

### Tynn ullsokk

**195,-**  
tillsvare kun **39,-** pr par

**Kløfri merinoull - svært slitesterk**  
60% merinoull, 35% polyamid, 5% Lycra®



Farge	Hvit	Natur	Blå	Grå	Sort
Størrelse 33-35	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
36-39	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
40-44	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
45-48	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk

Vent litt, jeg vil gjerne ha en prøvesokk før jeg bestiller, send prøve på  Bomullsokk  Tynn ullsokk

**GRATIS FRAKT?** Fraktfritt i Norge ved bestilling av 5 pakker sokker (å 5 par) eller flere. Ved mindre antall kr 69,- i frakt/omk.  
**20 dagers full returrett.**

VARENE SKAL SENDES TIL:

Navn: .....

Adresse: .....

Postnr/sted: .....

Telefonnr: .....

e-post: .....

**AMETRINE AS**  
Svarsending 9086  
0098 Oslo

Sykepleien mar-08  
Adressaten betaler for sending i Norge  
Distribueres av Posten Norge

# Bokstaver verdt en kamp

«Afp skal være like god som nå», krever arbeidstakerorganisasjonene. «Ja, afp skal være omtrent like god som nå», svarer landets statsminister og arbeidsminister. De er uenige om hvor stort afp-tillegget skal være og hvem som skal få det. Det kan ende med storstreik fra neste måned.

Avtalefastet pensjon – afp – er blitt kjente bokstaver i forbindelse med debatten om framtidens pensjonsordning, og nå i forbindelse med det forestående hovedtariffoppgjør. Men hva er det egentlig det dreier seg om?

## Lurt å spare

Pensjonsforliket på Stortinget i fjor høst slår fast at afp skal være en del av framtidens pensjonsordning, men tilpasset den nye folketrygden fra 1. januar 2010. Hvordan det skal skje, er et sentralt tema i det forestående tariffoppgjør.

## To prinsipper

Ifølge arbeidsminister Bjarne Håkon Hanssen bygger pensjonsforliket på to ufravelige prinsipper:

- Afp skal gis som et tillegg på toppen av folketrygden til alle arbeidstakere som er omfattet av ordningen, og ikke bare til dem som går tidlig. En som går av med pensjon ved 62 år, får dermed et lavere årlig afp-tillegg enn en som går av ved 67 år fordi afp-potten må deles på flere år. Det skal lønne seg å stå lenger i arbeid.
- Det skal være mulig å kombinere arbeid og pensjon uten at pensjonen avkortes. Eller sagt på en annen måte: Arbeidstakere skal kunne velge om de vil ha utbetalt sine innbetalte pensjonspremier i mindre beløp over flere år eller om man vil spare og ta ut en

større årlig pensjon når man blir eldre.

## Mindre på flere

En annen viktig forutsetning for den nye afp-ordningen er ifølge pensjonsforliket at den ikke skal koste mer enn dagens afp-ordning. Og når alle skal omfattes av ny afp vil regjeringens forslag bety at en som går av ved 62 år, får mellom

må dagens aldersgrense på 67 år for å kunne gå av med full pensjon øke i takt med gjennomsnittlig levealder, ifølge pensjonsforliket. Dette kalles levealdersjustering.

– Levealdersjusteringen i folketrygden er et nødvendig grep for å trygge pensjonene og få seniorenne til å arbeide noe lenger, uttaler statssekretær Jan Erik Støstad i arbeidsdepartementet til Aftenposten.

## Når pensjonsreformen forutsetter at alle lever like lenge, så er det langt fra sannheten.

Arve Bakke, Fellesforbundet

14 000 og 19 000 kroner mindre i årlig pensjon enn med dagens ordning, ifølge et internt notat fra det regjeringsoppnevnte afp-utvalget.

Leder Anders Folkestad i Unio mener tapet blir større; godt over 30 000 kroner i året. – I dag regnes pensjonen ut fra de 20 beste årene. I det nye systemet blir alle årene tellende like mye, begrunner Folkestad.

Bakgrunnen for ny afp er at det skal lønne seg å stå i arbeid. Arbeidslinjen er bærebjelken i den nye folketrygden. Afp skal ikke være «så god» at den lokker folk til å slutte ved 62 års alder, ifølge pensjonsforliket.

## Økt pensjonsalder

Pensjonistene lever stadig lenger. Det har landet ikke råd til. Derfor

folketrygden som dagens 67-åring.

## Alle år teller

Med dagens afp-ordning kan en som er 62 år, og som har 35 år bak seg i yrkeslivet kunne gå av med full pensjon, som varer livet ut. Dette fordi dagens afp-pensjonister tjener opp pensjon som om de står i jobb mellom 62 og 67 år. Det skal det bli slutt på.

Ifølge den nye pensjonsreformen skal man kun få opptjening for årene man er i arbeid. Også årene utover dagens grense på 40 år.

Hva betyr dette?

– De som jobber 43 år eller mer vil få om lag like mye i samlet pensjon som 62-åring, som med dagens afp. De som arbeider færre år enn dette, vil få mindre enn i dag, sier forsker Tove Midtsundstad ved Fafo.

Hvor lenge står folk i arbeid?

2007 var første året hvor 40 års opptjening var mulig, etter at folketrygden trådte i kraft i 1967. Tall fra Nav viser at rundt halvparten av mennene hadde 40 års opptjening, mens bare 7,5 prosent av kvinnene.

## Forhandle om afp

Dagen afp-ordning er forhandlet fram gjennom flere tariffoppgjør siden 1988. Da dette er en tariffestet ordning, må den framtidige afp også bli avgjort gjennom forhandlinger mellom partene i arbeidslivet.



### Dagens afp

- I dagens folketrygd er det ikke mulig å gå av med pensjon før 67 år.
- Ansatte som jobber i bedrifter og virksomheter med tariffavtale kan imidlertid gå av med avtalefestet pensjon (afp) fra de er 62 år.
- En som går av med afp ved fylte 62 år, får samme alderspensjon fra 67 år som om han/hun hadde jobbet.
- Fra 62 til 67 år får afp-pensjonistene utbetalt alderspensjon, pluss et årlig afp-tillegg.
- En som går på afp kan maksimalt tjene 15 000 kroner ved siden av uten en avkorting i pensjonen.

### Ny afp

- I den nye pensjonsreformen fra 2010 blir det mulig å gå av med tidligpensjon i folketrygden fra 62 år.
- De som går av med tidligpensjon vil «straffes» med en langt lavere årlig pensjon.
- Avtalefestet pensjon (afp) skal komme på toppen av folketrygden, men vil fortsatt være forbeholdt ansatte i tariffbedrifter.
- Hvor stort afp-tillegget skal være og hvem som skal få det, blir det store stridstemaet i tariffoppgjøret som starter i begynnelsen av mars.



### Offentlige tjenestepensjoner

Tjenestepensjonsordninger er fellesbetegnelse på ulike ordninger der det opparbeides rett til alderspensjon gjennom arbeidsforholdet. Ordningene sikrer, etter gjeldende regler, offentlig ansatte en samlet pensjon fra folketrygden og tjenestepensjonsordningen på minst 66 prosent av sluttlønnen etter 30 års ansettelse.

### Tjenestepensjoner i privat sektor

Fra 1. juli 2006 ble det innført obligatorisk tjenestepensjon (OTP). Ansatte i privat sektor vil dermed også kunne opparbeide rett til supplerende alderspensjon gjennom arbeidsforholdet.

### Alderspensjon fra folketrygden

Folketrygden er den viktigste inntektskilden for flertallet av pensjonistene og dermed bærebjelken i pensjonssystemet. Grunnpensjonen er uavhengig av inntekten som yrkesaktiv. For å ha rett til alderspensjon fra folketrygden må en ha fylt 67 år og ha minst tre års botid i Norge etter fylte 16 år. Les mer om pensjon i Sykepleien nr. 2/08.



FÆRRE ÅR: Bare 7,5 prosent av kvinnene hadde full opptjening etter folketrygdens første 40 år, ifølge Nav.

Forslaget fra arbeidsminister Bjarne Håkon Hanssen om å gjøre afp-tillegget til et flatt tillegg til alle som omfattes av ordningen, er ikke godt mottatt av arbeidstakerorganisasjonene.

Fellesforbundet ber regjeringen glemme modeller med flatt afp-tillegg. – Da blir det ikke et reelt afp-tillegg. Afp skal målrettes for dem som ikke kan jobbe til full pensjonsalder, er den klare meldingen fra Fellesforbundets leder, Arve Bakke.

#### Solidarisk ordning

Afp handler ikke først og fremst om tall og beløp, men om prinsipper, mener arbeidstakerorganisasjonene. Det er som med sykelønnsordningen, den er ikke et tall, men sikrer full lønn ved sykdom.

I dag framstilles det som at alle 62-åringene har samme livsvilkår og muligheter. Det er en tilsøring av de faktiske forhold, mener arbeidstakerorganisasjonene. Afp-

ordningen ble i sin tid etablert for at sliterne skulle få en verdig retrett fra arbeidslivet og ikke bli tvunget over på uføretrygd.

Innvendingen er at ordningen blir misbrukt hvis det skal være opp til den enkelte å bestemme når nok er nok.

– Misbruk av ordningen er ikke

noe problem. Har du helse til det, lønner det seg alltid å stå i arbeid fram til pensjonsalderen, sier kampanjeleder for afp Stein Aamdal til Dag og Tid.

#### Like god ordning

– Hovedspørsmålet ved vårens tariffoppgjør er å få på plass en afp knyttet til den nye folketrygden som minst er like god som dagens ordning livet ut. Vår utfordring er å få så mye penger på toppen av folketrygden at 62- og 63-åringene får en pensjon å leve av, er meldingen fra LO-leder Roar Flåthen. LO krever også at levealdersjusteringen må kompenseres på en eller annen måte gjennom afp.

Statsminister Jens Stoltenberg står på løftet om at afp-ordningen fra år 2010 skal sikre at de som ønsker det, kan gå av ved 62 år på en verdig måte. Men han understreker samtidig at regjeringen er opptatt av at 62 år ikke skal bli en norm for hva som er normal

### Det er verdt å minne om at sliterne ikke bare jobber i industrien.

Anders Folkestad, Unio

pensjonsalder. Det er uaktuelt med en ordning «kliss lik» dagens ordning.

Men når det gjelder kompensasjon for levealdersjustering settes foten ned. Til Dagens Næringsliv sier arbeidsministeren at «det er helt uaktuelt å bruke afp til å kompensere for levealdersjustering».

#### Utdanningsgruppene

Så langt har afp-spørsmålet hatt fokus på uenigheten mellom LO på den ene siden, og arbeidsgiverne eller regjeringen på den andre.

Men også Unio rasler med sablene.

– Det er verdt å minne om at sliterne ikke bare jobber i industrien. Det er mange av våres medlemmer som ikke er i stand til å stå i arbeid fram til 67 år, sier Unio-leder Anders Folkestad.

– Våre medlemmer rammes dobbelt. For det første får de ikke pensjonspoeng for utdanning. I tillegg har de ikke muligheten til å jobbe like mange år som en som starter yrkeskarrieren som 18-åring. De får dermed mindre opptjening i arbeidslivet.

I dag betaler regjeringen 25 prosent av afp-ordningen, arbeidsgiverne betaler resten. Det som er spesielt med store deler av Unios medlemmer er at deres arbeidsgivere er kommunene og staten.

– Det gjør at det ligger an til en frontkollisjon med regjeringen. Til syvende og sist vil det være Stortinget og regjeringen som reelt sett er vår motpart i forhold til hele afp-beløpet, siden det er de som setter rammene som arbeidsgiverne i offentlig sektor må forholde seg til, sier Folkestad til Klassekampen.

Han mener dette kan bli en spesiell utfordring for Unio i tariffoppgjøret.

#### Afp-utvalget

Et utvalg med arbeidsminister Bjarne Håkon Hanssen, LO-leder Roar



Flåthen, NHO-sjef Finn Bergersen jr. og de andre lederne i de store organisasjonene i arbeidslivet har jobbet i flere måneder for å komme til enighet om framtidens tidligpensjonsordningen. Det ble tidlig klart at det ikke ville skje.

Og da utvalget i begynnelsen av februar la fram en rapport på rundt 200 sider, var det en slags a-la-carte-meny med ulike løsninger. Pressemeldingen fra arbeidsdepartementet – «Bedre afp for de fleste» – begrenset seg til ni linjer.

– Det at utvalget nå avslutter arbeidet uten å ha kommet til enighet betyr at stafettpinnen overlates til partene i oppgjøret, var meldingen fra Hanssen.

Holdningen til arbeidsminister Bjarne Håkon Hanssen er imidlertid ikke til å rukke:

– Det bærende prinsippet er at det skal lønne seg å stå lenge i jobb, og da blir også konsekvensen at det vil være ulønnsomt å ikke jobbe, uttaler han til flere medier.

### Todelt afp?

Hva skjer? Det er blitt spekulert i at en todelt afp-ordning kan bli en løsning på den vanskelige afp-floken ved vårens tariffoppgjør.

Et forslag som er fremmet går ut på at framtidens 62-åringer skal kunne velge mellom følgende ordninger:

- Afp med jobb: De som velger dette alternativet kan arbeide så mye de vil ved siden av, uten å tape noe av sin avtalefestede pensjon. Samtidig blir pensjons-

utbetalingene noe lavere enn dagens ordning.

Eller:

- Afp for «sliterne»: De som ikke orker å jobbe mer, skal få afp-utbetaling som er like god som i dagens ordning. Til gjengjeld kan de ikke jobbe ved siden av pensjonen.

Leder Anders Folkestad i Unio sier til Dagsavisen at en slik løsning kan være aktuell.

– Fordelen med en todelt modell er at de som faktisk ikke orker å jobbe lenger får en redningsplanke. De kan forlate arbeidslivet med verdighet på et rimelig økonomisk nivå, uten å gå veien om sykepenger, attføring eller uførepensjon. Samtidig understøttes regjeringens arbeidslinje, ved at det blir klart lønnsomt å jobbe for dem som velger den andre ordningen, sier Folkestad.

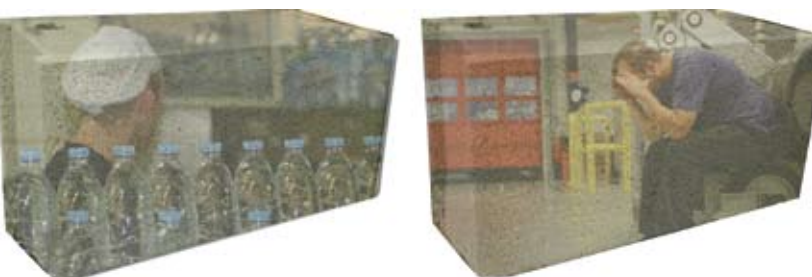
Forslaget støttes langt på vei også av LO og YS, mens regjeringen er mer tilbakeholden.

– Det er et selvstendig mål at man skal kunne jobbe fritt ved siden av tidligpensjon. Man skal få noe igjen for å jobbe lenger, var alt statsminister Jens Stoltenberg ønsket å si om forslaget etter LOs representantskapsmøte som ble holdt i midten av februar.

Hvis ikke LO og NHO blir enige om en løsning innen 14. mars, med eller uten regjeringens bidrag, går det mot storkonflikt fra 1. april.



SLITER: Mange av dem som jobber i helsesektoren vil ikke orke å stå til 67 år, påpeker Unio-lederen.





Av **Trygve Aasgaard**,  
førsteamanuensis,



**Åshild Slettebø**,  
førsteamanuensis,



**Synnøve Caspari**,  
pensjonist, tidligere  
førsteamanuensis,



**Vibeke Lohne**,  
førsteamanuensis



**Dagfinn Nåden**, professor.  
Alle fra Høgskolen i Oslo,  
avdeling for sykepleierut-  
danning.

**Undersøkelsen sier lite om hvordan kulturaktivitetene er forsøkt tilpasset den enkelte bruker.**

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

**Les mer og finn litteraturhenvisninger på**  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Eldreomsorg  
Kulturaktiviteter  
Sykehjem

## Kultur til eldre:

# Tilfeldighetens marked

Tilbudet og vektleggingen av kulturelle aktiviteter i eldreomsorgen er svært varierende.

Helse handler ikke bare om innbyggernes objektive sunnhetstilstand, men om subjektive oppfatninger i forhold til å mestre sin livssituasjon og hva som gir et meningsfylt og godt liv. Da er veien kort til å se på mulige sammenhenger mellom «kultur» og ulike helseaspekter. Kulturbegrepet knyttes ofte til det å ta del i kunstneriske aktiviteter så vel som oppsøkende kulturkonsum (gå på utstillinger, bibliotek eller konsert og så videre). I denne undersøkelsen brukes begrepet «kulturaktiviteter» på en måte som inkluderer en rekke sosiale aktiviteter utenom pleie og fysisk omsorg. Deltakelse i kulturlivet har en viktig rolle i svært mange menneskers liv i forhold til helserelaterte aspekter som glede, fellesskap og styrke i tillegg til å virke gunstig inn på hvor lenge vi lever (1).

### Metode

I 2006 ble en gruppe studenter i studiets første år invitert til å kartlegge kunstneriske aktiviteter (inkludert kunstneriske behandlingsformer) i løpet av deres praksisperiode på til sammen ti alders- og sykehjem og dagsentra på Østlandet. 35 studenter deltok i prosjektet som inneholdt fire elementer:

- Intervju av sykehjems personale
- Observasjon og (eventuelt) egen deltakelse i kulturaktiviteter
- Egne refleksjoner på bakgrunn av erfaringer fra A og B
- Rapportering

Før studentene gikk ut i praksis, møtte de én fra forskergruppen som informerte om prosjektet. I løpet

av praksisperioden intervjuet de personale ifølge en intervjuguide som var utarbeidet av prosjektgruppen. Spørsmålene handlet om målsettinger for institusjonene, hva slags aktiviteter som foregikk når og hvor, hvem som hadde ansvar for – og som deltok i – de ulike aktivitetene og hva som eventuelt var hindre for å ha ønskede kulturaktiviteter/kreative behandlingsformer i behandlings- og omsorgstilbudet. Svarene fra studentene var basert på opplysninger fra samtaler med personale, skriftlig materiale og deres egne observasjoner.

### Målsettinger

«Omsorg» og «egenomsorg», «rehabilitering» og «trygghet», «medisinsk tilsyn» og «pleie» synes å være hjørnesteiner i institusjonens målsettinger. Både «et verdig liv», «en verdig død» og «livskvalitet» nevnes, men hva dette innebærer er ikke presentert eksplisitt. Enkelte svar indikerer at «innholdet» i livet til pasientene også er av betydning. Et motto som «Leve – ikke bare overleve» gir en viss indikasjon på at kulturelle aktiviteter har muligheter til å bli vektlagt ved institusjonen. Ved en institusjon ble det presisert at man ikke kun vektlegger å vedlikeholde funksjoner, men også å introdusere nye aktiviteter og fremme et stimulerende institusjonsmiljø. I ulik grad nevnes individuelle ønsker og behov i forhold til målsetting.

Ordet «kultur» finnes i enkelte målsettinger. Ett sted vektlegges «kulturopplevelser» for å ivareta de eldres identitet, verdighet og egne ressurser, et annet sted knyttes dette til helse. Man satser på å gjøre kultur



tilgjengelig også for mennesker som ikke makter å oppsøke kultursentre på egen hånd. Denne institusjonen ønsker å fremstå som «et åpent kulturmøtested på tvers av alder og kulturell bakgrunn». En institusjon knytter også kulturaktiviteter til at «pasientene skal oppleve mestring og respekt, ha mulighet for å kunne føle glede og samhørighet med andre mennesker. Aktivitetene skal appellere til følelsene og gi opplevelsen av å få omsorg i en atmosfære av kjærlighet».

### Former for kulturaktiviteter

På spørsmål om hva som «foregår» på institusjonene, kommer det frem svært store forskjeller: fra «ingen kulturaktiviteter» eller «kun sang-andakt» til omfattende redegjørelser



VARIERER: Ikke alle ønsker å delta i de kulturelle fellesaktivitetene, men foretrekker individuelle tilbud. Illustrasjonsfoto: Coulourbox.com

for en rekke ulike regelmessige aktiviteter. Ett sykehjem presenteres med kun bingo, andakt og dans (med musikk fra CD-spiller) på programmet. Et annet sykehjem i samme bydel har derimot følgende tilbud: Konserter, ønsketimen, teaterkvelder, dansefester, allsang, bingodans, diktkafé, syng med oss, kulturturer, nabokvelder, flerkulturelle familiefester, lysandakt, gudstjenester, samtaleforum, lydbok, trekkspill, fellestrim, bassengtrening og kino.

