

## Hjem til krisen på Island

Hulda Gunnlaugsdottir dro hjem for å bli sykehusdirektør. Der ventet jobben med budsjettkutt og oppsigelser. Se side 20–29

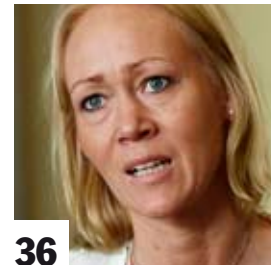
**Sykehjemmet studentene glemt** Side 6

**FORSKNING: Kampen om kronene** Side 36

**Utstøtt etter rusmisbruk** Side 50

**Fag: Kunnskap er egenmakt** Side 60

06



36



60



# Twinrix®

– eneste vaksine som beskytter mot hepatitt A og B livet ut!<sup>7,8</sup>



**Husk!**  
Hepatitt B kan også smitte ved ubeskyttet sex!

- Du trenger ikke reise langt for å bli utsatt for økt risiko for hepatitt A – nylig er hepatitt A-epidemi påvist i Latvia og Tsjekia<sup>3</sup>
- Hepatitt B er en alvorlig sykdom som kan smitte via blod, spytt, tatovering, piercing og ubeskyttet sex<sup>1,4,5,6</sup>



- Lav smitterisiko
  - Mellomstor og høy smitterisiko for hepatitt A og/eller B
- WHO 2008<sup>2</sup> og FHI 2009<sup>2</sup>



C Twinrix Paediatric GlaxoSmithKline

C Twinrix Voksen GlaxoSmithKline

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent).

ATC-nr.: J07B C20

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Paediatric:** 0,5 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>s</sub>Ag) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 nanogram, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 2,5 mg.

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Voksen:** 1 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>s</sub>Ag) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 nanogram, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 5 mg.

**Indikasjoner:** *Twinrix Paediatric:* Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. *Twinrix Voksen:* Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune voksne og ungdommer, 16 år og eldre, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon.

**Dosering:** *Twinrix Paediatric:* Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales doser å 0,5 ml. *Twinrix Voksen:* Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales doser å 1 ml. Standard skjema for primærvakinasjon mot hepatitt A og hepatitt B er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primærvakinasjon, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primærvakinasjon, kan de 3 dosene Twinrix Voksen gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den slutføres med samme vaksine. Behovet for en boosterdose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjonsskjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsett immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for boostervakinasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse. Antistoff mot hepatitt A-viruset er beregnet til å vare i minst 10 år. Vaksinene er beregnet til intramuskulær injeksjon, i overarmsmuskelen (deltoidområdet) eller anterolateralt i låret hos små barn. Intradermal injeksjon eller intramuskulær injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Til pasienter med trombocytopeni eller blødnings-sykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutan selv om dette kan gi suboptimalt immunsvær. **Må ikke injiseres intravaskulært.**

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for vaksinenes komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

**Forsiktighetsregler:** Pasienter kan være innenfor inkubasjonstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsett immunforsvar og pasienter som får immunosuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistofftitre etter primærimmunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utebli hos immunsvekkede pasienter. Fedme (definert som BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup>) kan redusere immunresponsen mot hepatitt A-vaksiner. Det er observert en rekke faktorer som kan redusere immunresponsen etter hepatitt B-vaksiner og disse omfatter høy alder, hannkjønn, fedme, røyking, administreringsvei og noen kroniske underliggende sykdommer. Serologisk testing bør vurderes for de personer som kan stå i fare for å ikke oppnå beskyttelse etter en fullstendig vaksinerings med Twinrix Voksen. Tilleggsdoser bør vurderes til de personer som ikke responderer eller som ikke oppnår optimal respons etter fullstendig vaksinerings. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. Rester av tiomersal, som gjenfinnes i vaksinen, kan medføre sensitivitetsreaksjoner.

**Interaksjoner:** *Twinrix Paediatric:* Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. *Twinrix Voksen:* Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes.

**Graviditet/Amining: Overgang i placenta:** Data fra dyrestudier samt data fra et begrenset antall vaksinerte gravide indikerer ingen skadelige effekter på svangerskapet eller på helsen til fosteret/det nyfødte barnet. Selv om ingen skadelige effekter er forventet, anbefales utsettelse av vaksinerings til etter fødsel, med mindre det er spesielt viktig å beskytte moren mot hepatitt B-infeksjon. **Overgang i morsmelk:** Det foreligger ikke opplysninger om effekt på barn til ammende mødre. Kombinasjonsvaksinen skal derfor brukes med forsiktighet hos ammende kvinner.

**Bivirkninger:** Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. **Hyppige (>1/100):** Tretthet, hodepine, sykdomsfølelse, kvalme. **Sjeldne (<1/1000):** Feber, brekninger. Svært sjeldne tilfeller av følgende uønskede hendelser er sett i tidsmessig sammenheng med vaksinasjonen: Blod: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, appetittløshet, diaré, magesmerter. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Patologiske leverfunksjonsverdier. Nevrologiske: Krampet. Sirkulatoriske: Synkope, hypotensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer (feber, frysninger, hodepine, myalgi, artralgi), tretthet, svimmelhet, parestesi, allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktiske og anafylaktoide reaksjoner og overfølsomhetsreaksjoner lignende serum-syke. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinene mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Hud: Eksudativ erythema multiforme. Nevrologiske: Tilfeller av perifere og/eller sentrale nevrologiske forstyrrelser som kan omfatte multiple sklerose, optikusnevritt, myelitt, facialisparese, polynevritt som f.eks. Guillain-Barré syndrom (med ascenderende paralys), meningitt, encefalitt, encefalopati. Sirkulatoriske: Vaskulitt.

**Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>s</sub>Ag), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HB<sub>s</sub>Ag er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89 % (Twinrix Paediatric) og ca. 94 % (Twinrix Voksen) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100 % 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67 % (Twinrix Paediatric) og 70 % (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100 % (Twinrix Paediatric) og ca. 99 % (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primærvakinasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100 %, 99,5 % og 100 % etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82 % etter 1 uke og hos 85 % etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1 %. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus.

**Oppbevaring og holdbarhet:** 2-8°C. Beskyttet mot lys. Må ikke fryses. Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

**Andre opplysninger:** Ved lagring oppstår det et bunntall og en supernatant. Vaksinen skal ristes godt til en nesten gjennomskiktig, hvit suspensjon og kontrolleres visuelt med tanke på fremmedlegemer og/eller fysiske forandringer før bruk. Vaksinen skal destrueres hvis den ser annerledes ut. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte.

**Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Injeksjonsvæske:** Endosesprøyte: 0,5 ml kr 241,10. **Twinrix Voksen: Injeksjonsvæske:** Endosesprøyte: 1 ml kr 382,20, 10 x 1 ml kr 3.507,40. Sist endret 17.02.2009

**Referanser:**

- 1. www.fhi.no. Vaksinasjon ved utenlandsreiser. Oppdatert 03.11.2008. 2. WHO 2008, International Travel and Health <http://www.who.int/tih/maps/en/index.html>. MSIS nr. 1, FHI, 09.01.2009. 3. EUROSURVEILLANCE Vol. 13 - Issue 40 - 2 October 2008. 4. Veldhuijzen IK et al. The importance of imported infections in maintaining hepatitis B in the Netherlands. *Epidemiol. Infect.* 2004; 132: 1-7. 5. van der Eijk et al. Implications for saliva as infectious agent. *Journal of Clinical Virology* 2004; 29:92-94. 6. Mariano A. et al. Role of Beauty Treatment in the spread of Parenterally Transmitted Hepatitis Viruses in Italy. *Journal of Medical Virology* 2004; 74: 216-220. 7. Van Damme P. et al. Hepatitis A booster vaccination: is there a need? *Lancet* 2003. 362, 1065-1071. 8. European Consensus Group on Hepatitis B Immunity. *Lancet* 2000. 355, 561-565.



GlaxoSmithKline AS

Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo

Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

# Ønsker du økt faglig fordypning?

## Master i klinisk sykepleievitenskap

- 120 studiepoeng
- Heltid over to år eller deltid over fire år

## Master i psykisk helsearbeid

- 120 studiepoeng
  - Deltid over tre år
- Studiet er tverrfaglig og rettet mot helsearbeidere med barnevern-, ergoterapi-, fysioterapi-, sosionom-, sykepleie-, vernepleie eller tilsvarende utdanning.

## Videreutdanning i kreftsykepleie

- 60 studiepoeng
- Heltid over et år

## Videreutdanning i psykisk helsearbeid

- 60 studiepoeng
- Heltid over et år
- Studiet er tverrfaglig

For mer informasjon: [www.hio.no](http://www.hio.no) – studietilbud

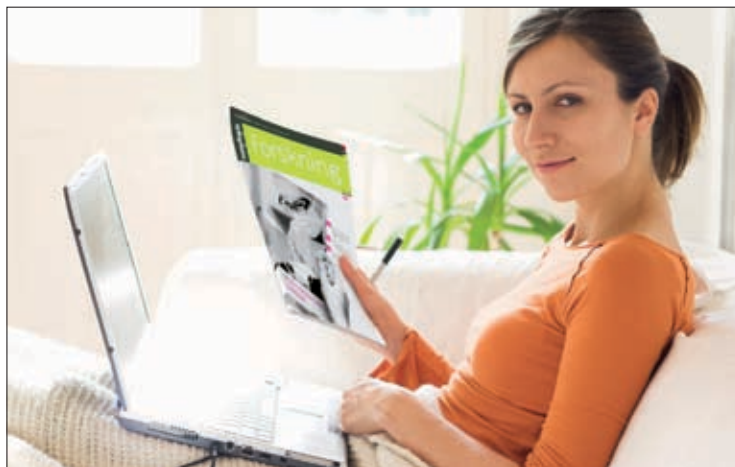
Høgskolen i Oslo  
Avdeling for sykepleierutdanning  
e-post: [opptak@su.hio.no](mailto:opptak@su.hio.no)

Studiestart: høsten 2009

Søknadsfrist: 15. april 2009

Høgskolen i oslo

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



# Kunnskapstørst?

Vi vet at du som sykepleier tilhører en yrkesgruppe som tar faget sitt alvorlig og er profesjonell til fingerspissene. Mange sykepleiere ønsker å holde seg faglig oppdatert, og gjør det blant annet ved å søke etter internasjonale forskningsartikler og kunnskapsbaserte nyheter.

Vi ønsker å gi deg en oversikt over slike aktuelle temaer innen faget ditt. I Sykepleien Forskning får du derfor tilgang til nettopp denne typen innhold – på norsk – slik at du til enhver tid kan ha en finger på fagpulsens.





# Barth Tholens om estetikk

**Stilling:** Redaktør i Sykepleien

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

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



NURSE SHARING: Jeg er litt ambivalent til ideen om at to arbeidsgivere skal dele på én sykepleier.  
Foto: Stig. M. Weston

## Den gordiske knuten

Noen ganger kan kun radikale tiltak løse øyensynlig umulige problemer. Det spørs likevel om man i Kristiansand har funnet fram til det mest geniale grepet.

Aleksander den store var ikke en som findiskuterte små detaljer. Mannen var en temmelig offensiv type. Han holdt seg til de store linjene. Bjarne Håkon Hanssen har kanskje et stykke igjen når det gjelder gjennomføringsevne, men de to har til felles at de liker å knerte mange små kongedømmer og samle dem til ett rike. Det er lettere å styre slik, tenkte Aleksander. Man får mer helse ut av penga slik, tenker Bjarne Håkon.

Aleksander galopperte gjennom deler av Asia og Afrika på jakt etter nye folkeslag som han kunne legge under seg. Den store grekeren erobret Persia og nådde helt fram til grensene av India. Her var det lite rom for følsom diplomati. Egypterne ble neppe invitert til å delta i en høring, før de ble innlemmet i storsatsningen.

Om Aleksander er det mange sagn. Ett av dem handler om en trylleknute som fantes i et tempel i Gordium i Lilleasia. Den som ville greie å løse knuten, skulle bli herre over hele Asia. Gjennom hundrevis av år hadde mange forsøkt seg uten å klare det. Men i år 334 før Kristus kom Aleksander forbi. Han gjorde kort prosess, trakk sverdet og hugget knuten tvers av.

Uten å mistenke Helse-Hanssens demokratiske sinnelag, tror jeg nok at han gjerne kunne ha tenkt seg å løse den gordiske knuten i Helse-Norge med samme beslutsomhet. I juni kommer stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Her skal Hanssen vise oss hvordan småkongene i Helse-Norge skal nedkjempes. Sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien skal bli til et oljet maskineri. Profesjonene skal ikke lenger dyrke seg selv, men inngå i en felles hær

som skal kjempe for pasientens beste. Nå skal alt bli sømløst, knirkefritt og effektivt.

Helsesjefen i Kristiansand kommune og direktøren på Sørlandet sykehus i Kristiansand, bestemte seg nylig for å gi Hanssen en hjelpende hånd. Etter sigende skal de to ha gått en tur sammen, mens de filosoferte over samhandlingens mange mirakler. Med ett kom de to sjefene på at hver av dem hadde en bråte med ansatte i deltidsstillinger. Hva om de – i stedet for ha sykepleiere beitende hver for seg – delte på de samme sykepleierne? Småundrende forsøkte de å legge 50 prosent sammen med 50 prosent. Det var jo 100 prosent klaff. De kunne ha sykepleiere som var ansatt både her og der. Hokus pokus – og samhandlingen var et faktum.

Som sagt, så gjort. Nå er stillingsannonse ute. Her søker to arbeidsgivere fire sykepleiere som har lyst til å ha halve arbeidstiden på sykehuset og halve tiden i kommunen. Den nye ordningen skal komme pasientene til gode. Rekrutteringen skal skje blant de sykepleierne som allerede har en halv stilling ett av stedene. Helsedirektoratet mener prosjektet er så interessant at de har bidratt med penger. Kommunens kommunikasjonsdirektør er begeistret. Han har funnet en «case» som har laget en tilsvarende ordning på eget initiativ. Det er en nyutdanned og velartikulert sykepleier som jobber 50 prosent på lungeavdelingen og 50 prosent i hjemmesykepleien i kommunen.

«Det innebærer selvfølgelig en halsbrekkende timeplan», kommenterer kommunikasjonsjefen. «Men hun setter pris på erfaringene og de to ulike miljøene».

Organisasjonene har stilt seg bak prøveordningen. De mener den kan gi verdifull kompetanse til sykepleiere som kan omsette samhandling i praksis. De vil få bedre forståelse for hva som skjer på den andre siden.

Personlig er jeg likevel en smule skeptisk. Ikke vil dette løse det store problemet med de mange deltidsstillinger i helsetjenesten. Om arbeidsgiverne hadde vært så opptatt av dette, finnes det lettere veier å komme til målet enn å smukke sammen stillinger her og der. Å dele på en sykepleier er juridisk sett en nøtt. Og det blir spennende å se hvordan man skal sy sammen turnusordninger rundt vedkommende.

Samhandlingsreformen er i støpeskjeen. Helse-Hanssen trenger utvilsomt hjelp for å få landet den utover det verbale stadiet. Her trengs friske ideer og praktiske løsninger. Men Hanssens gordiske knute blir neppe løst ved å innføre en ordning der sykepleiere deles opp i to deler som kan jobbe på hver sin tue. Aleksanders tid er sånt sett forbi.





Forsidefoto: 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 sykepleierne interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. 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 Sykehjemmet studentene glemte  
9 **Vi bare spør:** Lisbeth Normann  
10 Folk  
12 Damer med bart over hele landet  
14 Gateater mot klamydia  
16 Vil ha tilgjengelige jordmødre  
18 Rettssak i april  
18 Samhandling utsatt  
20 **Dokumentar:** Da Hulda kom hjem  
28 65 forslag om kjønnsnøytrale titler  
30 Pinlig god ekspert
  - Brukere ga aha-opplevelse
  - Just do it!
- 36 **Tema:** Skal løfte sykepleierforskning
  - Gjennom nåløyet
  - Slik finansieres forskningen i Helse Sør-Øst
  - Bygger kompetanse selv
  - Strid om navn på forskning
- 41 – Tannløst om internasjonale studenter  
42 **Bøker:**
  - Forfatterintervju: Johan Mjønes
  - Anmeldelser
  - Månedens bok
  - Omtaler
  - 9 spørsmål til Liv Riktor Lykkenborg
- 48 Palestinsk jubel  
49 NSF fortsetter Zambia-støtten  
50 Utstøtt etter rusmisbruk  
50 Veien tilbake  
51 – Gi dem en seng  
51 Må lage mye bråk  
52 Vil gjøre en forskjell  
66 **Terje Carlsen** om identitet  
68 **Dilemma:** Frivillige skal hjelpe det offentlige  
70 Brev om mors fra student  
71 **Refleks:** Jon Hustad  
72 Siden sist  
73 Meninger  
78 Quiz  
79 Før

**Fag i utvikling:**

- 54 Øvelse gir mestring  
59 Fagnotiser  
60 Kunnskap er egenmakt  
64 **Monir Saadati** om smerteopplevelse

- 83 Sykepleien JOBB – ledige stillinger  
93 Meldinger, skoler og kurs

**80 NSF:**

- **Lisbeth Normann** om sykepleiere i «klemma»
- Sviket mot helsevesenets stebarn
- Mer penger til sykepleierutdanningen!

**Pinlig god ekspert**

Prostataopererte Tore Sørum (bildet) har fortalt om sine opplevelser etter operasjonen til sykepleiere som jobber med å forbedre informasjon til pasientene. De har skjont hvor viktig det kan være å spørre pasienten til råds.

## 30



Foto: Erik M. Sundt



# Sykehjemmet studentene

SPYDEBERG: Sykepleierne ved Grinitun sykehjem i Østfold står parate til å ta imot studenter. Problemet er at ingen vil komme.

Solen står høyt på himmelen og gir en fornemmelse av tidlig vår på tunet foran Grinitun sykehjem i Spydeberg. Dette er indre Østfold, men likevel ikke mer enn en 40 minutters togtur unna hovedstaden.

– Vi tar veldig gjerne imot studenter, sier avdelingssykepleier Kirsten Vold idet hun møter oss ved inngangen.

Takket være det fireårige deltidsstudiet ved høyskolen Diakonova i Askim har sykehjemmet klart å rekruttere noen. Dette tilbudet finnes imidlertid ikke lenger, så nå er det desto vanskeligere å få tak i nye studenter.

Grinitun gir botilbud til eldre og funksjonshemmete på permanent basis eller over kortere perioder. I tillegg finnes dagsenter og en skjermet enhet for personer med demens.

## Store utfordringer

Sykepleier Toril F. Molle startet i sin første jobb ved sykehjemmet i 1979, og hun mener at det er noe helt annet å jobbe innen geriatri i dag, sammenlignet med hvordan det var for 30 år siden.

– Vi har så mange diagnoser, som hver for seg krever høy kompetanse. Her på huset har vi eksempelvis folk med videreutdanning i anestesi, palliasjon og demens. Når vi vet at over 80 prosent av sykehjemsbeboerne i Norge har en demensdiagnose, er det naturligvis viktig å ha kunnskap om denne pasientgruppen, sier hun.

Utfordringen ligger i å få studen-

tene til å skjønne at det kan være morsomt å jobbe med geriatri, mener hun.

Kollega og avdelingssykepleier Else Monsen er enig.

– Vi forsøker å gjøre studentenes møte med dette arbeidet så motiverende og inspirerende som mulig. Når en student kommer til oss, blir han eller hun møtt med en velkomstpakke. Den inneholder informasjon om hva dette stedet er for noe, om antall beboere, våre forventninger, og informasjon om hvem som skal være deres primærkontakt og så videre, forklarer hun.

## Ingen praksis uten sykepleier

Norsk Sykepleierforbunds undersøkelse blant avgangsstudentene på Østfolds sykepleierutdanning for 2008 viser at bare knapt 8 prosent av studentene primært ønsker å jobbe i sykehjem. 87 prosent mener at erfaring fra tidligere praksisplasser har vært med på å påvirke ønsket om hvor de vil søke seg etter endt utdanning.

Studentene nevner oftest den lave kompetansen og mangel på sykepleierkolleger for faglig veiledning som negativ erfaring fra praksis på sykehjem.

Ifølge Kirsten Vold er imidlertid alle vakter ved Grinitun dekket opp av sykepleiere. De fleste av sykepleierne ved sykehjemmet gir tydelig uttrykk for at de ønsker å være veiledere.

– Man kommer ikke hit som student uten å ha en sykepleier i ryggen, understreker Vold, og påpe-



ker at studentene som har hatt sin praksis ved sykehjemmet har vært fornøyd med både samarbeidet og oppfølgingen.

– Hva tror du så det kommer av at studentene sjelden søker praksis her?

– Det er ikke til å stikke under en stol at det er dårlig kollektiv forbindelse mellom Fredrikstad og Spydeberg. Det er ikke mange hybler å oppdrive her heller. Men det lar seg gjøre. Det går for eksempel buss til Ski, og tog derfra til Spydeberg. Så helt umulig er det ikke, sier hun.

## Finner noe nærmere

Geir Aarset er praksiskonsulent ved avdeling for helse- og sosialfag på Høgskolen i Østfold, og han er kjent med at de ansatte ved Grinitun ønsker å få studenter dit i praksis.

– Vi er fullt klar over at de ønsker seg studenter, men så lenge vi har praksisplasser der studentene bor, forsøker vi å etterkomme deres ønske om å få plass på hjemstedet, sier han.

Problemet er ifølge Aarset at det fort blir for dyrt for studentene



# glemte

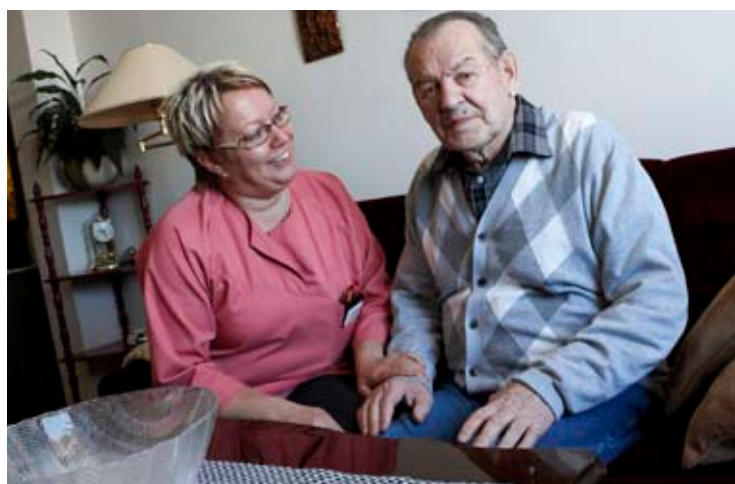


KOM TIL OSS! Avdelingssykepleier Kirsten Vold, sykepleier Toril F. Molle og avdelingssykepleier Else Monsen tar gjerne imot studenter som ønsker praksisplass.

å pendle mellom Fredrikstad og Spydeberg. Og det er stort sett uproblematisk å finne praksisplasser i sykehjem rundt om i kommunene, påpeker han.

## Dyr og lang reisevei

– Jeg synes det blir vanskelig å pålegge studenter å ta praksis i Spydeberg så lenge de selv ikke kommer derfra. Og nå er situasjonen slik at



TRIVSEL: Johannes Vesleng (92) trives godt på Grinitun. Her med avdelingssykepleier Else Monsen.

vi ikke har hatt studenter derfra på mange år. Vi har generelt få studenter fra indre Østfold.

– Men burde det ikke vektlegges at dette tross alt er et sykehjem som tar initiativ og ønsker å tilby studentene faglig veiledning og oppfølging?

– Alle praksisplassene vi benytter fyller kravene til faglig veiledning og oppfølging, så det er intet motsetningsforhold mellom det og studentenes ønsker. Får jeg bekymringsmeldinger om kvaliteten på praksisplasser fra våre lærere, som jo er i praksisbesøk hos alle studentene, tas det alvorlig, sier Aarset, og legger til:

– Alle studentene som er i praksis i sykehjem, får tre praksisbesøk av lærer i løpet av praksisperioden, og dette medfører at vi noen ganger må «konsentrere» studentene der det er mulig, både av tidsmessige og økonomiske grunner.

## Måtte reagere

Virksomhetsleder ved Grinitun, Mona Bekkhus, reagerte da hun leste temaet om studenter i praksis som stod å lese i Sykepleien nr.

2/09. Studentene måtte ta til takke med praksisplasser der det ikke engang var ansatt sykepleiere. Den virkeligheten er ukjent for Bekkhus. For til tross for hennes gjentatte henvendelser til Høgskolen i Østfold er det ingen derfra som har ønsket seg praksisplass ved Grinitun sykehjem i løpet av de siste årene.

I løpet av de åtte årene Bekkhus har vært virksomhetsleder, har de ikke hatt en eneste sykepleierstudent fra Fredrikstad i praksis ved sykehjemmet. Hun understreker at det ikke ligger noen bitterhet i dette, hun ønsker bare å fortelle at de har et tilbud.

– Mitt poeng er at sykepleierne hos oss gjerne vil ha studenter, og vi ønsker å tilby studentene en inspirerende praksisperiode med god, faglig veiledning og oppfølging.

## Delt ansvar

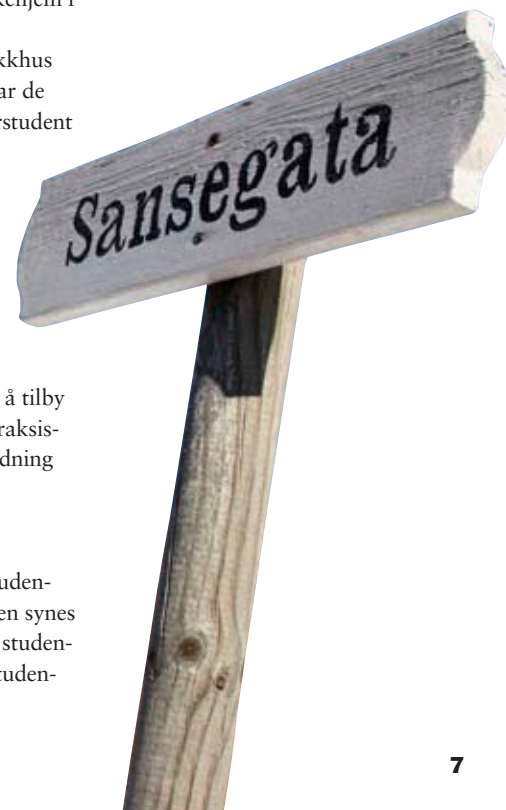
Norsk Sykepleierforbunds studentrådgiver Morten Kristoffersen synes det er flott at Grinitun vil ha studenter. Samtidig forstår han at studen-

tene vegrer seg for en tungvint og dyr reisevei.

– Jeg synes hovedansvaret ligger hos kommunen, hvis de ønsker å gjøre seg attraktive for skolen og studentene, sier han og legger til:

– De bør tilby løsninger som gjør det enkelt og greit å komme seg dit. Sett opp en minibuss som går direkte fra Fredrikstad, eller tilby studentene et sted å bo på stedet. Dette er jo først og fremst et praktisk problem som kommunen kan løse om de vil, sier han.

Kristoffersen presiserer at det skolene først og fremst har ansvaret for er at de plassene de velger er gode, og ikke at alle sykehjem får studenter.





# La behovet styre valget



Kjell Runar,  
sykepleier og selger  
medisinske forbruksvarer og utstyr

Kjell Runar er sykepleier. Han jobber hos oss og hjelper deg til bedre behandling av dine pasienter.

Han er en av mange i Norengros med høy kompetanse på medisinske forbruksvarer og utstyr – test oss!

Les mer på  
[www.norengros.no](http://www.norengros.no)

 **Norengros**  
[www.norengros.no](http://www.norengros.no)



## Lisbeth Normann

**Alder:** 49 år

**Aktuell som:** Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og ansvarlig for NSF's politiske kampanjer.

### BAKGRUNN:

Den har vært nesten umulig ikke å få med seg: To-siders-annonsen med den kvinnelige sykepleieren med og uten bart. Den har florert i landets aviser og på veggplakater i ukevis. NSF vil ha likelønn.

#### **Bartebildene er jo i alle aviser for tiden.**

##### **Har dere slått på stortrommen?**

– Ja, nå synliggjør vi kampen. Det er på tide at vi oppnår likelønn.

##### **Men finanskrisetid er kanskje ikke det gunstigste tidspunkt for å kreve milliarder?**

– Det kan ikke være sånn at likestilling og like-lønn alltid skal ha vikeplikt. Slik har det vært i 20 år. Vi kan ikke vente lenger for å få dette på plass.

##### **Er det fare for å skape for høye forventninger blant medlemmene?**

– Det er alltid en sånn fare når det er snakk om penger. Men likelønnskommisjonen har sagt at urettferdigheten er størst blant kvinner med inntil fire års høyere utdanning i offentlig sektor. Vi må ha tro på at politikerne beslutter at pengene kommer. Likelønn er politikernes ansvar, ikke fagforeningenes.

##### **Hvordan skal dere måle effekten av kampanjen?**

– Vi har ett klart mål: Pengene må bevilges fra statsbudsjettet.

##### **Kan pensjon stå i veien for likelønn i vår?**

– De to sakene må holdes atskilt. NSF's lands-møte har gjort det klart at likelønn skal oppnås innen 2011. Samtidig må vi sikre våre medlemmer gode pensjonsordninger. Begge deler er satsingsområder.

##### **Hva har bartekampanjen kostet?**

– Vet ikke ennå. Har ikke sett regningen.

##### **Sånn cirka?**

– Jeg vet ikke. Men det er viktig å synliggjøre oss for befolkningen.

##### **Hvordan har responsen vært?**

– Mye positive tilbakemeldinger om at dette har vært tankevekkende og opplysende. Og humoris-tisk. Litt snert.

##### **Hvem har gitt respons?**

– Alle mulige slags folk. Politikere, sykepleiere og folk utenfor helsevesenet.

##### **Hvem hadde ideen?**

– Vi bestemte oss for en likelønnskampanje. Så diskuterte vi oss fram sammen med folk som har den slags kompetanse. Kampanjen er langt mer enn plakaten.

##### **Føler du at NSF er ensom i likelønns-kampen?**

– Til en viss grad.

##### **Svikter LO?**

– LO er også for likelønn. Men vi organiserer dem som er hardest rammet av urettferdig lønn. Uavhengig av om vi har venner eller ikke; det er politi-kerne som må ta valget. De prioriterer. Sånn er alt leder-skap.

##### **Du må innrømme at du er grundig lei av å snakke om likelønn?**

– Jeg er i hvert fall utålmodig. Nå er tiden inne.

##### **Hva hvis det ikke blir noen resultater?**

– Da må vi diskutere hva vi gjør videre.

(Se også side 12 og 52)

tekst og foto **Marit Fonn**





tekst **Eivor Hofstad og Lily Kalvø**

## Hun skal lede gigantsykehuset

Hun kom inn fra sidelinjen og gikk helt til topps. Siri Hatlen er direktør i Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus, med sine 20 000 medarbeidere, er en av Norges største arbeidsplasser. Den nye direktøren har bred innsikt i helsesektoren og har mange års erfaring som arbeidende styreleder – og senere styreleder – i Helse Øst.

Hatlen begynner i den nye stillingen 1. juli.

Stillingen betegnes som en av de viktigste jobbene i norsk helsevesen.

Hatlen er kjent for en inkluderende arbeidsform som sikrer forståelse for beslutninger og eierskap til prosesser. Styret mener at hennes evne til bred involvering og medvirkning, kombinert med gjennomføringskraft, vil kunne engasjere og mobilisere



Foto: Heise Sør-Øst

sere medarbeiderne. Dette må til for å realisere målet med Oslo universitetssykehus.

Siri Hatlen var også ønsket som styreleder da Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen for to år siden. Den gang sa hun nei.

Konserntillitsvalgt Kirsten Brubakk i Helse Sør-Øst fremhevet også den gang Hatlens gode lederegenskaper:

– Vi har sett hvor mye hun betyr for Helse Øst. Hun har lyttet til innspill og gjennomført vanskelige prosesser på en god måte, sa Brubakk.



Foto: privat/Otten Tidende

## En kvinne med bart

Norsk Sykepleierforbunds barte-kampanje for likelønn har gått sin gang over landet i februar og mars. I Narvik ble hovedtillitsvalgt Liv Solvang så inspirert at hun den 3. mars like godt sendte et innlegg om lønnstemaet til lokalavisene Otten Tidende og Fremover, med tittelen «Må vi alle bli menn?». Innlegget ble ledsaget av et foto av Liv med en særdeles gjenkjennelig sort strek på overleppa. Hercule Poirot kan bare gå hjem og barbere seg.

## Vestlendingene lever lengst

Ifølge tallene fra norgeshelse.no er det på Nord-Vestlandet vi bør bo hvis vi vil leve lenge i landet. Finnmark er derimot stedet hvis du vil leve tre til fire år mindre.

I Sogn og Fjordane er forventet alder 83,5 år for kvinner og 78,2 for menn. Møre og Romsdal innehar andreplassen med forventet levealder på 83,1 for kvinner og 78,1 for menn. 83,1 år på denne jord kan også kvinnene i Hordaland forvente seg å få.

Finnmark kommer på jumboplassen med en forventet levealder på 80,6 år for kvinner og 74,6 år for menn. Det er omtrent tre år mindre for kvinner og nesten fire år mindre for menn.

**Cialis® Lilly**  
Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E08.

**TABLETTER, filmdrasjerte 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg:** Hver tablett inneholder: Tadalafil 2,5 mg, resp. 5 mg, 10 mg og 20 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner.

**Dosering:** Anbefalt dose er 10 mg minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg gir tilstrekkelig effekt, kan 20 mg forsøkes. Tas med eller uten mat. Maks. dosering er 1 gang daglig. Tadalafil 10 mg og 20 mg er beregnet til bruk for forventet seksuell aktivitet, og er ikke anbefalt til kontinuerlig daglig bruk. For responderende pasienter som forventer regelmessig bruk (f.eks. minst 2 x ukentlig), kan daglig dosering med laveste tadalafildose være hensiktsmessig, avhengig av pasientens valg og legens vurdering. Hos disse pasientene er anbefalt dose 5 mg 1 gang daglig til omtrent samme tid. Basert på individuell tolerabilitet kan dosen reduseres til 2,5 mg daglig. Hensiktsmessigheten av vedvarende daglig doseringsregime bør vurderes regelmessig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mildt til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Daglig doseringsregime er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrensede data vedrørende alvorlig leversvikt (Child-Pugh grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg. Daglig doseringsregime er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon, og ev. forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. **Eldre eller diabetikere:** Dosejustering er ikke påkrevd. **Barn og ungdom:** Bør ikke brukes av personer <18 år.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kan forsterke den blodtrykkssenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Skal ikke brukes ved hjertelidelse der seksuell aktivitet ikke tilrådes. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerteproblemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mmHg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. Pasienter som har mistet synet på et eller begge øyne, non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer eller ikke.

**Forsiktighetsregler:** Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Før oppstart skal kardiovaskulær status vurderes ettersom det er knyttet en viss risiko for hjerte-problemer til seksuell aktivitet. Tadalafil har vasodilaterende egenskaper som gir svakt og forbigående blodtrykkfall, og potensielt dermed hypotensiv effekt av nitrater. Tadalafil kan indusere blodtrykkfall ved samtidig bruk av antihypertensiver. Ved oppstart av daglig tadalafilbehandling bør hensiktsmessig klinisk vurdering ta hensyn til mulig dosejustering av blodtrykkbehandlingen. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystmerter, palpasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. De fleste av disse pasientene hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Synsforsyrelser og tilfeller av NAION er rapportert. Pasienten bør rådes til å seponere tadalafil og kontakte lege umiddelbart ved plutselig synsforsyrelse. Økt tadalafilisponering (AUC), begrenset klinisk erfaring og manglende mulighet til å påvirke clearance vha. dialyse medfører at daglig tadalafil-dosering ikke er anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Pasienter som får ereksjon som varer i >4 timer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med forsiktighet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kaveros fibrose eller Peyronis sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigmoidleaneomi, multiple myelomer eller leukem). Ukjent om tadalafil har effekt hos pasienter som har gjennomgått bekkentirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostektomi. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa-1-blokkere kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte. Kombinering med dokazosin er ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, saknavor, ketokonazol, itraconazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

**Interaksjoner:** Interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. **Effekter av andre legemidler på tadalafil:** Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En effektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), doblet tadalafilis (10 mg) AUC og øker C<sub>max</sub> med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafilis (20 mg) AUC og øker C<sub>max</sub> med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) doblet tadalafilis (20 mg) AUC uten endringer i C<sub>max</sub>. Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som saknavor, og andre CYP 3A4-hemmere, som itraconazol og ritonavir, er viktig for å forhindre forventede økte plasmakonsentrasjoner av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induserende, rifampicin, reduserer tadalafilis (10 mg) AUC med 88%, og det kan forventes redusert effekt av tadalafil. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-induserende som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Effekter av tadalafil på andre legemidler: Tadalafil (vist for 5, 10 og 20 mg) forsterker den hypotensive effekten av nitrater. Interaksjonen varer i >24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Ved ev. behov for livreddende behandling med nitrater, bør det ha gått minst 48 timer fra inntak av tadalafil til nitratbehandling igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og helsekontroll med symptomatisk monitorering. Tadalafil øker oral biotilgjengelighet av etinylestradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil (10 og 20 mg) er brukt samtidig med warfarin og acetylsalisylsyre uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er brukt samtidig med angiotensin II-reseptorblokkere (forskjellige typer og doseringer, alene eller i kombinasjon med beta-2, kalsiumantagonister, betablokkere og/eller alfablokkere) og amlopin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril og metoprolol uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiver. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiver synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykkmåling relaterer seg til graden av blodtrykkkontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Hos pasienter som samtidig får antihypertensiver kan tadalafil 20 mg indusere blodtrykkfall, som (med unntak for alfablokkere) vanligvis er mildt og sannsynligvis ikke av klinisk betydning. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal likevel gis til pasienter når de behandles med antihypertensiver. Samtidig administrering av dokazosin (4 og 8 mg daglig) og tadalafil (5 mg daglig og 20 mg som enkeltdose) øker signifikant blodtrykkreduserende effekt av alfablokkere. Effekten varer i 2 timer og kan gi symptomer som inkl. synkope. Kombinering anbefales derfor ikke. Slik effekt er ikke rapportert med alfuzosin eller tamsulosin. Forsiktighet skal imidlertid utvises hos pasienter som behandles med alfablokkere, spesielt eldre. Behandling skal startes med minimal dose med gradvis økende dose. Tadalafil (10 eller 20 mg) er brukt samtidig med alkohol (0,09% uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil (20 mg) forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykk, forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkelte individer. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg).

**Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det foreligger ingen data for tadalafil og eksponerte gravitider. Det er ikke funnet holdepunkter for direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling.

**Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter >75 år er begrenset. **Svært vanlig (≥1/10):** Gastrointestinale: Dyspepsi. Neurologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/10 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominale smerter, gastroesofageal refluks. Hjerne/kar: Palpasjoner, rødme. **Luftveier:** Nesetetthet. **Muskel-skjelett-systemet:** Ryggmerter, myalgi. **Neurologiske:** Svimmelhet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerne/kar: Takykardi, hypotensjon (mer vanlig ved kombinasjon med antihypertensiver), hypertensjon. Hud: Utslett, urticaria, hyperhidrose. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. **Luftveier:** Neseblødning. Øye: Uklart syn, følelse beskrevet som øymerter, hevelse av øyelokkene, konjunktival hyperemi. Øvrige: Brystmerter (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hjerne/kar: Myokardinfarkt. Kjønnsganer/bryst: Forlenget ereksjon. Neurologiske: Synkope, transitoriske iskemiske anfall og slag (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). Hjerne/kar: Synsforsyrelse. Øvrige: Anksietetendens. **Svært sjeldne (<1/10 000):** Ukjent: Hjerne/kar: Ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, eksfoliativ dermatitt. Kjønnsganer/bryst: Priapisme. Neurologiske: Krampenanfall, forbigående amnesi. Øre: Plutselig døvhets (plutselig nedsatt eller tap av hørsel er rapportert i et lite antall tilfeller ved bruk av samtlige PDE5-hemmere). Øye: NAION, retinal vaskulær okklusjon. Øvrige: Plutselig hjertedød (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). Det er rapportert en lett forhøyet incidens av EKG-forandringer, primært sinusbradykardi, hos pasienter behandlet med daglig tadalafil-dosering. De fleste av EKG-forandringene er ikke forbundet med bivirkninger.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Enkelt-doser ≤500 mg er gitt til friske, og multiple daglige doser ≤100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafileliminering. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B E08.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Middel mot erektil dysfunksjon. **Virkningsmekanisme:** Selektiv, reversibel hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5). Når seksuell stimulering forårsaker lokal frigjøring av nitrogensoxid, vil tadalafilis hemming av PDE5 forårsake forhøyede nivåer av cGMP i corpus cavernosum. Dette resulterer i relaksering av glatt muskulatur og blodtilstrømming til penis, som igjen frembringer ereksjon. Bedring av erektil funksjon og evnen til å ha et vellykket samleie er vist ≥36 timer etter dosering, og evnen til å oppnå og beholde ereksjonen for å gjennomføre samleie er vist 16 minutter etter dosering. Det er ikke observert nedsatt evne til fargediskriminering (blågrønn). Denne observasjonen er overensstemmende med tadalafilis lave affinitet til PDE6 sammenlignet med PDE5. Ingen klinisk relevant nedgang i spermatocyt-antall og -konsentrasjon. Det er ikke påvist endringer på motilitet, morfologi og follikkelstimulerende hormon. **Absorpsjon:** Raskt. Gjennomsnittlig C<sub>max</sub> nås etter en median tid på 2,5–20 mg øker eksponeringen (AUC) proporsjonalt med dosen. «Steady state»-plasmakonsentrasjon nås innen 5 døgn med dosering 1 gang daglig. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 3A4. Hovedmetabolitten er metylkatekolglukuronid, som ikke forventes å være klinisk aktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance for tadalafil er 2,5 liter/time. Utskilles hovedsakelig som inaktive metabolitter, først og fremst i feces (61%) og i mindre grad i urin (36%). **Nyresvikt:** Ved mild (Cl<sub>CR</sub> 51–80 ml/minutt) og moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl<sub>CR</sub> 31–50 ml/minutt) og hos pasienter med terminal nyresvikt og pågående dialyse, er tadalafilisponeringen omtrent doblet etter administrering av 1 enkelt-dose tadalafil (5–20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C<sub>max</sub> 41% høyere enn hos friske.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet. **Pakninger og priser: 2,5 mg:** Enpac: 28 stk. kr 839,10. 5 mg: Enpac: 28 stk. kr 839,10. 10 mg: Enpac: 4 stk. kr 369,50. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 372,00. 8 stk. kr 709,10. 12 stk. kr 1046,10. **Sist endret:** 06.01.2009 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)



Lilly

## Den daglige dosen av nærhet.

**Cialis® Daglig Dosering** er en helt ny måte å behandle erektil dysfunksjon (ED) på. Det gir pasienten mulighet for ereksjon når som helst i døgnet – alle dager.<sup>1,2</sup> Takket være den lave og jevne doseringen (5 mg) gjør Cialis® Daglig Dosering det mulig for pasientene å slippe all ventingen og planleggingen av sexlivet. **Naturligvis finnes Cialis® 20 mg fortsatt, som gir mulighet for samleie etter en halvtime – med virkning i opptil 36 timer<sup>3</sup>** for ED-pasienter som vil ha tilbake muligheten for et fungerende samliv. Cialis® Daglig Dosering kan være et alternativ for menn som i dag tar en PDE 5-hemmer minst to ganger i uken, og som vil ha frihet til å ha seksuell aktivitet når de ønsker det. Akkurat slik som livet var før.



C090115-04 Inertias



# Slagkraftig bartemarkering

Det gikk hardt utover landets svarte leppestifter 8. mars og dagene før. Bartemarkeringer med krav om likelønn fylte landets torg og medier fra nord til sør.



TELEMARK: I slutten av februar brøt bebertede studenter seg inn i møtet som høgskoleledelsen hadde med NSF-ledelsen og krevde engasjement for høyere lønn. Foto: NSF Telemark

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har hatt full mobilisering de siste ukene i kampen for like-lønn. Saken ble derfor et selvsagt hovedtema fra sykepleiernes side i markeringen av den internasjonale kvinnedagen 8. mars.

«Med et pennestrøk kan lønns-gapet minskes», har vært kampanjens tittel som har gått i landets aviser, illustrert med en kvinnelig sykepleier før og etter påtegnet pennestrøks-bart.

## – Likelønn har vikeplikt

Den 8. mars kulminerte det hele med at landets sykepleiere tegnet på seg en liknende bart og gikk i tog. Mange steder hadde de i dagene før også leserinnlegg

i lokalavisene og stand der de i tillegg til barten tok på seg såkalte sandwicher; plakater med likelønnsbudskap foran og bak, og delte ut løpesedler.

– Vi trør i en hengemyr av velvilje men kommer ingen vei. Likelønn har vikeplikt for alle andre hensyn – nå er det finanskrise. Men det har alltid vært noe som er viktigere – det har aldri passet! Når passer det egentlig? spurte fylkesleder Mari-Anne Golten i Hordaland i sin tale på Torgalmenningen i Bergen.

## Barteprotester i NSF

Bartekampanjen blir ikke like godt mottatt over alt. Lill Sverresdatter Larsen, hovedtillitsvalgt ved



OSLO: I Oslo hadde NSF vært med i 8. marskomiteen og fikk dermed sikret parolen «Staten har råd - kvinnelønnspropp nå!». På Youngstorget var NSF's leder Lisbeth Normann en av hovedtalerne. Hovedstadstillitsvalgt Line Orlund (bildet) er optimist. Foto: Stig M. Weston

Universitetssykehuset i Nord-Norge, forteller følgende fra sin arbeidsplass:

– Bartekampanjen er en snak-kis på huset. Men jeg har møtt flere menn som er skeptiske. En

mannlig sykepleier her meldte seg nylig ut av NSF i protest mot kampanjen. Som mann opplevde han seg utstøtt og mente fokus ble på lønn og ikke på verdsetting av kompetanse.

Det er snart 60 år siden vi  
lanserte vårt første produkt



I 1949 ble det første Natusan® produkt lansert: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens opprinnelse fra apoteket "Svanen", Strøket, København.



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949



# Gateteater mot klamydia

Kjærlighetsuka i Tromsø fikk flere ungdommer til å velge kondom og teste seg for klamydia. Og ga mye god underholdning.

Tromsø ligger på norgestoppen i antall tilfeller av klamydia, nest etter Finnmark. Som et ledd i arbeidet mot den utbredte kjønnsykdommen gikk den såkalte Kjærlighetsuka av stabelen i ishavsbyen fra lørdag 7. februar og fram til valentinsdagen lørdagen etter.

Arrangementet er et samarbeid mellom Tvibit helsestasjon, Sosialmedisinsk senter, Medisiner-

studentenes seksualopplysning, og helsesøstre på videregående skoler i byen. Det får støtte fra Sosial- og helsedirektoratet.

– Ideen til Kjærlighetsuka fikk vi under en studietur til Amsterdam i 2004, forteller fagleder ved helsestasjonen for ungdom i Tromsø, Tvibit, Randi Elisabeth Olsen.

Tjue helsesøstre fra Tromsø var med. Under oppholdet ble de kjent med konseptet «Love Week», et årlig arrangement som finner sted i Amsterdam, der fokuset er ungdom og sex.

– Vi tok med oss ideen hjem og laget den til vår egen, forteller Olsen.

## Klamydiatrollet kommer

Dette var tredje gang siden 2005 at unge tromsøværingene og andre interesserte fikk anledning til å lære mer om seksuelt overførbare sykdommer. I form av plakater, utdeling av flyere på skolene, gratis kondomer, opplysningsfilm på kino, og ikke minst utvidede muligheter til å teste seg. Kampanjen mot klamydia varte hele uken fram mot valentinsdagen.

Og avslutningen på Kjærlighetsuka ble i år markert med et fargesprakende gateteater midt i Tromsø sentrum med dramaelever ved Kongsbakken videregående skole.

Tilskuerne fikk se både online-dating, speeddating og blind date.



VALENTIN: Denne plakaten fikk fram smilene på busser og skoler i Tromsø i Kjærlighetsuka.



## Klamydia

- Klamydia er en av de aller vanligste kjønnsykdommene i Norge.
- 50-80 prosent får ingen symptomer, og mange går lenge med infeksjonen uten å vite det.
- Klamydia er farlig fordi den kan gi eggstokk- og egglederbetennelse, noe som igjen kan gi langvarige magesmerter eller problemer med å bli gravid senere.
- Gutter kan få betennelse i bitestikkelen, som både kan gi smerter og sterilitet.
- Klamydia er den viktigste årsaken til sterilitet hos både gutter og jenter i Norge.
- Én av 20 under 25 år har til enhver tid klamydia.

Kilde: Folkehelseinstituttet

«James Bond» var også til stede og praktiserte uhemmet og usikker sex. Men så kom det grønne klamydiatrollet, og Bond-pikene ble smittet. «Men når det svir i tissen, kan du dra på Tvibit helsestasjon eller Sosialmedisinsk senter og teste deg, for det er gratis. Dessuten beskytter kondomer mot klamydia», var budskapet elevene ga tilskuerne i Tromsøs gater.

Og etter forestillingen kom «Chlamydia Cops» og delte ut kondomer til publikum. Elevene sto selv bak sangene og sketsjene.

– Mange syns det er flaut å dra og teste seg, og mange gutter er nok redde for q-tipset. Men vi vil mynke om q-tipset til livs. Å teste seg inne-

bærer bare å tisse i et glass, påpekte Mats Jangås, Andreas Ugedahl, Kristoffer Hansen og Frederick Brattslø, dramaelever som deltok i aksjonen.

– Tromsø ligger langt oppe på statistikken, og det er viktig å informere ungdom. Tvibit og Sosialmedisinsk senter har et veldig bra tilbud. Det slår vi gjerne et slag for.

## Lo og fikk kondomer

Lisa Hemmingsen, Marthe Ophaug og Anette Søsnes var blant de skuelystne som hadde funnet veien til Strandtorget. De tre jentene i 17-18 årsalderen lo godt, og fikk kondomer av klamydiapolitiet etter forestillingen.



SEX OG KONDOM OG KLAMYDIATROLL: Med sanger og sketsjer informerte dramaelevne ved Kongsbakken videregående skole om klamydia og sikker sex i Tromsøs gater på valentinsdagen 14. februar.

– Dette er en veldig fin måte å få oppmerksomhet om klamydia på. Man blir mer obs på farene, og kanskje drar flere og tester seg etterpå, mente de tre.

#### – Guttene må teste seg

Randi Elisabeth Olsen ved Tvbibit er imponert over dramaelevne, som hun mener hadde satt sammen en fin og elegant teaterforeføring, som ikke virket påtrengende.

– De fikk fram de gode poengene på en veldig fin måte, sier hun.

Særlig unge gutter er en viktig målgruppe for kampanjen. Gutter som smittes av klamydia får ofte ingen symptomer, og står da i fare for å fortsette å smitte andre.

– Mange gutter lar dessverre være å teste seg, siden de fleste som tester seg gjør det på bakgrunn av oppståtte symptomer, sier Olsen.

Tallene fra i fjor viser at så mange som en tredjedel av guttene som testet seg for klamydia på Tvbibit helsestasjon, testet positivt. Hver fjerde jente som testet seg hadde positiv klamydiaprøve. Sist kampanjen ble gjennomført, i 2007, valgte flere gutter å teste seg i løpet av og i etterkant av Kjærlighetsuka.

– Guttene nøler ofte mer enn jentene, derfor er det uhyre viktig å fange dem opp, mener Olsen.

Akkurat hvor mange som valgte å teste seg under årets Kjærlig-

hetsuke, har man foreløpig ingen oversikt over. Men oppslutningen rundt arrangementet var stort, og tilbakemeldingene mange og positive.

– Spesielt mange har kommentert plakaten vår, og gitt uttrykk for at de synes den er artig. Folk synes det er fint at vi henvender oss til guttene. Jeg tror det er viktig at vi skaper oppmerksomhet rundt dette som ikke virker formanende og dermed treffer negativt. Humor er i så måte et veldig godt virkemiddel.

#### Vil være sikre

På Tvbibit hadde kjæresteparet Silje Tøllefsen og Edvard Bjørklund,

begge 18, stukket innom denne formiddagen for å få gratis kondomer.

– Økonomien er dårlig når man er skoleelever, derfor er dette et kjemp flott tilbud, uttalte kjæresteparet.

18-åringene mener Kjærlighetsuka er et flott opplegg.

– Det er en fin måte å normalisere det hele på. Mange synes det er flaut å snakke om klamydia.

Både Silje og Edvard har testet seg tidligere for å være sikre.

– Mange går rundt med klamydia uten å være klar over det. Det er bedre å sjekke seg og være sikker, samstemte de.

Neste arrangement av denne typen blir i 2011.



# Vil ha tilgjengelige jordm

Et trygt fødetilbud, ønsker Helse-Hanssen, og trekker fram jordmødrene. Men glemmer helsesøstrene i barselomsorgen.



STATSRÅDEN: Helseminister Bjarne Håkon Hanssen ønsker et trygt fødetilbud, mange nye barn og slutt på de små jordmorstillingene.

Fødselsmeldingen har vært bebudet i mange år. 13. februar ble den lagt fram av helseminister Bjarne Håkon

Hanssen. Stortingsmelding nr.

12 har fått navnet: «En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.»

Men hvordan jordmortjenesten skal organiseres, gir ikke meldingen noe svar på. Det må vente til etter at Hanssen har lagt fram sin samhandlingsreform i juni.

## – Stopp diskusjonen!

Om noen av dagens fødetilbud skal legges ned, er heller ikke tema for Hanssen nå.

Han ønsker at helseforetakene samarbeider med kommunene om å lage flerårige og lokalt tilpassete planer for å skape trygge og helhetlige fødetilbud.

– Inntil det er på plass, må strukturene ligge i ro. Diskusjonen om strukturendringer må legges på is, sa Hanssen på pressekonferansen.

Men han er bekymret over kommunenes små stillingsbrøker for jordmødre, og at dette fører til rekrutteringsproblemer.

– I dag har ikke gravide et reelt valg mellom lege og jordmor. Det vil vi gjøre noe med.

## Statlige jordmødre?

Meldingen skisserer to alternative modeller for framtidig jordmortjeneste: Enten overtar staten alt ansvar, eller så må kommuner og sykehus

samarbeide om å utveksle jordmor-kompetanse.

– Fordelen med en statliggjøring er at i stedet for at fem kommuner har hver sine 20-prosentstillinger, kan én jordmor ha en hel stilling. Jordmødrene kan jobbe med svangerskapsomsorg, fødsler og barsel. Nå er det mange som bare jobber med biter av eget fag, sa Hanssen.

Overfor Sykepleien bekrefter Hanssen at han ønsker flere jordmødre, ikke minst i kommunene. Men om det er behov for å utdanne flere, vil han ikke si noe om.

Statssekretær Dagfinn Sundsbø smetter inn:

– Jordmødre i dag bruker ikke all

bruke den, sier hun.

– Er det nok jordmødre?

– Ja, hvis de velger å bli i yrket.

Det fordrer faglige miljøer og hele stillinger.

Siden helseministeren sier at jordmødrene må vente på samhandlingsreformen, regner Sommerseth med at tiltakene kommer med den.

## – Bra å veksle på kommune og sykehus

Sommerseth påpeker at skal kommunene ha mer barselansvar, må det følge ressurser med. Det sier ikke fødselsmeldingen noe om.

– Hvilken av modellene for jordmororganisering foretrekker du?

## Vi trenger å avklare hvem som skal ha ansvar for hva.

Astrid Grydeland Ersvik

sin kompetanse som jordmødre. Der er det mer å hente, mener han.

## – Vag melding

– Bra at meldingen slår fast at jordmortjenesten skal være sentral i fødselstilbudet, sier Eva Sommerseth, leder i Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Men hun synes meldingen er vag og savner konkretiseringer. For eksempel om hvordan myndighetene aktivt skal sørge for hele stillinger til jordmødrene.

– Da er det ikke makt bak ordene, mener hun.

Derimot er meldingen mer eksplisitt om å rekruttere gynekologer.

– Hvorfor i alle dager gjelder ikke det samme for jordmødrene? Kompetansen fins. Det er bare å

– Det er fornuftig at jordmødrene kan veksle på å jobbe i kommunene og på sykehus. Slik kan de bygge opp en spisskompetanse.

– Det blir ikke for fragmentert?

– Nei, det er bra at jordmødrene arbeider med hele forløpet, mener Sommerseth.

Hun er fornøyd med at fødetilbudene ikke lenger skal vurderes ut fra antall fødsler.

– Det er viktig at vi har et differensiert tilbud. Vi må ikke ha en tjeneste som gjør at kvinner må reise hjemmefra i lengre perioder.

## Hva med helsesøstrene?

Også Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre i NSF, gleder seg over at jordmortjenesten så tydelig løftes fram. Hun kjenner

# ødre



Foto: Therese Borge

JORDMOREN: Eva Sommerseth venter på konkrete tiltak for å få flere jordmødre i jobb.



HELSESØSTEREN: Astrid Grydland Ersvik lurer på hva som skjer med helsesøstrenes rolle i barselomsorgen.

igjen mange innspill fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg, der hun er medlem.

– Men det som ikke er gledelig, er at helsesøstres rolle i barselomsorgen ikke er nevnt. Det er en underkjenning av vår fagkompetanse.

Hun påpeker at det er helsesøstrene som har hovedkontakten med

familiene i og etter barseltiden.

– *Blir jordmødrene konkurrentene deres?*

– Det ønsker vi ikke. Det er behov for både helsesøstre og jordmødre. Men vi trenger å avklare hvem som skal ha ansvar for hva. Den diskusjonen må vi ta. Vi følger familiene over år. Det

skal ikke jordmødrene gjøre. Det er viktig at vi danner grunnlag for kontakt i barseltiden.

– *Har du noen preferanser av de to modellene?*

– Det er i hvert fall helt vesentlig at jordmødrene er knyttet til helsestasjonen. Uavhengig av hvor de er ansatt, sier Ersvik.



## Fra fødselsmeldingen:

- To forslag til organiseringen av jordmortjenesten:
  1. Kommuner og helseforretak samarbeider
  2. Staten overtar ansvaretRegjeringen vil ta stilling til modell når samhandlingsreformen legges fram i juni.
- Inndelingen i tre nivåer fødeinstitusjoner (kvinneklinnikk, fødeavdeling og fødestue) består. Men tallgrensene oppheves og erstattes med kvalitetskrav.
- Jordmødre følger opp mor og barn hjemme de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege.
- Følgetjenesten for gravide legges til sykehusene



## Norsk Helsenett

Norges elektroniske samhandlingsarena for helse- og sosialsektoren. Vi legger til rette for et helhetlig pasientforløp og bidrar til effektivisering av norsk helse- og sosialsektor.



# Rettssak i april

Generalsekretær Ellen Beccer Brandvolds lederstil og væremåte er av en slik art at det kan gi grunnlag for saklig oppsigelse, fastslår Oslo tingrett i en kjennelse. Rettssaken om oppsigelsen er berammet til 22. april.

Ellen Beccer Brandvold saksøkte like før jul Norsk Sykepleierforbund (NSF) for å ha blitt usaklig oppsagt fra forbundets øverste administrative stilling.

Oppsigelsen skjedde 18. november. NSF's politiske ledelse har hele tiden vært knapp i kommentarene og vist til at dette er en personalsak, og at det dreier seg om manglende tillit til Brandvold.

Brandvold viser til at hun ikke har fått skriftlig advarsel. Hun ønsker oppsigelsen kjent ugyldig.

Hovedforhandlingene i Oslo tingrett er berammet til perioden 22. til 30. april. Det betyr at partene ikke prøver å løse saken med rettsmekling.

## Må frate under behandlingen

Oppsigelsestiden gikk ut 18. februar, men Brandvold har ønsket å stå i stillingen. I sitt svar til stevningen begjærte NSF at Brandvold skulle frate sin stilling under sakens behandling.

I en kjennelse fra 2. mars fikk NSF medhold i dette. Der slår Oslo tingrett fast at Brandvold må frate

sin stilling innen 13. mars.

I sin begrunnelse viser retten til odelstingsproposisjon 48 (2004-05) der det står: «retten til å fortsette i stillingen kan være upraktisk å gjennomføre ved oppsigelse av øverste leder i virksomheten (...) det skal mindre til for at en leder må frate enn en underordnet ansatt.»

Retten mener det er svært uheldig for NSF som organisasjon at samarbeidet mellom generalsekretæren og enkelte ansatte, herunder avdelingsledere og forbundsleder, ikke fungerer.

Brandvold har flere ankepunkter om saksbehandlingen av oppsigelsen. Men retten sier at den har vært tilfredsstillende nok til at det ikke kan tale mot fratreden.