Denne undersøkelsen sier lite om hvordan kulturaktivitetene er forsøkt tilpasset den enkelte bruker. Kunstneriske terapiformer som musikk- og bildeterapi (med profesjonelle terapeuter) forekommer kun på et par institusjoner i dette materialet. Fra ett sykehjem rapporteres det at

man spiller musikk fra CD-spiller for de enkelte beboere og at individuelle musikkpreferanser vektlegges. Her brukes også musikk i miljøet «for å få pasienter til å stå opp» og «eventuelt før sengetid». Dette er langt fra noe nytt i sykepleien: I 1890-årene ga Florence Nightingale økonomisk støtte til musikere som spilte om kveldene for pasienter på Londons sykehus (2).

Det synes å foregå langt flere kulturrelaterte aktiviteter midt på dagen enn på ettermiddag og kveldstid. Enkelte institusjoner har en klar plan for aktivitetene, med ansvarsfordeling og tidsfrister.

#### Hvem fra personalgruppen deltar?

Noen institusjoner er avhengige av frivillig hjelp «utenfra», andre steder

kommer «frivilligheten» som ekstrainsats fra personale:

- Det er som regel en pensjonert tidligere ansatt som kommer og leser. Dette er gjort på frivillig basis.
- Vanligvis er det kun aktiviteten som gjør noe, noen ganger er postverten (kjøkkenhjelp) med. To ansatte har laget underholdning (piano og sang) i fritiden.

#### Betydningen for den enkelte

Forklaringene på manglende aktiviteter tillegges ulike årsaker i denne undersøkelsen. På den ene siden hevdes det at mange beboere plages med angst og uro og har mer enn nok med seg selv og sin egen verden og at man ikke skal arrangere aktiviteter for enhver pris. En student mener å ha erfart at ikke alle pasientene var

interessert i de kulturelle tiltakene som institusjonen tilbyr (bingo, trim, dans og andakt), men at de heller ville være med på teater- og kunstutstillingsbesøk. Aktivitetene på hver avdeling avhenger tilsynelatende mer av hvem enn hvor mange som er «på jobb». En student skriver at interessen for aktiviteter kanskje ville vært større dersom dette var en del av den daglige rutinen og noe beboerne forventet skulle skje?

#### Diskusjon

Denne undersøkelsen gir et svært uensartet bilde av deler av eldreomsorgen på Østlandet. Vi vet tilsynelatende meget om verdien av kulturaktiviteter på dette området, men det er litt skremmende at tilbudet og vektleggingen av dette varierer så meget på de enkelte institusjoner. Fritt sykehjemvalg? Den dagen tilbudet (mot formodning) skulle bli større enn etterspørselen, vil kanskje det totale programmet med omsorg og behandling i større grad enn i dag måtte tydeliggjøres og være forpliktende for institusjonene, også med hensyn til kulturaktiviteter. I mellomtiden er det viktig at ulike fagfelt innen helsearbeid til eldre holdes oppdatert også på dette området. Sykepleieren er en sentral skikkelse i eldreomsorgen; å utvikle studentens kulturelle ballast gjennom utdanningen, vil forhåpentligvis fremme sensitiviteten for den enkelte klient/brukers behov og øke interessen for å implementere kulturaktiviteter i hverdagen på våre eldreinstitusjoner.

#### REFERANSER

1. Ruud, E. Musikk gir helse! I: Aasgaard, T red. Musikk og helse. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2006. s. 24
2. Bunt, L. Music Therapy. An Art Beyond Words. London: Routledge; 2004



Av **Kristin Myhre**,  
høgskolelektor/sykepleier, Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, sykepleierutdanningen.

**Prosjektets hovedmålsetning har vært å sikre god kvalitet i praksisstudier for innkommende studenter med engelsk som arbeidsspråk.**

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

**Les mer og finn litteraturhenvisninger på**  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Utdanning  
Internasjonalisering  
Praksisplasser  
Veiledning

# Utvekslingsstudenter i norsk sykepleierutdanning

Prosjekt internasjonale praksisplasser har gjort det lettere å være utvekslingsstudent ved Høgskolen i Østfold.

Interessen fra utenlandske sykepleierstudenter for å ta deler av studiene ved vår høyskole, er økende. Internasjonalisering av høyere utdanning er et satsningsområde og her er studentmobilitet et sentralt virkemiddel. Fortsatt er det slik at institusjonen sender flere studenter ut enn vi tar inn, men antallet innkommende stiger. Felles for disse er et ønske om kliniske studier i en annen kultur. Vi tilbyr praksisstudier på sykehus med veiledning på engelsk. Studentene kommer som oftest fra Storbritannia og Finland. Det er praksisfeltet og de kliniske veilederne som har den største utfordringen i å gjøre oppholdet verdifullt for studenten. Oppfølgingen fra høgskolen varierer, men i alle modellene er høgskolelektors tilstedeværelse i klinikken av begrenset omfang. Det daglige ansvaret hviler på den kliniske veilederen. Vi legger til rette for opphold på tre måneder og studentene rekker derfor ikke å

lære norsk. Studiene skal som regel være veiledet og vurdert på lik linje med kravene i norsk rammeplan for sykepleierutdanning. Studentene fra våre partnerinstitusjoner i Storbritannia og Finland kommer alltid med krav om slik oppfølging. De har som regel også flere dokumenter som skal fylles ut og flere konkrete arbeidskrav som skal oppfylles i praksisstudiene.

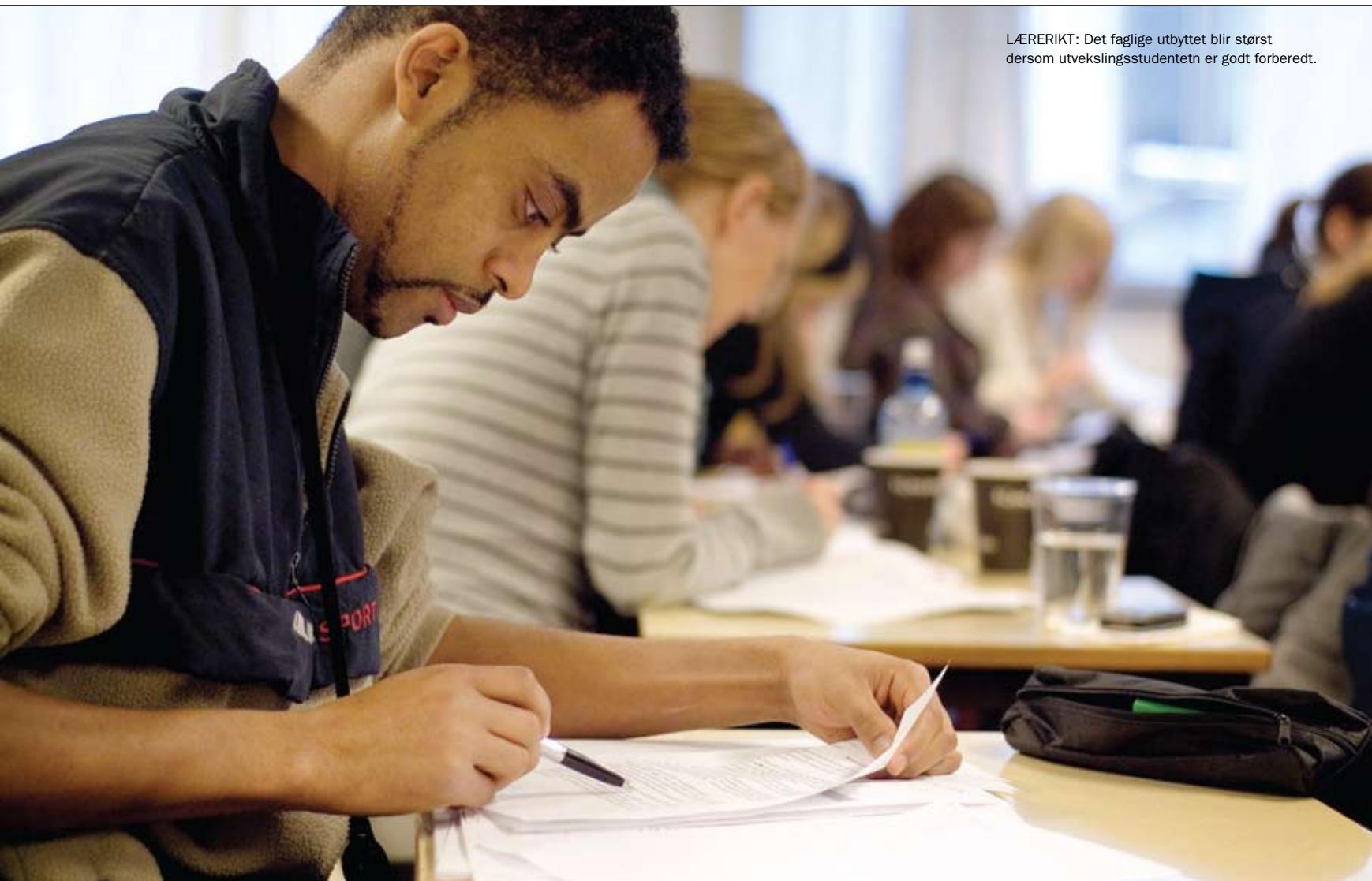
## Bakgrunn

Artikkelen beskriver et pedagogisk utviklingsprosjekt som ble gjennomført i vårsemesteret 2007 kalt «prosjekt internasjonale praksisplasser». Målet med utviklingsprosjektet er primært å sikre god kvalitet i praksisoppfølging av studenter hvor arbeidsspråket er engelsk. Samtidig ønsker man å gjøre det attraktivt å være praksisplass for internasjonale studenter i en travel sykehushverdag. Veiledning av studenter i praksis krever kompetente

veiledere. Vi tilbyr jevnlig etter- og videreutdanning i veiledning samt kortere kurs til praksisfeltet. Arbeidsspråk og undervisningsspråk har her alltid vært norsk og det har aldri vært gitt kurs for å veilede på et annet språk. Å veilede studenter på engelsk krever mer enn å veilede norske studenter. Språklig forberedelse, kulturell forberedelse og utvidet samarbeid praksisfelt/utdanningsinstitusjon er beskrevet som nøkkelfaktorer for å få dette til (1,2,3,4). Når antallet søknader stiger, kreves det derfor flere tilgjengelige praksisplasser og forutsigbare ordninger.

## Prosjekt internasjonale praksisplasser

Høgskolen har hittil ikke systematisert mottak og oppfølging av engelskspråklige utvekslingsstudenter. Vi har tatt dem imot og forhandlet med ulike avdelinger om plassering basert på lokal kunnskap, personlige kontakter og interesse. Fordi



LÆRERIKT: Det faglige utbyttet blir størst dersom utvekslingsstudentene er godt forberedt.

antallet har vært lite, har denne ordningen stort sett fungert greit. Det har vært vanskelig å få nye avdelinger, sykepleiere og lærere til å ta en slik utfordring. Forskning og erfaring viser at liten tiltro til egne engelskkunnskaper gjør at de vegrer seg (2). For å systematisere praksisoppfølging, og slik sikre god kvalitet, ble det utarbeidet en prosjektskisse. Ansvarlige for å utforme prosjektskissen var høskolelektor og to seksjonsledere ved to avdelinger på sykehuset. Prosjektet hadde estimert kostnad på 90.000 kroner.

Kunnskapsdepartementet (KD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bestemte i 2005 at ordningen med at høskolene betaler for praksisveiledning av studentene skulle opphøre fra kalenderåret 2006. De pengene som på denne måten frigjøres i høskolenes budsjetter skulle i stedet gå til fellesprosjekter mellom praksisstedene og høskolene.

I brev av 22.12.2005 fra departementene het det blant annet:

«NOKUT's reakkreditering av sykepleierutdanningen viste blant annet at det er for lite kontakt mellom høskolene og praksisstedene, og at teori og praksis er for lite integrert, samt at FoU-aktiviteter i for liten grad er rettet inn mot praksisfeltets behov. Det er en grunnleggende forutsetning at midlene gis til samarbeidsprosjekter, det vil si fellesprosjekter mellom høskolene og praksisstedene, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forsknings- og utviklingsarbeid. Aktuelle områder er blant annet utvikling og dokumentasjon av praksismodeller, ulike hospiteringsordninger samt andre tiltak begrunnet i NOKUT-evalueringen.»

Søknad om midler til å realisere prosjektet «Prosjekt internasjonale praksisplasser» ble innvilget. Studentmobilitet betraktes som sentralt i arbeidet med å inter-

nasjonalisere sektoren (5). Ved å utvikle gode praksisstudier for å rekruttere internasjonale studenter bidrar man også til å nå dette målet.

#### **Prosjektskissen**

Å sikre god kvalitet i praksisoppfølging når arbeidsspråket er engelsk, samt å gjøre det attraktivt å være praksisplass for internasjonale studenter, er hovedmålene for prosjektet. Å heve språkkompetansen og den interkulturelle kompetansen blant kliniske veiledere vil i neste omgang kunne bidra til at avdelingene er bedre rustet til å møte utfordringer i en stadig mer multikulturell befolkning. Videre vil større engelsk fagspråkkompetanse kunne bidra til at sykepleiere i klinikken bedre kan nyttiggjøre seg internasjonal litteratur (2).

For høskolens del vil prosjektet knytte praksisfelt og skole tettere sammen, og være et mulig område for FoU-arbeid. Erfaringene fra

prosjektet vil kunne overføres til andre studieprogram som mottar utvekslingsstudenter. Prosjektskissen inneholdt tre hovedaktiviteter. For å øke språkkompetansen ble det utviklet et to dagers intensivkurs i helseengelsk for prosjektdeltagerne (kliniske veiledere, seksjonsledere og lærere). Videre ble det utviklet kurs i interkulturell kommunikasjon for deltagerne samt for alle ansatte i sykepleietjenesten ved de involverte avdelinger. For å få mer kunnskap om engelske studenters hverdag i hjemlandet ble det planlagt studiebesøk ved en partnerinstitusjon for prosjektdeltagerne. Studiebesøket skulle også bidra til praktisk bruk av helseengelsk. På bakgrunn av dette ble prosjektet tildelt kr. 80.000.

Prosjektleder (høskolelektor) har hatt ansvar for å planlegge kursene, skaffe kvalifiserte kursledere og organisere studiebesøket. Prosjektleder har vært økonomisk

ansvarlig. Prosjektmedarbeiderne (seksjonsledere ved avdelingene) har lagt til rette for sine ansatte for deltagelse på kursene og stilt lokaler til disposisjon for gjennomføring av kurs. De innkommende studentene i prosjektperioden har gjennomført praksis ved avdelingene under veiledning av prosjekt-deltagerne. Prosjektmedarbeiderne har også fremskaffet data til evaluering av aktivitetene.

## Intensivkurs i helseengelsk

Høgskolen gjennomførte i 2006 et prøveprosjekt med kurs i helseengelsk for studenter som skulle på utvekslingsstudier hvor arbeidsspråket var engelsk. Kursansvarlig driver med undervisning, oversettelse og forberedelse av pedagogiske bøker og har engelsk som morsmål. Han har utviklet en håndbok «Engelske ord og uttrykk for helsepersonell». Evaluering av kurset viste at studentene var svært fornøyde. På bakgrunn av denne erfaringen tok prosjektleder kontakt og sammen utviklet vi intensivkurs for «Prosjekt internasjonale praksisplasser». Som forberedelse måtte deltagerne skrive en side om seg selv på engelsk. Deretter fulgte 12 timer med intensive studier, både skriftlig og muntlig. Fokus for kurset var «profesjonalisering av språket» for å lære å snakke på en profesjonell måte selv om man kanskje ikke er så flink i engelsk. Videre hadde høflighet og diplomatisk formulering en sentral plass. Kurset ga rom for rikelig tid til øvelser. Deltagerne jobbet i par og arbeidsspråket i kurset var selvsagt engelsk, også i pausene. Gjennom tydelige og klare tilbakemeldinger på diksjon, grammatikk, ordbruk og profesjonelle uttrykk bidro dette til at de åtte deltagerne følte seg bedre forberedt til å ta i mot

en internasjonal student. Kurset ble skriftlig evaluert. Deltagerne ble bedt om å redegjøre med egne ord for sitt læringsutbytte samt angi hva som var mer eller mindre viktig av praksis i muntlig, skriftlig, leseforståelse og grammatikk. Samtlige deltagere var meget fornøyde.

## Kurs i interkulturell kommunikasjon

Forskningen viser at ferdigheter i interkulturell kommunikasjon er en annen viktig faktor (1,2,3,4). «Interkulturell kommunikasjon er en prosess som innebærer utveksling og fortolkning av tegn og meldinger mellom mennesker som representerer ulike kulturelle fellesskap som er så forskjellige at deres tilskrivning av mening påvirkes» (6).

Kurset varte i tre timer og ble kjørt fire ganger for til sammen cirka 80 ansatte ved sykehuset. Kurset ble obligatorisk på avdelingens fastsatte undervisningsdager. Dette gjorde det mulig å nå de fleste ansatte på de involverte avdelingene. Kursansvarlige var faglig tilsatte i høgskolen med høy kompetanse på tematikken. Foreleserne ga mange praktiske eksempler på hvordan kommunikasjon kan forstås og misforstås fordi man ikke har kunnskap om hverandres utgangspunkt, både som pasient, student, ansatt og kollega. Det var også lagt opp til dialog og diskusjon. Avdelingene, en medisinsk og en kirurgisk sengepost, ga uttrykk for at de stadig opplever utfordringer knyttet til språk og kulturforskjeller når det gjelder pasienter og kollegaer. Kurset ble muntlig evaluert. De ansatte vurderte kurset som svært relevant og nyttig, også de som ikke skulle ha direkte ansvar for utvekslingsstudenter. Spennende, engasjerende, provoserende, høyt nivå, relevant tematikk går

## Å veilede studentene på engelsk krever mer enn å veilede norske studenter.

igjen i tilbakemeldingene. «Dette burde være obligatorisk for alle på sykehuset» sa flere.

## Studiebesøk ved partnerinstitusjon

I Storbritannia foregår sykepleierutdanning på universitetene, men er ikke nødvendigvis på bachelor-nivå. Våre partnerinstitusjoner utdanner sykepleiere på to nivåer, diploma nurses og bachelor nurses. Veiledning av sykepleierstudenter i praksis bygger ikke nødvendigvis på de samme pedagogiske prinsippene i Norge og Storbritannia. Studentenes opplevelser av å være i veiledning er rapportert ganske forskjellig. Dette var noe av begrunnelsen for å inkludere et studiebesøk i prosjektet. Gjennom å lære hverandre å kjenne, kan vi bedre legge til rette for veiledning av studentene i praksis. Samtidig ville studiebesøket gi god anledning til å praktisere helseengelsk. Programmet inneholdt møte med ledelsen av sykepleierutdanningen (både diploma og bachelor) med introduksjon til universitetet generelt og sykepleierutdanningen spesielt. Fordi studentene kommer til praksisstudier hos oss var forberedelse til praksis et tema vi ønsket mer kunnskap om. Partnerinstitusjonen satser mye på ferdighetstrening i laboratorium (skills lab) før praksis begynner. Ressursene som er brukt på dette er langt større enn det vi bruker ved vår institusjon, og studentene har strenge krav til å øve, både i timetall og ulike ferdigheter/prosedyrer. Et annet viktig tema var: Hvordan gi god veiledning i praksisstudier på sykehus?

Utvelgelse av avdelinger for praksisstudier er i Storbritannia underlagt formell kvalitetskontroll, og alle praksisplasser kvalitets-sikres gjennom revisjon hvert år. Det er status forbundet med å ha

studenter og tilsvarende negativt å ikke bli tildelt studenter. Samarbeidet mellom universitet og de kliniske avdelingene foregår blant annet gjennom lærere som var ansatt begge steder (kliniske lektorer).

Etter møtet på universitetet var det lagt opp til besøk ved utvalgte sykehusavdelinger (medisinsk, kirurgisk, kombinert assessment-unit). Her diskuterte deltagerne veiledningsmetodikk både for egne og innkommende utvekslingsstudenter, samarbeid skole/praksis og mange sykepleiefaglige problemstillinger av klinisk art.

## Oppsummering

I prosjektperioden ble det gitt veiledning på engelsk til fem studenter: To engelske studenter gjennomførte praksis i tre måneder på hver sin avdeling, to gjennomførte seks uker og en amerikansk student gjennomførte fire uker. Prosjektdeltagerne var ansvarlige for veiledning i praksis og oppfølging fra høgskolen. Samtlige gir uttrykk for at prosjektet har gjort det enklere å være veileder og lærer for engelske studenter.

De innkommende studentene har også evaluert sitt studieopphold skriftlig og gir meget gode tilbakemeldinger på veiledningen de har fått.