NSF begrunner oppsigelsen med ti punkter som gjelder Brandvolds lederstil og væremåte. NSF mener blant annet at Brandvold skaper utrygghet, snakker til folk som om de er barn og at hun ikke involverer. Retten sier at Brandvolds væremåte kan være av en slik art at den kan gi saklig grunn for oppsigelse. Men kjennelsen er midlertidig og bevisene

**SAKSØKER:**  
Ellen Beccer Brandvold vil at oppsigelsen skal bli kjent ugyldig.



i saken er ikke prøvd. Det vil først skje i en rettssak.

## Utsatt rettssak?

NSF har ønsket å utsette rettssaken til september. Men retten har brukt det som et poeng at siden saken er

berammet så tidlig som april, vil det være mindre inngripende for Brandvold å frate i tiden saken er under behandling.

Hvis saken ikke blir utsatt, faller den i tid sammen med vårens lønnsoppgjør, som er en travel tid for NSF.

# Samhandling utsatt

Samhandlingsreformen skulle komme i april, men er utsatt til juni. Årsaken er at regjeringen vil legge den fram som en stortingsmelding.

– Dette for å sikre en bred politisk behandling av meldingen, sies i en pressemelding fra helseminister Bjarne Håkon Hanssen og kommunalminister Magnhild Meltveit Kleppa.

De viser til at kommunene vil spille en avgjørende rolle for at reformen skal lykkes. Et utvidet ansvar vil berøre både organisering og finansiering av kommunesektoren.

C Daivobet® LEO  
Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52  
T SALVE: 1 g inneholdt: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat 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 behandlingssperiode 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, skjørtet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudår-/skader, perianal og genital kløe. Ved guttatt, erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos 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 pustulose 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 psoriasismidler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** 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 amning. **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: Pustulos 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 hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og koloid mitia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, 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 915,20

**Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Refusjonskode:** ICPC: S91 Psoriasis (25), ICD: L40 Psoriasis (25). Vilkår 25: Før et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder.

Sist endret: 07.10.2008

LEO May 2008. All trademarks mentioned belong to the LEO Group

Daivobet® -  
et førstevalg ved  
behandling av psoriasis!

Å føle velvære  
- også med psoriasis

LEO®

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

- Hurtig innsettende, god effekt<sup>1,2,3</sup>.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- [www.psorinfo.no](http://www.psorinfo.no)



LEO Pharma AS

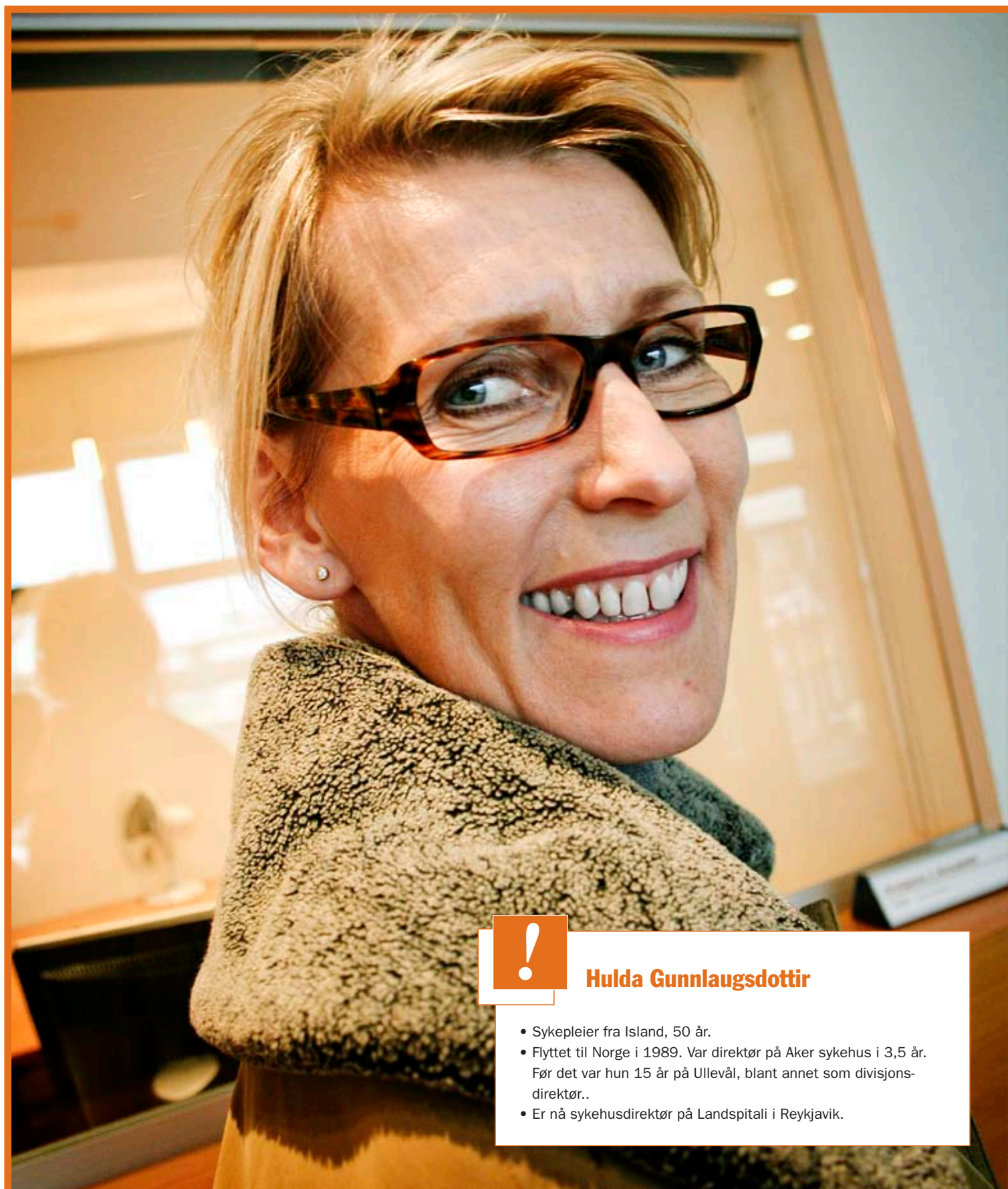
Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge  
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01  
[www.leo.no](http://www.leo.no) [info.no@leo-pharma.com](mailto:info.no@leo-pharma.com)



**Daivobet®**

calcipotriol/  
betametason dipropionat





### **Hulda Gunnlaugsdottir**

- Sykepleier fra Island, 50 år.
- Flyttet til Norge i 1989. Var direktør på Aker sykehus i 3,5 år. Før det var hun 15 år på Ullevål, blant annet som divisjonsdirektør..
- Er nå sykehusdirektør på Landspítali i Reykjavik.

# Da Hulda kom hjem

Hulda Gunnlaugsdottir hadde nølende takket ja til **sykehusdirektørjobben på Island**. Etter 19 år i Norge. Så kom finanskrisen. Nå bor hun i sin barndoms gate og kutter millioner.

En maidaag i 2008 får Hulda Gunnlaugsdottir besøk fra Island. Av helseministeren, som ber henne søke direktørjobben på det islandske rikshospitalet. Hun vet ikke engang at stillingen er ledig.

Sykepleier Gunnlaugsdottir er administrerende direktør på Aker sykehus og midt i omorganiseringen i hovedstaden. Hun trives. Smigrende å være ønsket på Island. Men nei, det passer ikke.

Mannen hennes er uenig. «Tenk på det», sier han, «nå kan du endelig komme hjem til familien du savner.»

Men Hulda sier nei.

I august søker hun likevel. Hun blir innkalt til intervju. Kommer hjem, kjenner at hun ikke vil. Det er for mye som skjer. Kan ikke forlate Aker nå. Ny runde med mannen. Veier fordeler og ulemper med venninnen. Tenker så: Får jeg jobben, tar jeg den. Hun får den. Sier ja. Hun skal begynne i oktober.

## Hjem til tomt hus

6. oktober smeller det. De islandske bankene kollapser. Landet er omtrent bankerott. Statsgjelden er enorm.

Hulda er i Oslo og tenker ikke så mye over det. Søndag 19. oktober legger hun siste hånd på høringsvaret i hovedstadsprosessen fra Aker sykehus. Neste dag reiser hun nordvestover. Og dagen deretter går hun til sin nye jobb.

Oppgavene er de samme som før. Men kulturen er ny. For tjuv år siden var hun sjefsykepleier nord på Island. Siden den gang har flere små sykehus i Reykjavik slått seg sammen til store Landspítali – rikshospitalet. Det betyr at sykehuset er spredt rundt i hele byen. 110 bygg på 22 adresser. 5 100 ansatte. En av Islands aller største arbeidsplasser. Et nytt sykehus har vært planlagt i 10 år, men her og nå står kuttene for tur.

Arbeidsdagene er lange. Institusjonen har ventet på den nye lederen. Forventningene kommer både innenfra og utenfra. Hva vil hun gjøre? Spare? Slå sammen?

Om kveldene kommer hun hjem til tomt hus. Datteren Tinna på ti skal flytte opp etter nyttår. Mannen skal pendle og være på Island en uke hver måned. Hun savner ham. Lars Erik Flatø er også sykehusdirektør – på Lovisenberg i Oslo. På



SYKEHUSET: Tårnbygget på Landspítali. Karakteristisk, men upraktisk. Og med uformell kultur.

jobben vet hun ennå ikke hvem hun kan kaste ball med. Det blir mange telefoner mellom Island og Norge.

Imens demonstrerer islendingene Islands gjeld vil forfølge innbyggerne i årevis. Folk er sinte på regjeringen. På alle politikerne. Sentralbanken. Finansfolkene, som

går under navnet vikingene.

Regjeringen går. En ny, midlertidig blir utnevnt. Arbeidsledigheten stiger.

Krisen blir stadig mer reell for Hulda. Landspítali har et budsjett på 3,5 milliarder norske kroner. Det skal kuttes 320 millioner. Det





FORNAVN: På åpningen av nye møtelokaler vil mange snakke med Hulda. På Island er alle på fornavn med hverandre.

er like mye som kuttene til Ullevål, som har et nesten dobbelt så stort budsjett.

### Sier opp 67

På kontoret til Hulda ligger en bukkett oransje roser. Det er mandag 23. februar, klokken er to. Der kommer hun feiende, rett fra møte. Like før helgen var hun på to allmøter og tv om kvelden. Budskapet var: Sykehuset legger ned 96 stillinger og sier opp 67 ansatte.

En uke før hadde hun sagt på tv: Målet er at vi ikke sier opp noen.

– Jeg har gått fra møte til møte siden klokken 8 i morges. I ett – tju, tju, tju, forklarer hun og går for å ta på leppestift.

Hun jobbet i går også, søndagen. Nå tar hun med seg buketten, drosjen venter. Hun skal på en åpning av nye undervisningslokaler. De er i noen tidligere boliger for psykisk utviklingshemmete. Nå har de flyttet til egne hjem.

Hulda har begynt å bli kjent med det indre livet på sykehuset. For eksempel er det to akuttmottak i byen, på de to gamle hovedsykehusene. Det ene er for ulykker, det andre for hjertesyk-

dommer. I løpet av året vil hun flytte alle akuttfunksjonene til ett av byggene, men ha hjertesenter på det andre. De to sykehusene har ulike kulturer. Bygget med tårn har en uformell stil à la Ullevål i Oslo. Det andre strammere, mer som Riksen.

Men Hulda er nesten like mye i departementet som på sykehuset for tiden. Det er jo finanskrisen.

Drosjen er framme, inne er det masse folk og marsipanekake. Hulda mingler og prater med folk. Direktøren for akuttmedisin er bekymret og ønsker påbygg. En annen lege snakker svensk og medgir at det er «svåra tider». Han er kirurg og leder kvalitetsavdelingen. Før var direktøren fienden, forteller han. Det er uvanlig å være direktør og populær.

– Men Hulda er en av oss. Hun er annerledes. Sier ting rett ut. Og hun sier alltid vi. Det virker, mener han.

### Slutt på fete avtaler

Tilbake på kontoret like ved Reykjaviks berømte Hallgrímskirke skal Hulda ha møte. Tema er operasjons- og anestesisykepleierne



som da de var mangelvare, fikk ekstra gode avtaler om overtid og ferie. Da avtalen ble sagt opp i fjor, truet sykepleierne med å si opp. Nå er det nye tider. Sykehuset er blitt en attraktiv arbeidsplass oppi all utryggheten. Hulda er innstilt på en løsning.

– De er ikke vant til at arbeidsgiver bruker styringsretten sin, sier hun.

Sykehuset trenger ikke lenger lyse ut stillinger til avdelinger som ikke var så populære, som gastro og medisin.

Hulda er mer i nyhetene enn



**!** **Island blør**

- Landet er hardt rammet av finanskrisen
- 319 000 innbyggere
- 10 prosent arbeidsledighet. Tallet vil trolig øke.
- Om lag 2 800 yrkesaktive sykepleiere

statsministeren. Hun er i avisene, på tv, på nettet.  
 – *Hvordan er det å se seg selv på tv?*  
 – Litt rart. Men det er bare å kaste seg ut i det, selv om man ikke er forberedt. Det viktigste er at jeg kan saken så budskapet blir nøyaktig.

**Byggefløppen**  
 I de siste årene har Reykjavik vært omkranset av heisekraner. Store områder har blitt bygget ut både med blokker og eneboliger.  
 Hvem skal bo her, har folk spurt seg. I Reykjavik med omegn bor det knapt 200 000 mennesker. Hele Is-



**Hulda er en av oss. Hun er annerledes. Sier ting rett ut.**

Kirurg på sykehuset

PÅ FARTEN: Drosjen venter. Sykehuset har 110 bygg på 22 adresser. Det betyr mye farting. Blomster må med når nye lokaler skal åpnes.

land har 319 000 innbyggere. Også store kontorbygg og butikksentre har poppet opp.  
 Nå står mange hus og leiligheter tomme. Halvbygde hus blir ikke ferdige. «Til salgs» står det på plakater overalt. Jord og lava er gravd opp og grunnen klargjort for enda flere bygg. Men nå er det stopp. Sårene i landskapet vil lenge være synlige bevis på stormannsgalskapen som fikk utvikle seg.  
 Det internasjonale selskapet Bauhaus ville etablere seg på Island. Butikkbygget var klart, folk ansatt. Da kom krisen. Nå står det svære nybygget der, pyntet med firmaets logo. Bauhaus kommer ikke.  
 Litt bortenfor ligger et nytt gigantisk kjøpesenter. En lekebutikk, en bilbutikk og noen flere holder åpent. Men de fleste lokalene er tomme. Korputorget, heter det, etter elven Korpu som renner like ved. Det islandske ordet for krise er kreppu. Nå kaller reykjavikingene stedet bare for krepputorget.  
**I barndomsgaten**  
 Møtet oppe ved kirken er ferdig. Operasjons- og anestesisykepleierne må belage seg på mindre lønn.

Det blir færre på vakt og mindre overtid. For noen vil det svi mer enn for andre.  
 Hulda drar hjem. Men arbeidsdagen er ikke over. Nå har Tinna flyttet til Reykjavik. De leier leiligheten til Huldass barndomsvenninne og kan se bort på huset der hun selv vokste opp. Tinna går på samme skole som moren har gått på. Huldass voksne sønn jobber i den amerikanske ambassaden i Bagdad.  
 Utpå kvelden kommer medisinsk direktør Bjørn hjem til henne. De forbereder møter til dagen etter. Omorganisering er på gang.  
 Hun har alltid jobbet mye. Det kan hun gjøre fordi hun trives. Bare én stilling trivdes hun ikke i. I ett år var hun koordinator for pasienthotellet på Ullevål. Da det åpnet i 2000, var det ingen entusiasme blant de ansatte. Hun følte hun ikke bidro til noe.  
**Den store masse må på kurs**  
 Neste morgen byr på regn og blåst. Hulda er på jobb klokken åtte. Hun har skiftet ut buksedressen fra i går med skjørt og genser. Hulda misunner menn i dress, som har enkle valg om morgenen.



## De trodde de var konger eller noe.

Eva Olafsdottir, sykepleier



**USIKRE TIDER:** Eva Olafsdottir har økt stillingsbrøken for å trygge familien. Hun liker dårlig å måtte betale gjeld som andre har stelt i stand.



**AVSLAPPET:** Elisabeth og Thordis Maria tror de skal klare seg bra i krisen. Et alternativ er jobb i Norge.

Hun snakker i mobilen, legger igjen en beskjed.

– Hei Erik, kan du ringe om de tallene?

Meldingen er til Erik Normann, direktør på Ahus. Hulda mener Island har noe å lære av Norge. Og omvendt. For eksempel kan islandingene lære av Aker sykehus at rengjøringspersonalet også kan vaske instrumenter.

Hun skulle ønske at flere sykepleiere var opptatt av faget.

– Noen fokuserer på faget, noen på penger. Hadde operasjons-sykepleierne bedt om avtaler om fagutvikling, ville de fått det. Men de ba ikke om det. Jeg tilbød det ikke heller.

Sykepleiere er godt utdannet her, mange med master. En hard kjerne ansatte hiver seg alltid på kurs og konferanser. Dette gjelder alle profesjoner. Disse kurselskerne vil Hulda gjerne dytte tilbake i klinikken. Mens andre vil hun gjerne ha av gårde på faglige seminarer.

– Vi må ikke glemme den store masse. Det må jo være fint å være på seminar og bli matet. Det er ikke fordi de ikke vil. De tenker bare ikke på det.

Klokken 08.30 begynner det ukentlige ledermøtet. Smil og latter før alvoret senker seg og lederne med jevn kjønnsfordeling konsentrerer seg om tall, presenter og omorganisering.

### Folket må betale gjelden

Fem minutters biltur unna ligger tårnbygget, sykehuset med den uformelle stilen. Det smale tårnet kneiser over bygget med fasader full av vinduer i mange størrelser. På infeksjonsavdelingen i sjuende etasje er dagen godt i gang. Eva Olafsdottir er assisterende avdelings-sykepleier og hovedtillitsvalgt for sykepleierne.

På engelsk beskriver hun situasjonen:

– Vi vet ikke hva som skjer. Eller hvor mye vi skylder. Vi vanlige folk forstår ikke hvorfor vi er ansvarlige for Islands gjeld.

Da det smalt i oktober, bestemte hun seg for å øke stillingen sin fra 80 til 100 prosent. Mannen er ingeniør. Båtfirmaet han jobbet i gikk

konkurs, men ble kjøpt opp. Han vet at han har jobb til 1. april. Hun tror han får bli, erfaren som han er. Men garantier har de ikke.

Kollegene går inn og ut av pauserommet. Skiltene på brystet har kun fornavn. Tavlen på vaktrommet gir oversikt over pasientene. Bare fornavn, der også. Slik er det på Island.

– Alle snakker om krisen, sier Eva, og kollegene nikker.

– «Det er jo bare om bank, bank og bank i tv», sier sønnen min på fem. Vi er blakk som nasjon. Folk er sinte.

En trøst er at det også er krise i USA. Det er ikke bare Island som er ute å kjøre.

– Og i Zimbabwe er det enda verre, sier Eva.

Hun har alltid hørt at det må kuttes i helsevesenet.

– Vi har aldri sløst heller. Men i år er det virkelig alvor.

De har høye forventninger til den nye direktøren, men skjønner at jobben er tøff og at hun må kutte.

– Vi prøver å spare. Vi diskuterer:

Har vi gjort nok for pasienten nå? Trenger vi en test til? Men vi husker også alle historiene om svikt.

Bedre retningslinjer er løsningen, mener hun.

– Og vi trenger en helhetlig plan. Usikkerheten gjør alle utrygge.

Men det er rart å kutte når det har manglet sykepleiere i alle år.

– Pasientene kommer jo uansett. Og i disse tider med mange bekymringer blir de sykere, tror Eva.

Hun liker godt at den nye direktøren er sykepleier. Og hun synes det var en bra gest å gi alle ansatte julegave. Et gavekort for en cd med islandsk musikk, produsert på Island.

– Vi var ikke vant til julegaver. Det vitner om god ledelse. Hun har spilt kortene bra.

### Kanskje til Norge

Også sykepleier og trebarnsmor Ingebjørk utvidet fra 80 til 100 prosent da krisen kom. Mannen er snekker og hadde eget firma. Alt arbeid stoppet opp i høst. Akkurat nå har han jobb i et annet i firma. Kanskje må han omskolere seg.

Ingebjørk tar en dag av gangen. Familien prioriterer nå å være

## Noen fokuserer på faget, noen på penger.

Hulda Gunnlaugsdottir om sykepleiere



KUTT: På ledermøte dreier det seg om budsjettkutt og omorganisering.



ARBEIDSSOM: En pustepause på kontoret. Det blir få sånne, men Gunnlaugsdottir tar seg fort inn igjen.



LANDSPITALI: Et nytt sykehus har vært planlagt i ti år. Det ønskes velkomment av sykepleierne. Krisen betyr ikke stopp.

hjemme framfor å gå på kino.

– Forhåpentligvis endrer det seg, sier hun.

Eva og kollega Vigdis tar med seg en seng for å hente en pasient fra intensivavdelingen. Der er sykepleierne Elisabeth og Thordis Maria. De bekymrer seg ikke så veldig for krisen. Elisabeth, som har bodd i Danmark, synes livet er «dejlign».

Thordis Maria jobbet på Ullevål sykehus fra 1995 til 1997 og snakker norsk. Hun veksler på å være optimist og pessimist.

– Det snakkes om krisen hele tiden. Jeg skyver det fra meg for ikke å bli sprø.

Hun er barnløs og mobil og vet

at blir nøden stor, kan hun få seg jobb i Norge.

– Det er godt å være islending i Norge. Men jeg liker meg her på Island. Vi får se hvordan det går.

Eva og Vigdis frakter pasienten opp til avdelingen.

### Sommer på Island

– De trodde de var konger eller noe, sier Eva om finansfolkene.

– Det kunne jo ikke gå bra med den gamblingen.

Hun føler økonomien under huden: Når hun har betalt lån, mat, bensin og forsikringer er det knapt noe igjen. Før kjøpte hun nye sko når hun ville. Nå spør hun: Trenger

jeg dem? Det blir heller ingen ferie til utlandet i sommer.

Eva skal stemme 25. april, men aner ikke på hvem. Hun venter på en realistisk plan.

– De som brakte oss hit, må ansvarliggjøres. Hvis jeg stjal på jobben, ville jeg blitt straffet. Skal de bare komme seg unna? Vikingene holder en lav profil nå.

Men hun ser også lyspunkter:

– Endring gir nye muligheter. Vi islendinger har en egen evne til å tilpasse oss. Dette er også en sjanse til å tenke nytt om hvordan vi skal jobbe. Vaktordningene, for eksempel, sier Eva.

### Ledere må gå

En slik holdning faller i god jord hos direktøren som akkurat nå er aktiv med omorganiseringen. Klokker halv tolv sendte hun en sms til helseministeren. Ledelsen er klar med det nye organisasjonskartet. Men ifølge helsetjenesteloven er ikke endringen gyldig før den er presentert for helseministeren.

– Han sa ja til å treffes i dag. Dette ville neppe skjedd i Norge, sier Hulda, som har fått avtale halv tre.

Sykehuset skal nå endres fra å ha fire nivå til tre. 12 klinikker skal bli 6 divisjoner. De går fra to-





HELSEMINISTEREN: Det er kort vei til helseministeren (t.v.), som får høre om den nye organiseringen.



MÅ GÅ: Fra 24 til seks ledere. Klinikklederen vil diskutere etter møtet der omorganiseringen ble presentert.



SJEKKE: Huldas datter venter på å bli kjørt til fotballtrening. Har hun ringt?

delt til enhetlig ledelse. Det betyr fra 24 til seks ledere.

Ikt-direktøren er sjåfør i ruskeværet.

– *Hvordan har du det nå?*

– Bra. Etter dette kan vi si: Give me five, sier Hulda.

Hun velger gratis trim og går trappen opp til fjerde etasje. Den ferske ministeren tar imot.

Noe islandsk er lett gjenkjennelig:

– ... ger vi det saman, sier Hulda.

– Akkurat, sier han.

– ... fakklike kriterier, sier hun

– Flott.

Formaliteten er i boks. Statsråden er tidligere fagforeningsleder.

– *Fint å være minister?*

– Forferdelig, sier han og viser til finansene.

– *Var du enig med Hulda?*

– I alt.

Med hans fortid synes han det er ille å holde sverdet klart for kutt. Men han fortsetter gjerne etter valget.

### Må gjøre helseministeren god

Hulda likte den forrige helseministeren godt. De fant straks tonen. Den nye kjenner hun ikke. Men egentlig er det uviktig om hun liker

eller misliker statsråden, synes hun.

– Det er mitt ansvar å gjøre våre overordnede gode. Han blir ikke bedre enn jeg gjør ham. Vi skal samarbeide.

Så bærer det tilbake til 24 ledere som allerede er informert om at nå trengs bare seks. Flere av legene i salen søkte jobben som direktør, også den medisinske direktøren som starter møtet. Det nye kartet er projisert på veggen.

Hulda overtar ordet. Noen av argumentene trenger ikke å bli oversatt: Pest eller kolera. Brette opp ermene. Hva er alternativet?

Her er mange bøyd nakker, armer i kors og lutede skuldre. Men etter møtet svarer flere at jo da, dette går bra.

Rommet tømmes. Hulda sjekker telefonen. Datteren skal på fotballtrening om en time.

### Islendingene fikser

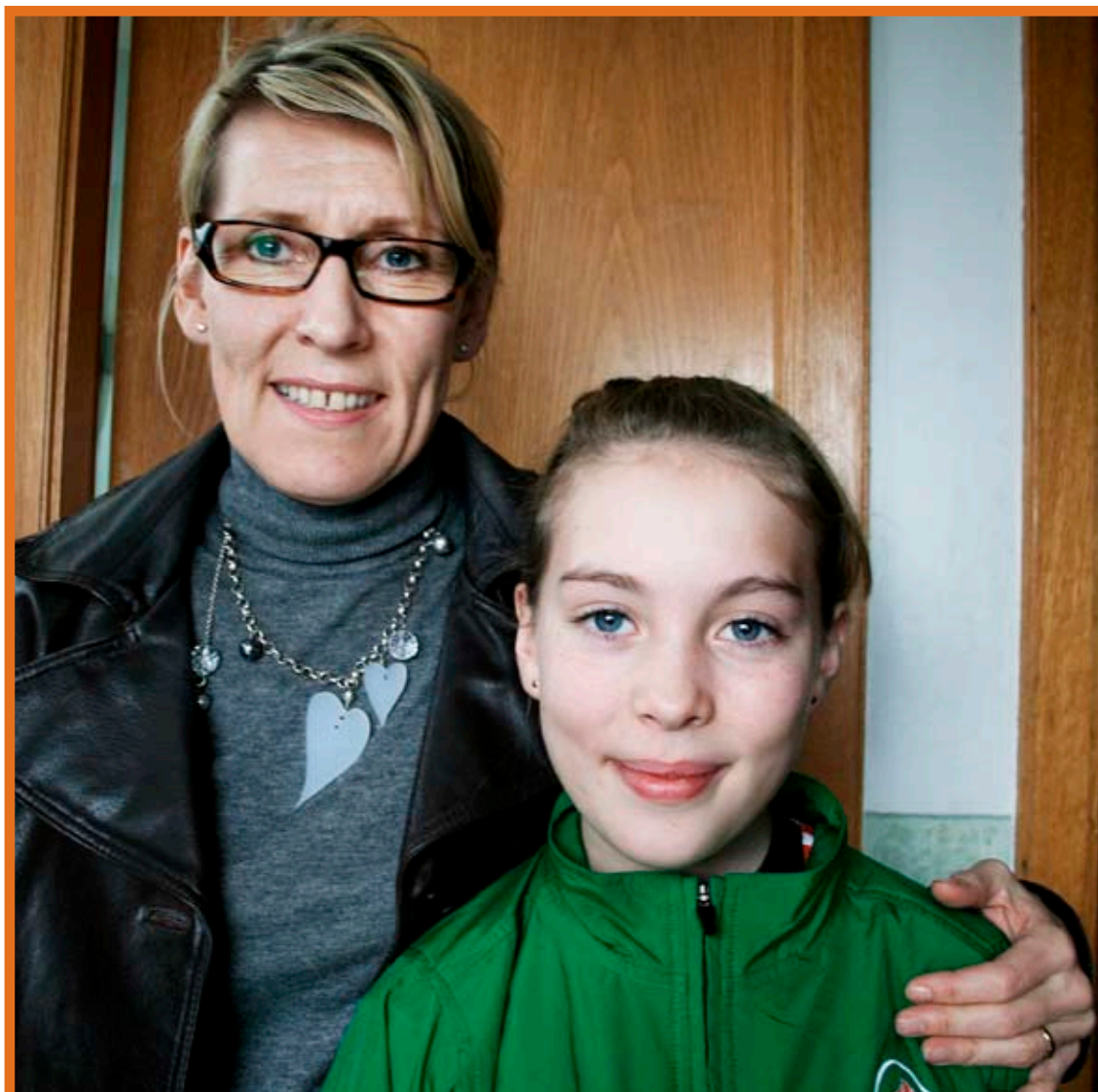
Da Hulda kom tilbake til Island, skjønte hun hva det er med islen-

STAB: Hulda jobber tett med medisinsk direktør Bjørn (t.v.). Også sjefsyrkepleier er i stab.



**Når man jobber så mye,  
blir kollegene en del av  
familien, med alle følelser  
det innebærer.**

Hulda Gunnlaugsdóttir



dingene. «Vi fikser det!» sier de, og går i gang.

– Kanskje litt for ofte. De burde lære av norsk planlegging, sier Hulda på kontoret over en kaffekopp.

På den annen side: Det kan bli så mange diskusjoner at man knapt får startet. Med det beste av begge kan hun lykkes. Hun ønsker at Landspítali skal bli best i Norden.

Hulda angret ikke, men i perioder savner hun gamle kolleger fra Aker. Og ikke minst Ullevål.

– Det var mitt andre hjem. Når man jobber så mye, blir kollegene en del av familien, med alle følelser det innebærer. Vi kranglet, festet og felte tårer sammen.

Hulda tror hun blir gammel i Norge og begravd i Sverige, der hun har sommerhus. Hun er ansatt for fem år, men vet ikke hvor lenge hun blir. En ny helseminister kan bety at hun må gå på akkord med sine idealer. Da slutter hun heller.

Hulda har snust inn yrket siden hun var liten. Bestemor var sykepleier og vasket og strøk sin egen uniform. Hun hadde bare nattevakter på sykehuset. Bestefar kjørte og hentet henne, og lille Hulda fikk

HJEMME: Tinna kom til Reykjavik etter nyttår. Hun har fått venner, men savner også dem i Oslo. Mamma henter henne, nå skal Tinna på fotballtrening.

være med og var av og til innom avdelingen.

Far var snekker og mor var avdelingsleder i et importfirma. Da Hulda var 14, fikk hun sitt første lederverv – i speideren. I 1981 ble hun ferdig sykepleier. Ett år etter ble hun bedt om å vikariere som leder på intensivavdelingen. I tårnet.

#### **Verbal krig**

En krig uten blod, kaller Hulda tilstanden på Island. En verbal krig.

– Det er mange stygge, store ord om hvem som har ansvar: «Du har ikke gjort jobben.» «Du er en skurk». «Jeg har ikke ansvar. De

hadde ansvar.» Folk blir engstelig av det. Barna også.

Likevel er ikke pågangen blitt større i helsevesenet eller på krisesentrene. Medisinbruken har til og med gått litt ned.

– Kan det være fordi vi har taklet det bra?

Hulda haster til bilen for å rekke Tinna. Det blir jobbing i kveld også. Det er hun nødt til.

Hjemme er Tinna er på vei inn i treningstøyet. På rommet henger en svær Vålerenga-plakat. Ti-åringen har fått nye venner og klarer seg bra.

– Men jeg har mest lyst til å

flytte tilbake til Norge, forteller hun.

– *Hva synes du om at mamma er på tv?*

– Samme for meg.

Mor og datter veksler på å snakke islandsk og norsk med hverandre. Idrettshallen er et stykke unna. Tinna liker best å være spiss på fotballbanen. Hulda gjesper mens hun kjører.

Ingen av Huldans venner eller familie har mistet jobben. Det er hun takknemlig for. Men broren som har snekkerfirma, har bare bestillinger ut mai. Han kan bli den første.



Kjønnsnøytrale titler:

# 69 forslag

Etter tre uker der Sykepleiens lesere har kunnet foreslå alternative titler til jordmor og helsesøster, har 46 personer kommet med 69 unike forslag.

Den 5. mars hadde jordmor fått 35 alternative titler, mens helsesøster hadde fått 34. Noen titler har blitt foreslått flere ganger. **Fødselssykepleier** og **helsesykepleier** ligger på topp med henholdsvis ni og 13 for-

slagsstillere. Men også **fødselspleier** og **fødselshjelper** er foreslått av flere. Det samme gjelder **helsepleier** med fem stemmer, **helserådgiver** med fire og **helsekonsulent** med tre stemmer.

## Sykepleier-endelse

Mange av innsenderne begrunner sine forslag med at de synes det er naturlig å videreføre tradisjonen med at tittelen bør ende på sykepleier, slik det er for mange andre av sykepleiernes videreutdanninger. En av forslagsstillerne, Kari Skrautvol, er førstelektor ved Høgskolen i Oslo. Hun synes det skal være komplementære titler, **jordmor** og **jordfar**, samt **helsesøster** og **helsebror**.

– De vil begge føre til positive navn til begge kjønn i en fortsatt historisk kontekst, argumenterer hun.

Kirsti Hånes Vartdal er en annen forslagsstiller som synes det blir

rart å endre til komplementære titler.

– Ordet jordmor kommer av at fødselen skjedde på jordgulvet, og slik sett kan tittelen endres til jordfar. Men vi har en mer moderne tid nå. De fødende føder både stående, i luft, vann, seng og på golvet, skriver Vartdal. Derfor synes hun at **fødselspleier** eller **fødselssykepleier** er bedre.

## – Endelig

Intensivsykepleier og snart helsesøster Grethe Strandhus Karlsen er en annen forslagsstiller med sterke synspunkt på saken. Hun skriver:

«Endelig ser det ut til at vi skal få nye titler på jordmor og helsesøster. Har aldri forstått hvordan disse

Vi skjønner at  
mange er på jakt  
etter forsikring med  
lavest mulig pris

titlene har kunnet bestå så lenge i et land som er så bevisst på likestilling og kjønnsnøytrale titler.

Jeg er fra før intensivsykepleier, men holder nå på med helsesøster-

### Jeg identifiserer meg ikke med helsesøstertittelen, som jeg oppfatter som tantete og umoderne.

Helsesøster Siv Arthur, Stovner bydel

utdanning. I denne sammenheng har jeg forstått hvor mye av min identitet som ligger i sykepleiernavnet. Jeg har stadig behov for å fortelle folk at jeg er sykepleier som videreutdanner meg til helsesøster. Føler at helsesøsternavnet oppfattes som mindre

faglig. Som intensivsykepleier har jeg aldri opplevd dette. Alle skjønner at jeg er spesialutdannet sykepleier med den tittelen».

Siden alle videreutdanninger

avhenger av at man er sykepleier i utgangspunktet, synes Karlsen at sykepleier bør være synlig i alle titler.

#### På radio

Sykepleiens uhøytidelige navnekonkurranse har blitt lagt merke

til av media. Både helseavisen Dagens Medisin, NRK-programmet Puls og avisen Vårt Land har skrevet nettsaker om det, og radioprogrammet Norgesglasset på NRK P1 tok opp temaet 3. mars. Norgesglasset inviterte lytterne til å komme med alternative titler, og det resulterte i 160 forslag. 100 av disse er videresendt til NSF's faggrupeledere for helsesøstre og jordmødre.

Ikke alle ønsker kjønnsnøytrale titler på de to yrkesgruppene, og noen av motforestillingene kan du lese på våre debattsider bakerst i bladet, i form av leserinnlegg (side 73).



- Se lesernes forslag på [sykepleien.no](http://sykepleien.no). Klikk på boksen til høyre, litt nede på siden.
- Fortsett å sende inn forslag.
- Fristen er 26. mars.
- 27. mars trekker vi en vinner av 500 kroner.

# men;

Jobber du i helsesektoren, slipper du å lure på om du har prutet nok. Med skadeforsikring i KLP, får du den laveste prisen uansett hvor god eller dårlig du er til å prute. Og det spiller ingen rolle hvor mange forsikringer du har. Send TILBUD på sms til 2262 så kontakter vi deg, eller gå inn på [klp.no/forsikring](http://klp.no/forsikring) og finn ut prisen selv på vår forsikringskalkulator. Du vil antagelig bli gledelig overrasket.

KLP

for dagene som kommer





**EKSPERTHJELP:** Prostatakreftopererte Tore Sørum fikk for lite informasjon da han reiste hjem allerede tre dager etter operasjonen. Med hans hjelp har Radiumhospitalet nå endret på informasjonsrutinene.



# Pinlig god ekspert

Sykepleierne trodde prostatakreftopererte bare tenkte på ereksjonsvikt og inkontinens. Helt til de spurte pasient Tore Sørum.

Tore Sørum kjenner det er noe som ikke stemmer under beltestedet. Han sitter i en konfirmasjonsmiddag sammen med mange mennesker og føler det begynner å bli ubehagelig.

«Hva – er jeg bløt?» tenker han og forstår ingenting.

Han blir flau og redd.

– Det var usælt. Pinlig, altså. Jeg ble skremt også. Kona mi satt ved siden av, men jeg sa ikke noe til henne. Tenkte jeg klarte å holde en stund til.

## Mye nytt

Den flotte høstdagen på Gjøvik i 2007 har fått en ikke fullt så flott plass i minnet til Tore Sørum. Han var nyoperert for prostatakreft med en ny kikkhullsmetode, såkalt robotassistert prostatektomi, bedre kjent som Da Vinci-metoden. Dermed kunne han reise hjem etter tre dager i stedet for 14 som var vanlig før. Aberet var at han måtte gå med kateter på seg hjemme. Alle som får fjernet prostatakjertelen må gå to uker med urinkateter, uansett operasjonsmetode. Under operasjonen sys urinrøret sammen, og sømmen må ha avlastning for å gro.

Sørum hadde hatt kateteret på i noen dager nå, og følte seg fin om morgenen. Tenkte det skulle gå greit å delta i niesens konfirmasjon. Ingen hadde fortalt ham at det er helt normalt at kateteret av og til lekker.

– Kanskje hadde noen sagt det, men jeg hadde i alle fall ikke fått det med meg. Det er så mye nytt å forholde seg til de tre dagene man er på sykehuset. I tillegg er det smerter etter operasjonen. Derfor må man få med seg skriftlig informasjon hjem, ikke bare muntlig, slik jeg fikk, forklarer han.

Sørum holder maska gjennom hele middagen og kommer seg på toalettet når de er ferdige rundt bordet. Han tømmer posen, men skaden er skjedd. Han er sår og våt og vil bare komme seg hjem. Sjansen byr seg når en av gjestene har fått migrene, så han tilbyr seg å kjøre henne hjem.

## Pasientekspert

Tore Sørums opplevelse var heldigvis ikke helt forgjeves. I 2008 deltok han i et kvalitetsforbedringsprosjekt ved Oslo universitetssyke-





## Tore Sørum har betydd mye for oss.

Avdelingssykepleier Hanne Mensner Lerstang

hus, Radiumhospitalet, sammen med helsepersonell ved Kirurgisk klinikk, A5. I teamet fortalte han om sine erfaringer. Målet var å forbedre informasjonsrutinene til de prostatakreftopererte pasientene som skulle hjem.

Før varierte det hva pasientene fikk med seg hjem av skriftlig og muntlig informasjon. Nå får alle pasienter med seg to A4-ark, som Sørum har vært med å lage utkast til.

– Tore Sørum har betydd mye for oss. Historien han fortalte fra konfirmasjonen var sterk og fikk oss til å forstå hvor viktig det er at vi spør pasientene hva de trenger å vite, sier avdelingssykepleier Hanne Mensner Lerstang, som også har vært leder av teamet.

– Vi trodde alle var opptatte av ereksjonssvikt og inkontinens, som jo er bivirkninger av å være prostatakreftoperert. Derfor var det de to tingene vi hadde tenkt å konsentrere forbedringsarbeidet om. Men det viste seg at nyopererte pasienter ikke er der i det hele tatt.

Sørum pekte på flere ting, blant annet hadde han ikke fått god nok informasjon om at penis, pung og området rundt hoftene kan bli blålig fordi det etter operasjonen kan oppstå blødninger under huden. Det hele er ufarlig og går over av seg selv etter en stund.

– Jeg ble engstelig da dette skjedde og måtte ringe og spørre hva i all verden som var i veien, forteller han.



ÅPEN: I motsetning til mange andre med prostatakraft, har Tore Sørum valgt å være åpen om sykdommen og har bare god erfaring med det.

Han hadde heller ikke fått vite at blod i urinen er en normal bivirkning etter operasjonen som kan ha ulike årsaker. Men det kan også skyldes urinveisinfeksjon, og pasientene må kontakte lege dersom de i tillegg har feber og urinen lukter stramt.

### Mange telefoner

Sørum var ikke alene om å ringe tilbake til sykehuset for å få informasjon. Det viste seg at prostatakreftopererte med Da Vinci-metoden oftere tok kontakt med avdelingen enn andre pasientgrupper.

Kirurgisk klinikk A5 ved Radiumhospitalet registrerte telefoner fra denne pasientgruppen i juli 2008 før noen endringer ble gjort med informasjonsrutinene. I den perioden ringte 11 av 17 pasienter etter at de var kommet hjem, det vil si 65 prosent. Da avdelingen hadde en ny registrering etter endt prosjekt i februar/mars i år, var tallet sunket til 13 prosent.

Prosjektet har dermed hatt sin tydelige effekt. Men veien dit har bestått av mer enn å involvere Tore Sørum i teamet. De har også dybdintervjuet fem andre pasienter og hatt to telefonintervjuer med til sammen 40 pasienter, en ukes tid etter utskriving. På disse intervjuene

skulle pasientene angi sin tilfredshet på en skala fra 1 til 10.

Etter første telefonrunde med 20 pasienter utbedret de informasjonsskrivet som pasientene skulle ha med seg hjem. Etter andre telefonrunde, som ble ferdig i februar, var det tydelige forbedringer å spore (se faktaramme).

### Oppfatter ikke alt

Resultatene viste at pasientene fremdeles ikke var 100 prosent fornøyde.

– Det vil nok være vanskelig å få full skår. En pasient svarte for eksempel på et spørsmål at «det har vært helt topp, så der setter jeg en sjuer», sier Hanne Mensner Lerstang som også har vært leder for prosjektet.

Den som skåret lavest ved siste runde var en pasient som var lege. Han hadde ikke lest informasjonsskrivet og personalet gikk antakelig ut ifra at han klarte seg selv, siden han var lege. Heretter skal alle pasienter få informasjon uansett yrke.

– Vi har også lært at *gitt* informasjon ikke alltid er det samme som *oppfattet* informasjon. Det har skjedd at pasienter sier de ikke har mottatt informasjon om noe vi vet med sikkerhet at vi har informert om, sier Lerstang.



## Forbedringene

**Mindre telefoner:** Etter første telefonintervju rapporterte over halvparten at de hadde ringt tilbake til avdelingen med spørsmål, men etter andre runde var det bare 30 prosent som rapporterte dette.

**Flere tilfredse:** Etter første telefonrunde var total pasienttilfredshet 69 prosent. Etter andre runde hadde den økt til 83 prosent.

**Forstoppelse-info:** Tilfredsheten med informasjon om forstoppelse hadde etter første måling et gjennomsnitt på 3,4 på skalaen der 10 var best. Etter andre måling hadde den steget til 7,8.

**Blødningsinfo:** Tilfredsheten med informasjon om at penis, pung og området rundt hoftene kan bli blå var etter første måling 4,7 og steg til 8,4 etter andre måling.

**Ivaretagelse:** Graden av ivaretagelse var høy allerede etter første intervjurunde (8,9), men steg ytterligere til 9,3 etter andre runde.

## Håpet mitt er å være til hjelp så ikke andre skal oppleve det jeg gjorde.

Tore Sørum

### Ringer i vannet

Forbedringsarbeidet ved Kirurgisk klinikk på Radiumhospitalet er et av 20 prosjekt fra hele Norge, der teamene har drevet kvalitetsforbedringsarbeid gjennom å involvere pasientene. Lerstang synes det har vært morsomt å jobbe på denne måten og forteller at prosjektet også har gitt ringvirkninger som i utgangspunktet ikke var med i målsetningen:

– Noen pasienter etterlyste en informasjonsside på nettet som vi nå har fått. Vi driver også og innreder et venterom hvor alle nye pasienter kan være mens de venter på at rommet deres blir ledig.

Gjennom prosjektet ble teamet også kjent med kolleger fra kommunehelsetjenesten. De ønsket seg mer kunnskap om ting sykehuspersonellet kunne mye om, dermed arrangerte de en fagdag i januar om smertebehandling, ernæring, stomistell, fatigue og «den vanskelige samtalen» for kommunehelsetjenesten i Buskerud og Akershus. Fagdagen var gratis og hadde 70 påmeldte.

– På A5 er det mange forskjellige kreftdiagnoser. Gastropasientene er neste gruppe som vi skal forbedre informasjonen til. Vi starter opp med kvalitetsforbedringsarbeid

allerede i midten av mars, forteller Lerstang.

### Tabu

Tore Sørum synes rådgivningsarbeidet har vært både interessant og spennende. Han har ikke opplevd det belastende.

– Håpet mitt er å være til hjelp så ikke andre skal oppleve det jeg gjorde.

– *Hvor mye tid har du brukt på dette?*

– Det har vel vært et par timer de to-tre gangene vi har hatt møter. Da har jeg også reist tur-retur Gjøvik-Oslo.

– *Har du fått lønn?*

– Nei, men jeg skulle få dekt reiseutgiftene.

I motsetning til mange andre med prostatakreft, har Sørum valgt å være åpen om sykdommen og har bare god erfaring med det. Han er også med i styret til lokallaget av pasientforeningen, PROFO.

– Etter at jeg ble operert for prostatakreft, har det kommet bekjente fra lokalmiljøet bort til meg og fortalt at de også har hatt sykdommen, uten at jeg hadde den fjerneste anelse. Du vet; dette med karer og reisning er fremdeles tabu å snakke om.

# Brukerne ga aha-opplevelser

20 helseteam fra hele Norge har sett lyset. Det spesielt opplysende som nesten svir når man ser noe fra en helt ny vinkel: Med pasientens øyne.

– Når vi først har kommet i gang, er det umulig å snu, sier Monica Strand.

Hun er psykiatrisk sykepleier og FOU-rådgiver på psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Buskerud.

Avdelingen er i ferd med å revolusjonere hele behandlingsmønsteret ved å innlemme pasienter eller deres pårørende i alle møter som angår behandlingen. Pasientmedvirkningen skal ikke bare være et mål, men også et middel.

### Sett og hørt

Til grunn for endringene både i psykiatrien i Buskerud og Radiumhospitalets prostataprosjekt, som vi skrev om på de forrige sidene, ligger et kvalitetsforbedringsprosjekt kalt «...med pasientens øyne...» Kunnskapscenterets seksjon for kvalitetsutvikling, GRUK, har arrangert

det hele på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), som en del av deres ledersatsing.

20 team fra nord til sør i både kommune- og spesialisthelsetjeneste har hatt fire samlinger fra mai i fjor til februar i år.

– Vi har fått mange aha-opplevelser gjennom prosjektet, blant annet hvor mye det betyr at pasientene føler seg sett og hørt og opplever håp og mestring, sier Strand.



ALWAYS LOOK AT THE BRIGHT SIDE: Noen av teamene har store kulturutfordringer og noen sliter med høyt sykefravær. Da må de tenke ressursfokuseret og løsningsorientert, råder Trulste Konsmo fra GRUK.

### Alaska inspirerte

For to år siden dro prosjektansvarlig i GRUK, sykepleier Trulste Konsmo, på studietur til Anchorage i Alaska. Der fikk hun se hvordan helsetjenestene ble forbedret etter at urbefolkningen selv overtok ansvaret for å utforme tjenestene.

– Jeg lærte at det er brukerne som egentlig vet best, ikke



i akutt situasjoner, men stort sett om alt annet. Derfor må helsetjenestene bygge på dyp respekt og forståelse i samarbeid med brukerne. Det er også økonomisk lønnsomt, hevder Konsmo.

Erfaringene fra Alaska er brakt inn i prosjektet hvor et av målene er å få med brukerne i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det er varierende hvor langt teamene har kommet med dette. Et par team klarte ikke å rekruttere brukere, enten fordi brukerne var for syke, eller ikke så vitsen med å være med. Disse teamene har i stedet valgt å forholde seg til eldreråd eller brukerorganisasjoner.

– Det er ulike grader av brukerinvolvering, og det optimale er at brukerne deltar aktivt i hele prosessen med å forbedre tjenestene. Vi er svært tilfredse med at alle teamene fullførte prosjektet og at samtlige ønsker å videreføre arbeidet med pasientene, sier Konsmo.

### Steinar-effekten

Ved siden av å lære om mange ulike metoder og verktøy for å få til kvalitetsforbedring, har teamene også blitt utfordret i å gjøre ting på nye måter. Mange har intervjuet både brukere og ansatte, de har fått med pasienter i behandlingstemaet og hatt pasienter som lærere. Flere har også hatt refleksjonsgrupper om hva som hemmer og hva som fremmer brukermedvirkning.

Hagen behandlingsenhet for barn ved Sykehuset Innlandet har også vært en viktig inspirator for teamene. I metodeheftet som GRUK har laget til de

## Brukermedvirkning:

# Just do it

Å få med brukeren i utformingen av helsetjenester er en kunst mange snakker om, men få gjør noe med. Her er noen av knepene som må til.

Det finnes mange metoder og verktøy man kan bruke i kvalitetsforbedringsarbeid. Fra prosjektet «...med pasientens øyne...» er det særlig tre metoder som teamene hadde nytte av da de skulle involvere brukere og pårørende.

**1 Metode for kvalitetsutvikling:** det såkalte «hjulet» som viser gangen i kvalitetsforbedringsarbeidet. (Se figur).

**2 Guide for å skape vedvarende forbedring:** 10 faktorer som er nødvendige for å gjennomføre prosjekt og holde på resultatene, både hos ansatte, i organisasjonen og i prosessen.

**3 Appreciative Inquiry:** Anerkjennende intervju. En utviklingsmetode som tar utgangspunkt i de beste erfaringene og suksesshistoriene for å utløse potensialet, kreativitet og endringsvilje. Man lærer best av situasjoner hvor man har lyktes.

20 teamene, er Hagen kronksempel på hvor viktig brukermedvirkning er:

Steinar på 8 år var en gutt som personalet hadde store problemer med fordi han var så utagerende og ofte måtte holdes. Ved fysisk stopping økte utageringen, men samtidig måtte gutten stoppes. Alle teorier og standardiserte behandlingsmåter ble forsøkt uten suksess. Helt til en forsiktig stemme i personalgruppa foreslo å spørre Steinar til råds. Alt ble bedre etter at Steinar selv kunne vise personalet hvordan han ville bli holdt uten at det minte ham om tidligere traumatiske hendelser.

– Jeg er kjempefornøyd! Folk er entusiastiske og det skjer veldig mye i praksis rundt omkring i landet nå som følge av prosjektet, sier Trulte Konsmo.

Sluttrapporter fra alle de 20 teamene vil etterhvert komme på NSF's og Kunnskapssenterets nettsider. 10.–12. november planlegges et spredningsseminar på Bolkesjø for å spre den nye kunnskapen slik at andre også kan lære å se med pasientens øyne.

tekst og foto **Eivor Hofstad**



OPPSKRIFT: Denne figuren viser gangen i arbeidet for å bedre kvaliteten på helsetjenestene.

Alle tre og mer til finner du ved å gå inn på nettsiden [www.ogbedreskaldetbli.no](http://www.ogbedreskaldetbli.no). Til høyre ligger en boks som kalles «metoder og verktøy». Det er den reneste sareptas krukke for dem med hang til flytskjemaer og stikkordsmessige oversikter.

De 20 teamene anbefaler metodeheftet som GRUK har laget

til prosjektet med tittelen «Og bedre skal det bli» ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Det finnes i pdf-versjon på den nevnte nettsiden. For mer informasjon, kontakt: [Trulte.Konsmo@kunnskapssenteret.no](mailto:Trulte.Konsmo@kunnskapssenteret.no).

tekst **Eivor Hofstad**

# Eldre har krav på god tannhelse

Men det er ikke alltid like enkelt å gi dem gode hjelpemidler

Sensitive  
tann-  
halsler?

## zendium Sensitive



- Inneholder den aktive ingrediensen kaliumnitrat som virker desensibiliserende på 9 av 10 personer med perifer dentin hypersensibilitet.\*

- I tillegg har zendium Sensitive lite slipemidler, maksimalt med fluor, men er like mild mot munnslimhinnen som alle zendium tannkremer.

\*Tarbet WJ et al.  
Clinical Evaluation  
of a new Treatment  
for Dentinal Hyper-  
sensitivity.  
J. Periodontol.1980  
sep; 51(9):535-540

Tørre  
slim-  
hinner?

## zendium saliva gel



- inneholder en høy konsentrasjon av colostrum (råmelk). Råmelk inneholder flere av de samme ingredienser som spyttet og erstatter derfor i et visst omfang spytt.

- Gelen både fukter og legger en beskyttende hinne over slimhinnen.

- Hvis munnen er veldig tørr, er det godt å skylle med vann før gelen smøres på.



**zendium**  
STYRKER MUNNENS EGET FORSVAR





# Skal løfte sykepleierforskning

Med 50 millioner ekstra i potten satser Helse Sør-Øst mer på forskning enn noensinne. Det meste vil foregå i det nye Oslo universitetssykehus. Nå ser sykepleieforskere en mulighet for å gi sykepleieforskningen et løft.

Helse Sør-Øst bruker årlig om lag en milliard kroner til forskning, 2 prosent av totalbudsjettet. Planen er å øke innsatsen enda mer i årene fremover. På sikt ønsker styret å komme opp i 5 prosent. Derfor vedtok de å øke potten som går til strategiske forskningsmidler fra 113 til 163 millioner kroner.

Åtte arbeidsgrupper jobber med konkrete handlingsplaner for å følge opp strategien som ble vedtatt av styret i mai.

Siden gigantforetaket Oslo universitetssykehus fremdeles er i støpskjeen, er det er nå det gjelder, tror forskningssjef og professor Cornelia Ruland. Hun har stor tro på å samle forskere i et fellesskap fremfor å dyrke frem «1000 ulike blomster», som hun uttrykker det.

– Sykepleieforskningen har mye å vinne når den slås sammen i Oslo universitetssykehus. Slik kan sykepleieforskningen bli et kraftsenter i hele helseregionen.

Hun ser mange synergieffekter på sikt. Sykepleieforskningen har fokus på pasientforløpet, og kan trekke dette inn i regionens satsing på dette området.

– Akkurat nå er sykepleiens plass i den nye organisasjonen veldig spennende og viktig for oss. Vi må ha mulighet for å forske på sykepleiefagets egne premisser. På de problemstillingene som også er viktige for pasientene, men annerledes enn det man på legesiden er oppatt av.

– Dette senteret rapporterer direkte til administrerende direktør. Dermed har vi også en relativt stor mulighet til å fokusere på problemstillinger som vi er gode på: symptomer, livskvalitet, medvirkning, kommunikasjon, samhandling og den type ting. Vi har vårt eget budsjett. En slik modell ønsker vi fortsatt.

## Må øremerke midler

Sykepleieforskningen er fortsatt liten i forhold til den medisinske forskningstradisjonen. Uten en sentral plass, med handlingsrom og egne budsjetter, kan forskningen drukne i andre prioriteringer, frykter Ruland og hennes kollega professor Tone Rustøen.

– Er dere engstelige for dårligere forskningsbetingelser i fremtiden?

– Vi håper det knyttes midler til sykepleieforskning. Skal man få til et løft, må man satse ordentlig. Midler bør øremerkes til kompetanse oppbygging og rekruttering slik at flere får forskningskompetanse, sier Rustøen.

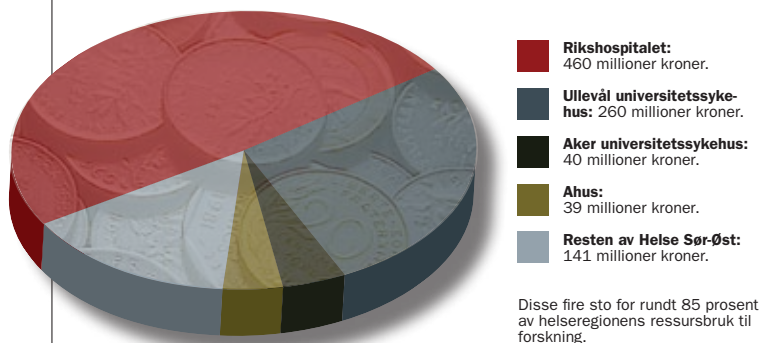
– Man må selvfølgelig være god og vise til resultater, understreker forskningssjefen. – Vi evalueres etter samme kriteriene og kan ikke ha på oss at vi har dårligere kvalitet enn annen forskning.

De fire universitetssykehusene står i dag for hele 85 prosent av

## Mest forskning i Helse Sør-Øst

- Helseregionen har de siste årene bidratt med rundt 60 prosent av alle vitenskapelige publikasjoner som er gått ut fra alle de regionale helseforetakene i landet.
- Nesten all forskningen foregår ved universitetssykehusene.

### Forskningen i Helse Sør-Øst i 2006:



## Godt i gang

Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning på Rikshospitalet viser allerede muskler med over 30 ansatte og 12 stipendiater, 3 professorater og store forskningsprogrammer. Over 60 prosent av forskningen her er eksternt finansiert.

– Infrastrukturen finnes allerede. Men en sammenslåing av Rikshospitalet, Ullevål og Aker vil gi oss helt andre muligheter enn vi har hatt til nå. Vi får flere med doktorgradskompetanse og 25 stipendiater. Dermed kan vi lage en forskerskole. Dette er et kjempepotensial, sier Ruland, oppglødd over tanken.

– Hva må til for å sikre det nødvendige handlingsrommet i den nye sykehusorganisasjonen?



SA JA: Tone Bakke (til venstre) er operert for brystkreft. Hun sa ja til å bli spurt om plager hun eventuelt vil få i forbindelse med strålebehandlingen hun skal gjennom. Kristin Hofsø skal bruke svarene i sin doktorgrad.

forskningen i Helse Sør-Øst. De fleste sykepleiere med mastergrad og forskningskompetanse befinner seg her. Distriktene sliter mye mer.

– Det bør tas noen ekstraløft for å styrke dem i en periode. Satsingen over eget HF budsjett holder ikke, mener Tone Rustøen.

Men alt tyder på at interessen for å forske har våknet blant sykepleierne. Da senteret arrangerte skrivekurs for vitenskapelige artikler i vår fikk de hele 46 søknader.

– Veldig mange sykepleiere gjør mye spennende, arbeid som kanskje aldri blir publisert det fordi de ikke befinner seg i miljøer som løfter dem frem.

# Gjennom nåløyet

RADIUMHOSPITALET, OSLO: Aksept fra ledelsen og et stort forskningsmiljø banet veien for Kristin Hofsø og hennes forskningsprosjekt om kreftbehandling, symptomgrupper og livskvalitet.

Pauserommet på stråleenheten er et rom for alle, med Postmann Pat-bil i vinduskarmen, fargerike gardiner og koselige bilder som henger over røde stoler.

Hofsø er på rekrutteringsoppdrag.

– Kom inn, hyggelig å treffe deg!

Tone Bakke kommer inn og

setter seg. Hun er den andre pasienten den dagen. På forhånd er hun blitt spurt om hun vil ta en samtale om et forskningsprosjekt.

– Jeg skal se på symptomer





og plager som pasienter kan få i forbindelse med behandling. Strålebehandlingen i ditt tilfelle, forklarer Hofsvø.

#### Følges et halvt år

Tone Bakke fikk brystkreftdiagnosen i september, samme måned som hun fylte 43 år. Hun er operert og skal starte med strålebehandling. Nå skal hun inn til legen. Hun er positiv til å delta i prosjektet.

– Jeg skal følge deg i et halvt år. Du får et spørreskjema som du skal fylle ut før behandlingen starter, så skal du fylle ut fire til i løpet av det neste halvåret for å se om det

– Oi, det er kanskje ikke fullt så greit, sier Bakke lattermild.

– Det vil bli gjort når du skal ta andre blodprøver. Mange sier det samme som deg.

– I denne studien ønsker vi også å kartlegge hvordan det er å være pårørende. Da spør vi deg om det er greit om vi kan ta kontakt med din pårørende, fortsetter Hofsvø

– Ja, det blir han sikkert med på, sier Bakke og gir fra seg mannens telefonnummer.

#### Pårørende vil snakke

Etter syv minutter er samtalen ferdig. Tone Bakke er registrert som

blitt sett og hørt. Mange jubler når vi spør dem, endelig får de lov til å fortelle hvordan det er. Vi møter også noen ganger den samme beskyttende holdningen til nye kreftpasienter. Men det er veldig viktig å forske på denne gruppen også. De er voksne og kan si nei.