Prosjektet har ut fra evalueringen av aktivitetene vært vellykket. Det har bidratt til god kvalitet for studentene fordi veiledning er blitt lettere for veilederne, avdelingen og læreren. Antall innkommende studenter som trenger veiledning av språklig og kulturelt kompetente veiledere vil øke. Det vil være dermed være behov for flere veiledere som vil påta seg en slik oppgave. Prosjektet har også vært et positivt bidrag til avdelingene i form av mer kunnskap om inter-





LÆRINGSARENA: Det er også lærerikt for veilederen å møte studenter fra andre land.

kulturelle forhold som er aktuelle hver dag på en travel medisinsk og kirurgisk avdeling. Sykepleiere vil møte flere pasienter med annet språk og annen kulturell bakgrunn og slike kurs kan bidra til å heve den sykepleiefaglige kvaliteten. Kulturell kompetanse i tillegg til fagkompetanse hos helsepersonell blir stadig viktigere (10,11,12)

Prosjektets hovedmålsetning har vært å sikre god kvalitet i praksisstudier for innkommende studenter med engelsk som arbeidsspråk. I tillegg til dette har prosjektet hatt betydning for avdelingene ved å sette fokus på sykepleietjenestens interkulturelle kompetanse. Prosjektet skulle også bidra til at avdelingene så på engelskspråklige studenter i praksis som et kvalitetsstempel og en spisskompetanse ved avdelingen. Erfaringsmessig har utvekslingsstudenter vært sett på som vanskelig og en ekstra belastning i en ellers meget aktiv hverdag.

#### **Studentperspektivet**

All forskning er entydig når det gjelder verdien av et utvekslingsopphold i et annet land for den enkelte student. Til tross for hjemlengsel, språkproblemer, ensomhet og økonomiske bekymringer er det den personlige veksten, og det å mestre utfordringene, som er det viktigste (7,13). Det faglige utbyttet blir størst når det er et tydelig definert sykepleiefaglig fokus (8). Det er viktig å sikre seg mot «turistfellen». Mange studenter sier de aldri ville ha vært oppholdet foruten, men en del sier også at utbyttet kunne vært større dersom de hadde forberedt seg bedre (7). Engelske studenter i vårt prosjekt har beskrevet at sykepleiere på avdelingen noen ganger reiser seg opp og går ut når studenten kommer inn på pauserommet. Grunnen til dette er som regel usikkerhet på egne engelskkunnskaper eller mangel på kjennskap til hensikten med studentens opphold. Vårt pro-

sjekt er beregnet på å unngå slike hendelser. Oppfølging av hjemmestitusjonen etter endt utveksling er også viktig for studenten. Ellers kan det fort bli en ensom erfaring som ingen andre synes å være særlig interessert i (6,12). Prosjektet bidrar til økt studiekvalitet for studentene gjennom god oppfølging underveis. Gjennom gjensidig utveksling og kjennskap til hverandre, både på utdannings- og praksissiden, har vi også store muligheter for å gi studentene nødvendig forberedelse og oppfølging underveis og i etterkant.

#### **Veilederperspektivet**

Ved siden av studenten er praksisveilederen den viktigste bidragsyteren til kvalitet i praksisstudiene. Det er viktig at sykepleieren har generell veilederkompetanse. I motsetning til i Storbritannia, hvor det er formelle krav fra NHS (national health trust) og NMC (nursing midwifery council) til veilederens

kompetanse, er det i Norge opp til sykehuset hvordan det utdanner sine veiledere. Høgskolen kan ikke stille krav om formell veilederkompetanse, bare etterspørre og understreke betydningen av dette. Prosjektet har ikke fokusert på generell veiledningskompetanse, men hatt fokus på språk og kultur. På samme måte som at sykepleiere forlater rommet når studenten kommer inn, oppgir veiledere at ingen andre kolleger vil snakke engelsk med studenten. Dette bidrar til at veiledningen oppleves ensom og at ansvaret føles veldig stort. Samtidig er det berikende for veilederen å følge en students læringskurve og se utviklingen av kulturell bevissthet (2). Studenter fra andre land med annen utdanning og annet helsevesen er også en læringsarena for veilederen. Dette gir nye impulser og innsikt. Et godt samarbeid innad i egen avdeling, og selvsagt med høgskolens lærer, er avgjørende for veilederen. Det

må settes av mer tid til å veilede den internasjonale studenten enn det avsettes til norske studenter. Gjennom prosjektet har avdelingene involvert flere sykepleiere for å kunne ta i mot studenter. Dette har ført til at flere tør snakke engelsk og det er ikke lenger så sårbart for studenten dersom veileder ikke er tilstede. Veiledere har også større forståelse for studentens forutsetninger gjennom sitt kjennskap til studieforholdene studenten kommer fra.

#### Lærerperspektivet

Lærer opplever andre utfordringer knyttet til kontakten med studenten enn veilederen. Både lærer og veileder må ha språk- og kulturkompetanse, men får bruk for ulike aspekter av dette. Læreren har færre kontaktpunkter og føler seg ofte usikker på sin rolle (1,3). Dette gjelder særlig når oppfølgingen ikke er systematisert og basert på mer tilfeldig fordeling av studenter. Institusjonens generelle modeller for studentoppfølging i praksis varierer også. Lærer uttrykker behov for mer inngående kjennskap til studentens bakgrunn i hjemlandet, slik som utdanningsinstitusjonen, studieplaner, formelle krav til arbeider i studieperioden og forventninger fra hjemmeinstitusjonen. Mange lærere opplever en slik utfordring som givende og det er ikke uvanlig at studenter blir invitert inn i lærerens private sfære i langt større grad enn hva som er tilfellet med norske studenter. Slik kan studenten også få større innsikt i den norske kulturen utenfor sykehuset. Både lærere og veiledere understreker behovet for å kjenne hverandre for sammen å gi studenten et best mulig opphold. Vårt prosjekt bidrar i høy grad til denne type samarbeid. Mange lærere er

av den oppfatning at det å være fast tilknyttet en sykehusavdeling gir gode forutsetninger for kvalitet i studentveiledningen generelt sett og for utvekslingsstudenter spesielt.

#### Avdelingsperspektivet/ pasientperspektivet

Å betrakte utvekslingsstudenter som en berikelse og ressurs for sykehusavdelingen er et felles anliggende for høgskolen og sykehuset. I hvilken grad sykepleierstudenter i alminnelighet blir vurdert slik, vil nok variere. Prosjektet har som mål å gjøre det attraktivt å være praksisplass for internasjonale studenter. Dette kan ikke evalueres før det har vært flere studenter inne, men innstillingen har endret seg gjennom prosjektperioden.

Et annet perspektiv som også bør få oppmerksomhet, er pasientperspektivet. Studentene kommer for å få klinisk praksis og det betinger pasientkontakt. Det er ikke nok med observasjonsstudier, studentene skal utvikle sine ferdigheter, kunnskaper og holdninger i møtet med syke mennesker. Alle studenter arbeider under veiledning av autoriserte sykepleiere som hjelper studenten å nå sine læringsmål. Veileder vurderer hvilke pasienter studentene kan forholde seg til. Som sykepleiere er vi opptatt av faglig, juridisk og etisk forsvarlig praksis og vi utsetter ikke pasienter for fare. Det er blitt hevdet at det er faglig uforsvarlig å la studenter som ikke snakker norsk «øve» seg på syke pasienter. Da har ikke veilederen gjort jobben sin, det har de i vårt prosjekt. For noen pasienter har møtet med en engelsk student vært av stor betydning i en ellers vanskelig sykehushverdag. Det har vært noe nytt, spennende og annerledes og

## For noen pasienter har møtet med en engelsk student vært av stor betydning i en ellers vanskelig sykehushverdag.

et lyspunkt i hverdagen. Det beste eksempelet fra vårt prosjekt er en eldre dame som sykepleierne fikk lite kontakt med, det viste seg å være en gammel engelsklærerinne som virkelig blomstret opp da hun fikk praktisere gamle kunnskaper sammen med en engelsk student mens hun lå på sykehuset.

#### Konklusjon

Høgskolen planlegger å gjennomføre deler av prosjektet for andre studieprogram som også tar i mot engelskspråklige studenter. Dette bidrar til et økt fokus på internasjonale studenter som igjen bidrar til å internasjonalisere institusjonen.

«Prosjekt internasjonale praksisplasser» har vist at det er mulig å sikre god kvalitet i oppfølging av studenter når arbeidsspråket er engelsk. Det har avdekket utfordringer som må møtes for at man skal lykkes og prøvd ut tiltak for å møte disse. Nøkkelfaktorer er språkkompetanse, interkulturell kompetanse og et godt samarbeid mellom høgskolen og praksisfeltet. Disse områdene må følges opp kontinuerlig og systematisk. Håpet er at både språkkompetansen og kulturkompetansen blir så viktig for avdelingene at de etterspør å få utvekslingsstudenter for å holde seg oppdatert. Da vil det å være praksisplass for internasjonale studenter også bli attraktivt for avdelingen.

#### LITTERATUR

- (1) Koskinen L, Tossavainen K. Relationships with undergraduate nursing exchange students- a tutor perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(5):499-508.
- (2) Koskinen L, Tossavainen K. Characteristics of intercultural mentoring- a mentor perspective. *Nurse Education Today* 2003; 23:278-85.
- (3) Lassenius Y. Kulturell mangfold, en utmaning för lärare inom närvårdsutbildningen. *Vård I Norden* 2007;27(2): 14-20.
- (4) Bønløkke M. Hvad motiverer til udveksling under sygeplejestudiet? *Vård I Norden* 2006; 26(2):44-47.
- (5) Temaplan for internasjonalisering 2006-2009 for Høgskolen i Østfold. [http://www.adm.hiof.no/~arkiv/Int-Temaplan2006\\_2009.pdf](http://www.adm.hiof.no/~arkiv/Int-Temaplan2006_2009.pdf)
- (6) Dahl Ø. Møter mellom mennesker. *Interkulturell kommunikasjon*. 1st ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
- (7) Button L, Green B, Tengnah C, Johansson I, Baker C. The impact of international placements on nurses' personal and professional lives: literature review. *[J Adv Nurs]* 2005; Vol. 50(3):315-24.
- (8) Grant E, McKenna L. International clinical placements for undergraduate students. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 529-535.
- (9) Koskinen L, Tossavainen K. Study abroad as a process of learning intercultural competence in nursing. *Int J Nurs Pract*. 2004; 10(3):111-20.
- (10) Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13(3):181-84.
- (11) Campinha-Bacote J. A model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care. *Journal of Nursing Education* 1999; 38(5):203-207.
- (12) Myhre K. Internasjonalisering - ute i verden eller «bare» hjemme: påvirkes utvikling av kulturell kompetanse hos sykepleierstudenter av ulike tiltak for å internasjonalisere utdanningen? *Arbeidsrapport (Høgskolen i Østfold) 2007:4*, Halden: Høgskolen i Østfold
- (13) Hillestad AH, Sørensen AL. *Bare reis! Håndbok for helsefagstudenter i internasjonal praksis*. 1st ed. Oslo: Cappelen Akademisk forlag; 2007.



Av **Cecilie Hunt**,  
sykepleierstudent,



**Siri Stramrud**,  
sykepleierstudent,



**Berit Johannessen**,  
veileder, 1.amanuensis,  
Høgskolen i Agder.

# Bruk berøring bevisst

Hvilke oppfatninger, holdninger og erfaringer har sykepleiere fra bruk av berøring i psykiatrisk behandling?

Berøring i psykiatrien er et lite utforsket område. Det er ikke mulig å gi et klart svar på når det er riktig med berøring. Det er svært individuelt hvordan pasienter reagerer, bruk av berøring krever kunnskap, refleksjon og ferdigheter.

## Tidligere forskning

De positive resultatene som presenteres i litteraturen er lite kjent i praksis. Sykepleierne har liten fokus på berøring i sin utdanning og føler seg usikre på bruken av det. De er redde for hva berøring kan føre til av negative reaksjoner. Når vi bruker ordet berøring i denne sammenhengen, så mener vi sykepleiers bevisste bruk av berøring i møte med pasienten.

Vi søkte i ulike databaser, og fant mange internasjonale studier om berøring, men bare en i forhold til psykiatriske pasienter. I denne artikkelen ble viktigheten av fysisk kontakt, for pasienter som har blitt behandlet for psykose, undersøkt (1).

På norsk fant vi tre aktuelle

artikler. En studie gjort ved et sykehus i Østfold viser at massasje kan ha god effekt på dem som sliter psykisk. Pasienter som fikk fotmassasje ble roligere og hadde mindre behov for medisiner (2). Den andre artikkelen omhandlet bruk av berøring av psykisk utviklingshemmede (3), og den siste bruk av berøring i forhold til demente (4). Begge artiklene viste at brukerne gradvis utviklet en svært positiv holdning til berøring og at berøringen gav dem mange positive opplevelser og lindring.

Berøring har lang tradisjon i sykepleien. Den målrettede berøring har alltid hatt til hensikt å hjelpe eller helbrede pasienten, i tillegg kan berøringen ha trøstende og beroligende effekt. Det viser seg at når mennesket opplever positiv berøring aktiveres berøringsreseptorer og utsondringen av oxytocin fra hypofysen blir stimulert. Økt utsondring av oxytocin er en del av forklaringen på følelsen av velbefinnende som mange mennesker opplever i forbindelse med berøring.

## Metode

Vår problemstilling fokuserer på sykepleieres erfaringer og oppfatninger, derfor var det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Vi laget en intervjuguide (5) på bakgrunn av egne erfaringer, grundig gjennomgang av litteratur og tidligere forskning. Søknad ble sendt til aktuell institusjon som formidlet kontakt med to sykepleiere som var villige til å bli intervjuet. Begge hadde erfaring fra psykiatriske institusjoner. Sykepleierne signerte en samtykkeerklæring som påpekte at det var frivillig og at de ble sikret full anonymitet.

Informantene la stor vekt på når det passer og når det ikke passer med berøring i psykiatrien. De fremhevet spesielt at det var viktig å alltid spørre pasienten før en berører. De understreket at dette var særdeles viktig i psykiatrien. Videre påpekte de at det er mange pasienter som har blitt utsatt for negative opplevelser i forhold til sin egen kropp, og derfor har et komplisert forhold til det å bli tatt på. De kan for eksempel føle

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

Les mer og finn  
litteraturhenvisninger på  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Psykisk helse  
Berøring  
Intimitetstærskel



NATURLIG? For noen er berøring unaturlig mens andre klemmer og klapper både på jobb og privat. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com.

seg skitne og urene hvis de har vært utsatt for overgrep. En av informantene understreket at hvis man ikke spør først kan det for pasienten føles som et overtramp fra sykepleierens side: «Man spør alltid! 'Er det greit jeg legger armen rundt deg nå? Har du lyst til at jeg skal holde deg på skuldrene nå? Helst spør før du gjør det, i alle fall første gang. Har du gjort det før så vet du kanskje at det er ok.»

Begge informantene mente at berøring er et viktig tema innen sykepleien, men at det å bruke berøring i psykiatrien krever ekstra forsiktighet, og at man som sykepleier skal ha respekt for dette, være bevisst på sin egen berøring og ikke bruke berøring ukritisk.

Informantene ga videre uttrykk for at de var svært forsiktige med å bruke berøring, at det er viktig å føle seg frem for å se hvor mye pasientene var mottakelige for. De ønsket ikke å utløse noe negativt, og de understreket viktigheten

av å respektere pasientens egne grenser.

### «Ikke ta på meg»

En av årsakene til at sykepleierne ikke berører pasientene uten videre, er at de er redde for å gjøre vondt verre. Den ene informanten fortalte om en selvopplevd situasjon med en yngre kvinnelig pasient: «Det var en ung jente som gråt forferdelig. Så spurte jeg: 'Vil du jeg skal holde litt rundt deg?' Hun svarte: 'Nei det må du ikke gjøre, for da blir det bare enda verre.' Hennes ord sitter igjen hos meg. Jeg tenkte jo kanskje at det skulle være godt.»

Den ene sykepleieren fortalte om en hendelse fra avdelingen: «Det var en kollega som fortalte meg at hun hadde en pasient som hun så var stiv og støl, og som virkelig slet med stive skuldre. Hun spurte om pasienten ønsket massasje. Bare litt sånn for å løse det opp. Og det ville hun. Men det verken hun eller pasienten

ante var at det utløste enormt mye – i et felles rom. Mange tårer og mye grining. Ingen av dem var forberedt på det. Det var ikke det rette tidspunktet for at det skulle komme frem heller. Ikke på den måten, i ei stue hvor mange andre oppholder seg.» Dette sier noe om hvor viktig det er å ta hensyn til hvilke omgivelser og situasjoner man befinner seg i når man gir pasientene berøring.

«Kontakten kan bli litt vanskeligere hvis det skjer noe som ikke burde ha skjedd. Da kan en ta det opp igjen. Kanskje en får en diskusjon om det, slik at en eventuelt kan avtale det neste gang. Denne personen/pasienten synes kanskje det er godt å bli tatt på. Men litt om gangen.» Dette sitatet understreker viktigheten av å være sterk og ydmyk nok til å beklage overfor pasienten når en har gjort noe en ikke skulle ha gjort. Noe som ikke ble godtatt av pasienten. Den samme informanten sier videre at det er viktig å være åpen:

«Jeg tror åpenhet er veldig viktig her. Hvis vi bruker berøring og er bevisste på det, så må vi være åpne med pasientene og snakke om det. Fortelle at vi gjør det fordi vi vet det kan være positivt. Hvis ikke så kan pasientene bli usikre. Sykepleieren må si det. Vi vil jo alle vite det hvis noen hadde gjort noe slikt med oss. Hvis noen hadde begynt å berøre meg, så hadde jeg blitt helt sånn; 'Hæ? Hvorfor gjør du det?' Samtidig, i en annen situasjon, så hadde det vært veldig godt hvis noen holder rundt deg for eksempel.»

Begge informantene legger vekt på at et godt samarbeid med behandler er viktig. Sykepleieren må være ærlig overfor behandleren, slik at det ikke skal få konsekvenser for pasientens behandlingsopplegg. De påpekte dessuten at holdningen til og bruk av berøring blant kollegaer varierte veldig. For enkelte er det naturlig å bruke berøring både på jobb og i privatlivet, mens andre

ikke gjør det like mye. Noen synes det er unaturlig å ta på andre, mens andre synes det er naturlig å klappe og gi en klem.

### Omsorgsbehov

Den ene informanten fremhevet at sykepleierne måtte være forsiktige med å dekke pasientens behov for kjærlighet. Hun mente det kunne bli farlig, og at pasienten da kunne knytte seg til sykepleieren på en «usunn» måte: «Vi skal aldri bli deres omsorgspersoner, vi skal ikke bli den personen som skal erstatte deres behov for kjærlighet eller for å bli tatt på. (...) En kan jo gi dem berøring, men samtidig så vet en ikke hva dette behovet er hvis man ikke kjenner pasienten godt. Det

noe som er gøy. Gi en bekreftende klapp på armen eller noe sånt. Det er naturlig for meg å gjøre. Det kan være med å underbygge det som er positivt og det som er artig eller hyggelig. Ikke bare nødvendigvis når man gråter og har det vanskelig.»

### Diskusjon

Frykten for å bli misforstått og/eller gjøre vondt verre har muligens vært med på å hindre bruken av berøring i sykepleien. Er sykepleierne i psykiatrien redde for å gjøre noe galt? Tenker de for mye på eventuelle negative konsekvenser? Berøring innebærer risiko, men vi tror at sykepleieren kan kommunisere sin virkelige hensikt ved

pasienten. Dette er vi enige i, men kan det også være slik at pasienten egentlig innerst inne vil bli berørt selv om hun sier nei? Eller kan det være slik at berøringen kan utløse ting som det kan være viktig å få tak i for å kunne hjelpe pasienten videre? Sykepleieren skal ikke være behandler, men i tett samarbeid med behandler kunne kanskje berøring hjulpet mange pasienter som ikke kommer noen vei med samtalerapi? Psykiateren Servan-Schreiber (6) viser i sin bok «Evne til helbred» hvordan psykiske lidelser som blant annet depresjon og angst behandles med gode resultater når man bruker teknikker som har fokus på kroppen mer enn språket.

Hvis pasienten ikke synes det er naturlig å bli tatt på kan man fort merke at han/hun trekker seg unna. Som sykepleier skal man ikke bruke berøring fordi man selv kanskje har behov for å gi. Her må man være observant, og det er en fordel å kjenne pasienten slik at man kan føle seg frem. Berøring kan utløse følelser, både positivt og negativt. Hummelvoll (7) sier at for å kunne redusere angstopplevelsen hos pasienten kreves det sinnsro hos sykepleieren. Dette kan markeres fysisk ved at man holder omkring pasienten. Å kjenne kroppsvarme og fasthet fra en annen kan oppleves beroligende fordi det tross alt er grenser – det finnes noen som ikke er redd, og som vil dele en vanskelig tid sammen med pasienten. På denne måten vil pasienten kunne oppleve tillit til sykepleieren, slik at han tør åpne for samtale om det som kjennes tungt og vanskelig. Kanskje er det slik at pasienter med angst, endret kroppsbilde, isolerte eller avhengige pasienter har økt behov for berøring? Når de føler seg avvist kan det føre til depersonalisering eller regresjon (8). Vi mener at også det å gi fotmassasje kan være en fin måte å vise respekt og aksept av et annet menneske på.