Tone Bakke har allerede vært med på et lignende prosjekt i Tønsberg.

– *Hva slags tanker har du om slik deltakelse?*

– Min helse er avhengig av at ting går fremover. Og hvis jeg kan bidra på noen måte, så gjør jeg gjerne det, sier Tone Bakke før hun tar farvel og går ut fra kontoret.



BLI i avdelingen, selv om du har doktorgrad, slik legene gjør, oppfordrer Kristin Hofsvø.

### Avdelingslederne må være tøffe nok til å prioritere dette, selv om de mister en sykepleier på vakt.

Kristin Hofsvø

er noen forandringer underveis i behandlingen. Opplysningene blir aidentifisert. Du kan trekke deg når som helst om du vil, og du kan kreve at allerede innsamlede data blir slettet.

– Ja, det høres helt greit ut.  
– Vi vil også ta en blodprøve av deg.

deltaker i prosjektet. Mannen hennes blir kanskje også med. Forskning på pårørendes opplevelser av sykdom og behandling betegnes som pionerarbeid. Mange sykepleiere kvier seg for å spørre fordi de ønsker å beskytte. Feil strategi, tror Kristin Hofsvø.

– Dette er en gruppe som ikke er

#### Ledere må satse

Målet med dette forskningsprosjektet er å undersøke og samle data fra 500 kreftpasienter, 125 bryst, 125 lymfom, 125 øre, nese og hals og 125 eggstokk. Datainnsamlingen kommer til å ta ett til halvannet år til. Det fireårige prosjektet er fullfinansiert av Kreftforeningen. For Kristin Hofsvø er det også avgjørende at ledelsen ved Generell Intensiv på Rikshospitalet, hennes arbeidssted, forstår betydningen av hennes akademiske innsats. Hun

har fått 75 prosent permisjon fra stillingen sin.

– De kunne jo ha valgt å se på dette som tapt arbeidskraft og sagt nei, men jeg har heldigvis en ledelse som prioriterer fagutvikling og som ser verdien av dette. Dette er veldig viktig for meg.

Hun utdyper det slik:

– Selv om forskning og fagutvikling er et overordnet mål må avdelingslederne være tøffe nok til å prioritere dette, selv om de faktisk mister en sykepleier på vakt. De

## Slik finansieres forskningen i Helse Sør-Øst

### 1) Øremerket tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet

Tilskuddet til forskning fordeles av Samarbeidsorganet (Universitetet i Oslo – Helse SØ) etter faglig innstilling fra det regionale forskningsutvalget. Midlene tildeles i hovedsak etter utlysning i åpen konkurranse basert på en kvalitetsvurdering på tvers av fagområder. Søknader vurderes av eksterne fagfeller fra Norge og Norden i fire komité avhengig av fagområde/søknads-kategori. Bevilgninger gis som hovedregel for inntil tre år av gangen.

I 2008 226 mill. kroner, i 2009 233,5 mill. kroner.

### 2) Strategiske midler fra Helse Sør-Øst RHF

Midlene fra RHF-ets egen budsjetttramme fordeles av styret i Helse Sør-Øst RHF etter innstilling fra det regionale forskningsutvalget. En del av midlene tildeles etter utlysning i åpen konkurranse. Resten fordeles til ulike strategiske tiltak. Her inngår infrastruktur i form av kjernefaciliteter, teknologiplatformer, biobanker, metodestøtte og lignende, samt til enheter for utprøvende behandling. Deler av midlene vil bli satt av til miljøstøtte, for eksempel til støtte for nettverksaktivitet.

I 2008, 113 mill. kroner fra tidligere Helse Øst og Sør, i 2009 163,4 mill. kroner.



## Hofsøs doktorgrad

- Skal kartlegge hvordan symptomgrupper endrer seg i løpet av behandlingen og over tid, til ulike kreftdiagnoser og to ulike behandlingsformer (cellegift og strålebehandling).
- 500 kreftpasienter er delt i fire grupper: bryst, lymfom, eggstokk og øre/nese/hals. Et bredt utvalg, både førstegangs og residiv pasienter.
- Pasientene svarer på spørreskjema fem ganger i løpet av et halvt år. Det første før behandlingen starter. Målingene gjøres i forbindelse med behandlingen.

må klare å se gevinsten på sikt. Det krever litt.

Å komme inn i et etablert forskningsmiljø, Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning på Rikshospitalet, var en døråpner.

– Jeg søkte på en utlyst stipendiatstilling og kom til et samlet fagmiljø. Veilederen min, som er professor, befinner seg i samme korridor. Jeg har kolleger i samme situasjon, folk som har pløyd veien i forhold til problemstillinger og har fått kontakter. Faciliteter som kontor, telefon, visittkort er også et stort pluss.

### Må bli i sykehusene

Kristin Hofsø ble ferdigutdannet i 2000, deretter tok hun videreutdanning i intensivsykepleie og en mastergrad i Australia. Sykepleieforskningen i Norge er fremdeles i startgroppen. Og de fleste med mastergrader og doktorgrader velger å fortsette karrieren utenfor sykehuskorridorene, i akademiske miljøer. Synd, mener Hofsø.

– Det er veldig mange overleger med doktorgrad, men de forsvinner ikke til universitetet av den grunn. Slik må sykepleierne også tenke. Da må man selvsagt også ha stillinger hvor man kan bruke deres kompetanse. Forskningsresultatene skal implementeres i avdelingene. Hensikten er jo at dette skal komme pasientene til gode. Altså ingen kurios umulius.

## Bygger kompetanse selv

Ahus satser på å ha sykepleiere med doktorgradskompetanse innen få år. Det må til for å drive egne forskningsprosjekter, mener ledelsen.

Divisjon for sykepleie vil styrke fagmiljøet med økt kompetanse. Flere skal få mastergrad.

– Vi jobber med utvikling av økonomiske insentiver, kompetanseutviklingstiltak, organisering og samordning av forskningskompetanse på tvers av enheter i

sykehuset, sier Janne Sonerud, leder for

Divisjon for sykepleie.

– Er en sentralisering av forskningsvirksomheten i store miljøer en riktig vei å gå for Helse Sør-Øst?

– Ut fra dagens situasjon ser vi at det kan være en fordel om det var flere i et miljø som gjensidig kunne hjelpe hverandre. Samtidig ser vi at vi trenger samarbeid med andre for å få til noe videre. Ulempen med for store miljø kan være

at avstanden til de kliniske problemstillingene

i hverdagen blir lang. Av den grunn er det nødvendig å bygge opp forskningskompetanse i sykepleietjenesten i eget foretak, sier Janne Sonerud.

**Det kan være en fordel at flere i et miljø kan hjelpe hverandre.**

Janne Sonerud

### 3) Helseforetakenes egne forskningsmidler

Driftsavtalen (oppdragsdokumentet) mellom RHF og det enkelte HF kan inneholde krav om avsetning av midler fra basisbudsjettet til forskning. Finansieringsrammene skal sikre forutsigbarhet og gi mulighet for langsiktig prioritering av forskningen. Inntektssystemet for helseforetakene omfatter en kompensasjon for forskningskostnader. Basisrammefinansieringen ved universitetssykehusene vil eventuelt bli påvirket av den pågående utredningen av universitetssykehusstrukturen og -funksjonen.

Tall for helseforetakenes totale ressursbruk til forskning synes gjennom NIFU Steps kartlegging, men er noe usikre.

### 4) Eksterne midler

Andre finansieringskilder er Universitetet i Oslo, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner, EU med mer. For stimulering av innovasjon generelt i samfunnet er det etablert et offentlig virkemiddelapparat. Internasjonale innovasjonstiltak er også ett av satsingsområdene og tildeles midler gjennom EUs 7. rammeprogram.

Det finnes ingen samlet oversikt over de eksterne midlene.





# Strid om navn på forskning

Begrepet «sykepleieforskning» ser ut til å bli vraket til fordel for benevnelser som «tverrfaglig» og «flerfaglig» forskning. Hensikten med dette er å inkludere flere grupper med helsefaglig bakgrunn.



OPTIMIST 1: Tone Rustøen ser ingen motsetning mellom å fremme fag og å samarbeide med andre faggrupper.

Nå når viktige veivalg skal tas i Oslo universitetssykehus er det mange om beinet. Allerede i startfasen oppsto det første hinderet, en faglig fight om hva forskningen skal hete. Tone Rustøen på Rikshospitalet er forsiktig optimist.

– Vi har hatt denne diskusjonen veldig mange ganger. Noen ganger tror vi at vi har samme forståelse av begrepet tverrfaglighet, men det er ikke nødvendigvis slik. Det kan være at det noen tolker som «tverrfaglig» gjerne står mellom ulike medisinske spesialiteter, sier hun.

Forskningsjef Cornelia Ruland nikker gjenkjennende mens Tone Rustøen utdyper:

Slikt skjer ikke av seg selv. Det må være vilje til å ta nødvendige grep for å sikre at flere velger å ta denne ekstrarunden.

Øremerkede forskningsmidler kan være et viktig virkemiddel. Cornelia Ruland utdyper det slik:

– Vi må utnytte den kompetansen som finnes. De politiske signalene samsvarer med det vi er opptatt av i sykepleieforskningen: å sette pasientene i sentrum og fremme helhetlige pasientforløp. Ikke bare på den medisinske siden, men også på mestrings- og livskvalitet. Nettopp de områdene som vi er gode på.

Tone Rustøen fullfører tanke-

vært diskusjon om å skille mellom begrepene medisinsk forskning og helsefaglig forskning. Den foreløpige konklusjonen er at denne språklige distinksjonen er uklar og kanskje ikke vesentlig. Det gruppen nå fokuserer på er å fremme tverrfaglig og flerfaglig forskning, som inkluderer bidrag fra mange faggrupper og flere profesjoner.

– *Hvorfor ikke kalle det sykepleiefaglig forskning, rett og slett?*

– Vi avventer konklusjonen fra gruppen som kommer til å se på dette. Det pågår også en debatt i miljøene om hvorvidt man skal ha profesjonsrelaterte betegnelser på forskningen. Mange vil mene at inndelingen bør være mer tematisk og samarbeidsrelatert. Hvem som utfører den er mindre viktig. Det som er veldig vesentlig i dette bakteppet, er målet om å stimulere flere grupper for å få bredde i forskningen og å få et reelt økt tverrfaglighet.

– *Ser du for deg øremerking av økonomiske midler for å styrke sykepleieforskningen?*

– Dette ligger i premissene at gruppen skal vurdere hvordan dette kan styrkes, også økonomisk, og det forventer jeg. Konkrete tiltak må definitivt til. Dette er det også stor oppmerksomhet rundt. Ikke bare fra sykepleierne, men også fra andre faggrupper. Men på nåværende tidspunkt er det for tidlig å komme med konklusjoner.

– *Forstår du bekymringen fra sykepleiermiljøene?*

– Ja, det gjør jeg. Vi registrerer både en bekymring og et meget stort engasjement.

## Vi må være på banen i sentrale forskningsmiljøer.

Tone Rustøen

– Det må ikke bli slik at man er så opptatt av tverrfaglighet at man ikke tør ta ordet sykepleieforskning i sin munn. Vi må både fremme eget fag og samarbeide med andre faggrupper. Det er ingen motsetning i det, 40 prosent av de ansatte er tross alt sykepleiere. Dette er en stor gruppe som må gjenspeiles.

### – Øk kompetansen

Rustøen sitter i Helse Sør-Øst's forskningsutvalg. En av de største utfordringene fremover blir å øke forskningskompetansen, mener hun.

– Sykepleierne og andre med helsefaglig bakgrunn har en lengre vei å gå enn medisinene fordi de har en høyskoleutdanning i bunn og må ta en mastergradsutdanning.

gangen.

– Sykepleierne har jo et annet forskningsperspektiv og tilnærming. Det vi gjør er så praksisnært. Det er viktig å få dette frem. Vi må være på banen i sentrale forskningsmiljøer.

### Vil ha flere faggrupper

Direktør for forskning og utvikling i Helse Sør-Øst, Erlend Smeland, er svært fornøyd med økt innsats til forskning, tross den krevende økonomiske situasjonen til helse-regionen.

– *Hvordan ser du for deg sykepleiefaglig forskning i dette bildet?*

– Det er politisk vilje og ønske om at det skal styrkes. En av temagruppene ser spesielt på tverrfaglig forskning. Der har det



OPTIMIST 2: Cornelia Ruland mener de politiske signalene støtter sykepleierforskningens fokus: å sette pasienten i sentrum og fremme helhetlig pasientforløp.

# – Tannløst om internasjonale studenter

Flere studenter til utlandet, og flere utenlandske hit, sier regjeringen i meldingen om internasjonalisering av utdanningen. – For tannløst, sier studentlederen.

Den første stortingsmeldingen om internasjonalisering av utdanningen ble lagt fram av forskningsminister Tora Aasland 13. februar.

Mer oppmerksomhet om kvalitet på utdanningen. Internasjonaliseringen skal være for alle studenter. Høgskolene må gjøre seg attraktive for utenlandske studenter. De norske må motiveres til å reise ut.

Store ord og lite konkret, er gjennomgående kritikk.



STUDENTLEDEREN: – Alle må kunne reise ut, uavhengig av økonomi, mener Tone Moan.

Leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Student Tone Moan ser lite nytt i meldingen.

– Dette er en vag framstilling av det vi vet fra før. Men ønsket om å sikre kvalitet på utdanningsinstitusjonene i utlandet er tydelig. Det er jo fint.

Riktignok får NSF Student sjelden tilbakemeldinger om dårlig kvalitet på praksisstedene når sykepleierstudentene reiser til utlandet.

– Det er helst veiledningen det skorter på, sier Moan.

Hun synes meldingen er for tannløs.

– *Hva savner du?*

– Den kunne sagt mer om finansieringen av utenlandsstudiene, og hvordan man skal motivere flere til å reise ut. Alle skal ha mulighet til det, uavhengig av økonomi, understreker Moan.

## – Dyrt for skolene

Også rektor på Høgskolen i Buskerud, Kristin Ørmen Johnsen, savner virkemidler i meldingen. Hun synes det er bra at temaet er satt på dagsordenen, men viser til at det er dyrt for skolen å drive med internasjonalisering.

– Det krever nettverksarbeid med institusjoner utenlands. Og ansatte som jobber med å motivere og legge til rette for at

studenter kan reise, sier hun.

Hun ser ikke at meldingen legger opp til noen endring av studiefinansieringen.

– Kanskje kommer det mer om dette i forskermeldingen senere i vår? under hun.

Hun setter pris på at internasjonalisering i undervisningen nå er pålagt.

– Men det koster å lage internasjonale kurs der undervisningen skal foregå på engelsk.

Samtidig liker hun at pensum ikke bare må være norsk.

– Vi får jo stadig kritikk når pensum er på engelsk. Selv synes jeg det er positivt at artikler, kompendium og bøker er på engelsk. Man må jo jobbe litt med slike tekster, men det gir ny innsikt i faget, mener rektoren.

## – Rammeplanen må gjelde

Hvilke konkrete endringer vil meldingen egentlig føre til for dagens sykepleierstudenter? Og hvilke nye krav stilles nå til sykepleierutdanningene?

Sykepleien spurte Kunnskapsdepartementet, som ikke viser til noe konkret nytt verken for studenter eller skoler.

– Sykepleierutdanningen er nevnt spesielt bare på ett punkt, står det i e-posten fra departementet.



REKTOREN: – Hvor er virkemidlene? Internasjonalisering er dyrt for oss, sier Kristin Ørmen Johnsen.

Det dreier seg om et pilotprosjekt om kortere profesjonsutdanninger for å fremme økt internasjonalt samarbeid og mobilitet.

– Dette foreslås fordi man har tilrettelagt mindre innenfor kortere enn lengre utdanninger.

Men prosjektene må forholde seg til gjeldende rammeplan, er meldingen fra departementet.





**Tanken på selvmord er en stor trøst: med den kan man komme seg velberget gjennom mang en tung natt.**

Friedrich Nietzsche

## Hverdag og drama

Mitt første møte med forfatteren Don DeLillo var gjennom boken «Hvit støy». Det er mange år siden jeg leste den, men fortsatt sitter en del formuleringer som spikret i hodet mitt. Romanen spenner over et vidt felt, fra de mest hverdagslige situasjoner, til et ekteskapsdrama som nærmer seg fiksjonen.

Hovedpersonen er universitetslektor Jack, og han gir ikke leseren ett kjedelig øyeblikk. Bare hvordan han klarer å beskrive situasjonen der han står i et supermarked og fomler med å få åpnet en av disse gjennom-siktige plastposene til å putte frukt og grønt! Mange kunder har sett rart på meg i butikken, fordi jeg alltid begynner å le når jeg fomler med det samme selv.

Men den kunnskapsrike Jack har et stort kompleks. I motsetning til en rivaliserende kollega, kan han ikke tysk. Han begynner derfor i smug i lære hos en professor, til tross for at han verken kan fordra professoren eller det «spyttsprutende» språket. Detaljrikdommen er enorm, mens humor og alvor går hånd i hånd.

Bekjentskapet med denne unike forfatterens fortellerkunst ble til ved en tilfeldighet. Jeg rasket den til meg da det var billigsalg på biblioteket. Don DeLillo har siden hatt en trofast leser i meg, og han har blitt verdensbermt for sine mange utgivelser. Men jeg synes fortsatt «Hvit støy» er den beste.



*Inger Johanne Mjølhus*

## Forfatterintervjuet:

# På kanten av stupet

Selv er han glad og positiv. Men forfatter Johan Mjønes sin første romankarakter velger å hoppe i døden.



I romanen «Terminalhastighet» tas vi med i de korte, men likevel lange, sekundene bokens hovedperson bruker fra toppen av Empire State Building inntil han treffer jorda. Terminalhastighet er den maksimale hastigheten et menneske kan oppnå i fritt fall.

– Folk som kjenner meg synes det er litt rart at jeg har valgt å skrive en så dystert bok med et så alvorlig tema, innrømmer Mjønes.

Men selv om han utad virker som en glad gutt, er han samtidig fascinert av menneskets tungsinns

og dets følelse av håpløshet. Sjokket som fulgte da en kamerat av ham tok livet av seg som 19-åring, var ifølge debutforfatteren en av årsakene til valg av tema.

– Opp igjennom årene har jeg lest mye om selvmord. Det opptar meg både som den menneskelige tragedien det er, og samtidig som et filosofisk problem.

Hovedpersonen i Mjønes roman fremstår bevisst som den litt klisjéaktige, klassiske romanfiguren. En man for eksempel vil kjenne igjen fra helten i Knut Hamsuns roman Sult; denne unge, mannlige personen som virrer rundt i storbyen. I Mjønes sin historie ønsker samboeren til hovedpersonen seg barn, noe han selv ikke engang er villig til å vurdere, fordi han er livredd for å mislykkes i farsrollen.

– Han er en kompleks skikkelse, og samtidig som han fremstår som en egoistisk feiging, får man en slags godhet for ham. Han er egentlig ikke slem, bare redd, forklarer Mjønes.

– Jeg tror mange av dagens unge menn kan identifisere seg med problemstillingene bokens hovedperson står overfor. Og har jeg en «kampsak» så må det være at vi som unge menn (og kvinner) ikke må være så redde for å gjøre

feil og mislykkes. Vi må ikke være så redde for å vokse opp og ta ansvar.

Verden raser sammen når kjæresten forlater ham, og han luller seg inn i en selvmedlidende og trøstesløs eksistens på sofaen hjemme i leiligheten. Derfra plasserer han skylden for alt som gikk galt hos alle andre enn seg selv, helt til han ser filmen Cinema Paradiso, som trigger frem en spiral av handlinger.

Som en siste kraftanstrengelse setter han seg på flyet til New York, hvor han leter etter sin ekskjæreste. Han finner henne, men hun er ikke alene. Det har gått nøyaktig ett år siden bruddet da han står på toppen av Empire State Building.

– Du opererer med ulike tidsperspektiver i boken?

– Jeg forteller ikke en lineær historie, men tar litt tilfeldige tilbakeblikk i tidsmessig uorden. Det er tre tidslinjer som følges i boken. «Real time» er 9,5 sekunder, tiden det 320 meter lange fallet tar fra toppen av Empire State Building før han treffer bakken. Samtidig følger vi det som skjer den siste uken før det fatale hoppet. I løpet av sekundene som går før han når bakken, tar vi del i ulike mimrefragmenter fra

## 2 om psykiske lidelser

Anbefalt av Oddrun Burheim, psykiatrisk sykepleier ved DPS Kongsvinger



Paulo Coelho:

### Veronica vil dø

En ung kvinne har et sterkt ønske om å dø. Etter å ha tatt en overdose sovetabletter våkner hun på sykehuset og blir fortalt at hun har en uke igjen å leve. En fortelling til ettertanke, og filosofisk om liv og død.



Arnhild Lauveng:

### I morgen var jeg alltid en løve

Gripende selvbiografisk om å være psykotisk, og egne erfaringer om møtet med helsevesenet. Forfatteren er i dag psykolog, og setter hjelpeapparatets ståsted i perspektiv.



Nils Retterstøl, Øyvind Ekeberg, Lars Mehlum:

### Selvord, et personlig og samfunnsmessig problem

Boken gir en god innføring av selvmordsforebygging som fagfelt; utbredelse, myter, teorier, tilnæringsmåter, og forebyggingstrategier. Aktuell for enhver sykepleier og sykepleierstudent.

## Vi må ikke være så redde for å gjøre feil og mislykkes.

barndommen og frem til i dag, forklarer Mjønnes, og fortsetter:

– Når man skjønner at slutten nærmer seg og man vet man skal dø, er det blitt hevdet at ens eget liv vil passere i revy. Det skal visstnok skyldes at hjernen i et siste desperat forsøk på å avverge katastrofen, eller forhindre den uunngåelige avslutningen, arbeider på høygir og skanner tidligere minner i et forsøk på å finne en utvei.

For Mjønnes var det et viktig poeng å få frem at den unge mannen som gjør det fatale valget angrer før han treffer bakken.

– Jeg ønsker på ingen måte å legge føringer overfor folk som lider av depresjoner eller suicidale tanker. Men jeg ønsker og håper

at de tar opp telefonrøret eller sover av seg rusen før de tar en spontan og desperat avgjørelse. Det er jo når hovedpersonen i boken står klar til å hoppe at han burde ringe foreldrene sine, eller ekskjæresten.

– Misjonen og håpet med denne boken må være at den, om den skulle treffe noen som sliter, kan påvirke ham eller henne til å ta den ene telefonen, eller gå den ekstra runden, og få troen tilbake på at det vil ordne seg, tross alt.

tekst **Geir Arne Johansen**  
foto **Stig Weston**



## Johan Mjønnes

**Aktuell med:** «Terminalhastighet»

**Utdanning:** Litteraturviter

**Yrke:** Forfatter, skribent og pleieassistent

**Bosted:** Oslo

**Alder:** 32





## Nå kan du skrive for leksikon

Store norske leksikon ble åpnet som gratistjeneste for alle på nett i februar i år. Nå søker Kunnskapsforlaget etter fagansvarlige som skal være med og kvalitetssikre innhold. Som fagansvarlig kan du redigere eksisterende artikler, skrive nye, og vurdere om nyskrevne artikler fra brukerne fortjener å tas inn i leksikonet. Les mer på nett: [www.snl.no/melddeg.html](http://www.snl.no/melddeg.html)

## Bedre helse av å tro?

**Anmeldelse:** Boken bygger på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). I studien er det blant annet fokusert på om det er sammenheng mellom sykdom, helse og livssyn.

Bokens første del diskuterer en del samfunnsmessige, kulturelle og geografiske faktorerens betydning for helse.

Den andre hoveddelen presenterer forskning om livssyn som mestringsfaktor. Det gis eksempler på forholdet mellom medisin og trosforestillinger i et historisk perspektiv, og hvordan det religiøse har blitt ekskludert til fordel for mer vitenskapelig medisinsk tilnærming til helse og sykdom.

Bokens siste hoveddel handler om sykepleiefaget. Her legges det vekt på det relasjonelle og avhengighet som et grunntrekk ved mennesket. Det å møte dette «hele» mennesket

har vært, og bør være, et grunntrekk ved sykepleiefaget – og medisinen.

Forfatterne i denne delen av boken har sykepleierbakgrunn. Hilde Munkeby gir et overblikk over sykepleietenkningens paradigmer og historie, og plasserer faget i en kristen sammenheng. Hun lovpriser den fenomenologiske og helhetlige tilnærmingen. Det rammes inn i et feministisk perspektiv og formidler en noe stereotyp og forutsigbar kritikk av levetidskapen, som vi nok en gang får vite står for en maskinmodell som ikke «fanger» det spesifikke menneskelige. Spørsmålene hun stiller er imidlertid viktige, og hun skriver godt.

Kari G. Andersen fokuserer på det hun kaller «det åndelige» i sykepleiefaget. Hun skriver godt om behovet for å gi pasientene en mulighet til å ha noen å snakke med om religiøse og livssynsrelaterte tema.

Aashild Saurasundet følger godt opp den sterkt kristne tendensen i omtalen av tro, håp og kjærlighet som mestringsstrategi.

Boken avsluttes med en artikkel om medisin og etikk, moral og moralisme.

Boken gir et godt bidrag i å sette livssyn og helse på dagsorden. Det gode datagrunnlaget fra HUNT-studien skal følges opp i bearbeidningen av ny data. Det trekkes ingen absolutte konklusjoner, men legges vekt på hvor viktig det er at troen på helbredelse blir en positiv helsefaktor.

Her er det mange interessante artikler som i hovedsak har et kritisk ståsted i forhold til egne konklusjoner ut fra det foreliggende og viktige forskningsmaterialet. Det er positivt at sykepleien er gitt så bred plass. Boken er lettlest og gir en rekke nyttige referanser til annen litteratur.



### Helse Frelse Samfunnsmedisin og livssyn – et møte

**Av** Ildar Kjølsvik og Jostein Holmen (red.)  
294 sider  
Høyskoleforlaget 2008  
ISBN: 978-82-7634-199-7

**Anmelder:** Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

## Hvordan gjøre sunne valg til enkle valg

**Anmeldelse:** Dette er ikke boken som på 1-2-3 gir deg en enkel metode for en rask slankekur, slik tittelen kunne tilsa. Derimot er boken en moderne kostlære, som på en fengende og innsiktsfull måte tar med seg leseren fra appetitt som livskraft, via mat og mosjon i balanse og tolkning av varedeklarasjonenes kryptiske informasjon. Så utdyper den kostholdets tre pilarer: karbohydratrike matvarer, frukt og grønt og proteinrike matvarer.

Fettet er viet et eget kapittel. Hvert kapittel inneholder en oversikt over hvordan kostholdet kan tilpasses de som skal ha lite salt, lite fett, ikke tåler hvete, melk osv.

I perioden frem til 2011 har Nasjonalt råd for ernæring prioritert å jobbe for at sunne kostvalg må bli

enkle valg. Denne boken imøtekommer langt på vei dette målet. Den gjenspeiler kjente kostelementer i den norske kostholdspyramiden, men den er mer enn en kostlærebok.

Forfatteren prøver å gi oss en forståelse av hva som i et helseperspektiv eksempelvis skiller gode karbohydrater fra dårlige, og det gode fett fra det farlige. Dette illustreres i form av praktiske eksempler fra matvaretyper vi kjenner og til daglig finner i butikkene. Boken gir god informasjon om hvordan dagligkosten vår kan settes sammen slik at vekten utvikler seg stabilt, eller hvordan vi vedlikeholder vekten etter en slankekur.

Ifølge Folkehelseinstituttet har norske 40-åring økt sin gjennom-

snittsvekt med cirka 5 kg de siste tjue årene, og det antydes at 15-20 prosent av barna våre er overvektige. I et slikt perspektiv har sykepleiere et ansvar for å bidra til å forebygge overvekt.

Sykepleiere vil også møte følgetilstander av overvekt som diabetes, hjerte- og karsykdommer og belastningslidelser. Her forventes faglig oppdatert helsepersonell som kan møte både pasienter og brukere i alle deler av helsetjenesten med kostholdsråd som er faglig godt begrunnet.

Boken avslutter med en fyldig referanseliste. Kunnskapen øker om betydningen av et godt balansert kosthold. Boken er et godt bidrag til helhetlig sykepleie i arbeidet med både barn og voksne.



### 1-2-3-METODEN Tell til tre og spis sunt

**Av** Hanna Hånes  
Gyldendal 2008, 200 sider  
ISBN: 9788205379091

**Anmelder:** Ragnhild Hovengen, seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet

# Månedens bok

## Avansert legeroman

Under et vikariat som distriktslege må unge Mads Helmer nøste opp i intriger og mystiske dødsfall på øya Hitra, der gammeldoktoren har hatt en helt spesiell rolle.

**Anmeldelse:** Mjåset, lege og forfatter, har tidligere utgitt to kritikerroste novellesamlinger. Det er da alltid spennende å se om forfatteren står løpet ut i romanens form, særlig når den er så omfattende som denne. Det gjør han! Sjangeren er en blanding av krim og en avansert «legeroman», og gjennom innledning og avslutning blir ringen sluttet. (Og forklaringen på den svulstige tittelen finner vi underveis).

Vi møter den unge legen Mads Helmer, som etter en sykehustabbe i Oslo nærmest flykter til Hitra i Trøndelag for å «sone» i et vikariat som distriktslege. Ganske snart står han alene om ansvaret etter at gammeldoktoren under mystiske omstendigheter omkommer i en bilulykke.

Innledningsvis virker Mads både litt pinglete og famlende, men han skal snart vise seg å være seigere enn de fleste. Gjennom kommunikasjonen med lokalbefolkningen forstår han fort at gammeldoktoren nærmest har fungert som en «Gudfar» på øya. Han har hatt

en finger med i det meste, ikke minst i forbindelse med de rikeste og mektigste innbyggerne som har bygd seg opp på lakseoppdrett. I tillegg skal det langsomt komme for en dag at han drev en temmelig uortodoks praksis i sin legegjerning, bygget på egne og ikke alltid like etiske prinsipper.

Og når det viser seg at han har et stort hemmelig arkiv i kjelleren,

der journalene inneholder langt mer enn medisinske referater, er leseren allerede langt inne i thrilleren. Her er alt fra lysskye intriger, slagsmål med tørre never og enda verre og mer dramatiske hendelser. Vår mann bruker sin rolle som distriktslege til forsiktig å spørre ut øyfolket. For her vet alle nesten alt om alle. Men bare nesten.

Mads vil nøste opp i tråden

som han intuitivt føler må henge sammen på et eller annet vis. Det er imidlertid ikke bare enkelt å få hitterværingene i tale. Han er tross alt en innflytter og vikarierende distriktslege, en arbeidssituasjon han skildrer glimrende.