Økt kunnskap hos sykepleieren vil også føre til at hun bedre vil kunne takle og forstå ulike situasjoner som oppstår. Vi synes sykepleieres kompetanse i bruk av berøring burde

økes, og tror dette kan gi gevinst i både personlig og faglig utvikling. I fagartikkelen «Berøring som metode» av Johannessen og Sønning (3) beskriver helsearbeiderne i prosjektet at de ble mer modne, kom nærmere seg selv og at de har vokst på å bryte noen grenser. Videre fortelles det at de generelt ble mer opptatt av berøring og at de fikk et mer åpent forhold til egen og andres kropp og utseende.

## Berøring innebærer risiko, men vi tror at sykepleieren kan kommunisere sin virkelige hensikt ved å være profesjonell og ekte.

kan da hende at pasienten trekker deg til seg for å få tilfredsstilt sine behov for kjærlighet. Mange er blitt underernært på kjærlighet og omsorg, og det å bli tatt på.»

Videre fremhever informantene hvor viktig det er å ta pasientens alder og kjønn i betraktning når en skal berøre en pasient: «Det kan bli problematisk hvis det er en mannlig pleier og en kvinnelig pasient alene for eksempel. Da tror jeg at jeg ville vært veldig forsiktig. Jeg for min del ville ikke gjort det. Det har med at en fort kan skape masse fantasier hos pasienten.»

Som kvinner forteller de at det å berøre mannlige pasienter er «vanskeligere» enn å ta på kvinnelige pasienter. Særlig hvis den mannlige pasienten er av samme alder som sykepleieren. Den ene sykepleieren sier i intervjuet at det er veldig unaturlig for henne å gi berøring til menn på hennes egen alder. På spørsmål om når det oftest kan passe med berøring i sykepleien så svarte hun: «Hvis vi prater om

å være profesjonell og ekte. Men hun må alltid huske at individer har intimitetstresker som skal respekteres. Studien til Johannessen (3) viste at brukerne (psykisk utviklingshemmede) hadde en avvisende holdning til berøring i starten og at de kunne reagere med ulike utbrudd. Dette utviklet seg imidlertid i en positiv retning ved at brukerne fikk gjentatte positive erfaringer med berøring. Det endte med at berøring ble så ettertraktet at institusjonen kjøpte utstyr og innredet et eget berøringsrom. Berøring ble en populær del av brukernes ukeplaner og hadde positiv effekt på medikamentbruk, uro, humør og fysiske plager. De utbruddene sykepleierne er redde for, og som gjør at de ikke gir berøring, burde kanskje bli vurdert som naturlige reaksjoner og som mulige ledd i en positiv sykdomsutvikling. Men da må man vite hva man gjør og ikke gi så fort opp.

Sykepleierne i vår studie var opptatt av at man skal spørre

### LITTERATUR

1. Salzman-Erikson M, Eriksson H. Encountering touch: a path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing* 2005; 26: 843-852.
2. Alternativ.no. Massasje til psykisk syke. <http://www.alternativ.no/Nyheter/massasje/psykiatri.html>. 2006.
3. Johannessen B, Sønning HE. Berøring som metode. *Embla* 2004; 8:26-31.
4. Sønning HE. Bevisst berøring. *Tidsskr Sykepl* 2004; 21: 48-49.
5. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007.
6. Servan-Schreiber D. Evnen til helbred. Behandling av stress, angst og depresjon uten medikamenter eller psykoterapi. Oslo: Pax Forlag A/S, 2005.
7. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1997.
8. Høyskel HKQ. Berøring som en sentral kommunikasjonsform i sykepleie. Oslo: Universitetet i Oslo. Institutt for sykepleievitenskap, 1989.

Mauland G. Bruk av holistiske sykepleiemetoder i lindring av smerte: avspenning, visualisering, terapeutisk berøring og musikk. Sandnes: G. Mauland; 1994.  
Björkman E, Karlsson K. Kliniskt vårdarbete för sjuksköterskor. 1. utgave. Sverige: Studentlitteratur, 2006.  
Fagerström Å. Oxytocin – hormonet som frisatts vid berøring och gör oss lugnare. *Sjukgymnasten* 1998; 2:24-27.



Av **Tove Lisbeth Holmsen**, høyskolelektor ved Høgskolen i Østfold, avdeling helse- og sosialfag, studieretning sykepleie.

**Vi mener at studentene blir sterkt engasjerte og anstrenger seg når de får trene, prøve og feile under trygge forhold.**

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

**Les mer og finn litteraturhenvisninger på**  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**

Utdanning  
Øvingsavdeling  
Prosedyrer  
PPS

# Bedre praksis med elektronisk hjelpemiddel

Tilgang til elektronisk hjelpemiddel før og etter undervisning i øvingsavdeling ser ut til å gjøre studentene bedre i praktiske prosedyrer.

I samarbeid med Akribes Forlag, Rikshospitalet og Telemark Sentralsykehus har vi ved Høgskolen i Østfold siden høsten 2001 hatt et prosjekt hvor praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS) som elektronisk hjelpemiddel har vært prøvd ut og evaluert.

Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten er et elektronisk nett- og CD-rombasert opplegg for praktiske prosedyrer, bestående av 22 moduler som skal dekke de grunnleggende prosedyrer i sykepleietjenesten. Høgskolens oppgave var å stille til disposisjon tilstrekkelig personell og påse at medarbeidere virkelig deltok i oppdraget. Prosjektgruppen skulle gi tilbakemeldinger på modulene underveis i forhold til innhold, teknisk funksjonalitet og om programmet var et pedagogisk hjelpemiddel for læring. Jeg vil i det følgende orientere om anvendelse av PPS ved vår avdeling og evalueringen av opplegget, samt dele noen tanker om veien videre.

**Bakgrunn**

For å gi sykepleierstudentene i grunnutdanningen en opplæring med best mulig kvalitet og resultat, spesielt i ferdighetstrening og praktisk kompetanse, har vi forsøkt å bygge opp kompetanse på nye læringsformer og utnyttelse av øvingsrom hvor elektronisk hjelpemiddel tas i bruk. Det var ønskelig å redusere studentenes usikkerhet og følelse av å mislykkes i forhold til utøvelse av ferdigheter. Vi mener at studentene blir sterkt engasjerte og anstrenger

seg når de får prøve og feile under trygge forhold. Men det er et problem at ingen kan vite eksakt hvilke konkrete prosedyrer studentene får tilgang til å lære i det praksisfeltet de kommer ut i. Jf. Sintef (1997) der det konkluderes med at det finnes et stort gap mellom forventet kompetanse og reell kompetanse hos nyutdannede sykepleiere (1).

De fem siste årene har vi gjennomført praktisk prøve i første og andre studieår. Denne prøven må være bestått før studentene går ut i praksisfeltet. Vi mente at PPS ville være et hjelpemiddel både for studentene, i deres praktiske utøvelse i øvingsrom, og for lærere som måtte anvende programmet. Tidligere sto prosedyreboken på pensum for studentene. Nå anvender alle lærerne modulene som læringsverktøy. Vi ser det som en stor fordel at praktiske ferdigheter blir oppdatert hvert år. Vi har alle opplevd «gamle» prosedyrebøker som ikke er oppdatert. Det koster både tid og ressurser å oppdatere prosedyrene, og en kan vel anta at stort tidspress og redusert bemanning gir lite rom for oppdatering. Det er også en fordel at lærerne gir studentene samme tilbud ved å forholde seg til de samme modulene. Studentene vil se mange forskjellige måter å utføre prosedyrer på i praksis, men det er unødvendig at de også skal få ulik opplæring hos ulike lærere før de går ut i praksis.

**Introduksjon og veiledning**

Lærer gir introduksjon til prosedyrene i øvingsavdelingen på grunnlag

av modulene i PPS. Her presenteres mål, indikasjoner, juridiske/etiske forhold, hygieniske prinsipper, informasjon til pasient, utstyr, gjennomføring, observasjoner og eventuelle komplikasjoner ut fra modulen. Vi viser søkefunksjon, selvtest, illustrasjoner og animasjoner. Men vi viser også frem utstyr og håndtering av utstyret under introduksjonen, som for eksempel å ta på sterile hansker eller trekke opp NaCl fra hetteglass. Alle moduler er *med* og *uten* begrunnelser. Studentene kan selv gå inn å se på begrunnelsene for at det blir gjort nettopp slik. Illustrasjoner og animasjoner er utformet slik at studentene lettere kan forstå og se sammenhenger, for eksempel hvorfor det er viktig å svelge når ventrikkelsonde kommer ned i svelget.

Introduksjon til en modul tar fra 1–1.5 time. Etter introduksjonen går studentene i grupper på tre til øvingsavdelingen. De øver på hverandre og på dukker. Én student er pasient, én sykepleier og én assistent. Rollene byttes på underveis slik at alle får prøvd seg i alle rollene. Prosedyrer øves under veiledning av lærer, men i tillegg har de mulighet for å øve på egen hånd. Vi mener at det er nødvendig med veiledning av lærer siden studentene ikke har erfaring med disse praktiske prosedyrer fra tidligere. Vi slutter oss til Kjerseim som slår fast at: «...refleksjon og introspeksjon er viktig for læring, fordi det øker studentenes innsikt, kreativitet, kunnskap og profesjonalitet» (2). Også andre bekrefter hvor viktig det er at man får tilbakemelding på

# iddel



egen utøvelse av praktiske ferdigheter (3,4). Tilbakemeldinger blir gitt både av lærer og medstudenter.

## Aktiv sansebruk

Vi mener det er viktig å utforme opplegget slik at studentene selv får oppleve å være pasient, blant annet for å sette seg inn i andres situasjon. Studentene bør få erfare hvordan det kjennes å få satt ned en ventrikelsonde eller en perifer venekanyle gjennom huden. Studentene bekrefter at også de synes dette er viktig, selv om det er ubehagelig.

Tilbakemeldinger fra praksis tyder på at studentene er blitt flinkere i praktiske prosedyrer. Er dette en realitet, kan det være flere grunner til det. Studentene har nå mer fokus på praktiske prosedyrer, blant annet fordi de må bestå prøven før de skal ut i klinisk praksis. Men også at det er avsatt mer tid for øving på prosedyrer i øvingsavdeling, og tilgang til elektronisk hjelpemiddel både før og etter undervisningen i øvingsavdelingen, ser ut til å være av betydning.

Gjennom bruk av elektronisk hjelpemiddel får vi aktivisert flere sanser. Når studentene får anledning til å se utstyret, illustrasjoner og animasjoner, fremgangsmåte, funksjonsprosesser og når de får trene under veiledning, tror vi det øker studentenes forståelse. Det finnes støtte for det syn at læring gjennom mobilisering og anvendelse av flere sansemodaliteter, styrker innlæringen (5).

## Evaluering

Vi har foretatt løpende student-

evaluering av prosjektet etter hvert som modulene ble ferdige. I begynnelsen hadde vi problemer med vårt tekniske utstyr, noe som skapte en del frustrasjon hos studentene. De kom ikke inn på modulene hjemmefra og vi hadde ikke nok tilgjengelig utstyr i øvingsavdelingen. Det meste av dette er nå utbedret, men behovet for oppjustering er der stadig vekk. Elektroniske hjelpemidler har også en økonomisk side. Kostnaden ligger på antall lisenser. For vår høyskole ligger kostnaden på cirka 25 000 kroner per år. Med så store kostnader er det avgjørende at studentene ser nytten av at vi anvender elektronisk hjelpemiddel.

36 andreårsstudenter (svarprosent 75 prosent) bidro våren 2007 med synspunkter. De ble bedt om å vurdere innholdet i modulene i forhold til egen utøvelse og som pedagogisk hjelpemiddel for læring. Modulene som er aktuelle i andre studieår er: suging av øvre luftveier, nedleggelse/fjerning av ventrikkelsonde, sårbehandling, kateterisering, stell av sentralt venekateter (SVK), innleggelse av perifer venekanyle (PVK), injeksjoner og infusjoner/transfusjoner.

**Innhold** i modulene ble vurdert som egnet/godt egnet av 86 prosent av studentene, både for egen utøvelse og som pedagogisk hjelpemiddel. De øvrige viste til svakheter ved søkerfunksjon og til manglende tilgang hjemmefra.

**Kvalitet, struktur og det visuelle**, ble

vurdert som godt/meget godt egnet av 94 prosent av studentene.

**Nytten** av denne type elektroniske prosedyrer ble vurdert positivt av 94 prosent.

**Teknisk funksjonalitet:** 94 prosent svarte ja/delvis.

**Tilgjengelighet og personlig tilgang:** 96 prosent svarte at det var svært viktig.

**Tillit til programmets faglige kvalitet:** 96 prosent svarte at de anså det som svært viktig.

**Tid for fordypning** og om det var en grei måte å bli oppdatert på: 96 prosent svarte at det var svært viktig.

Vår bruk av elektronisk hjelpemiddel er altså vurdert som godt egnet av de studentene som har deltatt, både når det gjelder innhold, kvalitet, struktur, visualitet, nytte, teknisk funksjonalitet og tilgang, tillit til den faglige kvalitet, tid for fordypning og at modulene oppgraderes årlig.

De fleste studenter har i dag tilgang på PC, slik at de kan jobbe hjemmefra med modulene. De kan lese og se illustrasjoner og animasjoner for å få en bedre forståelse. De får veiledning og tilbakemelding av så vel lærere som medstudenter når de lærer seg den praktiske ferdigheten, og de blir til slutt testet i ferdighetene på høyskolen.

## Veien videre

Vi ønsker å innføre prosedyretest i tredje studieår også, slik at studentene får gjenoppfrisket sine kunnskaper. Studentene våre er i forskjellige typer klinisk praksis, og flere studenter sier at de får lite

trening på prosedyrer. Dette avhenger av hvilken avdeling de kommer på i klinisk praksis.

Alle sykepleieutdanninger prøver å skape innhold og struktur på den praksisrettede undervisningen. Ulike prinsipper anvendes, men alle har som mål å gjøre gapet mellom teori og praksis mindre ved å legge til rette for at studentene får øve på praktiske ferdigheter før de kommer ut i klinisk praksis

Sykepleierstudentene evaluerte også dette arbeidsredskapet som godt egnet ute i helsetjenesten. En del høyskoler og helsetjenester har allerede anskaffet forskjellige elektroniske programmer, og det kunne vært interessant å høre om hvordan de vurderer sitt program som læring for både studenter og sykepleiere i klinisk praksis.

## LITTERATUR

1. Sintef-rapporten: På dypt vann (1997) Trondheim: Sintef – IFIM.
2. Kjersheim MD. Læringsbarrierer i klinisk praksis. Tidsskr Sykepl 2003; 8: 40-46.
3. Bjørk IT, Skancke Bjerknes M. Å lære i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
4. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteorier. Oslo: J.W. Cappelen's Forlag A.S. 2000.
5. Dunn R., Griggs S. Learning's styles: Link between teaching and learning. I: Dunn R, Griggs S. (Eds.), Learning styles and the nursing profession (pp. 11-23). New York: NLN Press, 1998.
6. Hofset A. Å undervise studenter. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
7. Oddvang TK, Christiansen Ø. En levende lærebok, Tidsskr Sykepl. 1998; 3: 56-57.

Av **Jorunn Homme**,  
Klinisk sykepleiespesialist,  
Lungepoliklinikken/seksjon for  
cystisk fibrose, Ullevål universitetssykehus

**Sykepleierne er utdannet til å handle – avdekke et problem, komme med tiltak, løse problemet.**

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

**Les mer og finn litteraturhenvisninger på**  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Veiledning  
Cystisk fibrose  
Lungesykdom  
Kronisk sykdom

# Sorg, traumer og forandring

Strukturerte sykepleiesamtaler gir håp om bedre omsorg til pasienter med cystisk fibrose.

Cystisk fibrose er en medfødt arvelig sykdom som rammer flere av kroppens organer. Sykdommen progredierer. Når og hvordan kan ingen forutsi. Pasienten behandles for det meste poliklinisk og blir opplært til stor grad av egenomsorg. Behandlingen er inhalasjon og lungefysioterapi, optimalisert ernæring på grunn av malnutrisjon, eventuelt intravenøs hjemmebehandling og sondeernæring. Det kan bli aktuelt med lungetransplantasjon.

## Livslang behandling

Det er cirka 250 pasienter med cystisk fibrose (CF) i Norge, halvparten av disse er over 18 år. Norske senter for cystisk fibrose er tilknyttet Ullevål universitetssykehus. Senteret har et landsdekkende ansvar for denne pasientgruppen. Målet er at alle skal ha en årlig kontroll ved senteret. De som tilhører Helse Sør-Øst kommer regelmessig til kontroll hver sjette uke.

CF-diagnosen kan være en dramatisk, eksistensiell opplevelse. I første omgang for foreldrene, siden for barnet/ungdommen som vokser opp og etter hvert skjønner konsekvensene av sin sykdom. Anbefalt behandling er forebyggende. Den er tidkrevende, daglig og livslang. CF kan medføre begrensninger i forhold til skole, utdanning, jobb, sosialt liv og det å stifte familie. Pasientene må i tillegg leve med trusselen om en tidlig død. Noen pasienter gjør en stor egeninnsats med tanke på daglig, forebyggende

og tidkrevende behandling, andre gjør lite eller ingen ting. Hvorfor? Er det mulig å få pasienten til å følge et behandlingsopplegg når de ikke selv vil? Dette var et stadig tilbakevendende tema i vår enhet.

## Visjon

I løpet av 2006 deltok jeg på et kurs i Danmark om: Tap, sorg, traumer og forandring, ledet av Marianne Davidsen-Nilsen, sosionom og psykoterapeut. Det finnes ikke noe lignende alternativ i Norge så vidt meg bekjent.

Davidsen-Nilsen hevder at det må stilles personlige og eksistensielle krav til sykepleiere som skal jobbe med alvorlig syke, og pasienter med kronisk sykdom, på et nivå som ikke nødvendigvis er tilstede i den allmenne helsetjeneste. Hennes påstand er at «man kan ikke ta for gitt at sykepleiere kan klare seg med den generelle utdanningens kommunikasjonsferdighet i psykisk omsorg og pleie» (2, side 17). De har behov for undervisning, veiledning og «supervisjon». Dette for å kunne gjenkjenne, observere tåle/makte å være sammen med, og samtale med pasienter og pårørende om livet og døden.

Det betyr ikke at sykepleiere skal være psykoterapeuter. Målet er å utvikle evnen til profesjonell nærhet uten å bli så involvert at det fører til utbrenthet, men heller ikke så overfladisk at pasienten ikke får hjelp.

Davidsen-Nilsen hevder at evnen til å sørge, er evnen til å godta for-

andring. Mennesker har behov for å sørge over sine tap for å komme videre. Angst og ubehag forandrer seg når det settes ord på det navnløse. Alle mennesker opplever tap i løpet av livet, små og store. Hvis de små tap ikke settes ord på, kan det bli verre å takle de store tap eller trussel om store tap (5).

Hun hevder videre at «medmenneskelig nærvær er nødvendig for å skape et trygt rom. Et rom med den nødvendige trygghet og omsorg til å skape endringer» (2). Noen mennesker har en naturlig evne til dette, andre kan lære det og noen vil være uegnet til denne oppgaven. Hennes påstand er at alle trenger opplæring og veiledning. Skal vi som sykepleiere kunne makte samtaler med pasienter og pårørende som er truet på livet, må vi være villig til å erkjenne og jobbe med våre egne «blinde pletter». Dette handler om de forsvarsmekanismer som alle mennesker har og som trer inn både i det private og faglige livet «Vi kan kun merke, hva andre har bruk for, hvis vi kan merke os selv» (2, side 19).

## Kursets innhold

Kurset besto av seks ukemoduler og varte i 15 måneder. Det var cirka tre måneder mellom hver modul. Innimellom samlingene var det mye litteratur som skulle leses. Kurset var tverrfaglig sammensatt. Sykepleiere, sosionomer, lærere, barnehageansatte, frivillige som jobbet med sorggrupper. Dette var en positiv erfaring.



### Personlig arbeid

I de to første modulene var det mye fokus på personlig arbeid. Arbeid med såkalte blinde pletter. Vi skulle se på vårt eget liv og hvilke tap vi selv hadde opplevd. Dette skulle fortelles høyt til de andre i gruppa. Vi ble oppmuntret til å komme i kontakt med egne følelser og gi oss tid til å sørge over det «tapte» for å komme videre. Enkelte følelser kan være vanskelige å vedkjenne seg, for eksempel skamfølelsen.

Når man selv har kjent på kroppen hvor vanskelig det kan være å utlevere personlige «nederlag» er det lettere å forstå hvorfor pasientene vegrer seg. Det er mye lettere å snakke om fysiske plager som feber, hoste og lignende.

Det kan være ubehagelig å se på seg selv med ærlig, kritisk blick. Alle mennesker har sine forsvarsstrategier. Hvis vi som behandlere ikke respekterer dette, krenker vi pasienten. Vi må gi dem mulighet for å snakke om det som er vanskelig. Men det må være helt på deres premisser.