Også personkarakteristikkene er kostelige. Både deres stahet på grensen til vranghet og deres jovialitet beskrives med varme gjennom

Mads sitt undrende blikk. Denne leser har aldri vært på Hitra, men føler nesten at jeg har vært det nå. Forfatteren maler landskap og geografi, samt arkitektur opp for oss så vi ser det, ja, nesten lukter det. Kombinert med mentaliteten han formidler hos øyfolket, trekker dette i alle fall meg langt inn i handlingen. Dette må være en bok for dem som liker intrikat krim.

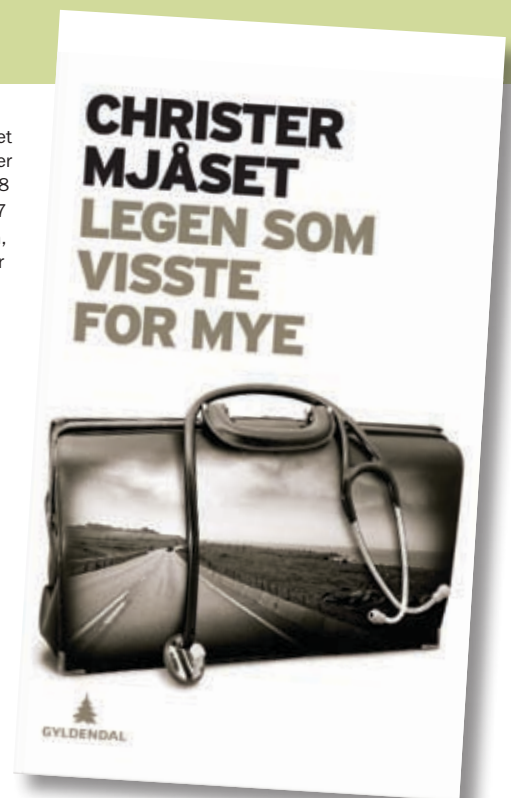
Den står seg som det. Men helsepersonell får en ekstra bonus. Mads klarer knapt å observere en person uten sitt – for øvrig utmerkede – kliniske blikk.

Det er ikke få som hos den unge legen straks assosieres med en diagnose. Selv har han en epilepsidiagnose, og denne går som en rød tråd gjennom boken. Det er dette feltet jeg selv kan mest om, og det er ingenting å arrestere forfatteren på her. Den som er interessert, vil få stort utbytte av hver eneste utrykning og tiltakene som blir satt i verk. Samtidig vil disse detaljerte medisinske beskrivelsene neppe forstyrre noen, og situasjonene er beskrevet slik at enhver leser vil kunne henge med på legens beslutninger.

Men løser han alle gåtene, mystiske forbindelser og mistenkelige dødsfall? Og får han oppreisning etter den tragiske, angivelige legetabben som førte ham til Hitra?

Les og se! Her har vi med et stort fortellertalent å gjøre. Og et obs til alle arbeidsgivere: Trekk ikke for raske slutninger!

Av Christer Mjåset  
446 sider  
Gyldendal, 2008  
ISBN: 978-82-05-37585-7  
**Anmelder:** Inger Frogg Jørgensen,  
psykiatrisk sykepleier

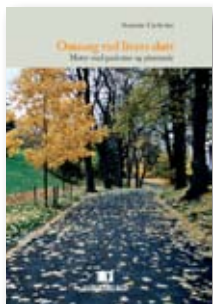






## Hvilken sykdom må hovedpersonen i Jenny Downhams` roman «Før jeg dør» kjempe mot?

Svar: Krefl

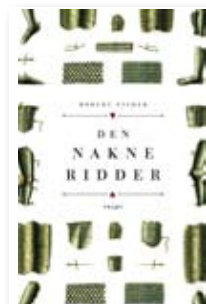


### Omsorg ved livets slutt

Av Susanne Carlenius

#### Gir døden et ansikt

**Omtale:** Gjennom korte fortellinger møter vi mennesker som skal dø, og som er i en svært sårbar fase av livet. Vi får et innblikk i hvordan de døende og deres nærmeste opplever den siste tiden av livet, og hver fortelling belyser ulike situasjoner som helsepersonell kan møte i sin hverdag.



### Den nakne ridder

Av Robert Fisher

#### Veien til større personlig frihet

**Omtale:** En liten fabel som formidler menneskelige erfaringer vi alle kan lære av. Den selvtillfredse ridderen, som er totalt pansret og innestengt i sin blanke rustning, befinner seg i sentrum av handlingen. Rollen som den modige og usårbare har gjort han blind for hvor ensom han faktisk er, og denne erkjennelsen tvinger ham ut på prøvelsens reise.



### RUS, 3. utgave

Av Hans Olav Fekjær

#### Grundig om rusmidler

**Omtale:** Mediebildet og nedarvede forstillinger påvirker vår oppfatning av rusproblematikken. Her tar forfatteren for seg hele bredden av rusfeltet med forskningsbasert dokumentasjon, og bringer nye perspektiver til alle som møter rusproblemer gjennom arbeidet eller privat. Utgaven er oppdatert i forhold til forskning, statistikk, lover og tiltak.



### Motiverende samtale - Endring på egne vilkår

Av Tom Barth og Christina Näsholm

#### Samtaleverktøy i praksis

**Omtale:** Motivational interviewing (MI), eller motiverende samtale og endringsfokustert rådgivning, har tradisjonelt vært mye brukt i arbeid med rusmiddelbruk. Nå er den vanlig innen alle former for rehabiliteringsarbeid, forebyggende helsearbeid og til korte helsefremmende intervensjoner. Boken retter seg mot profesjonelle rådgivere, behandlere, og til studenter.



### Hjertesvikt i klinisk praksis

Av Per Hildebrandt og Finn Gustafsson

#### Hvordan håndtere hjertepasienter

**Omtale:** Boken er en praktisk orientert lærehåndbok om hjertesvikt, og gir en beskrivelse av vitenskapen bak behandlingen av en pasientgruppe som er blant de mest ressurskrevende i helsesektoren i dag. Retter seg særlig mot leger og sykepleiere som arbeider med hjertepasienter.



### Jeg satte mitt håp til verden

Av Cathrine Grøndahl

#### Stort og smått om å bli mor

**Omtale:** Diktsamling om det å bli mor; om å forlate sivilisasjonen for en stund på fødestua, for så å trille ut med et mirakel og leve i tidssoner av melk og søvn, komme hjem med Annika og tumle rundt i en tilværelse inni en vaskemaskin.



## Hva leser du nå?

– Det går stort sett bare i saksdokumenter og aviser om dagen, sier **Arne Johannessen**, leder i Politiets Fellesforbund.

– Den siste boken jeg leste var «Mye å miste», av Magnus Marsdal. Den går igjennom offentlig sektors pensjon og tariffoppgjøret, og inneholder informasjon det er greit å ta med seg mot mellomoppgjøret og pensjonsoppgjøret.

– Jeg er ikke så opptatt av pensjonsspørsmål at jeg bare må lese slik litteratur, men det er veldig nyttig.

– Jeg har veldig lite tid til å lese skjønnlitteratur, men skal jeg først lese noe annet enn fagstoff, må det være noe av virkelig stor interesse. Reiseskildringer, store opplevelser og ekspedisjoner er spennende. Og litt krim.

# Lei av brutte løfter

Mange eldre lever under usle kår uten at politikerne og samfunnet bryr seg. Skremmende, tenkte **Liv Riktor Lykkenborg** og skrev en bok.

## 1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Først ble jeg fortvilet og sint over hvordan min egen mor ble behandlet på sykehjem. Og alt for mange jeg møtte kunne varte opp med liknende historier. Jeg tenkte; de fleste av oss blir faktisk gamle, og mange av oss vil bli avhengige av hjelp enten vi vil eller ikke. Vi må bli mange sinte hvis vi skal kunne håpe på vesentlige endringer innen eldreomsorgen, som etter mitt skjønn er i kronisk krise. Derfor skrev jeg boka.

## 2 Hvorfor bør den leses?

Av minst to grunner: For å kunne bli sint nok til å bli med i protestkoret mot alt som åpenbart er galt i eldreomsorgen, enten du opplever det fra pleiersiden eller som pårørende. Og for å bli minnet om at det god pleie først og fremst dreier seg om, er gode holdninger.

## 3 Hvem bør lese den?

Dette er et tema som før eller siden vil angå alle. Derfor bør ALLE lese den, og absolutt alle ufaglærte



## 9 spørsmål til Liv Riktor Lykkenborg

innen helseomsorgen. Og selvsagt politikerne. Man kan ikke vite hvordan eldre hjelpetrengende har det i hverdagen bare ved å komme på varslede(!) besøk i noen timer under en valgkamp.

## 4 Hva liker du selv best ved boken?

Jeg er veldig glad for alt jeg fikk tilgang til av materiale da jeg skrev kapitlet «Når ektefellen ikke orker mer». Her har jeg, i tillegg til intervjuer med flere pårørende, kunnet dokumentere deres utsagn med

klipp fra pasientjournaler. Også fylkesmannens svar på familiens klage og rådmannens reaksjon er kommet med.

## 5 Hva synes du boken mangler?

Forlaget ønsket at jeg kuttet vekk en del småstykker og dikt jeg hadde ment å bruke som tenkepauser mellom de lange kapitlene. De var det hardt å fjerne, men muligens var det til bokas beste.

Jeg regner likevel med å få publisert dette andre steder etter hvert.

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

Det var «Kjærlighetens fem språk» av Gary Chapman. Boka er skrevet av en ekteskapsrådgiver, men temaet er like viktig i all omgang med medmennesker.

## 7 Og siste skjønnlitterære?

«Ut og stjele hester» av Per Petterson. Utrolig godt skrevet.

## 8 Hva inspirerer deg til å skrive?

ALT. Men jeg kan jo ikke skrive om alt.

## 9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

En roman. Den har jeg alt startet på. Mer kan jeg ikke si foreløpig.

tekst **Geir Arne Johansen**  
foto **Ragnhild Austdal**



# Palestinsk jubel

85 000 NSF-kroner skal brukes til gjenoppbygging av helsetjenestene på Gazastripen, blant annet i form av et helsefaglig bibliotek.

Forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund (NSF) har gitt 85 000 kroner til gjenoppbygging av helsetjenestene på Gazastripen, som en håndsrekning til befolkningen etter Israels bombing.

De fysiske ødeleggelsene på Gazastripen er enorme, og infrastrukturen har brutt sammen. Det gjelder også helsetjenestene.

– Dette er strålende, sier sjefsykepleier på Shifa Hospital, Ibrahim Mansour, om solidaritetsbidraget.

## Betyr mye

Pengene vil bli kanalisert gjennom bistandsorganisasjonen Norwac (Norwegian Aid Committee).

– Meldingen om støtten fra NSF kom som en svært gledelig overraskelse for oss, og ikke minst for myndighetene på Gazastripen. En slik tildeling fra et fagforbund

betyr veldig mye, sier sykepleier og koordinator for hjelpeorganisasjonen Norwac (Norwegian Aid Committee), John Eivind Jensen.

Jensen har nettopp vært i møte med den palestinske helseministeren og WHO sin representant i Gaza. Begge ga klart uttrykk for at de synes det var strålende at det norske sykepleierforbundet hadde gjort et slikt vedtak.

## Trenger faglitteratur

– *Hva vil dere bruke midlene til?*

– Norwac ønsker å oppgradere det helsefaglige biblioteket på Shifa Hospital i Gaza by som vi etablerte for ti år siden. Midlene vi

har fått fra NSF vil vi øremerke til sykepleielitteratur og abonnement på sykepleietidsskrift, sier Jensen.

– Vi planlegger også å sende ned en norsk bibliotekar som skal være med på oppgraderingen. Kostnadene ved dette vil bli dekket av andre kilder, slik at donasjonen fra NSF i sin helhet vil bli brukt til faglitteratur.

John Eivind Jensen håper NSF's forbundsleder Lisbeth Normann har mulighet til å komme til Gaza by for å delta under åpningen av det nye biblioteket på Shifa Hospital.

## Vil du bli med på en Aktiv Kulturreise?



Tanga International Conference Centre Ltd. (TICC)



**Aktiv og engasjerende reise til Tanga i Tanzania.  
Med fokus på helse og kultur.**

TICC Ltd, - **Meetingpoint Tanga** - arrangerer Aktive Kulturreiser til et attraktivt område ved det indiske hav. NSF er en av aksjonærene i TICC Ltd, og har gjennomført flere prosjekter i Tanga siden 1995.

TICC Ltd. kan legge til rette for helsefordypning, introduksjon til lokal kultur og naturopplevelser og arrangerer turer for grupper, enkeltpersoner og familier som vil ha en annerledes ferie.

Vi arrangerer følgende to ukers turer i løpet av 2009 med avreise fra Oslo Gardermoen: 19/5-2/6, 28/6-12/7, 9-23/9, 1-15/11, og 16-30/12. Vi kan også vurdere ønsker om andre tidspunkter og alle reiser kan forlenges med en uke eller mer, i Tanga eller med besøk til andre områder i Tanzania. Ta kontakt og vi skreddersyr turen slik dere ønsker det.

**Pakkepris:** NOK 21.500 (med avslutning i Tanga) eller NOK 22.800 (med avslutning på Zanzibar).

Prisen omfatter flyreise, all transport i Tanzania, alle overnattinger med frokost, besøk til nasjonalpark (helsepensjon) og tilrettelagt program i Tanga. Det tas forbehold om endrede skatter, avgifter og flypriser.

### Eksempel på program:

- 1.dag: Ankomst Dar es Salaam (dagflyvning fra Oslo)
2. - 4. dag: Mikumi Nasjonalpark,
- 4.-12. dag: Tilrettelagt program i Tanga, inkludert en overnatting utenfor senteret
- 12.-14. dag: To ekstra netter på senteret i Tanga, eller opphold på Zanzibar
14. dag: Avreise fra Dar es Salaam (nattflyvning til Oslo).

Ta kontakt med Ruth Nesje: [ruth@icctan.com](mailto:ruth@icctan.com) eller [www.meetingpointtanga.net](http://www.meetingpointtanga.net)

NSF gir 3,5 millioner kroner til den zambiske søsterorganisasjonen i 2009. I løpet av året får organisasjonen endelig forhandle om lønn.



SNART LØNNFORHANDLER: Forbundslederen for det zambiske sykepleierforbundet, Thom D Young'ana.

# NSF fortsetter Zambia-støtten

I januar signerte Norsk Sykepleierforbund (NSF) avtalen om fortsatt støtte til utvikling av den zambiske søsterorganisasjonen (ZUNO). Prosessen med å bli en lønnsforhandlingsorganisasjon i tillegg til en profesjonsorganisasjon har vart i over sju år.

– En endelig signering av avtalen mellom staten og ZUNO om at organisasjonen også skal kunne forhandle om lønn forventes å komme i nær framtid, sier Per

men ingenting skjedde.

– Saken ble trenert og trenert. Da NSF kom inn med økonomisk bistand, saksøkte organisasjonen staten og vant. I 2007 registrerte organisasjonen seg, dermed var den legale prosessen slutført, forteller Kristensen.

## Tautrekking

Men så enkelt skulle det ikke være. I Zambia må partene i arbeidslivet signere noe som kalles

pel innen kobberindustrien.

– Det blir så mange parter som skal med i staten. Det er ikke bare helseministeriet som skal inn i bildet, det skal også andre departementer. Det har vært mye tautrekking, men nå ser det endelig lovende ut siden begge parter er enige om innholdet, sier Kristensen.

## Flere årsaker

Afrikanske land har liten tradisjon for utvikling av sterke fagorganisasjoner.

– Er det fordi det er så mye ny mark som skal pløyes at denne prosessen har tatt sånn tid?

– Delvis, sier Kristensen og forklarer:

– Det eksisterende lovverket i arbeidslivet rundt partene er bare 10-15 år gammelt. I tillegg er de lovmessige kravene mye strengere enn hva vi er vant til. En tredje faktor er at det er en stor kamp om medlemmer mellom organisasjonene. Sykepleierne har tidligere vært med i andre fagorganisasjoner, i første rekke en organisasjon for alle offentlig ansatte. Slike etablerte organisasjoner har forsøkt å hindre den nye avtalen.



ENIGE: Det har vært hard tautrekking, men nå ser det endelig lovende ut siden både ZUNO og regjeringen er enige om innholdet, sier Per Godtland Kristensen, internasjonal sekretær i NSF.

## Det er en stor kamp om medlemmer mellom organisasjonene.

Per Godtland Kristensen

Godtland Kristensen, internasjonal sekretær i NSF.

## Trenering

Først på 1990-tallet endret lovgivningen seg i Zambia slik at sykepleierne profesjonsorganisasjon også kunne bli lønnsforhandlingsorganisasjon. ZUNO vedtok i 2002 at den ville følge et slikt spor, og i 2004 ble søknad sendt til myndighetene. Den skulle vært behandlet innen seks måneder,

«recognition agreement» (anerkjennende avtale).

– Det tilsvarer norske hovedavtaler og omhandler forhandlingsprosedyrer og slike ting, forklarer Kristensen.

I Zambia er staten den største arbeidsgiveren til sykepleierne. Det har vist seg ekstra vanskelig å få til en anerkjennende avtale med regjeringen. Slike avtaler er allerede etablert med enkelte private arbeidsgivere i Zambia, for eksem-

## NSF støtter også:

- Montenegro
- Malawi
- Zanzibar
- Uganda
- Sør-Afrika
- Mauritius
- Mogadishu
- Somalia
- Årets tv-aksjon til CARE



# Utstøtt etter rusmisbruk

15 sykepleiere mistet autorisasjonen på grunn av rusmisbruk i fjor. Her forteller en av dem hvordan det oppleves å være utstøtt og oversett i ettertid.

Etter et vondt møte med en tidligere kollega, tok «Line» kontakt med Sykepleien. Dette er hennes egen beretning.

Idet sykepleieren går av vakt, begår hun en fatal feil. Uten å vite om den. Det skjer etter en travel dag på jobben. Hun har stått på i mange timer. Tilsynelatende blid. Når vekten er over, sier hun farvel til kollegene og setter kursen hjemover. Hun oppdager ikke noe før hun kommer hjem. Planen var å legge det ubemerket inn igjen, men der ligger det, i bunnen av vesken hennes. Legemidlet fra medisinskapet på jobben. Hun er avslørt. Hun vet det. Boblen brister.

«Rusmiddelet jeg fant i veska den forferdelige dagen hjalp meg til å stå i det vonde. Avhengighet skjer raskere enn noen aner. Jeg hadde aldri lært noe om det. Så ble jeg fanget i mitt eget garn.» skriver hun.

Ingen av kollegene har noensinne fått vite hvordan hun egentlig har det. Nå, et år etter at hun mistet jobben og autorisasjonen, er det få som vil høre. Men «Line» ønsker å bli hørt om opplevelsen av å tape nesten alt på grunn av rusmisbruk på jobben. Hun ønsker å snakke med eks-kollegaen hun møter på Rema.

«Vi fikk blikkontakt og jeg forberedte meg på å hilse på deg. Butikken er ikke så stor, så du må

ha gjort en god jobb blant hyllene for å gjemme deg bort. Jeg så deg ikke igjen før du stod i kassa. Gi det en sjanse, tenkte jeg, og stilte meg bak deg i koen. Sa «hei». Ansiktsuttrykket ditt sa mer enn tusen ord. Du kunne like gjerne ha spyttet på meg, sparket meg, hånet meg. Så jeg reiste hjem og knakk helt sammen.»

«Line» forstår at det er vanskelig å møte en tidligere kollega som er blitt oppsagt. Hun vet at sykepleieryrket ikke er forenlig med rusmisbruk. At hun valgte feil strategi og mistet jobben med soleklar begrunnelse. Nå er det opplevelsen av å være totalt utstøtt som svir mest.

«Hadde min kollega stoppet opp, hadde jeg forklart, ikke forsvart. Etter en svært vond opplevelse fikk jeg sterk angst. Jeg klarte ikke å snakke om den. Rusen ble en dårlig nødløsning.»

Etter oppsigelsen i fjor har ingen kolleger tatt kontakt. «Line» har forsøkt å snakke med sin tidligere leder, flere ganger, men opplever å bli avvist. I fjor tilspisset hele situasjonen seg med selvmordstanker. Depresjonen fikk til slutt henne til å hente frem en rifle.

«Jeg tenkte at jeg skulle spare barna mine for belastningen det er å gå ved siden av meg på gaten, i butikken, på kino og på svømmingen. Bygda er liten. Alle vet. Det blir snakket pent om en død mor.



### Rekordmange tatt for rusmisbruk på jobben

- 37 helsearbeidere mistet autorisasjonen i fjor på grunn av rusmiddelmisbruk. Det er ni flere enn året før.
- Sykepleiere utgjør den største gruppen (15 av 37).
- Kun en brøkdel av alle slike saker havner hos Helsetilsynet.

Nå er jeg bare en «dømt» mor. Er det på livstid?»

Line etterlyser noen av sykepleiens kjerneverdier: empati og omsorg. Hun har dette å si til helseledere:

«Når du står overfor noen som har misbrukt medikamenter, sørg

for at noen ivaretar denne personen. Tenk også over hva du formidler videre til deres underordnede. Selv om denne personen har gjort noe straffbart, så er hun framdeles et menneske. Et menneske som sikkert strever med større sår på sjelen enn noen av dere aner.»

## Veien tilbake

– Vi vet at det er store mørketall når det gjelder helsepersonell som misbruker rusmisbruk.

Det sier Aud Nordal, fagsjef i Statens helsetilsyn. I fjor mistet 37 helsearbeidere autorisasjonen. Det er ny rekord, men likevel et lavt tall sammenliknet med det reelle omfanget. Mange blir aldri oppdaget. Noen blir oppdaget og oppsagt, men saken blir ikke meldt videre til Statens helsetilsyn. Dermed står de fritt til å ta en jobb et annet sted.

Statens helsetilsyn har utarbeidet en veiledning om hvordan det er mulig å få tilbake autorisasjonen. Alle som mister den, får denne orienteringen.

– Det er fullt mulig hvis de kan dokumentere at årsaken til at de ble fratatt den ikke lenger er til

stede. For rusmisbrukere er hovedregelen at de må dokumentere to års rusfrihet. De må også dokumentere at de har tatt tak i problemene som førte til rusmisbruket, gjennom behandlingstiltak og liknende. Det er også mulig å søke om begrenset autorisasjon. I slike tilfeller rapporter arbeidsgiver til tilsynet.

Tilbakemeldingene fra helsepersonell som taper autorisasjonen varierer. Ikke alle blir overlatt til seg selv.

– Noen blir omplassert til andre arbeidsoppgaver, og får tilbud om hjelp fra Akan. Men for noen kan det å miste medlemskapet i Sykepleierforbundet være tøft, sier Nordal.

## – Gi dem en seng



Helseministeren har overlatt bestemmelsen om heroinassistert behandling til et utvalg. Der sitter sykepleier Marit Myklebust (bildet).

Helseminister  
Bjarne Håkon  
Hanssen nedsatte

6. mars et utvalg som skal utrede tiltak for de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige, under ledelse av Thorvald Stoltenberg. Der skal det også tas stilling til heroinassistert behandling.

– Jeg har ikke spurt noen av medlemmene om hva de mener om det, forsikret ministeren.

– Jeg stiller meg åpen til spørsmålet, men dette blir den lille diskusjonen oppi det hele. Det viktigste blir å skaffe de mest slitne rusmiddelavhengige et sted å bo. Gi dem en seng og litt verdighet. Det å sove ute er skrekkelig destruktivt, sier Marit Myklebust.

Hun er den eneste med helsefaglig bakgrunn i det nye utvalget. Hun har jobbet som sykepleier i 25 år og har i fem år ledet gatehospitalet i regi av Frelsesarmeen. Hun har også vært ordfører for Ap i Eigersund. I tillegg sitter hun i samhandlingsprosjektet til Hanssen.

I utvalget sitter også tre politikere, to jurister, en biskop, en Fafo-forsker og en pensjonist (Stoltenberg).

– *Hva tenker du om at du er den eneste med helsefaglig bakgrunn i utvalget?*

– Tror det er greit. Vi kommer uansett til å samarbeide bredt med fagmiljøene.

Den 28. februar 2010 skal utvalget levere en rapport med forslag til tiltak.

## Må lage mye bråk

– Det er arrogant når Jens Stoltenberg på direkten slenger hele likelønnsputten i bøtta. Den eneste måten å forhindre dette på, er å lage mye bråk, mener Marie Simonsen.

Dagbladets politiske redaktør er i ferd med å skrive bok om likelønn sammen med Ingvild Yssen. De to mener at det er blitt alt for stille om likelønn i Norge.

– Etter at likelønnskommissjonen anbefalte å sette av 3 milliarder til likelønn, har jeg ikke hørt et pip fra statsråden som har ansvaret for likestilling i Norge. Hun og Likestillingsombudet Beate Gangås har vært totalt fraværende i debatten. SVs Kristin Halvorsen vil gjerne være en

fanebærer for likelønn – etter valget. Men hun vil ikke gjøre det i dette budsjettåret fordi det ikke står i Soria Moria-erklæringen! Så hvorfor tro på henne etter valget når hun skal fortsette å regjere med Arbeiderpartiet, spurte Simonsen.

Hun innledet på Unios likestillingspolitiske konferanse i Oslo 6. mars.

Simonsen minnet om at det er kvinner som stemte inn den rød-grønne regjeringen.

– Kvinner vil aldri nå målet om likelønn uten å bråke mye. Norsk Sykepleierforbund skal ikke måtte kjøre denne kampen alene. Et massivt og langvarig press må til for å komme dit vi skal.

tekst **Barth Tholens**

## Kan hjelpe mot lette kramper i bena



Da trenger du kanskje magnesiumtilskudd?

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



Be deres forhandler om en smaksprøve

life  
daily wellness  
ULTRA  
MATVAREHUSET

Floradix Magnesium® kjøpes i Life helsekost og andre helsekostforretninger, enkelte apotek og hos ULTRA

-ditt naturlige valg  
NATUR  
import

Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59  
post@naturimport.no • [www.naturimport.no](http://www.naturimport.no)





LIGHT: Det er nok NOU-er om like-lønn, denne er adskillig mer lettlest, påpeker forfatterne Kristina Jullum Hagen og Anne Enger.

# Vil gjøre en forskjell

I boken «Den lille forskjellen» tar Kristina Jullum Hagen og Anne Enger til orde for et reallønnsløft for kvinnedominerte yrker i offentlig sektor.

– Vi har skrevet boken for alle som er opptatt av likelønn og likestilling. Forhåpentlig vil folk ha både nytte og glede av å lese den, sier statsviter og kommunikasjonsrådgiver Kristina Jullum Hagen.

Sammen med kollega og tidligere Sp-leder Anne Enger er hun fersk forfatterdebutant med boken «Den lille forskjellen». De to møttes da de jobbet sammen i likelønnskommissjonen.

## Inviterer leseren til dialog

– Regjeringen ga meg i oppgave å lede likelønnskommissjonen, og dette er en slags videreføring av oppdraget. Jeg sa til Kristina at jeg ville skrive en bok basert på fakta og analyser hentet fra dette arbeidet, og hun tente umiddelbart på ideen, forteller Enger.

Målet med boken er ifølge forfatterne å nå ut til dem som ikke leser Norges offentlige utredninger (NOU-er) og regjeringsdokumenter.

– NOU-er blir aldri folkelesning, det er i hvert fall min erfaring, smiler Anne Enger.

De to kvinnene representerer hver sin generasjon, og i boken trekker de

frem eksempler fra egne liv, som da Enger var nyansatt i et vikariat som sykepleierlærer på Diakonhjemmet, men manglet barnehageplass. Eller da Hagen valgte språk og samfunnsfag på videregående, selv om hun elsket matte og naturfag.

Nå inviterer de leserne til dialog og til debatt.

## Lønnsløft og tredelt foreldrepermisjon

– Det er viktig at debatten er kunnskapsbasert, og der tror vi boken kan være til stor hjelp. Alle sykepleiere burde gå mann av huse for å lese den, og lære seg argumentene på rams, understreker Enger.

I boken konsentrerer forfatterne seg i hovedsak om to av de seks konkrete tiltakene som likelønnskommissjonen foreslo, nemlig lønnsløft i offentlig sektor og en tredeling av foreldrepermisjonen.

– Disse tiltakene er etter vår oppfatning de viktigste å få igjennom, sier Hagen.

– Og derfor er boken ikke minst aktuell for beslutningstakere. Lønnsnivået må heves, og det må bakes inn i en varig avtale med arbeidsgiverne. I

dag har vi et lønnsforhandlingsystem som er med på å opprettholde skjevheter, påpeker Enger, og legger til:

– Politikerne og lederne i arbeidslivet må ha vilje for å få dette til, men er det mange nok som vil, har jeg også tro på at vi kan gjøre en forskjell.

## Nødvendig kamp

– Synes dere det er riktig av NSF å kjøre så hardt på likelønn i disse finanskrisetider, eller sender det ut et feil signal?

– Jeg synes ikke det blir feil. Med egen bakgrunn som sykepleier synes jeg det er viktig å kjempe for like-lønn. Det er dessuten nødvendig, i tiden som kommer må vi rekruttere flere til yrket enn noen gang før.

– Gjør den store andelen av deltidsarbeidende sykepleiere det vanskeligere for NSF å argumentere for likelønn?

– For mange er det fint å kunne jobbe deltid i perioder av livet, men vi er selvsagt imot ufrivillig deltid, sier Enger.

– Vi ønsker ikke å overprøve folks egne valg, snarere håper vi å bidra med å sette dette i et litt større perspektiv. Mens det totalt er 43 prosent kvinner som jobber deltid, er det 12 prosent menn som gjør det samme. Hvorfor er det slik? Er lønnsnivået for eksempelvis sykepleiere så lavt at

det ikke lønner seg å jobbe fullt? I stedet for å jobbe full stilling kan man like gjerne jobbe 80 prosent, hvis det likevel ikke utgjør særlig forskjell i lønningsspenen? Et reallønnsløft for sykepleierne ville kanskje lokke flere til å jobbe mer, undrer Hagen.

## Enige om det meste

– Hva er dere ikke enige om?

– 6-timersdagen, repliserer Hagen raskt.

– Jeg er veldig skeptisk til 6-timersdagen. Ikke fordi det ikke høres fint ut, men vi har gode velferdsordninger for småbarnsforeldre, som kontantstøtte og foreldrepermisjon. Problemet er at det i størst grad er mor som benytter seg av disse. Jeg er redd en innføring av 6-timersdagen ville være med på å sette kvinnens posisjon på arbeidsmarkedet ytterligere tilbake. Med mindre ordningen ville forutsette at også far måtte jobbe 6-timersdag.