### Teoridel: Kommunikasjon

I undervisningen ble temaer om tilknytning og atskillelse gjennomgått. Utgangspunktet var teoretikere som John Bowlby m.fl. (4). Dette bygger på teorien om tilknytning og atskillelsevns betydning for utviklingen av selvet, barndommens betydning for utvikling av det sanne jeg. Pasienter med kronisk lidelse kan ha en tettere relasjon til foreldrene enn friske. Og ungdomstiden med løsriving fra foreldrene kan by på andre utfordringer.

Sentral var også Irvin Yaloms teori (5) om livets grunnvilkår. Han beskriver dette som: Møtet med døden, meningsløsheten, aleneheten og friheten. Dette beskriver Davidsen-Nielsen slik: Når vi rammes eksistensielt sentrerer tankene om disse grunnvilkår. Friheten handler om å ta ansvar for eget liv. Isolasjonen, at man føler seg alene i verden – er adskilt fra alle andre. Meningsløsheten: er det en mening med livet eller skal vi selv skape mening? Og vil den selvskapte

meningen i så fall være sterk nok til å bære ens liv? «Der vil alltid opstå mange konflikter, når vi møter vores iboende angst for døden» (2, side 18). Våre forsvarsmekanismer beskytter oss mot denne angsten til daglig.

### Praktisk veiledning på medbrakte cases

Som hjelper kan man i sin iver bli en krenker. På kurset hadde vi et case som gjorde dette tydelig. Bo var en ung mann som var innlagt på hospice. Han var døende og hadde stort behov for smertestillende. Han ville ikke snakke om sin forestående død – verken med personalet eller kona. Bo ville ikke ha den hjelpen sykepleierne tilbød ham. Han hadde sagt klart og tydelig fra at han ikke var interessert. I et rollespill prøvde «pleieren» å tvinge ham til å snakke om sin situasjon. Resultatet var at han trakk seg enda mer inn i sin egen verden. Bo ble ikke tatt på alvor i forhold til det han ville. Han hadde klart og tydelig gitt uttrykk for at han ikke ville snakke om sin situasjon – både med ord, kroppsspråk og holdning.

Davidsen-Nielsen sier at dette kan skje når sykepleierne bruker sine forsvarsmekanismer. «Vi mister den profesjonalisme som bygger på vores medmenneskelige integritet, når vi som overlevelsesstrategi bliver trukket rundt i de roller, som vi i undervisningen får presenteret som offer, krænker, frelser-trekanter» (2, side 19).

Sykepleierne er utdannet til å handle – avdekke et problem, komme med tiltak, løse problemet. Hva gjør de da når pasienten ikke vil ha den hjelpen han/hun blir tilbudt?

Først da fokus ble snudd mot sykepleieren, ble det en liten åpning inn til Bo. Veileder på kurset foreslo at pleieren skulle prøve å fortelle Bo hvordan hennes opplevelse av situasjonen var. Dette ble forsøkt med pasienten og personalet fikk i det minste lov til å massere ham, noe som så ut til å redusere hans behov for smertestillende.

I løpet av kurset fikk vi trene

på denne typen samtale gjennom kasuistikker som vi selv tok med til samlingene. Veilederne fokuserte da på å kombinere teori og praksis samtidig som vi ble oppmerksom på «behandlingsmuligheter».

### Endring av rutiner på vår avdeling

I løpet av kurset ble jeg mer oppmerksom på alle de små og store – pasienter med CF opplever. Min erfaring er at helsepersonell har alt for lite fokus på dette i sitt arbeid. Sykepleiere og leger er oppdradd til å fokusere på sykdom og overlevelse, ikke på livet og døden. Derfor kan det være vanskelig å snakke med en 20 åring om transplantasjon og eventuell død. Eller at de på grunn av sin sykdom ikke kan få den utdanning de ønsker seg og så videre.

På bakgrunn av denne etterutdanningen har vi nå ved vår avdeling etablert et tilbud om sykepleiekonsultasjoner med pasientene hvor dette tema blir tatt opp: Hvordan er det å være deg og leve med cystisk fibrose? Lege/sykepleier har også felleskonsultasjon med pasienten når det er endringer i sykdomsbildet. For eksempel når pasienten må begynne med intravenøs behandling, har fått diabetes, henvises til transplantasjon.

Vår seksjon har fått større fokus på hvilke tap pasientene opplever og hvilken betydning dette har for deres liv. Spørsmålet videre er om dette også har betydning for deres helse.

### Videre framdrift

Vår målsetning er å gjennomføre minst en samtale med alle pasienter over 18 år med cystisk fibrose i løpet av ett år og deretter evaluere:

1. Opplever pasientene at det er verdifullt for dem med slike konsultasjoner?
2. Er det fellestrekk i pasientenes opplevelser?
3. Kan større fokus på det psykiske aspektet i oppfølgingen – bedre balanse mellom psyke og soma – føre til bedre behandlingsoppfølging?

### Erfaringer så langt

De fleste pasientene takker ja til tilbudet og gir uttrykk for at dette er et positivt tiltak. Men flere sier at denne typen samtale er vanskelig. Denne form for konsultasjon er ikke nødvendigvis avhengig av profesjon. Det avgjørende er at pasienten har tillit til helsearbeideren.

Min erfaring så langt er at det er meningsløst å fortsette å bruke tid og krefter på å innprente hva pasienten skal gjøre i form av behandlingsoppfølging når de ikke selv er interessert. Ved å hjelpe dem til å sette ord på sin egen situasjon, må det være lov å håpe på at de får en bedre forståelse av seg selv og sine egne reaksjoner. Samtidig vil helsepersonell få en bedre innsikt i hvilke innfallsvinkler som kan være aktuelle for en konstruktiv kommunikasjon med pasienten.

Samtalen kan sammenlignes med en dans der det er terapeuten som fører (4). Noen har en naturlig rytme i kroppen og kan dansen uten noen særlig trening. Andre kan bli gode ved øvelse og veiledning. Atter andre får aldri taket på dette med å danse. Det er slik jeg oppfatter Davidsen-Nielsen når hun sier at ikke alle egner seg til denne typen samtale. De fleste som har prøvd å danse med en som helt mangler rytme, vet hvor vanskelig det kan være. De fleste har vel også hatt en samtalepartner der det føles som om man snakker til hverandre, ikke med hverandre.

### LITTERATUR

1. Davidsen-Nielsen M. (1999) Blant løver. Å leve med en livstruende sykdom. Oslo: Tano. Aschehaug forlag
2. Davidsen-Nielsen. M. Hospicesykepleie. Nogle har talentet i vuggegave. Sykepleiersken 1999; 22: s17-24
3. Davidsen-Nielsen M & Leik N. (2001) Den nødvendige smerte. Om tab, sorg og adskillesangst. København: Hans Reitzels Forlag
4. Bowlby J, et al. En sikker base. Danmark: Det lille forlag, 2003.
5. Yalom ID. Eksistensiell psykoterapi. København: Det lille forlag, 1998.
6. Fog J. Saglig medmenneskelighed: grundforhold i psykoterapien. København: Hans Reitzels Forlag, 1998.



## Sinna på suget

Spedbarn puster stort sett bare gjennom nesen. Derfor må den ikke bli helt tett.

Mens hun holder fire uker gamle Victoria i et fast grep med den ene armen, bruker barne- og fagutviklingspsykeleier Beate Omdal høyre hånd til suget. Hun klemmer det litt av, og legger det inntil kanten av venstre neseåpning.

Det er torsdag 21. februar og høysesong for RS-virus. Victoria er på barneinfeksjonsposten på



Ullevål universitetssykehus for behandling av RS-bronkiolitt.

Beate Omdal har nettopp gitt henne nesedråper med fysiologisk saltvann og inhalasjon med racemisk adrenalin for å løse opp slim som ligger i luftveiene. Før Victoria får inhalasjoner og blir sugd i nesen, observerer Omdal pusten for å vurdere hvor anstrengt den er. Er

nesen tett, dryppes og suges barnet i nesen. Etterpå evaluerer hun effekten. Siden sugingen irriterer barnet, må hun alltid vurdere om det virkelig er nødvendig å gjøre det.

De fleste reagerer med sinne og gråt. Det er én grunn at til hun foretrekker å holde barnet selv under prosedyren. Da slipper foreldrene å delta aktivt, men de er til stede så

de kan trøste etterpå. Som regel roer barna seg fort.

Nå holder hun Victoria tett inntil kroppen for å trygge henne. Hun holder hodet hennes hevet så det skal være lettere å puste. Slik, på armen, har Beate Omdal god kontroll, og kan raskt vippe henne opp på skulderen om hun skulle få hosteanfall. For å få det til å gå fort,

holder hun også Victorias hode slik at hun ikke så lett får beveget på det. Selve sugingen er over på noen sekunder.

# Inger Frogg Jørgensen om uverdigg behandling av døende

Psykiatrisk sykepleier og bokanmelder i Sykepleien

**Alder:** 48 år **Fra:** Bærum



## Fangetransporten om igjen?

Frem til natten til 2. juledag hadde jeg en far. Han sovnet ikke stille inn.

Min far trakk sitt siste åndedrag lys våken, med sine tre døtre rundt seg. Det var hans tur nå, og jeg er takknemlig for å ha fått følge ham helt frem til døren merket «utgang».

### I fangeleir

Min far var en av «tysklandsstudentene», som ble arrestert etter at aulaen ved Universitetet i Oslo ble forsøkt stukket i brann. Sammen med flere hundre medstudenter var han internert fra november 1943 til han ble reddet hjem med de hvite bussene i mai 1945.

Min far ble fraktet til Stavern, Pøltitz, St. Andreas, Bitschweiler, Buchenwald og Neuengamme. (Paradoksalt nok sammenfallende med antall korttidsopphold han som gammel ble fraktet rundt i en av Norges rikeste kommuner). Han fullførte sine studier ved hjemkomsten, og praktiserte som spesialist i allmenntilleggsinn til han pensjonerte seg i en alder av 76 år. Som så mange som når en høy alder, ble han etter en rik og meningsfylt pensjonisttid syk. Ved hjelp av en ukuelig vilje og en positiv innstilling til livet, klarte han seg selv frem til januar i fjor.

### En liten Fiat

Da bar det brått inn på Sykehuset Asker og Bærum. Her var han i noen døgn, før han ble sendt videre til noen uker på et rehabiliteringssenter. Til tross for at både han og vi pårørende innså at her var det lite å rehabiliterer. Vi ble ikke så mye klokere.

Etter at min far hadde ligget på en bære i en vestibyle i to timer, trolig allerede da med metastaser til skjelettet, og ventet på en kommunal transport som ikke kom, med andre foran oss i køen, da lærte vi oss hva en liten Fiat kan romme: Både gästol og en kreftsyk

mann på over 1, 90. En ubehagelig transport fra sykehuset til rehabiliteringssenteret. Men tross alt en transport! Og en dyp medfølelse for dem som satt hjelpeløse igjen i vestibylen.

### Fra sted til sted

Etter tre-fire uker bar det fra rehabiliteringsopphold til et nytt korttidsopphold. Også denne gang i en liten Fiat. Derfra til et aldershjem med så knapp bemanning at det nærmest er et mirakel at de fikk det til å gå rundt. Derfra til Sykehuset Asker og Bærum igjen. (Vårt lokale sykehus, hvis man lenger kan kalle det det, etter at de ble slukt av Helse Sør-Øst). Denne turen fant sted i ambulans. Derfra til korttidsopphold på enda et nytt sted. Her ble han behandlet så ydmykende at vi rett og slett stakk av etter tre døgn.

Det første som møtte oss var en sykepleier som tilsynelatende hadde skulket de fleste timene i etikk. Sykehuset vi kom fra hadde gitt oss både epikrise og sykepleierapport i åpne konvolutter, nettopp for at vi skulle få studere dem i ro og mak. Disse ble resolutt revet ut av hendene våre. Ingen lege var å se. Vi vet den dag i dag derfor ikke hva de eksakt hadde foretatt seg på det forutgående sykehusoppholdet, annet en at primærsvulsten ikke var funnet. Rullestolen hans var det ikke plass til på det nye korttidsoppholdet. Ringesnoren han angivelig skulle kunne tilkalle hjelp med var utenfor hans rekkevidde. Vi måtte selv skjøte den med medbrakt hyssing. Men denne opplevelsen var unntaket som bekrefter regelen. Langt de fleste enkeltpersoner far traff på under sin ufrivillige nomadetilværelse, var fantastiske mennesker, som ytet sitt i et system som ikke gjør noe lettere for dem.

### Gikk sin vei

På dette tidspunktet kunne min far fortsatt gå noen skritt med gästol. Og han var ikke en mann det var mulig å ta verdigheten fra. Han ville tilbake til aldershjemmet (bemannet med en og en halv sykepleier). Så jeg radbrekket ham inn i min lille Fiat – igjen – og lempet gästolen bak. Da kom plutselig både lege og sykepleiere styrtende til. Kanskje gikk det prestisje i saken? Vi spurte ikke. En blodprøve (INR) hadde vist verdier som slett ikke var som de skulle. Det ga far en god dag i. Dette var noe vi kunne håndtere selv. Jeg unnet ham det øyeblikket, da han med et glimt i øyet tok sin hatt og gästol og gikk.

Studentene i Tyskland var ikke særlig lærenemme. Det ble ingen nazister ut av dem. Men de kunne ikke dra sin vei. De var fanger. Derfor var denne episoden så verdifull for ham.

### Til sykehus

Min far ble imidlertid ikke lenge i paradiset. Personalet på aldershjemmet hadde en heroisk holdning. De viste altruisme på høyeste nivå.

Nå er vi kommet til september 2007. Far forsto det, jeg forsto det og personalet forsto det. Det hadde gått for langt, spredningen av kreften ble for smertefull. Det var to ufaglærte på vakt på 20 pasienter. Ingen leger var å oppdrive. De var på elgjakt, på høstferie eller på annet vis gått under jorden. Jeg skal ikke offentliggjøre hvordan jeg fikk min far innlagt på Sykehuset Asker og Bærum, men jeg måtte ta temmelig kreative metoder i bruk. Noen lege var aldri involvert, før jeg hadde fått ham direkte inn på mottakelsen. Men der tok de hånd om ham, og fikk ham innlagt på medisinsk avdeling samme kveld.



**(...) da lærte vi oss hva en liten Fiat kan romme. Både gåstol og en kreftsyk mann på over 1,90.**

#### **Så bare papirer**

Han ble godt ivaretatt der i over to måneder. Men smertelindringen var ikke optimal. I tillegg ble han hallusinert av den. Hver gang en ny skranglete seng ble kjørt inn på rommet, trodde han det var fangetransporten som kom. Med unntak av disse marerittlignende bivirkningene var han like klar og kunnskapsrik som før.

I vårt rike land har vi noe som heter tremånedersgaranti for fast sykehjemsplass. Hvis de ansatte ved tildelingskontorene kan telle: Hvor mange måneder er det fra januar til november? Min far hadde aldri hatt hjemmesykepleie. Han ville klare seg selv, med det lille han fikk av hjelp fra oss døtre. De ansatte på tildelingskontoret var mest opptatt av å «overføre ham til hjemmet». De hadde aldri sett ham. De satt der med papirer fra ulike instanser og avdelinger i et helse-system hvor ansvaret står i fare for å bli fullstendig pulverisert.

#### **Formidabel innsats**

De siste fire og en halv ukene av sitt liv fikk han fast plass. Og her innså de sin begrensning. De sendte bud på kvalifisert personell fra et hospice. De siste ti dagene av sitt liv fikk han utmerket smertelindring uten bivirkninger. Stort sett alle enkeltmennesker har gjort en formidabel innsats. De har min respekt og beundring. Men kan vi være bekjent av denne systemsvikten i helsevesenet? Når et døende menneske tror han er tilbake på fangetransporten?

Og alle som kommer etter (hvis de får oppleve det), de som ikke har vært i noen konsentrasjonsleir, men som nærmer seg full barnehagedekning – hva skal de hallusinere om når de feilmedisineres og flyttes rundt som sjakkbrikker?



### **Månedens dilemma**

#### **Hvor er de døende velkomne?**

Enda en sterk fortelling om krenkende omsorg ved livets slutt. Enda et bilde fra en omsorgsfull datter som heldigvis makter å gi uttrykk for sin fortvilelse. Bildet hun tegner fra sin fars livsfortelling, og særlig fra hans siste måneder, er forstemmende. Det er som et skrik av skuffelse over at heller ikke i sine siste leveuker blir far sett og møtt med respekt og verdighet. Han ble faktisk behandlet og møtt på en måte som minne altfor sterkt om fangetransportene han opplevde under krigen.

Det er berørende å lese hvordan de sammen kjempet for hans verdighet, og hvor dårlig helsetilbud vi fortsatt har til svært mange døende. Denne mannens lærdom om tapperhet fra krigen kom godt med gjennom den siste livsfase.

Fortellingen bekrefter at det er ikke plass i herberget. Skyldes det at det ikke lønner seg økonomisk å hjelpe de aller sykeste og svakeste? Det kan se ut som om vi i helsevesenet faktisk ikke regner med at godt over 40 000 mennesker dør i vårt land hvert år, og de fleste av dem er avhengig av betydelig hjelp fra oss. De gamle, multisyke får minst. De får sjelden oppleve seg ventet, de tilbys ikke rammer og rom med ro, forutsigbarhet, god faglighet og kontinuitet. De møtes oftere med systemarroganse og manglende tilgjengelighet. Vi leste nylig i Sykepleien nr. 1/08 om døende mennesker som kasteballer mellom helsetjenestens ulike institusjoner. Det er opprørende at mennesker i stor hjelpeløshet møtes med så marginaliserte ressurser. Dette er et verdivalg i vårt samfunn.

Det er mange utholdende hjelpere som får ros i fortellingen, men jeg leser også om manglende engasjement og avmakt. Jeg har mange spørsmål: Hvorfor var det ingen som laget en god og forutsigbar plan for denne familien? Kunne ikke noen sikret tilgjengelighet og kompetanse ved behov selv om pasienten ikke ønsket hjemmesykepleie? De visste jo om ham. Hvor var fastlegen og hva hadde han å tilby? Går det an å tro at ansatte på et tildelingskontor kan forstå behovene uten å møte mennesket?

Vi vet at det stadig blir flere gamle, multisyke og døende mennesker i alle kommuner. Hvilken plan har kommunene for å sikre at alle alvorlig syke og døende mennesker møtes med åpne dører og gode helsetjenester? Hvordan går det med realiseringen av den tverrpolitiske verdighetsgarantien?

Marie Aakre, leder i Rådet for sykepleieetikk

*Har du reaksjoner?*

*Send din mening til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo.*

# Marie Aakre og Anne Clancy

Rådet for sykepleieetikk



## Etikken er ikke ny!

– Sykepleiernes etikk er tuftet på samme grunnlag som tidligere, skriver Marie Aakre og Anne Clancy i Rådet for sykepleieetikk. De svarer her på innlegget til Sveinung Monstad i Sykepleien nr. 3/08.

Rådet for sykepleieetikk takker deg for innlegget. Vi leste dine synspunkter med stor interesse. Vi er av den oppfatning at vår profesjons-etikk må diskuteres og debatteres. Den må ikke forbli en stille tekst i en blå bok. Den skal tale til sykepleieren i praksis, og den skal tales om i situasjoner både i og utenfor praksis. Debatter om etikk kan gi liv til ordene i heftet og språkliggjøre dybden i dilemmaer sykepleierne møter.

### Etikken ikke ny

Språk skaper virkelighet, og ord i en tekst kan oppfattes på forskjellige måter. Du oppfatter at endringene ikke er tilfeldige, at de har en klar retning og at det er snakk om en helt ny etikk. Du har rett i at endringene ikke er tilfeldige, men etikken er ikke ny, den er tuftet på samme grunnlag som tidligere:

**Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.**

Retningen og kursen som Rådet ønsker å stake ut er fortsatt den samme. De yrkesetiske retningslinjer skal støtte sykepleiere til å utøve denne praksisen.

Du refererer til bestemte punkter i den reviderte utgaven av retningslinjene der du særlig diskuterer autonomiprinsippet, begreperne omsorg og sykepleie, og skriver at du savner noe om rettferdighet og det visjonære globale perspektiv.

### Autonomiprinsippet

I punkt 1.5 heter det nå: Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten.

Du reagerer på at sykepleieren skal respektere pasientens rett til å si fra seg retten til å bestemme selv, og betrakter dette primært ut fra *autonomiprinsippet* (selvbestemmelsesretten). Vi vil kommentere dette i lys av *respekt* og *barmhjertighet* som grunnleggende prinsipper bak endringene i punkt 1.5.

Du skriver om aktuelle situasjoner der pasientens selvbestemmelsesrett bør oppmuntres og styrkes, noe vi er helt enige i. Rådet er selvfølgelig glade for den stadig større legitimitet prinsippet om autonomi har fått. Dette preger også de nye retningslinjene.