Enger synes imidlertid forslaget kan ha livets rett.

– Utgangspunktet mitt er at det er viktig at arbeidslivet legges til rette for både mor og far. Men når vi har drøftet dette, har Kristina kommet med en del utspill jeg ikke hadde tenkt på, men som nok er relevante.

Forfatterduoen ønsker heller å fokusere på sakene de er enige om, og det er ifølge dem selv de aller fleste.

**Miele****PROFESSIONAL**

## OXIVARIO® - for den beste rengjøring og desinfeksjon

Miele har i årtier vært retningsgivende i utvikling av rengjørings- og desinfeksjonsautomater for det kliniske området og legepraksisen.

Oxivario er et spesialprogram beregnet benyttet til vask av kompliserte instrumenter innen minimalinvasiv kirurgi. Programmene benytter en kjemisk reaksjon i maskinen som frigir oksygen som igjen angriper proteiner. Resultatet er 100% rene og blanke instrumenter.

Ta kontakt med oss for en uforpliktende prat.

Miele AS, Løxaveien 13  
Postboks 183, 1309 RUD  
Telefon 67 17 31 00  
Telefaks 67 17 34 29

E-post: [professional@miele.no](mailto:professional@miele.no)  
Internett: [www.miele.no](http://www.miele.no)





**Anne Marit Føreland,**  
Barnesykepleier ved  
Nyfødtintensiv, Sørlandet  
Sykehus i Kristiansand

**Ansvar for livet til disse små menneskene er så stort at jeg ofte har vurdert å velge en annen arbeidsplass.**

# Øvelse gir mestring

Når et nyfødt barn blir akutt, kritisk sykt er det livsviktig at personalet ved nyfødtintensiv har god kompetanse.

Noen ganger kan det gå mange måneder, kanskje år, mellom hver gang vi utfører enkelte akuttprosedyrer. Visjonen til Sørlandet sykehus er «Trygghet når du trenger det mest» (1). Det er små marginer for nyfødte som trenger hjelp til å få i gang/gjenopprette vitale funksjoner. Våre handlinger de første minuttene i slike akutsituasjoner kan ha avgjørende betydning for resten av livet til det nyfødte barnet og for deres familier (2). Sykepleierne ved Nyfødtintensiv skal til enhver tid kunne håndtere akutsituasjoner, selv om det kan være sjeldent vi opplever dem. Dette skyldes begrenset antallet slike hendelser, mange deltidsstillinger og utskifting av personalet. Ansvar for livet til

disse små menneskene er så stort at jeg ofte har vurdert å velge en annen arbeidsplass. Jeg vet andre har tenkt det samme, noen har også gjort det.

## En situasjonsbeskrivelse

Et barn må forløses akutt med keisersnitt ti uker før termin på grunn av morkakeløsning. Jordmor kommer ut fra operasjonsstua til akuttbordet (mottaksbordet) med en blek/ cyanotisk, livløs gutt som ser ut til å veie litt over en kilo. Vi starter gjenopplivning. Etter kort tid med stimulering og ventilering på maske puster han selv. Vi gir et væskestøt via navlekateter. Barnet flyttes i kuvøse til nyfødtintensiv. Legen legger venefflon. Vi kobler på diverse

utstyr for pustestøtte og overvåking, gjør observasjon av vitale funksjoner, og trekker opp intravenøs væske. Guttens hudfarge er hvit. En bioingeniør dukker opp for å ta blodprøver samtidig som jordmor kommer med en skrekkslagen, nybakt pappa som vil se sin nyfødte sønn. Så piper alarmer på lav puls og oksygenmetning, vi ser at barnet ikke lenger puster selv. Legen starter ventilering på maske. Han ber oss finne utstyr til intubering, trekke opp Atropin, Morfin og Surfactant, samt bestille kriseblod ...

## Erfaring viktig

Dette er en av ulike akutsituasjoner vi kan oppleve ved Nyfødtintensiv. Av erfaring vet jeg at for-

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

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

**Søkeord:**  
Nyfødtintensiv  
Akutsituasjoner  
Simulering  
Sertifisering



SIMULERINGSSITUASJON 1: På nyfødtintensiv skal sykepleierne til enhver tid kunne håndtere akutsituasjoner, da er det nyttig med tørrtrening. Alle foto: Irene Werner Steinsland og Anne Marit Føreland

løpet er svært forskjellig fra gang til gang. Det er selvsagt avhengig av den enkelte situasjons kompleksitet og hastegrad. Men jeg ser i like stor grad at personalets kompetanse og personlighet spiller en avgjørende rolle. Noen ganger snakkes det med lav stemme, alle gjør det de skal og kvitterer for utførte handlinger. Det er hektisk, men med en følelse av ro og kontroll. Andre ganger hersker det en oppkavet stemning, med høylytt snakk, uklar kommunikasjon og dårlig koordinerte handlinger. Situasjonen kan bli kaotisk, noe som igjen kan bli traumatisk både for barnet, foreldrene og personalet.

Man kommer ikke utenom at vi har forskjellige personlighe-

ter. Noen er raske og klartenkte under stress, andre mister lett kontroll. Likevel vil erfaring spille en vesentlig rolle. Det er lettere å bevare roen dersom man er fortrolig med aktuelle prosedyrer og har stått i situasjonen ofte. Videre er det viktig med gode systemer og rutiner for akutsituasjoner ved posten. Grundig, systematisk opplæring er vesentlig, og ved vår post har vi et sykepleier-kompetanseprogram som skal bidra til dette. Imidlertid har vi sett behov for å jobbe mer systematisk med kvalitetssikring av akutsituasjoner. Vi har derfor opprettet en «akuttgruppe» bestående av leger og sykepleiere. I denne artikkelen ønsker jeg å formidle hva akuttgruppen har gjort hittil, deretter

hva vi ser behov for å jobbe med fremover.

#### **Fysisk tilrettelegging**

Det finnes akuttbord ved føde-, operasjon- og nyfødtintensivavdeling. For at en akutsituasjon skal fungere optimalt kreves det god plass og oversiktlig utstyr. Vi jobber med hensiktsmessig plassering av alt utstyret, og vi har stadig diskusjoner omkring dette. Algoritmen for gjenopplivning henger over alle akutt plasser. Sjekkliste for utstyr og akuttprosedyrer henger på «flipper» ved postens motaktsbord. Akuttgruppen oppdaterer dette slik at gamle prosedyrer blir revidert og byttet ut. På hver vakt er det fordelt hvilke to sykepleiere som skal ta imot nye barn.

Disse skal sjekke akuttplassen og kvittere etterpå i egen bok. Iblant mangler det likevel nødvendig utstyr, så vi har fremdeles et forbedringspotensial.

#### **Ansvarsfordeling**

Definering av arbeidsoppgaver er viktig for å kunne jobbe godt sammen i team (3). Vi har laget en ansvarsfordeling som beskriver funksjonene til vaktkoordinator og de to sykepleierne som skal ta imot nye barn («nye 1» og «nye 2»). Oversikten må alltid tilpasses den enkelte situasjon, ut ifra hvor sykt barnet er og belegget i avdelingen. Koordinator organiserer situasjonen, går til føde- og operasjonsavdeling ved mottak av nye barn (eller delegerer dette),





**Det er lettere å bevare roen dersom man er fortrolig med aktuelle prosedyrer og har stått i situasjonen ofte.**

SIMULERINGSSITUASJON 2: Ikke alle beholder roen like lett i krisesituasjoner, men det hjelper å øve seg.

sjekker medikamenter, tar seg av foreldre og gir annen assistanse ut ifra behov. «Nye 1» står hos pasienten, delegerer beskjeder fra lege og tar ansvar for dokumentasjon. «Nye 2» assisterer, trekker opp medikamenter/væske og ringer til røntgen og bioingeniør. Vi har erfart at «Nye 1» gjerne kan være under opplæring med veiledning fra «Nye 2», men at rollene byttes ved svært akutte, krevende situasjoner. Slik kan man bidra til at erfarne gir veiledning og opplæring så langt dette er forsvarlig ved mottak.

### **Medikamentadministrering**

Jeg har mange ganger erfart hvor vanskelig det kan være å administrere medikamenter

i akutsituasjoner. Flere av de mest brukte medikamentene (for eksempel Atropin og Prostivas) krever fortykning og omregning fra milligram, mikrogram eller nanogram til milliliter, og det kan virkelig haste! Her er det lett å gjøre feil. Legen kan ordinere feil dose (ordinasjonen blir ofte gitt muntlig i en stresset situasjon), vi oppfatter feil, regner feil, får «jerneteppe», bruker for lang tid både på å finne frem medikamentet, regne og fortygne. Studier viser at det gjøres mange feil ved resuscitering av barn, for eksempel flere «x 10»-feil, det vil si ti ganger for stor eller liten dose (4). Dette kan medføre økt morbiditet og mortalitet.

Akuttgruppa og fagutviklingsssy-

kepleier har laget øvingsoppgaver i medikamentregning. Sykepleierne jobber med disse på rolige vakter og øvelsesdager. Vi har fått svært god respons på at dette er nyttig og viktig. Videre har vi laget en oversikt over hvilke medikamenter som bør være klare før intubering. Om mulig skal legen ordinere skriftlig slik at sykepleierne på forhånd kan trekke opp og ha klart det som kan bli aktuelt. Jeg har erfart at det kan være bedre å ventilere noen minutter lenger på maske før intubering for å sikre medikamentadministrering. Vi har også laget et par case som gir praktisk trening i dette. Det beste er da å trene sammen med leger.

### **Prosedyreøvelser**

Noen ganger kan det gå mange måneder, kanskje år, mellom hver gang vi utfører enkelte akuttprosedyrer. Dette kan medføre utrygghet, forsinkelser og feil. Oversikt, kontroll og trygghet forhindrer handlingslammelse, og bidrar til bedre håndtering av akutsituasjoner (5). Det kan derfor være nyttig å trene på aktuelle prosedyrer og arbeidsoppgaver. Akuttgruppa har laget en egen perm der vi beskriver hvordan de kan gjøre dette. Vi har valgt ut elleve prosedyrer: ansvarsfordeling, resuscitering, akuttmedisiner, smertelindring, intubering, respiratorinnstillinger, lukket sugesystem, arteriekateter, blodtransfusjon, thoraxdrain, dåp og dødsfall. I permen ligger lister

ØVER MATTE: Sykepleierne bruker rolige vakter til å trene på øvingsoppgaver i medikamentregning.



der vi kvitterer for hver enkelt oppgave som er utført. Målet er at alle pleiere skal gjøre dette tre ganger i året, enten i en pasient-situasjon eller som «tørrtrening». Det har vært litt blandede reaksjoner på opplegget. Enkelte kan nok føle seg dirigert til å trene på oppgaver som de opplever allerede å mestre. Andre har vært svært begeistret. Noen har komplette avkrysningslister, andre har ingen kryss. Jeg tror dette skyldes både motivasjon, initiativ og tid. For å sikre at alle gjennomfører, må det vies større oppmerksomhet og settes av tid til å øve (6, 7).

#### **E-læring og sertifisering**

Vår enhetsleder ønsker å få øvelsene inn i et e-læringsprogram

der undervisningsopplegg og tester er databasert. Tester via data kan være en kvalitetssikring. E-læringsprogram brukes flere steder ved opplæring og sertifisering av teknisk utstyr. Intensivavdelingen i Arendal har jobbet mye med sertifisering. De mener databasert opplegg og tester «er et viktig supplement til demonstrasjon, men kan ikke erstatte den muntlige, praktiske sertifisering som er nødvendig på hvert enkelt apparat» (6). Haukeland sykehus bruker i stor grad sertifisering for å dokumentere kunnskapsnivå. Dette gjelder både medisinsk teknisk utstyr og fagprosedyrer. Hver enkelt signerer sjekklister som leveres leder. De poengterer imidlertid at kunnskapen må videreut-

vikles i praksis der det uforutsette skjer og der det kreves at man ser helheten i pasientsituasjonen (7).

#### **Simulering**

Ikke alle får nok erfaring med uforutsette pasientsituasjoner, derfor tror jeg det er nødvendig med simulering. Simulering er «å etterligne en situasjon, prosess eller et hendelsesforløp» (8). Simulering brukes i læresituasjonen med studenter, men etter hvert også i større grad overfor helsepersonell ved ulike avdelinger, særlig innen for hjerte- lungeredning, traumatologi og pediatri (9). Det har vist seg å være nyttig også for dem som ofte står i akutsituasjoner. Etter simulering skal man gå gjennom forløpet, og reflektere over hva

som var bra og hva som kunne vært gjort annerledes. Noen velger å videofilme, andre bruker observatør, eller kun grupperefleksjon. De siste årene har det kommet mange simulatorsentre som egner seg til trening på akutsituasjoner, og noen sykehus og universiteter har kjøpt inn avanserte babydukker for simulering, «SimBaby» og «SimNewborn». Man kan også ha godt utbytte av simulering i egen avdeling med rimelige midler (9,10). Da bruker man personell, utstyr og omgivelser slik det er i en reell situasjon.

BEST (bedre & systematisk traumebehandling) er et eksempel på tverrfaglig teamtrening som oftest foregår på post. BEST brukes særlig innen traumebehandling for



å styrke ledelse, kommunikasjon og samarbeid (9). Man bruker vanligvis en arbeidsdag per øvelse. I 2005 begynte man med BarneBEST (10). I akuttmottak, blant annet ved Sørlandet sykehus, trener de på mottak av alvorlig syke barn. Men vil det komme et «NyfødtBEST»? Er akuttsituasjoner hos nyfødte ansett som et like viktig øvelseskonsept som traumer

## Noen ganger kan det gå mange måneder, kanskje år, mellom hver gang vi utfører enkelte akuttprosedyrer.

og syke barn i akuttmottak? Jeg håper at sykehusledere er villige til å prioritere tid og penger på dette. Barneleger tilknyttet Norsk resusciteringsråd har nylig sett på muligheten for å arrangere kurs i gjenoppliving av nyfødte. Forhåpentligvis vil dette bli et opplegg der hele teamet deltar, inkludert sykepleierne.

### Våre erfaringer

Legene ved Barnesenteret har begynt med regelmessig trening på resuscitering av barn under fredagens morgenmøte. Akuttgruppa har prøvd å organisere dette slik at sykepleiere ved nyfødtintensiv kan delta på noen av disse. Det siste året har akuttgruppa arrangert fire halve dager med øvelser ved vår post. Barnelege fra «BarneBEST» er med i akuttgruppa. Han brukte da noen av BEST-ideene i forkortet utgave. Vi delte inn sykepleierne i fire grupper som roterte på følgende stasjoner:

- Case (tatt fra virkeligheten) med babydukke på Nyfødtintensiv sitt akuttbord, ledet av lege
- Resuscitering på babydukke ved Fødeavdelingens akuttbord, ledet av lege
- Medikamentregningsoppgaver på kontor, ledet av sykepleier
- Hjerte-lunge-redning på voksendukke i foreldrerom, ledet av BHLR-instruktør

Nesten alle postens sykepleiere deltok på én av de fire dagene. Vi hadde laget lister for pleierne slik at det skulle være mulig for samtlige å delta. En del leger deltok på de to første postene, assistentleger ble prioritert. Det ble for det meste gitt svært gode tilbakemeldinger på evalueringsskjema. Både nyansatte og erfarne opplevde dette som svært viktig og nyttig. Flere skrev at de ønsket mer øvelse. Akuttgruppa oppsummerte ved evaluering at vi ønsket at flere leger deltok, og sikrere tilgang på leger til å lede ved akuttplassene. På grunn av sykdom og pasientsituasjoner måtte vi improvisere mer enn ønskelig. Vi hadde også invitert jordmødre, men disse hadde bare tid et par ganger. Målet for øvelsesdagene var praktisk trening i akuttsituasjoner samt øvelse på kommunikasjon og tverrfaglig samhandling. Sistnevnte mål ble ikke nådd. Dette skyldtes delvis faktorer som er nevnt ovenfor (for få leger/ jordmødre), men også for lite fokusering på og bevissthet om målene.

### Jus og etikk

Lederne ved kliniske avdelinger på sykehuset er pålagt å sørge for at alle ansatte gjennomfører trening i basal hjerte-lunge-redning på voksne en gang i året. På nyfødtintensiv har vi ikke hatt tilsvarende

påbud om trening på babydukke. Det er tatt med i opplæringsplaner, men repetisjoner videre har vært tilfeldige. Det viser seg dessverre at ferdigheter i gjenopplivning blir fort glemt (2). Vårt lovverk pålegger oss faglig forsvarlighet (11,12), helsehjelp av god kvalitet (13) og internkontroll (14). Videre har vi et etisk ansvar overfor våre små og forsvarsløse pasienter og deres familier. «Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv ...» står det i våre yrkesetiske retningslinjer (15). Foreldrene opplever at barnas liv, med konsekvenser for hele familiens fremtid, ligger i våre hender. En far til et prematurt barn uttrykte sin engstelse og hjelpeløshet slik: «Jeg føler at jeg ikke kan gjøre noe

fra eller til, jeg må bare stole på at andre gjør det de skal» (16).

### Konklusjon

Jeg mener at disse juridiske og etiske fordringene krever konkrete tiltak. Dette kan gjøres ved systematisk opplæring, sertifisering og simulering, slik jeg har beskrevet det i denne artikkelen. Egne erfaringer tilsier at akuttsituasjoner må kvalitetssikres bedre. Ansvaret ligger både hos arbeidsgiver og arbeidstaker, ifølge lovverket og yrkesetiske retningslinjer. Jeg håper disse refleksjonene kan stimulere til handling både ved egen post og andre avdelinger. Målet er trygghet når du trenger det mest ... også for de aller minste!

### LITTERATUR

1. [www.ogbedreskaldetbli.no/Program/237/Lop3\\_ses3\\_Jan\\_Roger\\_Olsen.ppt](http://www.ogbedreskaldetbli.no/Program/237/Lop3_ses3_Jan_Roger_Olsen.ppt)
2. Hunt et al. Simulation of in-hospital pediatric medical emergencies and cardiopulmonary arrest: Highlight the importance of the first 5 minutes. *Pediatrics* 2008; 121: e34-e43
3. Høylo T. Tverrfaglig trening i traumebehandling på sykehus. *Tidsskriftet Sykepleien* 2000; 3: 54-56.
4. Kozer et al. Prospective observational study on the incidence of medication errors during simulated resuscitation in a paediatric emergency department *BMJ*. 2004 Dec 4;329 (7478): 1321
5. Alvsvåg H, Førland O. Engasjement og læring. Kap. 9. Otta: Akrike AS, 2007
6. Tønnessen VH. Kunnskap redder liv. *Tidsskriftet Sykepleien* 2005;13: 62-63
7. Fålund N. De kontrollerer seg selv. *Tidsskriftet Sykepleien* 2005; 17: 64-65.
8. Guttu T. Norsk ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1998
9. Brinchmann-Hansen Å, Wisborg T, Brattebø G. Simulering- en god metode i legers videre- og etterutdanning. *Tidsskrift for Den norske lægeförening* 2004; 124: 2113-5
10. Johannessen L B. BEST- også når det gjelder barn. *Tidsskr. nor legefören* 2006;2: 210.
11. Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-10, <http://lovdata.no/>
12. Lov om helsepersonell § 2-4, <http://lovdata.no/>
13. Lov om pasientrettigheter § 1-1, <http://lovdata.no/>
14. vLov om statlig tilsyn med helse-tjenesten § 3, <http://lovdata.no/>
15. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007. <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20Yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
16. Lind GB. Foreldreopplevelser etter for tidlig fødsel Bergen: Alma Mater Forlag, 1988

## Kortest ventetid i vest

Poliklinikkene for psykisk helsevern i Helse Vest RHF kommer best ut i landet når det gjelder ventetid. Det viser en undersøkelse Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjort på oppdrag fra Helsedirektoratet. Drøyt 11 000 brukere ble spurt om hvordan de opplevde kvaliteten på psykiatriske poliklinikker for voksne, sett i forhold til ventetid, brukererfaringer og eksternt samarbeid. Av helseregionene i Norge er Helse Vest den som har flest poliklinikker for voksne innen psykisk helsevern. På brukererfaring skårer Nordfjord psykiatrisenter høyest i landet.

Kilde: kunnskapssenteret.no



## Lykkelige barnløse

Myten om at barn gjør oss lykkeligere stemmer ikke, skal vi tro en ny norsk studie som er basert på data fra NorLAG-undersøkelsen om livsløp, aldring og generasjon. Det er en utbredt antakelse at barnløse personer lever mindre meningsfulle og berikende liv enn foreldre, og at de ofte går en mer ensom alderdom i møte. Men forskere fra NOVA og Universitetet i Oslo finner i sin studie få eller ingen forskjeller i livskvalitet mellom foreldre og barnløse. Det å ha barn skal imidlertid ha en gunstig effekt på

kvinnens selvtillit og tilfredshet med livet. For menn har foreldreskap ingen betydning for noen av livskvalitetsfaktorene. Studien er publisert i det amerikanske tidsskriftet Social Indicators Research.

Kilde: NOVA

## Gelé mot hiv

En ny medisinsk gelé skal kunne beskytte kvinner mot viruset som forårsaker hiv. Det er forskere ved Sør-Afrikas senter for aidsforskning som står bak utviklingen av geleen, som til nå er testet ut på cirka 3 000 kvinner. Ifølge forskningsleder Salim Abdool Karim kan 30 prosent av disse ha blitt beskyttet mot hivsmitte. Målet er å finne et såkalt mikrobisid som beskytter mot overføring av hivsmitte mellom seksuelle partnere som ikke kan eller vil bruke kondom. Det nye middelet, som går under betegnelsen PRO 2 000 skal ifølge forskerne være svært lovende.

Kilde: Reuters Health

## Vil gi kolesterolmedisiner til friske

Legemiddelet statiner kan så godt som halvere risikoen for hjerteinfarkt hos friske. Det hevder israelske forskere i en ny studie som nylig ble publisert i det medisinske tidsskriftet Archives of Internal Medicine. 230 000 høyrisikopasienter og friske deltok i studien. Resultatene viste at statiner bidrar til å hindre utvikling av hjertesykdom. Ifølge den britiske medisinprofessoren og hjerteeksperten Roger Doyle, kan tussensvis av liv reddes dersom også friske personer bruker legemiddelet.

Kilde: BBC News



Foto: Colourbox

## Gener avgjør warfarindose

Den blodfortynnende medisinen warfarin (Marevan) er et av verdens mest studerte legemidler. Selv om patentet er gått ut og legemiddelet koster kun en krone per dagen for en pasient, gjøres det fremdeles studier med legemiddelet.

Nå har forskerne funnet ut at genene til pasienten kan utgjøre en forskjellsfaktor på ti. Det vil si at en pasient kan trenge én tablett, mens en annen kan trenge ti tabletter for å oppnå samme effekt.

– Får pasienten for liten dose, gir det ingen effekt, og er dosen for høy, blir det blødningsrisiko, sier Mats Mogard til Sykepleien.

Han er medisinsk direktør i Nycomed Pharma som har legemiddelet på det nordiske markedet.

- Når kan gentesting bli rutine før pasienter settes på warfarin?
- Utviklingen går veldig fort. Forutsetningene finnes, men vi er ikke riktig der ennå. I dag koster gentesting 300 kroner per pasient, mens hvis man kan få til rutinetesting, vil kostnadene synke til 10-30 kroner som for en vanlig blodprøve, sier Mogard.

Kilde: British Medical Journal

## Sykepleiere endoskoperer grundigere enn leger

I Storbritannia gjør både sykepleiere og leger endoskopiundersøkelser. Nylig ble det publisert to studier som sammenlignet de to yrkesgruppene i forhold til kvaliteten og kost/nytte-verdien på undersøkelsene. Det var ingen signifikante forskjeller mellom legene og sykepleierne, men tendensen var at etter en dag var pasientene mer fornøyd med sykepleierne.

Sykepleierne var også grundigere i sine undersøkelser, mens livskvaliteten hos pasientene var litt bedre i legegruppen. Selv om legeundersøkelsene per stykk var dyrere enn sykepleierundersøkelsene, viste det seg at kost/nytte-verdien var en anelse høyere for legenes del, når det ble regnet om i gevinst av såkalte kvalitetsjusterte leveår (QALY). Pasientene i legegruppen vant 0,015 QALY.

I Norge er det bare leger som utfører endoskopiundersøkelser foreløpig.

Kilde: New England Journal of Medicine, 19. februar





**Hanne Sjøberg Finbråten,**  
sykepleier, høyskolelærer, MSc-  
student, Høgskolen i Akershus,



**Sverre Pettersen,** første-  
manuensis, PhD, Høgskolen i  
Hedmark

**Det er ofte et gap mellom det pasientene faktisk forstår, og det profesjonelle forventer eller tror de forstår.**

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

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

**Søkeord:**  
Helsefremmende allmenndannelse  
Health Literacy  
Empowerment  
Folkehelsearbeid

# Kunnskap er egenmakt

Pasienters helsefremmende allmenndannelse bør rutinemessig kartlegges av helsepersonell før viktig rådgivende helsekommunikasjon starter.

I denne artikkelen redegjør vi for begrepet «health literacy» eller helsefremmende allmenndannelse. Vi argumenterer også for at helsefremmende allmenndannelse er nødvendig for å oppnå «empowerment» gjennom helsekommunikasjon. Kartlegging av pasienters helsefremmende allmenndannelse inngår i forskningen ved Høgskolen i Akershus.

## «Health literacy»

«Health literacy» eller helsefremmende allmenndannelse er et relativt nytt begrep innen mange nasjoners folkehelsearbeid – inkludert Norge (1,2,3,4). Don Nutbeam (1) definerer helsefremmende allmenndannelse som: «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (s. 263 – egen oversettelse fra engelsk)». Pettersen (2) har oversatt begrepet «health literacy» til helsefremmende allmenndannelse, hvilket i korthet går ut på: den mulighet og evne enkeltpersoner har til å skaffe og erverve seg basal helsekunnskap, til å oppsøke eller motta, diskutere og kritisk vurdere helseinformasjon og helseråd, alt i den hensikt å kunne forbedre sin helse. I praksis fordrer en slik type allmenndannelse både et skolesystem som vektlegger undervisning om helsekunnskap (eng.; health education), personlige kognitive evner, forutsetninger for kommunikativ interaktivitet og ferdigheter i kritisk tenkning (ibid.). Nutbeam (1) presenterer tre hierarkiske nivåer for helsefremmende allmenndannelse:

- *Funksjonell* helsefremmende allmenndannelse: Omhandler

lese- og skriveferdigheter som er nødvendig for å forstå og følge enkle helseråd.

- *Interaktiv* helsefremmende allmenndannelse: Omhandler kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter for å kunne ivareta egen helse i samråd med profesjonelle helsearbeidere. Inkluderer også at man kjenner til hvordan man kan anvende de ulike instanser i helsevesenet.
- *Kritisk* helsefremmende allmenndannelse: Omhandler evne til kritisk tenkning, kunne kritisk analysere den helseinformasjon man mottar, samt anvende informasjon for å oppnå bedre helse. Videre dreier det seg om å engasjere seg i helsefremmende virksomheter både på familiært, lokalt, nasjonalt og internasjonalt plan.

(Oversatt fra engelsk av Pettersen, (2))

For å oppnå helsefremmende allmenndannelse er man i utgangspunktet avhengig av å kunne lese og skrive. I tillegg må man ha visse vesentlige og vitenskapelig baserte kunnskaper om kropp og helse. På neste nivå står interaktiviteten i sentrum. Det vil si evnen til å kunne oppsøke rett behandlingssted når et helseproblem oppstår, og selv være i stand til å skaffe seg mer informasjon om sin helsetilstand hvis det trengs. Man må også kunne føre en adekvat helsedialog med helsepersonell man møter i slike prosesser. Det høyeste nivå av helsefremmende allmenndannelse er, ifølge Nutbeam (1), det å kunne være kritisk sortierende overfor alle typer helsepåstander, både medisinske og ikke fullt så medisinske, som man stadig «bombarderes» med

i moderne samfunn, oftest gjennom ulike typer massemedia (5). Vi tror at mange sykepleiere i sitt daglige virke driver helseinformasjon overfor personer som befinner seg på svært ulike nivåer av helsefremmende allmenndannelse, muligens uten at de er seg bevisst hvilke begrensninger mange har for å kunne nyttiggjøre seg deres informasjon. Studier gjort i USA og England viser at mange pasienter har vanskeligheter med å forstå helseinformasjon (6). Det er ofte et gap mellom det pasientene faktisk forstår, og det profesjonelle forventer eller tror de forstår (7). Standard opplysningsmaterieil rettet mot pasienter er dessuten gjerne skrevet på et høyere helsefremmende allmenndannelsesnivå enn mange pasienter faktisk befinner seg på (6). Pasienter med lav helsefremmende allmenndannelse har også vist seg å få dårligere behandling i helsevesenet, trolig på grunn av deres mangelfulle evne til å uttrykke seg faglig om sitt helseproblem (ibid.). Og ikke nok med det; det er også forskning som viser at personer med lav helsefremmende allmenndannelse er de som oftest blir «gjengangere» i helsevesenet (1,6,7).

## Empowerment

Selve begrepet empowerment forutsettes kjent for mange sykepleiere. Begrepet står sentralt innen pasientveiledning (8). Uansett, Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment innen helsefremmende arbeid som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (9). Empowerment synes likevel å være et begrep uten entydig definisjon (10,11). På engelsk betyr verbet «to



PÅ NETT?: Det er viktig at helsepersonell forstår hvilket helsefremmende allmenndannelsesnivå pasienten befinner seg på. Illustrasjon: Lene Ask

empower» å gi makt eller autoritet til noen, eller gjøre noen i stand til å handle (10). Det finnes muligens ikke en allmenngyldig oversettelse av begrepet til norsk. Myndiggjøring, brukermedvirkning, motmakt, eller egenmakt er noen forslag (10,12). Begrepet blir heller forstått gjennom motsatsene; menneskers maktesløshet og manglende kontroll, i denne sammenheng relatert til helse. Gulbrandsen (13) diskuterer om styrking kan være et godt norsk ord for empowerment. Siden det har vist seg utfordrende å oversette ordet empowerment til norsk med en helsemessig rammeforståelse, blir det engelske uttrykket fortsatt hyppigst brukt i norsk helsefaglig litteratur (10). Ideen om empowerment vedrørende folkehelse hevdes å være et oppgjør med paternalismens, eller legevitenskapens sterke tendens til myndiggjøring av, eller enveiskommunikasjon overfor, hjelpetrengende mennesker (10). Ideologisk blir em-

powerment-strategier således forankret til demokratiet som styringsform (14). Brukerinnflytelse vektlegges i Lov om pasientrettigheter (15), hvor det presiseres at pasienten har rett til å medvirke under gjennomføring av helsehjelp. Dessuten vektlegges brukermedvirkning i Stortingsmelding 25 om «Mestring, muligheter og mening – fremtidens helseutfordringer» (16). Det blir dermed nokså tydelig at idégrunnlaget i helsefremmende arbeid (på engelsk: health promotion) har utviklet seg fra tradisjonelt opplysnings- og informasjonsarbeid (på engelsk: health education) til større grad av brukermedvirkning (empowerment) (17,18). Enveispreget helseinformasjon har blitt mer og mer til toveis helsekommunikasjon (engelsk: health communication) (3,4,18). Thesen & Malterud (19) hevder at empowerment handler om omfordeling av makt i helsefremmende strategier, hvor man forsøker å nøytralisere krefter som fører til avmakt.