Det nye i de reviderte retningslinjene er behovet for å gjøre tydelig at det finnes situasjoner der pasienter kan oppleve det respektløst å bli presset til å ta avgjørelser når de ikke er i stand til det. Vi diskuterte situasjoner der det kan være aktuelt for alvorlige syke pasienter å bruke sin selvbestemmelsesrett til ikke å bestemme (å få slippe å delta i krevende beslutninger). Etter vår oppfatning er reell autonomi å se og respektere det enkelte menneskets situasjonsbestemte mulighet til å forvalte dette ansvaret. Mange mennesker er i kontakt med helsetjenesten nettopp fordi de ikke er i stand til å ivareta sin autonomi. Respekt i praksis må anses som et grunnleggende prinsipp bak endringene i punkt 1.5. Det du beskriver som unntaksvis er nettopp de særlig sårbare situasjoner der hjelperens dømmekraft blir avgjørende.

### Kan være krenkende

Motsatsen til autonomi er ikke automatisk tvang. Mennesker som av ulike grunner ikke er i stand til å ivareta seg selv bør møtes med barmhjertig praksis som nettopp peker på sykepleierens ansvar for å tilby hjelp til mennesker

i sårbare situasjoner uten å vente noe tilbake. Medaljens bakside i autonomidebatten er noen ganger farlig nær fornektning av menneskers sårbarhet og avhengighet. Forvaltning av den situasjonsbestemte autonomi krever stor klokskap. Behovet for moralsk bevisste hjelpere er særlig stort når avmakt, motløshet og hjelpeløshet dominerer. Det vil være krenkende å forvente at alle alltid skal møtes med empowerment og ansvarliggjøring for sitt eget beste. Fraskrivelse av myndighet er ikke alltid nedverdiggende slik du skriver. Møtet med hjelperen kan bli en forløsning bekreftelse av den sykes verdighet.

### Grunnlaget er respekt

Du skriver at det er en skremmende tanke at sykepleieren er forpliktet til å respektere den sykes rett til å frasi seg sin selvbestemmelsesrett. Vi går ut fra at vi ikke her drøfter jus, men en etisk rett til å slippe for en stund. Dine grunnleggende synspunkter om empowerment og at ethvert menneske har ansvar for sitt eget liv er også vårt grunnsyn, men empowerment handler også om evne og mulighet til å bestemme selv og ha tilgang til nødvendige ressurser til å kunne fatte avgjørelser. Hva når pasienten er i sjokk, er dement, er psykisk forvirret, mangler språk, er i dyp angst og sorg, er døende?

Det er i slike situasjoner Rådet vil skjerme den syke tydeligere, i tråd med hva våre danske kolleger også har formulert. Grunnlaget skal alltid være en dyp respekt for det enkelte menneskets verdighet.

Vi har ingen lovhjemmel for å si at pasienten skal frasi seg sin juridiske selvbestemmelsesrett, og vi mener heller ikke det. Det er presisert i innledningen til retningslinjene at de verken skal definere hva som er faglig forsvarlig syke-

## Sveinung Monstad

Yrke: Sykepleier/høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen



## Yrkesetikken er mer enn revidert

De reviderte yrkesetiske retningslinjene innebærer radikale endringer.

Norske sykepleiere har fått nye etiske retningslinjer. Disse ble godkjent av forbundsstyret i NSF 18. september i år. Rådet for sykepleietikk kaller det rett nok ikke nye, men reviderte retningslinjer. Rådets leder, Marie Aakre, skriver i innledningen at de reviderte retningslinjene skiller seg fra de forrige ved noen radikale endringer og ved at noen av retningslinjene «er forsøkt formulert mer presise i forhold til dagens

en modernisering og oppdatering, men en helt ny etikk. Dette på tross av at mange enkeltfor- mulinger er beholdt fra 2001-utgaven.

Jeg vil i det følgende gi noen eksempler på at endringene i de yrkesetiske retningslinjene er mer radikale enn det Rådet for sykepleietikk gir inntrykk av. Mange flere eksempler kan gis. Og endringene er ikke tilfeldig, de har en klar retning. Jeg kan heller ikke se at endringene i

**Det er noen rettigheter som er umistelige og som en ikke har lov til å gi bort, selge eller frasi seg på andre måter.**

dilemmaer og praksis». Samtidig skriver rådet i sin rapport til landsmøtet at endringene ikke er radikale, «men retningslinjene er nå organisert under 6 hovedpunkter og språkvalget på noen områder».

Hvorvidt de språklige endringene har vært til det bedre tar jeg ikke opp her. Derimot finner jeg en del svært viktige substansielle endringer i retningslinjene.

vesentlig grad kan forklares med utviklingen i samfunnet og i lovverket.

**Ny rettighet?**

Først ønsker jeg å ta opp en tilsynelatende liten endring. I punkt 1.5 heter det nå at: «Sykepleier respekterer pasientens rett til å si nei til et opp-

med at den er en forutsetning for at vi kan være moralske aktører.

Det nærmeste som kommer en aksept av dette i filosofisk, etisk litteratur er vel Aristoteles' drøf- ting av den naturlige slave. Slaveriet, mente han, var ikke mot naturens orden. Noen var skapt til å være herre. Men det finnes også de som på grunn av sine manglende evner til å bestemme over seg selv har det bedre som slaver, gitt at de har en god herre. For disse vil det være rett og fornuftig å frasi seg sin selvbestemmelsesrett og bli slaver. Slik finner de sin naturlige plass i samfunnet. I alle fall fra opplysningstiden og fram til i dag har dette ikke vært ansett som god etikk.

**Autonomibegrepet**

I Immanuel Kants etikk står menneskets auto- nomi, og med det, selvbestemmelsesrett, sentralt. En må kunne bestemme over seg selv for å regnes som en moralsk ansvarlig person. Uten selvbe- stemmelsesrett er man ikke en person i kantiansk forstand. Kant har også en pliktetikk som Kant, som er et uttrykk for autonomi, er auto-

**Ikke alt sykepleiere gjør er omsorg, og ikke minst, omsorg er uendelig mer enn det sykepleiere gjør.**

selvbestemmelsesrett til så store skade for seg selv og/eller andre at tvang vil være nødvendig. Og da er det muligens mest respektfullt overfor pasienten å anvende åpen tvang i overensstemmelse med lovgivelsen om dette. Den som tvinges har et jeg som protesterer. En frivillig fraskrivelse av sin myndig- het er desto mer verdigende. Ikke noe av dette er til hinder for at en overlater dagliggjøre avgjørelser til andre. Det gjør vi alle hele tiden. Det er selve retten til selvbestemmelse vi ikke har rett til å frasi oss.

Selvbestemmelsesretten har mye til felles med stemmeretten. Vi har ingen moralsk rett til å frasi oss den, men vi har lov til å la være å benytte oss av den. Likevel oppfordres vi til å benytte oss av stemmeretten. På samme måte bør sykepleiere oppmuntre pasienter til aktivt å benytte seg av sin selvbestemmelsesrett. Yrkesetisk grunnlags- dokumentet for barnevernspesialløgner, sosionomer og vernepleiere legges det stor vekt på empower- ment, eller styrking. Enter en grundig behandling av dette heter det at «selv i situasjoner hvor brukeren/klienten er sterkt hjelpetrengende og ber om at noen andre overtar, må yrkesutøveren søke å beholde forestillingen for at enhver har ansvar for sitt eget liv». Det kan synes som om sykepleiere i de nye retningslinjene er i ferd med å

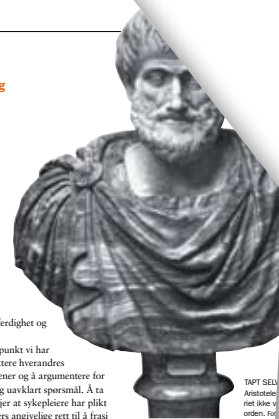
vekt på autonomi, rettferdighet og umistelige rettigheter.

Uansett hvilke standpunkt vi har her må vi kunne respektere hverandres rett til å mene det vi mener og å argumentere for det. Dette er et åpent og uavklart spørsmål. Å ta med i etiske retningslinjer at sykepleiere har plikt til å respektere pasienters angivelige rett til å frasi seg selvbestemmelsesretten er å lukke spørsmålet. Det vil også være et overgrep mot de sykepleierne som, med full moralsk rett, mener at sykepleieres plikt er å motarbeide pasienters forsøk på å frasi seg selvbestemmelsesretten. Derfor lover dette etter min mening ikke hjemme i de yrkesetiske retningslinjene, men eventuelt i en fri og åpen diskurs.

**Sykepleieren og samfunnet**

I retningslinjene fra 2001 sto det i hovedpunkt om sykepleieren og samfunnet at: «Sykepleieren er oppmerksom på sitt profesjonelle og etiske ansvar overfor pasienter, arbeidsstedet og samfunnet, både i et nasjonalt og globalt perspektiv».

Det er noe som betyr at sykepleieren skal holde seg «orientert om den so-



TAPPI SELVI  
Annotasjon  
rett ikke vi  
orden. For

skal holde seg «orientert om den so- sepolitiske utviklingen både lokalt, globalt». Den samme minneringen av de andre, og mindre endringene i formuleringene gjennom den doku-

**Omsorg**

Som sykepleiere har vi lett for å se mellom omsorg og sykepleie. Men oss. Ikke alt sykepleiere gjør er omsorg. Selv i det

Faksimile fra Sykepleien nr. 3/2008

pleie eller gjengi lovbestemmelser som regulerer yrkesutøvelsen. Samtidig har sykepleieren et ansvar for å sette seg inn i lovverket som regulerer tjenesten.

**Sykepleie eller omsorg?**

Du drøfter begrepene *sykepleie* og *omsorg* og mener at det kan være uetisk å prioritere sykepleie fremfor omsorg. Rådet har flere steder i retningslinjene helt bevisst erstattet begrepet omsorg med begrepet sykepleie. Dette både fordi benevnelsen sykepleie brukes altfor lite, og at det etter vårt syn ikke finnes god sykepleie uten omsorg. Dette understrekes i sykepleiens grunnlag der begrepet omsorg er helt sentralt. Begrepet omsorg er etter vårt syn både sykeplei- eres og alle andre helsearbeideres tema. Derfor mener vi benevnelsen sykepleie i selve retnings- linjene er tydeligere og mer dekkende for det spesifikke i sykepleieres prak- sis. Ikke alle brukere av sy- kepleietjenester trenger pleie, men i alle møter med brukere, for eksempel i helsefremmen- de og sykdomsforebyggende arbeid er omsorgsintensjonen merkbart til stede.

**Rettferdighet**

Rettferdighet er et viktig etisk prinsipp som var nevnt i punkt 8.1 i retningslinjene fra 2001. Teksten i punkt 8.1 var da: *Sykepleieren arbeider en rettferdig ressursfordeling og forvaltning innen helsetjenesten, både nasjonalt og lokalt.*

Punkt 8.1 er nå erstattet med punkt 6.2 og 6.3 der det heter:  
*Sykepleieren arbeider for et ressursmessig*

**grunnlag som muliggjør god praksis**

*Sykepleieren bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for syke- pleie.*

Rettferdighet er en viktig etisk norm, og i hovedpunkt 6 er det presisert at sykepleieren bidrar til at etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger. *Rettfer- dighet, i likhet med autonomi, velgjørenhet og ikke skade* er grunnleggende etiske normer for god helsetjenesteetikk og sykepleiepraksis. Det er mulig at prinsippet om rettferdighet har blitt mindre tydelig enn tidligere, og det vil vi ta med oss i fremtidige drøftinger og revideringer.

**Visjonær sykepleie**

Du savner noe av det visjonære som tidligere sto i hovedpunktet om sykepleieren og samfunnet *Sykepleieren er oppmerksom på sitt profesjonel-*

**Medaljens bakside i autonomidebatten er noen ganger farlig nær fornektning av menneskers sårbarhet og avhengighet.**

*le og etiske ansvar overfor pasienter, arbeidsste- det og samfunnet, både i et nasjonalt og globalt perspektiv.* Noe du mener har aner fra Florence Nightingale og som nå er blitt borte.

Å være oppmerksom på sitt etiske ansvar både nasjonalt og globalt kan virke både inspirerende og overveldende. Rådet var nok på dette punktet mest opptatt av å styrke det lokale og sosiale engasjement, da vi sjelden lar

høre fra oss på den offentlige arena i debatter som berører sykepleie. Det er mulig vi har mis- tet noe visjonært på veien. Rådet ønsker at nor- ske sykepleiere skal løfte blikket og engasjere seg tydelig, modig og stolt i samfunnsdebatter både lokalt, nasjonalt og globalt. Det globale perspektivet er ikke borte, men presisert i punkt 6.1, og *oppmerksomhet* er byttet ut med ordene *deltar aktivt*.

**Skal være debatt**

Avslutningsvis vil vi si at vi er enige med deg i dette: *Uansett hvilke standpunkt vi har må vi kunne respektere hverandres rett til å mene det vi mener og å argumentere for det.*

Formuleringer i retningslinjene skal disku- teres og debatteres, og dersom de fremstår som utydelig må formuleringene begrunnes og eventuelt revideres. Men Rådet ønsker ikke å bli tillagt intensjoner eller motiv vi ikke har hatt. Vi gjentar derfor at vi betrakter den prosessen vi har hatt med yrkesetiske retningslinjer som en grundig revisjon med bred støtte fra mange instanser. Vi fremmer altså ikke en ny sykepleie- etikk.

Rådet takker for ditt viktige engasjement og ditt bidrag til å gjøre etikken levende.

## Bjørge Selmer-Olsen

Bjørge Selmer-Olsen døde plutselig og uventet i sitt hjem 16. desember 2007 nær 65 år gammel. Vi har mistet en god venn og kollega i Bjørge. Hun er dypt savnet.

Bjørge var en engasjert og dyktig fagperson med bred erfaring og et varmt hjerte for kommunehelsetjenesten.

Hun ble utdannet ved Ullevål sykepleiehøgskole i 1966 og har videreutdanning i ledelse, helse- og sosialpolitikk og kommunal forvaltning.

Bjørge startet sin praksis i Ringebu kommune og ble sykepleiesjef / oversykepleier.

Hennes karriere i faggruppene startet tidlig, og i 1992-1994 ble hun leder i landsgruppa av sykepleiere i kommunehelsetjenesten

sin gruppe i Oppland. Hun var leder i lokalt fagråd i Oppland og medlem i NSF's fylkesstyre.

Fra 1993-1997 ble hun varamedlem i landsstyret av FGD. Bjørge flyttet tilbake til hjemlige trakter og bosatte seg i Arendal i 1993.

Hun arbeidet i Grimstad kommune som soneleder i 5 år, deretter som sykepleiekonsulent. Hun var medlem i NSF Aust-Agders fylkesstyre.

Fra 1999-2005 var hun leder av NSF's landsgruppe av sykepleiere i kommunehelsetjenesten, som senere gikk over til å bli Faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens.

Bjørge Selmer-Olsen etterlater seg to barn og 3 barnebarn som var hennes store lidenskap. Vi lyser fred over hennes minne.

Faggruppa av sykepleiere i geriatri og demens. Styret.

*Sjelden vi så i vårt yrke  
en god kollega med din styrke.  
Vilje til å ta tak  
for vårt samhold og vår sak*

*Ullevål var bare starten  
våkne sanser, støtt på farten.  
Lederskap lokalt var veien.  
Du gikk foran, vi var med deg,  
ditt humør gjør hele greien.*

*Vi takker deg Bjørge for alt det du var  
for dine kollegaer og kunnskap du bar.*

Emi Moren



C1

### Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01  
**INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON:** Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatdjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

**INDIKASJONER:** Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvudysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

**DOSERING:** *Primær vaksinasjon:* 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. *Barn:* Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

**KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

**INTERAKSJONER:** Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

**GRAVIDITET/AMNING:** *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. *Overgang i morsmelk:* Kan gis til ammende.

**BIVIRKNINGER:** *Hypyge (>1/100):* Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

**EGENSKAPER:** *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinets HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftitre mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi, 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

**ANDRE OPPLYSNINGER:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

**PAKNINGER OG PRISER:** Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10

*Sist endret: 16.08.2007*

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvudysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21  
info@spmsd.com



## Gjesteskribent Jon Hustad

**Yrke:** journalist i Dag og Tid

**E-post:** jon@dagogtid.no



# «I natt fekk de forresten ei syster til»

Ei soge fra ein einbølt gard på Sunnmøre syner kor langt helsevesenet har kome. Kor skal det ende?

Kven var den fyrste amerikanske presidenten som vart fødd på eit sjukehus? Jimmy Carter. Etterfylgjaren, Ronald Reagan, var derimot fødd heime. Så ei soge frå ein einbølt gard heime på Sunnmøre. Ho er kanskje sann. Kona var høggravid med den tolvte ungen. Ho og mannen tok opp poteter. «No trur eg du må henta jordmora, vatnet heve gått», sa kona. «Å, eg tenkjer me ventar til du er ferdig med fôra», svara mannen.

Denne saga er heilt sann. Ho er frå barndomen til mor mi, som har seks sysken. Mor er klokkar, tidlegare soknerådsformann og lygaldri. Ein morgon kom far hennar ned til frukost. Han var lærar og pla taka med ungeflokken til skulen. Mor var sju år. I det dei gjorde seg klare til å gå, sa bestefar: «I natt fekk de forresten ei syster til». «Det verste var», plar mor å seia, «at eg ikkje ante at ho mor var gravid ein gong.»

Kva er det eg vil med denne masinga om fødsjar? Då redaktøren av dette bladet spurde om eg frå tid til annan ville skriva for han, spurte eg kva slags sjanger eg eventuelt skulle skriva i. Han svara at eg burde taka utgangspunkt i noko personleg og sjølvopplevd. Då gjer eg det.

Det personlege – og snart sjølvopplevde – ved dette høvet, er at kona har termin medan eg skriv ned desse orda. Vi ventar den tredje ungen vår. Det vert ein gut. Han er frisk. Det veit eg av di kona – og eg – har vore på fleire kontrollar. Karen er elles prikk lik storebror sin. Doktoren har teke tredimensjonale, digitale bilete ved hjelp av ein eller annan datateknologi eg ikkje skjønner noko av.

Godt løna lækjarar har nytta utstyr til man-

ge millionar for å finna ut dette. Guten skal koma til verda på Ullevål universitetssykehus. Kvart år tek det sjukehuset mot 6500 born. Fødeavdelinga er ei av Europas største. Og det skal visst vera litt av ei avdeling, skal ein tru skildringa til direktør Tove Strand Gerhardsen i ein kronikk i Aftenposten. Høyr berre: «Fødeavdelingens mange kompetente og dedikerte medarbeidere står på for å gi de fødende en best mulig behandling. Og de fødende kan få et variert tilbud avhengig av egne ønsker og av forløpet av svangerskap og fødsel. Vi har en observasjonspost for gravide med et høykompetent faglig tilbud ved sykdom hos mor eller foster, eller ved komplikasjoner i svangerskapet. Vi har også gode barselavdelinger, en

### Eg har prøvd å finna ut kor mykje ein «høykompetent» sjukehusfødsel kostar.

hotellenhet hvor den fødende kan ha familien hos seg i barseltiden, samt en ABC-enhet hvor den gravide har oppfølging gjennom hele svangerskapet, fødselen og barseltiden.»

Eg har prøvd å finna ut kor mykje ein «høykompetent» sjukehusfødsel kostar. Svaret er at det i vår stykkprisfinansierte kvardag ikkje finst gode tal for det. Men ulike fagpersonar eg har snakka med, meiner dei reelle kostnadene per fødsel ligg godt over 50 000 kroner (keisarsnitt er truleg dobbelt så dyrt). Det vert fødd om lag 60 000 born her til lands kvart år. Eit varsamt overslag seier dimed at det nor-

ske samfunnet nyttar over tre milliardar per år på sjukehusfødsjar.

Idet eg skriv dette, går det òg, nær sagt som vanleg, ein helsekostnadsdebatt over landet. Ullevål må åleine skjera ned minst 400 millionar i budsjettet for 2008. Lækjarane har stått fram på rad i media: Ventelistene kjem til å verta lengre, operasjonane verta færre, lidin-gane auka. Alt no er det skåre til beinet.

Og til ein viss grad er det vel sant. Men berre til ein viss grad. Eg er sjølvsgad glad for at mine born vert fødde på sjukehus, kona er truleg endå gladare. Men dei er ein fornem glede. For ho er ikkje naudsynt.

Med dagens teknologi veit ein på førehand kva som er risikofødsjar og kva som ikkje er risikofødsjar. Går noko likevel gale, er sjukehusa og lækjarane berre ein telefon og nokre minutt unna. I 1970 nytta vi litt under tre prosent av den samla verdiskapinga her til lands til offentlege helseutgifter. No nyttar vi om lag ti prosent. Før eller seinare vil auken stogga opp. Men ingen veit kvar. Det moderne menneske og den store omsorgsstaten er villig til å nytta enorme summar på å eliminere den minste risiko.

Om saga har ein moral? Det måtte i så fall vera dobbeltmoral. «Jeg faar vel følge Dem på Færden, –, men protesterer for Alverden.»

#### SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



**Anders Folkestad**  
Leder i Unio



**Martine Aurdal**  
Programleder



**Gøhri Gabrielsen**  
Sykepleier.  
Forfatter av boka «Unevnelige hendelser».



**Trude Aarnes**  
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



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

MAGASINET



Journalist/gruppeleder  
**Marit Fonn**  
tif. 22 04 33 68  
[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)



Journalist  
**Nina Hernæs**  
tif. 22 04 33 67  
[nina.hernes@sykepleien.no](mailto:nina.hernes@sykepleien.no)



Journalist  
**Eivor Hofstad**  
tif. 22 04 33 71  
[eivor.hofstad@sykepleien.no](mailto:eivor.hofstad@sykepleien.no)



Journalist  
**Susanne Dietrichson**  
tif. 22 04 33 53  
[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)



Fagredaktør  
**Torhild Apall Dybvik**  
tif. 22 04 33 76  
[torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

JOBB/NETT



Redaksjonssjef  
**Bjørn Arild Østby**  
tif. 22 04 33 59  
[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)



Journalist  
**Kari Anne Dolonen**  
tif. 22 04 33 69  
[kari.anne.dolonen@sykepleien.no](mailto:kari.anne.dolonen@sykepleien.no)



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



Journalist/webredaktør  
**Lily Kalvo**  
tif. 22 04 33 66  
[lily.kalvo@sykepleien.no](mailto:lily.kalvo@sykepleien.no)

DESK/LAYOUT



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



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



Grafisk formgiver  
**Sissel Vetter**  
tif. 22 04 33 58  
[sissel.vetter@sykepleien.no](mailto:sissel.vetter@sykepleien.no)

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt  
**Lise Dyrkoren**  
tif. 22 04 33 72  
[lise.dyrkoren@sykepleien.no](mailto:lise.dyrkoren@sykepleien.no)



Markedskonsulent, stilling  
**Finn Simonsen**  
tif. 22 04 33 52  
[finn.simonsen@sykepleien.no](mailto:finn.simonsen@sykepleien.no)

**Siden sist** inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no)

## Dårlig illustrasjon

Det var interessant å lese reportasjen om kreftmysterier på Haukeland i Sykepleien Jobb 04, om hvordan de har tatt arbeidet med strålevern på alvor. Kjemp flott at det settes fokus på viktigheten av riktig bruk av verneutstyr og beskyttelse for arbeidstakerne. Men som operasjonssykepleier reagerer jeg på bildet i reportasjen, der det tydeligvis dekkes opp til en steril prosedyre med sterile hansker og steril frakk, **men uten lue og munnbind!** Får håpe dette bare er et illustrasjonsfoto, uansett, en dårlig illustrasjon som gjør at vi steiler, vi som til daglig jobber med infeksjonsforebygging og hygiene i forhold til pasienter.

Anne-Grethe Olsen operasjonssykepleier  
Nordlandssykehuset i Bodø

## Kun på engelsk!

Takker for fint medlemsblad. Men siste nummer inneholdt imidlertid ei side som Dere burde spare Dere for:-). Ei hel side med ei bokanmeldelse,- som absolutt virket interessant! Jeg sikter til side 47, og forfatteren Tormod Huseby. Men helt uaktuelt og nesten irriterende når en oppdager at boken KUN er utgitt på engelsk. Ingen-ting i anmeldelsen skulle tyde på akkurat det. Jeg reagerte rett nok på innblendingen med en enkelt engelsk tittel. Men for all del, ikke bruk tid på å anmelde engelske bøker, vi har da vel nok av gode norske.:-)

Marie Ytterdal Johansen

## Gammelt navn

I artikkelen «Brev til ministeren ble bok til ansatte» i Sykepleien nr. 3/08, kom vi i skade for å bruke et foreldet navn på sykehuset. Forhenværende Dikemark sykehus har nemlig ikke hatt dette navnet på mange år. Det gamle Dikemark er nå underlagt ULlevål universitetssykehus, psykiatrisk divisjon. Reportasjen var fra allmennpsykiatrisk avdeling, post 6V.

Desken i Sykepleien

## Useriøs reklame?

Sykepleier Nayereh Manouchehri har reagert på at Sykepleien har inneholdt et reklamevedlegg med et tilbud fra International Trade Service om kjøp av Solingen bestikk til en lav pris. Hun vil gjøre Sykepleien oppmerksom på at firmaet har vært klaget inn for Forbrukerrådet tidligere. Selskapet skal da ha misbrukt Fagforbundslogoer for å tilby falskt merkebestikk til deres medlemmer. Det har også vært klager på kvaliteten på bestikket.

Også Tone Havelin og Ole Petter Dahl, anestesisykepleiere på Ahus, har reagert på reklamen for Solingen.

De mener at det bør gjøres en kvalitetskontroll av de tilbud og reklamer som sendes med medlemsbladet Sykepleien. De skriver følgende:

«Medlemsbladet Sykepleien bør ikke blande «røvertilbud» med yrkesetiske retningslinjer. Det kan se ut som Sykepleien har forhandlet seg fram til et godt medlemstilbud, mens det i virkeligheten er en useriøs postordre reklame. Det bør være et klart skille mellom useriøse reklamer og seriøse vedlegg som yrkesetiske retnings-

linjer. Slike ting hører ikke med i medlemsbladet vårt!»

Sykepleien viser til at tilbudet som fulgte med bladet overhodet ikke inneholdt noen koblinger til NSF som organisasjon. Det var en ren reklame og framsto ikke som et «medlemstilbud» til NSF-medlemmer. Om produktet i seg selv holder mål, er nok ikke opp til oss å vurdere. Redaksjonen i Sykepleien kan umulig foreta en kvalitetskontroll av alle de produktene som det blir reklamert for i bladet. Når det gjelder klagen på firmaet til Forbrukerrådet gjelder det forhold som ligger 2 år tilbake i tid og som firmaet, så vidt vi kan vurdere det, har ryddet opp i.

Barth Tholens (red)

## Bildet var fra NTNU

I saken om Elin-K i nummer 3/2008, var det et bilde av forsker Line Melby. Det bildet har vi fått fra NTNU.

### Neste nummer

## Sykepleien JOBB 6/08

**Tillitskrise?**  
Er det sykehusledelsen og -styrene som svikter helseministeren, eller er det tvert om?

## Jeg bare undrer meg...

Jeg har som sykepleierstudent undret meg over flere forhold innen helsevesenet.

Etter erfaring fra tidligere og fra praksisen, har jeg fått kjennskap og erfaring fra de ulike stedene i helsevesenet. Jeg følger også aktivt med innen faglig litteratur, forskning og mediedebatter.

Det som ofte går igjen, er arbeidsforhold, antall sykepleiere på jobb, lønn og budsjett/økonomi. Man får et inntrykk av at de som styrer, både ledere i helseforetakene og politikere, IKKE har kunnskap, forståelse og ikke minst, respekt for sykepleierens yrke!

Dette er jo ikke et nytt fenomen i helsevesenet på noen måte, men når skal det skje en endring?

Vi sykepleierstudenter lærer mye i løpet av vår utdanning, blant annet det å gi våre pasienter og ikke minst pårørende god omsorg og pleie. Og i disse begrepene ligger det ganske mye.

Vi er ofte de som har mest kontakt med pasienten. Vi skal observere pasienten nøye og videreformidle informasjon til lege/ andre aktuelle. Sykepleierens fundamentale ansvar er firfoldig; fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og hindre lidelser. (ICNs kodeks)

Dette omfatter ganske mye og krever at vi som sykepleier i praksis har et stort ansvar og arbeidsområde.

Man utfører sitt yrke med stolthet, der pasientene er i fokus. Man ønsker svært gjerne å gi en god omsorg og pleie til alle i løpet av vekten sin, men ser at det er hindringer på veien.

Daglig oppleves for lite bemanning, dårlig/lite utstyr, og ikke minst trange budsjetttrammer. Det skulle vært bygget nytt eller pusset opp flere steder også.

Alle skjønner hvordan det er å måtte jobbe en plass hvor man ikke kan få utført jobben sin 100 prosent. Dette er noe som sliter på arbeidsmiljø, gir stress og sykmeldinger, det blir bare en ond sirkel og er svært lite samfunnsøkonomisk!

Hvilke signaler gir dette til kommende sykepleierstudenter? Og hva gjøres for å kunne rekruttere flere dyktige sykepleiere i framtiden?

Vi vet med sikkerhet at vi vil ha et økende behov for flere sykepleiere innenfor hele helsevesenet på grunn av eldrebølgen, flere kronisk syke, at vi kan behandle flere typer sykdommer i dag, krav til økt kompetanse og utstyr. Dette vil stille krav til god pleie, av sykepleiere i alle ledd av helsevesenet.

Som sykepleier står man ofte hardt på i løpet av en vakt for å komme i «mål». De fleste går i tredelt turnus, dag/kveld/natt året rundt. Ser man på lønnen man får med treårig bachelor og videreutdanning som sykepleiere, kontra en industriarbeider,

er det en skammelig stor differanse i lønnen. Og man ser arbeidsfolk uten utdanning som har en høyere lønn.

Skal vi se på utdannelsessystemet for sykepleiere, fungerer det slik:

Man kan ta en videreutdanning (alt fra 30 til 90 studiepoeng) og får ca. 30 000 brutto mer i lønn i året. Tar man en master (120 studiepoeng), som det ikke er for mange av, avhenger det av hva du jobber med, om det skal gi lønnsforhøyelse.

Et eksempel på dette er: En helse-søster som ønsker å ta en master innen noe, som er veldig relevant for jobben hun gjør, vil ikke få noen forhøyelse i lønnen sin automatisk. Dette er jo noe som vil heve hennes kompetanse og kommer samfunnet til gode. En lærer, derimot, som tar en master, vil øke i lønn automatisk. Og det paradoksale er at begge er kommunalt ansatt.

Dette er jo ikke oppløftende for dyktige sykepleiere som ønsker å oppdatere sin kunnskap i jobben. Sykepleiere skal holde sin kunnskap vedlike og stadig sørge for ny kunnskap (yrkesetiske retningslinjer og ICNs kodeks).

Vi lever jo i et kunnskapsamfunn, der kunnskapen til hver arbeider spiller en vesentlig rolle.

Vil slike forhold for sykepleiere oppfordre til mer privatiserte helse-tjenester? Der man vil få en høyere lønn og dyktige sykepleiere vil flykte

fra statlige/kommunale jobber.

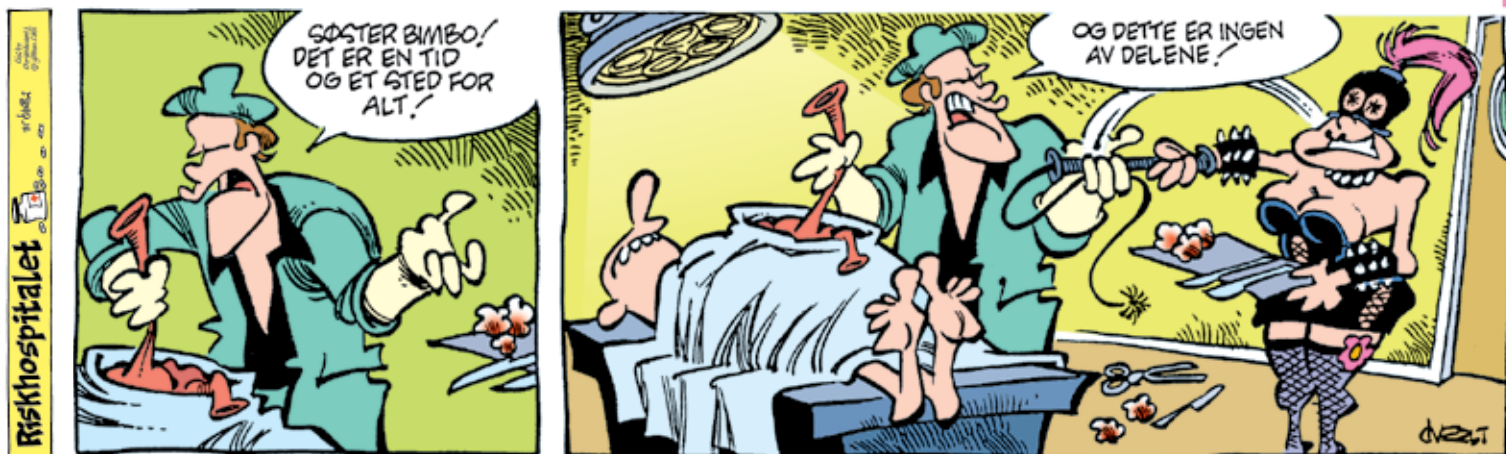
Vi har jo et samfunn som er bygd på god velferd for alle mennesker som trenger helsehjelp, slik at vi unngår at mennesker må ha god økonomi for å kunne få den helsehjelpen de skulle trenge.

Men hva vil skje i fremtiden, når vi allerede i dag ser at mennesker med en solid økonomi kjøper tjenester på det private marked/utlandet? Det kan være fornuftig med konkurranse i et etterspurt marked, og kanskje de private kan levere en bedre helsetjeneste. De driver også tross alt under en helt annen organisasjonsstruktur der det kan være lettere å få bedriften til å gå rundt på flere måter.

Mulig man må se på de ulike utdanningene og lønnsnivået til sykepleiere i fremtiden for å kunne gjøre det mer attraktivt for kommende studenter. Dette kan være en medvirkende faktor, slik at vi får rekruttert nok sykepleiere for å få dekket et stort behov i fremtiden.

Til slutt vil jeg bare si til dere i forbundet og politikere som leser dette: Dere sitter i innflytelsesrike maktposisjoner til å bli hørt, og kan diskutere med de aktuelle parter for å finne løsninger! Så la mine ord bli til HANDLING, og ikke bare noe som fenger godt i en artikkel!

Med hilsen en kommende sykepleier.



## Unyansert om barn av psykisk syke

Artikkelen «Små hoder under stort press» i Sykepleien 09/2007 vakte oppsikt og engasjement da jeg leste den. Ettersom jeg arbeider med et forskningsprosjekt der fokuset er barns hverdagsliv når mor eller far er psykisk syk, og er opptatt av dette fagfeltet, kan jeg ikke la artikkelen stå ukommentert.

Jeg ønsker å stille spørsmål ved noen av de poengene forfatterne trekker fram, og vil synliggjøre tre faktorer, blant flere, som har betydning for barn med foreldre med psykisk lidelse.

### 1. Forståelsen av psykisk sykdom

Forfatterne skriver at en forelder med psykisk sykdom ikke klarer å opprettholde en adekvat følelsesmessig tilknytning til barna. Barna utsettes for mishandling og vanskjøtsel. Barna observerer ofte foreldres humørsvingninger, tristhet, fjernhet, gråt, merkelig atferd, gjenstander som kastes og usynlige dyr som angriper.

Jeg spør:

Gjelder dette alle barn, eller noen barn og i tilfelle hvilke barn? Hvilken undersøkelse kan bekrefte utsagnet?

De mennesker det her snakkes om vil kunne inneha mange roller: forelder, onkel, venninne, arbeidstaker eller arbeidsgiver, formann i idrettslaget, trener for fotballaget osv., i tillegg til at man sliter med psykisk lidelse. Det er ikke slik at dersom man sliter med psykisk lidelse så gir man slipp på eller mister de andre rollene. Man kan være like god venninne, like god arbeidsgiver og like god forelder selv om man har eller har hatt en psykisk lidelse.

Det syn på psykisk helsevern som presenteres, speiler, etter mitt syn, i «beste» fall deler av dagens psykiske helsevern, og en liten del av sykdomsbildet til noen pasienter i akuttpsykiatrien. Det vises ikke til forskning som kan rettferdiggjøre at dette er det «typiske» uttrykket ved psykisk lidelse.

### 2. Forelderrollen

Barnet fremstilles som å leve i en boble, der kun den syke forelder og barnet oppholder seg, og der det er den syke forelderens påvirkning på barnet alene som avgjør barnets skjebne. Forelders sykdom medfører tap av en sikker base og mangel på veiledning. Videre resulterer det i fravær av eller lite hensiktsmessig forbilde og medfører svekket evne til å se og respondere på faresignaler.

Jeg spør:

Kan det tenkes at den psykisk syke er like opptatt av sine barn som andre foreldre? Kan det tenkes at den psykisk syke kan ha like hyppig og like god emosjonell kontakt med barna som dem som ikke har psykisk lidelse? Kan det tenkes at en psykisk syk forelder søker kontakt med det psykiske helsevern nettopp fordi hun eller han ønsker hjelp med det som kan være vanskelig, også i forhold til det å være forelder?

Så vidt meg bekjent har ingen kunnet fastslå at det kan settes likhetstegn mellom psykisk lidelse og dårlig foreldrefunksjon. Det er ikke langt fra at forfatterne her gjør det.

### 3. Sosialt nettverk

Det sosiale nettverket som faktor i barns liv er fraværende i artikkelen.

Og i så måte ses det bort fra at barnet kan ha flere nærperso-ner: for eksempel en frisk forelder, besteforelder eller lærer som det også forholder seg til. Det kan være at den andre forelder går inn og kompenserer for den potensielt manglende foreldrefunksjonen til den syke, at besteforeldre tar barnet boende hos seg i perioder, at barnevernet har satt inn støttetiltak overfor familien, at barnet bor i fosterhjem eller ungdomshjem osv. Oppfølging fra for eksempel helsevesenet eller et godt nabonettker vil også kunne ha betydning for foreldrenes foreldrefunksjon og barnets oppvekstvilkår.

Artikkelforfatterne konkluderer med at det synes som om få tar tak i problematikken. På hvilket grunnlag trekkes en slik konklusjon? Tenker man at det psykiske helsevernet ikke sender bekymringsmelding ved mistanke om omsorgssvikt? Er det barnevernet som ikke følger opp med støttetiltak? Er det departementet som ikke har satt temaet tilstrekkelig på dagsorden? Er det de frivillige organisasjoner som ikke har tatt tak i de problemer/utfordringer man her står overfor? Hvilke undersøkelser bygger konklusjonen på? Det redigjøres ikke for dette.

Jeg vil derfor først advare mot

å presentere et så unyansert syn som det her gjøres. Det vitner om ukunnskap eller at man bevisst holder tilbake kunnskap når man uten å klargjøre sitt ståsted på forhånd presenterer kunnskap på denne måten. Dette er uheldig, særlig når det er så uklart hva intensjonen med artikkelen er.

Jeg vil dermed anmode om at man er varsom når man beskriver en gruppe mennesker så kategorisk som her. Hvordan opplever mennesker med psykiske lidelser en slik presentasjonen av sin lidelse? Hvordan opplever barn som har en mor eller far med psykiske vansker å lese hva som venter dem av ulike vansker? Og hvilket syn får sykepleiere som arbeider med barn som har foreldre med psykiske lidelser, dersom det er Haukø og Stamnes's artikkel de leser for å holde seg oppdatert innen fagfeltet?

Jeg tror vi må vakte oss vel for å stigmatisere mennesker med psykiske lidelser mer enn det som allerede er gjort. Artikkelen kan dessverre bidra til det.

Heidi H. Fjone, Spl/PhD-stipendiat



Faksimile fra sykepleien nr. 9/07

## Erfaringskunnskap gir ikke alltid best praksis

Vi ønsker med dette å svare på fagkronikken «Kunnskapsbasert praksis – den beste?» som sto i Sykepleien nr. 3/08.

Vi stiller oss undrende til at Sunde Mæhre polariserer mellom kunnskapsbasert praksis og en kvalitativ forskningstradisjon. Slik vi oppfatter det er det i dag en stor grad av enighet i det sykepleiefaglige miljøet i Norge om at kunnskapsbasert praksis omfatter både kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign. Det sentrale er å bruke den metoden som passer best i forhold til den problemstillingen man har og ikke minst å bruke metoden på en etterrettelig og god måte.

Vi er enige med Sunde Mæhre når hun vektlegger betydningen av «den enkelte situasjon». Vi oppfatter ikke at dette er kontroversielt i forhold til en kunnskapsbasert praksis. Forskningsbasert kunnskap er bare ett av elementene som danner utgangspunkt i en kunnskapsbasert praksis. Andre momenter som må tas hensyn til er verdier, tilgjengelige ressurser, politikk, erfaringsbasert kunnskap og ikke minst brukerbasert kunnskap (Jamtvedt, Hagen og Bjørndal 2003). Det betyr at forskningsbasert kunnskap bare er ett av verktøyene sykepleieren har til rådighet når hun skal avgjøre hva som er best for den konkrete pasienten.

Vi reiser spørsmål om det største problemet for sykepleien i dag ikke er at vi bruker forskningsbasert kunnskap ureflektert i praksis, men snarere at mange sykepleiere i for stor grad stoler på egen erfaring som kunnskapskilde for de avgjørelsene de tar, og at sykepleierne generaliserer ut fra disse. Vi har et eksempel til ettertanke fra egen praksis.

Alle barn som får kreft og som skal gjennomgå cellegiftbehandling, får i dag innlagt et sentralvenøst kateter (CVK). Bruken av CVK har på mange måter revolusjonert behandlingen av kreftsyke barn. For barna er det særlig viktig at de

slipper mange stikk fordi kateteret brukes til å ta blodprøver. Det er to typer CVK som brukes. Enten av typen Hickman som er et tunnelert kateter hvor barnet har en «slange» hengende på brystet så lenge kateteret er innlagt, eller av typen VAP hvor CVK'et ender i et reservoar under huden (som regel lagt på brystet). Hver gang barnet skal ha behandling får det innlagt en nål i reservoaret slik at man kan koble på iv-sett. Denne nålen kan ligge innlagt i cirka 14 dager. Når barnet ikke skal ha iv-behandling tas nålen ut og barnet har hel hud.

De sykehusene som starter opp kreftbehandlingen av barn, velger type kateter og legger dem inn. Sykepleierne er aktive i avgjørelsen av hvilken type kateter som er best for den enkelte pasient. Det interessante i denne sammenheng er at det har utviklet seg ulike meninger om hvilken type kateter som er best for barna. Helt konkret betyr det at barn som starter kreftbehandling ved et sykehus mest sannsynlig vil få innlagt et Hickmankateter, mens barn som blir innlagt ved et annet sykehus har større sannsynlighet for å få innlagt VAP. Sykepleierne ved begge sykehusene har lang erfaring med arbeid med kreftsyke barn, og mener å vite hva som er best for barna. De sier de har erfaringskunnskap som gir dem grunnlag for å si at den ene typen kateter er bedre å leve med enn den andre.

Dette er etter vår mening et godt eksempel på at erfaringskunnskap ikke nødvendigvis alltid gir best praksis. Hvordan har det kunnet utvikle seg to så ulike erfaringsbaserte sannheter? Det er ingen som vet noe om hva barna faktisk mener om hvordan det er å leve med de ulike typene kateter. Her trengs det etter vår mening forskningsbasert kunnskap. Sykepleierne trenger noe mer enn sin erfaringskunnskap i verktøykassen når de skal vurdere hva som vil være best for den konkrete pasienten. Forskningsutviklet



Faksimile fra Sykepleien nr. 3/2008.

kunnskap vil ikke nødvendigvis gi svaret i det konkrete tilfellet, men den gir et bedre beslutningsgrunnlag.

Vi opplever at slike holdninger som Kjersti Sunde Mæhre fremviser sementerer et kunnskapssyn som ikke fremmer sykepleien som kunst, men snarere bygger opp om en skepsis mot forskningsbasert kunnskap som gjør at pasienter i verste fall kan komme til skade. Det vi derimot trenger er gode praktikere som tør å utfordre egen erfaringskunnskap. Vi kan utfordre erfaringskunnskapen gjennom diskusjon med kolleger, ved å lese god litteratur og ved å se om det finnes forskningsbasert kunnskap om vårt tema. I et debattinnlegg i siste nummer av Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning fremheves betydningen av at sykepleiere må være kritisk til eget kunnskapsgrunnlag, og at opinionen forventer at vi er oppdatert i forhold til tilgjengelig kunnskap (Undheim, 2007). Som Undheim fremhever har vi ikke noe valg – vi må forholde oss til forskningsbasert kunnskap – om vi ikke selv ser oss etter i sømmene vil andre gjøre det. Dette kan

neppe understrekes nok i disse tider hvor fokus er på økonomi og tøffe prioriteringer. Bare ved å stille spørsmål ved «sannhetene» kan vi utvikle oss og gi pasientene våre god omsorg. Vi ønsker ikke at omsorgen skal salderes bort.

Bente Silnes Tandberg og Live Korsvold, fag- og forskningssykepleiere ved Barneklinnikkens sykepleiefaglige senter, Rikshospitalet

Referanser:  
Bjørndal, A., Flottorp, S., Klovning, A., (2000) Medisinsk kunnskapshåndtering. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Undheim, L.T. (2007) Is Evidence-Based Practice a «Bad-Word» in Norway? Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning nr. 4 s. 50-54.

## Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



### 1 Hva betyr INR?

- A: Innvendig Nukleær Randomisering
- B: International Nursing Ratio
- C: International Normalized Ratio

### 2 Og hva er INR en indikasjon på?

- A: Behovet for antall sykepleier pr. pasient
- B: Normalisert verdi for protrombintiden
- C: En type røntgenundersøkelse

### 3 Hva er bærplukkernesyke?

- A: Akutt belastningsskade i ett eller begge håndledd
- B: Smittsom sykdom
- C: Akutt psykose fremkalt av overdreven bærplukking

### 4 Hvor i kroppen er terningbenet?

- A: I foten
- B: I øret
- C: I skulderen

### 5 Hvem er leder i Norsk Sykepleierforbund?

- A: Bente Slaatten
- B: Harald T. Nesvik
- C: Lisbeth Normann

### 6 Hvor mange helseregioner er det i Norge?

- A: 5
- B: 4
- C: 19

### 7 Hvem eier sykehusene?

- A: Fylkene
- B: Staten
- C: Rimi-Hagen

### 8 Hvilket dyr forbindes med ordet vaksine?

- A: Pinnsvin
- B: Vampyrflaggermus
- C: Ku

### 9 Hvem er Anne Enger?

- A: Leder av likelønnskommisjonen
- B: Norsk sykepleieteoretiker
- C: Helsepolitisk talsperson for Senterpartiet

### 10 Hva er penile papler?

- A: Nupper på penis
- B: Lus i panneluggen
- C: Pubertale kviser

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

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

😐 **3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

😞 **0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**Svar:** 1C International Normalized Ratio, 2B Normalisert verdi for protrombintiden, 3B Smittsom sykdom, 4A I foten, 5C Lisbeth Normann, 6B 4, 7B Staten, 8C Ku (fra latin vacca), 9A Leder for likelønnskommisjonen, 10A Nupper på penis.



DAGROS: Forbinder du kua med ordet «vaksine»? Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

#### C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjorhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår-/skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erythrodermik, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsemi. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppressjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfalter), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20T: 31h). Sist endret: 01.12.2007

#### Referanser:

1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393



APOTEKET ØRNEN I BERGEN 1932: Det første offentlige apotek i verden ble opprettet i Bagdad allerede i det 8. århundre.

## «Speceri, Urter og Medikamenta»

«Jeg husker en apoteker. Han lever her et sted, slik jeg sist la merke til ham, i fillete klær, med kraftige øyebryn, godmodig og enkel, fattig så han ut. Dyp elendighet hadde slitt ham ut, helt inn til beinet, og i hans dårlig utstyrte utsalg hang det en skilpadde, en utstoppet alligator og andre skinn av merkelige fisker. I hylene hans sto en stakkarslig mengde av tomme bokser, grønne irrede krukker, svineblærer og mugne frø, rester av hyssing, og gamle rosebladtabletter var spredt utover i et tynt lag for å skape et godt inntrykk.»

Mens William Shakespeare holder på med sitt storverk «Romeo og Julie» (1590-96) etablerer Nicolaus de Freundt Norges første offentlige apotek i Bergen.

Apoteket åpner sine dører for byens innbyggere i desember 1595. Ikke bare er det landets første apotek. Det er landets første virkelige butikklokale, med disker, vekter og hyller. Apoteket skal komme til å danne mønster for seinere handelsvirksomhet. I tillegg til å selge legemidler er apoteket også et «konditori» hvor det serveres forskjellige krydderkaker og diverse drikkevarer. Løytte til å servere hetvin og rhinskvin inngår på denne tiden som en del av den kongelige bevilling til å drive apotek.

Det første offentlige apotek i verden ble opprettet i Bagdad allerede i det 8. århundre. Grunnlaget for institusjonen apotek i Europa ble lagt på 1200-tallet ved universitetet

i Salerno på Sicilia i Italia. Her ble det utarbeidet en lovtekst som slo fast at apotekeren var forpliktet til å framstille legemidler nøyaktig etter de anvisninger som var gitt av Salerno-skolen. Edsvorne embetsmenn reiste rundt til apotekene for å sjekke at dette ble etterlevd.

Norges første offentlige apotek tok navnet Svaneapoteket. Svanenavnet er sammen med løvenavnet de mest brukte apoteknavn i Nord-Europa. Snart fikk vi også Ørn, Elefant og Hjort, ettersom mengden apotek økte.

Bruken av dyr og fugler i farmasien ser ut til å ha oppstått i middelalderen. Det finnes flere teorier på hvorfor apotekene tok disse symbolene. En er at de beskyttet

mot onde makter og vesen som ødela legemidlene og deres helbredende kraft.

Ørnen er ifølge Johannes Åpenbaring symbol på Kristi himmelfart og lysets seier over mørkets makter. Ørnen fløy høyere enn noen annen fugl og øynene tåler sollyset.

Alt i år 1600 ble det i Norge bestemt at all handel med «Speceri, Urter og Medikamenta som hos et Apotek bør at være» skal være regulert. Reguleringen besto helt fram til endringen av apotekloven i 2001.

I dag er den norske eierskaps- og etableringspolitikken for apotek blant de minst regulerte i Europa. Neste begrensning er at leger eller legemiddelindustrien ikke kan eie apotek.



# Meld deg på sykepleierkongress!



I disse dager starter påmeldingen til årets sykepleierkongress som arrangeres i Trondheim 17. – 19. september 2008. Under mottoet «Livskraftig kompetanse», inviterer NSF til tre dager med kunnskapsutvikling, erfaringsdeling og nettverksbygging.

– Sykepleierkongressen er en viktig arena for kunnskapsformidling og målet er at den skal gi inspirasjon til sykepleiere i et utfordrende og krevende yrkesfelt. Det faglige programmet vil synliggjøre at kompetanse, kvalitet og kontinuitet er avgjørende for god sykepleie, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Hun oppfordrer alle til å gå inn på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) og melde seg på allerede nå, og håper mange sykepleiere vil delta aktivt under selve Sykepleierkongressen.

– Vi gir mulighet for å presentere prosjekter, studier, fagutviklingsarbeid og forskning på posterutstillingen. Jeg vet at mange sykepleiere driver med spennende og kreativt arbeid, og gleder meg til å se allsidigheten presentert, sier forbundslederen.

Invitasjon til å sende inn pos-

terpresentasjoner sto i Sykepleien nr. 3 og 4 i år. En fagkomité vil kåre kongressens «beste poster» og dette vil bli offentliggjort den siste dagen.

## Bredt program

Sykepleierkongressen gir mulighet til å høre fremtredende nasjonale og internasjonale foredragsholdere. Programmet avspeiler helsetjenestens kompleksitet og tar opp utfordringer sett fra pasientenes, sykepleiernes, ledernes, utdannernes og myndighetenes perspektiv.

Det faglige programmet vil vekse mellom plenumsforedrag og parallelle sesjoner. Bemanning og kvalitet, kunnskap og kompetanse samt ledelse og organisering blir sentrale temaer. Det faglige programmet belyser også pasientmedvirkning, kontinuitet og samhand-

ling og kunnskapsbasert praksis.

NSF har lang tradisjon for å arrangere sykepleierkongresser. Den første ble arrangert i Oslo i 1992, og siste kongress fant sted på Lillestrøm i 2005.

Sykepleierkongressen vil også ha en medisinsk-teknisk/farmasøytisk utstilling med utstillere fra flere felt som er relevante for sykepleiefaget. I tillegg vil NSF's eget treffpunkt gi mulighet til å få informasjon om NSF's 32 faggrupper, ulike medlemstilbud og faglige og arbeidsrettslige forhold.

– På Sykepleierkongressen finner du noe av interesse til enhver tid. I tillegg møter du 1200 sykepleierekolleger både faglig og sosialt, sier forbundsleder Normann som minner om at deltakelse på kongressen gir merittering i form av godkjente timer i NSF's godkjeningsordning

for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

## Sosialt program:

Åpningsfest:

**Onsdag 17. september:** Tapas og fingermat serveres kl. 18.30 i Trondheim Spektrum. Åpningsfesten inngår i kongressavgiften.

**Torsdag 18. september:** Etter en dag fylt med foredrag og presentasjoner tilbyr vi deltakerne å hvile hodet ved å lytte til konsert i Nidarosdomen. Senere på kvelden kan du møte dine kolleger på Ricks Café i Trondheim sentrum. Der får vi både underholdning og mat og drikke.

**Fredag 19. september** fortsetter det faglige programmet og etter dagens sesjon samles alle til avslutning og lunsj.

## Kongressavgift

Det vil være mulig å delta en, to eller alle tre dager. NSF's medlemmer betaler kr 3500,- for alle tre dager og siste dag for tidlig påmelding er 20. mai 2008.

Kongressavgiften inkluderer adgang til kongressen og utstillingsområdet, program og kursdokumentasjon, kaffe og pauseservering, åpningsfest første dag og lunsj andre og tredje dag.

Ytterligere prisinformasjon finner du under påmeldingen på web.

## Viktige datoer:

Siste dag for tidlig påmelding til laveste pris er 20. mai. Siste frist for innsending av sammendrag til posterutstillingen er 30. april 2008.

## Informasjon:

Informasjon om program og påmelding finner du på Norsk Sykepleierforbund/Sykepleierkongressens webside: [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

Kontaktadresse for spørsmål: [k2008@sykepleierforbundet.no](mailto:k2008@sykepleierforbundet.no)



# Samarbeider om sykehusene

NSF og fire andre organisasjoner skal møte Helse- og omsorgsdepartementet et par ganger i måneden for å diskutere utvikling av spesialisthelsetjenesten.

– Jeg håper dette blir en god arena for å drøfte erfaringer og utveksle ideer som både kan styrke helsetilbudet til pasientene og sykehusene som arbeidsplass, sier forbundsleder Lisbeth Normann i NSF.

Normann mener helse- og omsorgsministeren sender ut et viktig signal når hun velger å etablere et slikt kontaktforum med arbeidstakerorganisasjonene.

– Ved å trekke ytterligere på de ansattes kunnskap og erfaring

enn det som allerede er nedfelt i lov- og avtaleverk, viser departementet en offensiv holdning til å bruke alle krefter i det utviklingsarbeidet som er nødvendig for å skape fremtidsrettede og gode helsetjenester, fastslår Normann.

Følgene organisasjoner møter i kontaktorganet:

- Legeforeningen på vegne av Akademikerne
- Fagforbundet på vegne av LO

- Delta (medlem) og Norsk Radiografforbund (varamedlem) på vegne av YS
- Nito (medlem) og Den norske jordmorforening (varamedlem) på vegne av Sammenslutningen av Akademikergrupper i Navo
- Norsk Sykepleierforbund på vegne av Unio

Du kan lese mer om avtalen på [www.sykepleierforbundet.no/nsmener](http://www.sykepleierforbundet.no/nsmener)

## Østfold først

Den nye forbundsledelsen åpnet sin «landet rundt»-reise med to dager i Østfold. – Veldig nyttig å møte medlemmer og tillitsvalgte på denne måten, mener forbundsleder Lisbeth Normann

Over 100 NSF-medlemmer hadde tatt turen til Fredrikstad for å se og høre ledertrioen i aksjon. På medlemsmøtet trakk forbundslederen opp noen av temaene organisasjonen jobber med for tiden.

– Vi har store utfordringer i forhold til lønn, kompetanse og rekruttering, arbeidsmiljø og kvalitet. Medlemmenes konkrete erfaringer, tilbakemeldinger og innspill er med på å gi oss en god plattform for det arbeidet vi skal gjøre, sa Normann etter møtet.

Sammen med Normann var både nestleder Unni Hembre og 2. nestleder Jan-Erik Nilsen. Forbundsledelsen hadde også møte med undervisningspersonellet ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Østfold.

Samhandlingen mellom høyskole og praksissted, språkkunnskaper hos utenlandske sykepleierstudenter, rammeplan og praksishonoring ble diskutert.

Forbundsledelsen fortsetter reiserunden senere i vår.



## NSF på nett

**På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)/sistenytt og les mer.**

### Folket forventer penger til likelønn

– Jeg forventer konkrete resultater når likelønnskommisjonen legger frem sin innstilling. Det eneste som kan tette lønnsgapet er mer lønn til de kvinne-dominerte gruppene, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Hun har bred støtte for kravet i befolkningen. En undersøkelse TNS Gallup gjennomførte på oppdrag fra NSF i høst, viser at 4 av 5 spurte mener politikerne bør bevilge ekstra penger slik at det blir likelønn.

### Industrien stikker fra – Unio krever kompensasjon

Ferske tall fra Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene viser at industrien stikker fra lønsmessig. Nå må offentlig sektor ha kompensasjon for etterslepet, slår Unio-leder Anders Folkestad fast i en pressemelding.

### Krutt fra kommisjonen

– Likelønnskommisjonen har innsett at det må tas omfattende grep for likelønn, og vi har fått et gledelig gjennomslag for at det må settes av penger over statsbudsjettet til å gjøre et ekstra lønnsloft for de kvinne-dominerte utdanningsgruppene i offentlig sektor, sier forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund.

# Forbundsleder Lisbeth Normann

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



## Klart for lønnskamp!

Forrige uke kom likelønnskommisjonen med sin innstilling. Vi har hatt høye forventninger til resultatet.

Sykepleierne er blant de yrkesgruppene som er verst rammet av likelønnsproblemet, og NSF har brukt mye tid og ressurser for å sette likelønn på dagsordenen. Derfor er det gledelig at kommisjonen foreslår penger over statsbudsjettet til å løfte lønnsnivået for de kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor. Det er et modig og høyst nødvendig tiltak som kan bidra til å tette lønns-gapet for sykepleiere og andre som har vært lønnsdiskriminert i en årrekke. Forutsetningen er at arbeidslivets organisasjoner vil, og at politikerne våger.

Den sittende regjeringen mister all troverdighet dersom den unnlater å følge opp sin egen likelønnskommisjons forslag om penger til likelønns-løft. Allerede i Soria Moria-erklæringen varslet regjeringen at den vil sikre likelønn, og en ekstra likelønns-pott er i tråd med hva regjeringspartiet SV tidligere har foreslått. Derfor forventer jeg at finansministeren finner plass til de 3 milliardene

likelønnskommisjonen foreslår i statsbudsjettet.

Vi skal i alle fall gjøre vårt for å få dette gjennomført. Målet om likelønn er noe de fleste i Norge stiller seg bak. Det er dokumentert at det knapt fins motstand mot å gi større lønnsstillegg til sykepleierne og andre kvinnedominerte grupper. TNS Gallup har kartlagt at mer enn 8 av 10 menn vil at kvinner skal få større lønnsstillegg for å oppnå likelønn, og at hele 42 prosent av mennene faktisk er villige til å avstå fra egne lønnsstillegg hvis pengene brukes til å oppnå likelønn. Derfor bør det være mulig for både arbeidstaker- og arbeidsgiversiden å enes om ordninger som omsetter likelønnskommisjonens forslag til kroner og øre.

For øvrig står vi nå i startgropen til vårens tariffoppgjør. Likelønn blir garantert et tema også her. Både kommuner og helseforetak har et ansvar for å bidra til likelønn. Spekter og KS sysselsetter tross alt hver tredje yrkesaktive

kvinne. Dermed kan ikke likelønn oppnås uten at lønnsnivået til de kvinnedominerte utdanningsgruppene i kommuner og sykehus løftes. Sykehusene har i tillegg en likelønnsutfordring internt, siden en kvinnelig helseforetaksansatt bare verdsettes til ¾ av en mannlig.

Tariffoppgjøret i år må bidra slik at utdanningsgruppene i offentlig sektor kommer opp på et lønnsnivå som er egnet til å rekruttere og beholde også i fremtiden. I kampen om arbeidskraften er andre bransjer i gang med offensive og kreative rekrutteringstiltak, mens arbeidsgiverne innenfor helsetjenestene uttrykker ved enhver anledning at de ikke skal være lønnsledende. Slik arbeidsmarkedet utvikler seg, må også helsetjenestene bruke lønn for å være attraktiv for ungdom som står i et yrkesvalg.

I KS-området er det et godt utgangspunkt at kommunetoppene nå sier seg villige til å bruke lønn for å rekruttere nødvendig arbeidskraft. En undersøkelse Norgesbarometeret har utført blant ordfører og rådmenn, viser at 8 av 10 mener lønnsheving er viktig for å rekruttere mange nok sykepleiere til helse- og omsorgstjenesten i årene som kommer. Ikke rart, med tanke på at 7 av 10 rådmenn og ordførere sier de har for få sykepleierstillinger og/eller ubesatte sykepleierstillinger allerede.

I tillegg er det gledelig at kommunenes øverste ledere mener kommunesektoren har et ansvar for å bidra til likelønn på tvers av tariffområder og sektorer. 8 av 10 mener kommunal sektor har et stort ansvar for å verdsette kvinnedominerte utdanningsgrupper like høyt som arbeidskraften verdsettes i mannsdominerte tariffområder. Det er et signal jeg forventer at KS som kommunenes forhandlingsorganisasjon følger opp i tariffoppgjøret.

LØNNSENIGHET: Det er enighet om at kvinnedominerte yrkesgrupper bør få et lønnsloft. Til og med i KS. Normann forventer at disse signalene følges opp i vårens lønnsoppgjør.