Det vil si at man i helsedialogen forsøker å utjevne eller ubetydeliggjøre kunnskaps- og autoritetsgapet som ofte er mellom pasient og helsepersonell (10). Dermed kan forslag til helsemessige problemløsninger, teoretisk sett, like gjerne være basert på pasienters erfaringer og sterke argumenter som på fagfolks profesjonelle kunnskap og nøkterne årsaksresonnementer. I verste fall kan utfallet bli uheldig for pasientene, særlig dersom deres og fagpersonenes forståelsesrammer og vurderinger i utgangspunktet var på kollisjonskurs (14).

Empowerment kan betraktes som en inviterende prosess som aktivt forsøker å sette pasienten i stand til å ivareta egen helse. Imidlertid er det trolig nødvendig å reflektere kritisk over mange pasienters reelle forutsetninger for valgene og beslutningene de tar etter denne velmenende maktervervelsen. Sigstad (14) påpeker at empowerment-begrepet kan oppfattes som konsumorientert. Pasientene får en slags kunderolle i møte med helsevesenet, samtidig som «innkjøpet» blir basert på det normative slagordet «ansvar for egen helse». Dette innebærer at pasienten selv må ta ansvar for det «helseprodukt» han eller hun med egenmakt har skaffet seg. Stortingsmelding 25 presiserer at fremtidens velferdssamfunn forutsetter ikke bare myndiggjøring av hvert enkelt menneske, men også ansvarliggjøring (16). Dette krever etter vårt syn, omfattende kunnskap hos dem som mottar eller skaffer seg helsetjenester. Lov om pasientrettigheter poengterer at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne både til å gi og motta informasjon om sin helsetilstand, innbefattet samtykkekompetanse (15). Følgelig får man at empowerment gjerne blir knyttet til helsekommunikasjon som ofte foregår mellom pasient og helsepersonell.

**Helsekommunikasjon**

Helsekommunikasjon dreier seg kort og godt om ulike strategier for å drive toveiskommunikasjon om én av partenes helseanliggende i den hovedhensikt å forbedre vedkommendes

helse (4). I løpet av de siste tre tiårene har også helsekommunikasjon blitt et eget tverrfaglig studium og forskningsfelt, særlig i USA (20). Som akademisk utdanning og forskningsfelt legitimeres helsekommunikasjon av følgende forhold:

- erkjennelsen av at mennesker, av forskjellige årsaker, har ulike evne til og forutsetninger for kunnskapsservervelse (om helse)
- flommen av helseinformasjon fra ulike kilder i samfunnet
- økt behov for å kunne kritisk vurdere all helseinformasjon (21)

Helsekommunikasjon forgår ikke kun i relasjonen mellom pasient og helsepersonell innen det offentlige helsevesenet. En rekke eksterne instanser i moderne samfunn tilbyr helsekommunikasjon, for eksempel kommersielle vektreduksjonskurs, treningsstudioer, alternativ medisinske praksiser, ulike typer massemedia som aviser, ukeblader, TV, radio – og ikke minst Internett (3,4,22). WHO's mest brukte definisjon av helse (23) sier at helse ikke bare er fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende. Sannsynligvis på grunn av denne definisjonen er dagens helsekommunikasjon preget av et stort spektrum av sendere av helsebudskap. Avsenderne kan ha høyst ulik kvalitet på deres helsefaglige utdanningsbakgrunn, og mange fremmer helsepåstander uten vitenskapelig dokumentasjon (24). For mange mennesker kan det trolig oppleves som vanskelig å evaluere helsepåstandene og helsetjenestene som florerer i samfunnet (1,2,5).

**De tre begrepene iforhold til hverandre**

I det følgende drøfter vi hvorledes vi antar at de tre begrepene som er utredet i avsnittene over, forholder seg til hverandre. Hvert av begrepene er ofte ansett som sentrale forutsetninger for og bidragsyttere til helsefremmende atferd (3,8,26). Vitenskapelig basert helsekommunikasjon anses som et sentralt middel til at befolkningen oppnår helsefremmende allmenndannelse (4). Ifølge den brasilianske pedagogen



Paulo Freires politiske tenkning rundt begrepet empowerment, skulle ett av flere empowerment-relaterte tiltak være etablering av allment tilgjengelige skoler som bidro med helseopp-læring (27,28). Dermed ville folk flest i prinsippet sikres helsefremmende allmenndannelse. Helsekommunikasjon kan også påvirke personer til å foreta helsefremmende valg gjennom utøvelse av empowerment. Helsefremmende allmenndannelse kan i så fall bidra til at «empowered» personer forholder seg både adekvat og kritisk til mye helsekommunikasjon. Større grad av uavhengighet og empowerment er dessuten, ifølge Nutbeam (1), et prioritert mål med helsefremmende allmenndannelse. Han hevder at jo høyere nivå av helsefremmende allmenndannelse en person befinner seg på, jo høyere grad av empowerment og autonomi kan det tillates at vedkommende handler i forhold til.

I utgangspunktet er teorien rundt helsefremmende allmenndannelse kritisk til begrepet empowerment. Empowerment som handlingsstrategi uten et visst nivå av helsefremmende allmenndannelse som basis, vil ifølge både Nutbeam (1) og Kickbush (29) kunne føre til at den ervervede egenmakten blir utøvd i en kunnskapsløs, ureflektert, dogmatisk og ukritisk dimensjon. Dette vil i så fall verken gagne enkeltindividers helse eller de demokratiske idealene som empowerment-begrepet er koblet til. Ilona Kickbush er nokså krass når hun hevder at helsefremmende allmenndannelse må betraktes som et vesentlig grunnlag for og kritisk «verktøy» i enhver empowerment-strategi som har som mål å øke befolkningens kontroll over egen helse (29). Noen kritiske røster hevder til og med at empowerment-ideologi, anvendt i det helsefremmende arbeidet blant folk i rike vestlige land, vil favorisere de ressurssterke som har råd til å være autonome i forhold til egen helse (30,31,32). I tråd med dette vil vi hevde at helsefremmende allmenndannelse har en normativ ideologisk forankring (33). Et høyt nivå av helsefremmende allmenndannelse vil trolig medføre at enkeltindi-

videt både kan forstå, skaffe seg og evaluere helsekommunikasjon for å ivareta egen helse. Dermed oppnås bedre kontroll over faktorer som påvirker helsen, hvilket etter vårt syn faktisk reflekter WHO's definisjon av begrepet empowerment (9).

Vi er klar over at personers initiativ til endring av helseatferd er avhengig av mange demografiske og psykologiske variabler, som for eksempel gjenspeiles i Theory of planned behavior av Icek Ajzen (34). Vi har i denne artikkelen valgt å fokusere på tre begreper som har innvirkning på helseatferd, hovedsakelig fordi de på varierende vis involverer pedagogikk og didaktikk som fagområder. Både fagstoff, læring og formidlingsmåter er etter vår mening

som angår egen helseutvikling (36). Vi stiller spørsmål ved i hvilken grad pasientgrupper med lav helsefremmende allmenndannelse faktisk er i stand til å ta selvstendige og adekvate beslutninger om egen helse.

### Ulik grad av helsefremmende allmenndannelse

Samtidig som de tre begrepene muligens kan forholde seg til hverandre som argumentert for i det foregående, vil vi hevde at begrepene forutsetter hverandre i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Nivået av helsefremmende allmenndannelse hos helsepersonell og pasienter kan være ulikt og likt, noe vi mener man bør ta særlige hensyn til under empowerment-preget helsekommunikasjon.

man anvender flere kommunikasjonsmåter samtidig (26,38). Dette krever at sykepleiere i tillegg til muntlige kommunikasjonsferdigheter, også har tilgang på og erfaring med elektroniske kommunikasjonskanaler (39).

Når helsekommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er preget av empowerment, vil man i større grad kunne ivareta det som personen er opptatt av i øyeblikket. At pasienten får anledning til å definere sine egne behov, er ansett som et nøkkelprinsipp i helsefremmende arbeid (11). Koelen & Lindström anbefaler at relasjonen mellom helsefaglige profesjonsarbeidere og pasienten bør basere seg på likeverdig samarbeid fremfor, slik det var tilfelle med tidligere helseopplysningstradisjon,

## Tanken bak empowerment er at kunnskaps- og autoritetsgapet mellom sender og mottaker av helsebudskap bør jevnes ut.

implisitt i begrepene helsefremmende allmenndannelse, empowerment og helsekommunikasjon. Denne artikkelens belystning og drøfting av disse begrepene er således særlig rettet mot vitenskapelig ansatte som underviser sykepleierstudenter.

Tanken bak empowerment er at kunnskaps- og autoritetsgapet mellom sender og mottaker av helsebudskap bør jevnes ut. Satt litt på spissen; forslag til problemløsninger kan like gjerne basere seg på legfolks erfaringer som på profesjonelles fagkunnskaper. Vi synes et slikt potensielt scenario er betenkelig, særlig sett i lys av det faktum at det er registrert meget stor frekvens av sykkelighet blant folk med lav sosio-økonomisk status – og motsatt (7). Internasjonale studier har som nevnt vist, at mange «pasientgjengangere» både har lav inntekt og utdanning – og lav helsefremmende allmenndannelse (35). Innen medisinsk etikk understrekes det at pasienten må være kompetent til å være autonom, og følgelig ha innsikt og ferdigheter som er gode nok til å kunne ta avgjørelser

I de fleste tilfeller er nok helsepersonellet på et høyere helsefremmende allmenndannelsesnivå enn pasienten. Men det er heller ikke utenkelig at nivåene kan være like – og i enkelte tilfeller; endog høyere hos pasienten. Under alle omstendigheter vil vi foreslå at pasientens nivå av helsefremmende allmenndannelse rutinemessig bør kartlegges av helsepersonellet før viktig rådgivende helsekommunikasjon med vedkommende starter (37). Gunilla Jarlbro anbefaler at helsekommunikasjon må skreddersys i forhold til målgruppens forutsetninger (26). Hun hevder at all endringsfokusert helsekommunikasjon må tilpasses mottakerens kjønn, alder, utdanningsnivå, språk- og kulturbakgrunn. For personer med særlig lav grad av helsefremmende allmenndannelse anbefaler Williams et al. (6) at helsepersonell bruker et enkelt, hverdagslig språk når de informerer vedkommende, og gjerne supplerer med bilder eller animasjoner. Helsekommunikasjon med personer med lav helsefremmende allmenndannelse synes å være mest effektiv dersom

et hierarki i favør av helsepersonellet (40). I en empowerment-preget relasjon bør man likevel forutsette at partene kan ha ulik grad av helsefremmende allmenndannelse – hvilket man ikke kan vite noe om før man har kartlagt den. I en helsefremmende allmenndannelse-kartlagt helsekommunikasjon mellom sykepleier og pasient kreves det, etter vår mening, at sykepleieren både har psykologisk,



didaktisk, pedagogisk og kommunikativ kompetanse. De tilsvarende emnene i sykepleierens grunnutdanning bør således styrkes. Et høyt nivå av helsefremmende allmenndannelse hos en sykepleier fordrer, ifølge Nutbeam (1), at vedkommende har grunnleggende kjennskap til vitenskapsteori, ulike epistemologier og vitenskapelige forskningsmetoder. I tillegg bør han eller hun kjenne til de tilhørende standarder som brukes for å validere ny kunnskap i det sykepleiefaglige feltet, samt ha evne til kritisk tenkning (3,41). Slik opplæring kunne prioriteres ytterligere i studieemnet «Vitenskapsteori og forskningsmetode i sykepleierutdanningen» (41).

### Konklusjon

Vi har i det foregående forsøkt å redegjøre for begrepet helsefremmende allmenndannelse, som vi tror er nokså ukjent for mange sykepleiere som er engasjert i det helsefremmende arbeidet i Norge. Videre har vi forsøkt å drøfte hvordan dette begrepet kan knyttes til to mer kjente begreper i denne sammenheng; empowerment og helsekommunikasjon. Helsefremmende allmenndannelse forstås på to måter, som mål og resultat (7). Helsefremmende allmenndannelse kan anses som et resultat av profesjonelles helsekommunikasjon. Målet er individuell kompetanse til å forstå, kritisk vurdere og anvende va-

lid helsekommunikasjon i den hensikt å utvikle og opprettholde god helse – alt i lys av empowerment. Vårt sterkeste argument, eller subjektive partsinnlegg om man vil, for at ervervelse av helsefremmende allmenndannelse kan være den viktigste forutsetningen for oppnåelse av helsefremmende atferd, er at pasienten blir i stand til å bruke helsefremmende allmenndannelse som filter. En person som er på et høyt helsefremmende allmenndannelsesnivå er i stand til å skille ut evidensbasert helseinformasjon fra annen informasjon om helse som ikke har vitenskapelig dokumentasjon å støtte seg til. I dagens moderne samfunn «flommer» helseinforma-

sjon ut fra mange ulikt kvalifiserte aktører og gjennom et utall mediekkanaler. Det kan derfor være både rasjonelt og «forebyggende sunt» å ha kompetanse til kunne «filtrere» bort den helseinformasjonen som neppe er valid etter sykepleiervitenskapelige standarder. I moderne samfunn hvor «ansvar for egen helse» er et stadig hyppigere brukt liberalistisk slagord, kan det være grunnlag for å påstå at man kan få en ny helsemessig «klasseinndeling» i samfunnet basert på personers ulike grader av helsefremmende allmenndannelse (42). Det kan derfor være fristende å avslutte med et omskrevet kjent utsagn; «kunnskap er egenmakt».

### LITTERATUR

- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259–267.
- Pettersen S. Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: Bungum B, Jorde D (red.) *Naturfagdidaktikk. Perspektiver – Forskning – Utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 273–88.
- Pettersen S. Health Claims and Scientific Knowledge. A study of how students of health sciences, their teachers, and newspaper journalists relate to health claims in society. (Doktoravhandling for dr.scient.grad). Det Utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo, 2007. Oslo: Unipub ISSN 1501-8962, No. 77.
- Pettersen S. The importance of health literacy in nutrition communication. Paper presentert oralt ved: The 9th Nordic Nutrition Conference. København, Danmark, 1.-4. juni, 2008.
- Pettersen S. Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NORDINA* 2005; 1(1): 5–16.
- Williams MV, Davis TC, Parker RM, Weiss BD. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine* 2002; 34(5): 383–389.
- American Medical Association. HL: report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of American Medical Association* 1999; 281(6): 552–557.
- Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker – om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
- World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)
- Andrews T. "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003; 6(1): 30–42.
- Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16(3): 354–361.
- Askheim OP, Starrin B. Empowerment i teori og praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
- Gulbrandsen P. Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 2330.
- Sigstad HMH. Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 63–64.
- Lovdata. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Nedlastet 24. oktober fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening – fremtidens utfordringer. Nedlastet 24. oktober fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-1.html? id=200880>
- Sørensen M, Graff-Iversen S, Haugstvedt, KT, Enger-Karlsen T, Narum IG, Nybø A. «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2379–83.
- Tones K, Tilford S. *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity* (3rd ed.), London: Nelson Thornes, 2001.
- Thesen J, Malterud K. «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001; 121: 1624–28.
- Coalition for Health Communication. Advancing the field of health communication. Nedlastet 23. oktober 2008 fra: <http://www.healthcommunication.net/>
- Dorsey AM, Miller KI, Parrott R, Thompson TL. *Handbook of Health communication*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Association, 2003.
- U.S. Department of Health & Human Services. *Healthy people 2010*. Health Communication. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: <http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/11 HealthCom.htm>
- World Health Organization (WHO). WHO definition of health. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: <http://www.who.int/about/definition/en/>
- Johansen LW, Bjørndal A, Flottorp S, Grøtting T, Oxman AD. Vurdering av helseinformasjon i aviser og brosjyrer. Hva skal man tro? *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 260–64.
- Tappe K, Galer-Unti RA. Health Educators' role in Promotion Health Literacy and Advocacy for the 21st Century. *Journal of School Health* 2001; 71: 477–82.
- Jarbo G. Hälsokommunikation – en introduction. Lund: Studentlitteratur, 2004.
- Freire P. *De undertrykte pedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
- Rindner E. Using Freirean Empowerment for Health Education With Adolescents in Primary, Secondary and Tertiary Psychiatric Settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2004; 17(2): 78–84.
- Kickbush I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 2001; 16(3): 289–97.
- Askheim OP. Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
- Murphy J, Cauch J. Empowering Communities! Who are we kidding? Paper presentert ved: The Empowerment Conference with Noel Pearson. Melbourne, Australia, 16.-17. mai, 2006. Nedlastet 23. oktober 2008 fra: <http://www.communityconnections.com.au/empwpaapr.pdf>
- Riger S. What's wrong with empowerment? *American Journal of Community Psychology* 1993; 21(3): 279–92.
- Raphael D. Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada. *Health Promotion International* 2003; 18(4): 397–405.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Safeer RS, Keenan, J. *Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients*. *The American Family Physician* 2005; 72(3): 463–468.
- Slettebø Å. *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, 2002.
- Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand. *Manual for clinicians* (2nd edition). American Medical Association Foundation and American Medical Association. Nedlastet 24. oktober fra: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>
- Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodynski MA, Savir A. Increasing nutrition literacy: Testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of Nutrition Education and Behavior*; 2008; 40(1): 3–10.
- U.S. Department of Health & Human Services *Healthy people 2010*. Health Communication. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: <http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/11 HealthCom.htm>
- Koelen MA, Lindström B. (2005). Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005; 59: 10–16.
- Solberg J, Pettersen S. Amerikanske forskere har rapportert ... Sykepleierstudenter evne til å etterlyse vitenskapelig informasjon. *Tidsskr Sykepleien* 2004; 15: 59–61.
- Pettersen S. Education for Health Literacy: A Challenge to Media Journalists and School Teachers. Paper presentert oralt ved: The International Conference on Poverty, Food and Health, Lisboa, Portugal, 1.-4. juli, 2003.

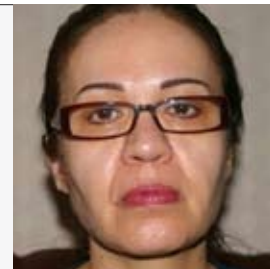


# Monir Saadati om smerteopplevelse og kvinnesyn

Sykepleier og Cand. san., Hjersteovervåkingen på Akershus Universitetssykehus

**Alder:** 49 år

**Fra:** Iran



## Er iranske kvinners smerteopplevelser påvirket av islamsk kvinnesyn?

Bedre psykisk helse hos kvinner med iransk kulturbakgrunn er avhengig av at de selv blir bevisste på hvordan iranske verdier påvirker deres opplevelser av smerte.

I min hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap ønsket jeg å undersøke smerteopplevelser fra kvinner med iransk kulturbakgrunn. Jeg kom frem til at smerteopplevelser hos iranske kvinner har en kompleks forankring i, og er sterkt påvirket av, kvinnesynet i Iran. Jeg tror iranske kvinner vil få det bedre i Norge dersom de lærer å sette mer pris på egne følelser og tanker og lærer seg å snakke om sine smerteopplevelser. Etter min mening bør iranske kvinner bli mer integrerte og delta mer aktivt i ulike samfunnsaktiviteter. De bør også bli mer bevisste på islamsk kvinnesyn og hvordan dette preger dem.

### Fremgangsmåte

Jeg gjorde en grundig litteraturanalyse og tok utgangspunkt i denne da jeg valgte hva jeg ønsket å fokusere på i min undersøkelse. Jeg intervjuet fem kvinner med iransk kulturbakgrunn som har bodd i Norge mer enn ti år. Den yngste respondenten er 39 år og den eldste er 55 år gammel. De er flyktninger og ble tvunget til å forlate hjemlandet sitt av politiske og sosiale årsaker. Samtlige er gift og har kommet til Norge med sine ektefeller og barn. Gruppen er sammensatt; alle kvinnene har forskjellig utdanning, klasse og religiøs bakgrunn. De er i ulik alder og lider av forskjellige sykdommer som resulterer i kroniske

smarter, blant annet migrene, fibromyalgi, ryggsmarter og hoftesmerter. Respondentene har hatt disse kroniske smertene i cirka ti år. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Samtidig noterte jeg observasjoner, tanker og inntrykk jeg fikk underveis i intervjuet. Jeg noterte også mitt helhetsinntrykk av respondentene

**De ønsker å vise at de har det vondt, men tillærte kulturelle verdier krever at de holder seg stille og viser tålmodighet og utholdenhet.**

og spesielle ting jeg la merke til. Intervjuene ble skrevet ut i sin helhet fra lydbåndene på persisk.

### Iransk kvinnesyn

Inntil forrige århundre ble kvinner i vestlige land diskriminert i like stor grad som kvinner i Midtøsten blir det i dag (1). Flere studier har vist at kvinners stilling i muslimske land er undertrykket og at islamske lover beskytter dette. (2,3,4).

I Iran er det en allment akseptert at mennene oppfører seg autoritært mot kvinnene og det er naturlig for kvinnene å adlyde mennene i familien. Islam har i flere århundrer lagt forholdene til rette for diskriminering av kvinner. Ulike klasser i samfunnet er preget av denne tradisjonen (5,6). Dette får konsekvenser på alle plan i samfunnet også økonomisk og utdanningsmessig.

Jeg mener at iranske kvinners smerteopplevelser er påvirket av det konservative kvinnesynet som eksisterer i Iran. Det konservative kvinnesynet innebærer at kvinner ikke blir sett på som likeverdige med menn, noe som gjør at kvinner risikerer å undervurdere seg selv og sine følelser (6).

Historisk sett kan diskriminering av kvinner og manglende respekt for deres følelser påvirke kvinners oppfatninger av seg selv. Å ha uhensiktsmessig tålmodighet og utholdenhet i forhold til en smertetilstand kan være en konsekvens av dette forholdet. For ytterligere å belyse kvinners holdninger til smerter vil jeg i det følgende diskutere de grunnleggende psykologiske årsakene til dette fenomenet.

### Smertehåndtering

Ifølge Mossafa (7) må barn, ut ifra ulike personlighetsteorier, oppleve respekt, kjærlighet og likestilling for å kunne etablere en solid



KLAGER IKKE: Iranske kvinners smertehåndtering er preget av tålmodighet, utholdenhet og taushet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

og selvstendig personlighet, respektere egne følelser og bli i stand til å vise dem. I motsatt fall kan barna utvikle en personlighet som er preget av redsel og frykt, komme i konflikt med sine omgivelser og bli tvunget til å gå på akkord med seg selv for å tilpasse seg disse. Barna etablerer et reelt selv som kan være preget av lav selvtillit, bekymringer, konflikt, sinne og mindreverdighetsfølelse. Det betyr at det reelle selvet reflekterer barnets oppvekstmiljø.

Etter som det strider mot menneskets i natur å leve med opplevelse av nedverdighet og frykt i hverdagen, finner det ubevisst en løsning på forholdet. For å kunne balansere dagliglivet og skape harmoni inne i seg etablerer barna etter hvert et idealisert selv. En personlighet som dekker over barnets svakheter og som er akseptert i miljøet. Å gi barna trygghet og selvspekt til kan bidra til at de opplever balanse i dagliglivet og i sosiale sammenhenger (Saadati, 2006).

### Indre konflikt

Iranske kvinner, som i ulik grad har opplevd frykt, mindreverdighet og diskriminering i sin oppvekst, kan utvikle et idealisert selv som er preget av tålmodighet, utholdenhet og taushet for å komme i harmoni med seg selv og sine sosiale omgivelser. De viser trygghet og ver-

dighet fordi disse verdiene er det som sosialt sett er akseptert og verdsatt. På den måten opplever de mer balanse, kontroll og selvtillit i sine sosiale relasjoner, og ikke minst i forhold til sin idealiserte personlighet.

Videre vil en person med et sterkt utviklet idealisert selv lide under en grunnleggende konflikt og kanskje selvhat. Iranske kvinner vil før eller siden komme i sosiale situasjoner og familiesammenhenger hvor det blir vanskelig å opprettholde det idealiserte selvet. En smertetilstand kan føre til at de kommer i konflikt med seg selv og utvikler selvhat og selvforakt, og de blir tvunget til å ty til forskjellige unnskyldninger for å utviske sitt reelle selv og på den måten komme i psykologisk balanse. Årsaken kan være at de ubevisst ønsker å være mer åpne om sine smerter. De ønsker å vise at de har det vondt, men tillærte kulturelle verdier krever at de holder seg stille og viser tålmodighet og utholdenhet. På den måten mister de i mindre grad sin trygghet og beholder stolthet og kontroll i dagliglivet (Mossafa, 1995).

### Konklusjon

På grunn av det dominerende kvinnesynets innvirkning på oppvekstmiljøet kan smerteopplevelser for iranske kvinner føre til angst, depresjon, aggressivitet, overfølsomhet, overdreven tålmodighet og utholdenhet. Dette

forholdet kan utvikle seg til en ond sirkel og føre til sterkere symptomer og smerteopplevelser hos iranske kvinner.

### LITTERATUR

1. Ebadi S, Kim U, Sardin A. Democracy, Human Rights, and Islam in Modern Iran: Psychological, Social, and Cultural Perspectives. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
2. DeMaris A, Swinford S. Female Victims of Spousal Violence. Factors Influencing Their Level of Fearfulness. Family Relations. 1996; January, 98-106.
3. Hay-Yahia MM. Wife Abuse and Battering in the Sociocultural Context of Arab Society. Family Process 2000; 39(2): 237-255.
4. Rizzo H, Meyer K, Ali Y. Women's Political Rights: Islam, Status and Networks in Kuwait. Sociology 2002; 36 (3): 639-662.
5. Kosropanah, M. Iranians women's aim and fight from Mashroteh til Pahlavi. Iran, Tehran: Payme Emroz, 2002. Forskerens oversettelse fra persisk til engelsk
6. Kar M. A Research about Violence Against Women in Iran. Iran, Tehran: Roshangaran and womens studies, 2000.
7. Mossaffa MJ. (1995). Karen Hornay: Our inside conflict. Iran, Tehran: Behjat Publisher, 1995. (Forskerens oversettelse fra persisk til engelsk)



# Terje Carlsen om identitet

**Yrke:** Sosiolog og skribent

**E-post:** te-car@online.no



## Søket mot alternativ medisin

Det er anslått at vi bruker omkring 6 milliarder kroner på alternativ behandling i året. Hva skyldes dette?

I 1977 viste en landsomfattende undersøkelse at hver femte nordmann hadde benyttet seg av en eller flere alternative behandlingsformer (Bruusgaard og Efskind 1977). Tyve år etter var antallet nordmenn som søkte alternativ behandling økt til en av tre (NOU 1998:21).

En undersøkelse gjennomført for Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling i 2007 viste at nesten 50 prosent av den norske befolkningen over 15 år hadde benyttet seg av en alternativ behandling i en eller annet form siste tolv måneder. Snåsakail'n og andre alternative behandlere har altså hatt en enorm pågang de siste tiårene.

### Sykdom er identitet

Sykdom og helse er ikke bare diagnostiske nyanser. Det er også kulturelle begreper. Sykdommer er altså ikke bare sykdommer, men også fortellinger om identitet eller fravær av identitetsfølelse. De forteller om det savnet etter mening som finnes hos individet i det lokale. Dette savnet er for mange mennesker blitt sterkere med økt globaliseringen og ved at det nasjonale og lokale har mistet sin kraft som identitetsskapende konstruksjoner.

Det lokale rommet eller stedet, slik sosiologen Zygmunt Baumann ser det, er i globaliseringens tidsalder tømt for rollemodeller. Synoptikonet har erstattet panoptikonet. I senmoderniteten er det de mange som ser på de få, og beundrer dem. Mediene autoriseres gjennom kjendisene som blir sannsigere, som Orakelet i Delphi var det før mennesket fikk bevissthet. Den lokale mangel på meningsfylte fortellinger suger til seg mediens fremstill-

inger. For mennesket er hva det ikke er, som den franske filosofen Jean-Paul Sartre uttrykte det.

### Sykdom eller eksistensiell krise

Identitet er et komplekst system av relasjoner som består av en rekke oppfatninger av hvem man er, hvordan man er relatert til andre

### Stadig flere får diagnoser som «subjektive symptomer uten objektive funn»

personer og til sitt samfunn og sin kultur. Identitet har altså i stor grad med mening å gjøre. Fravær av mening oppleves som tap av identitet, og er en krise som det senmoderne mennesket gjennomlever flere ganger i løpet av livet. Stadig flere får da også diagnoser som «subjektive symptomer uten objektive funn». Kanskje er det her like meget snakk om eksistensielle kriser som sykdom, og som gis liten plass innenfor en hastig konsultasjon på noen minutter hos fastlegen.

Det er ifølge professor Bente Gullveig Alver (2002) kvinner som topper legers pasientlister. Og det er flest kvinner som søker til alternative behandlingsformer. Kvinner har ifølge Alver et «snakkefellesskap» når det gjelder sykdom og sunnhet. Dette snakkefellesskapet rommer fortellinger og ikke bare anvisninger

til steder på kroppen der det smerter. Det innebærer stadig at kvinner føler seg mer tilpass hos den alternative behandler, som gir rom og tid for fortellinger om kropp og psyke.

### Tenker på helhet

Kvinner har altså en mer helhetlig inngang til helse og sunnhet enn menn. Denne holistiske tankegangen kalles ofte nyreligiøsitet og består gjerne av en forståelse av sykdom og helse som harmoni/disharmoni, likevekt/ulikevekt. Dette er en gammel forestilling som har vært med menneskene siden tidenes morgen. Helt siden antikkens Grekenland og Rom har man trodd at omgivelsene i samspill med individet har betydning for menneskets helse.

Kroppsvesketeorien, men også miasme-teorien, la vekt på en balanse mellom de fire kroppsveskene blod, flegma (slim), svart galle og gul galle. Denne forestillingen gis lite rom i dagens evidensbaserte skolemedisin.

Men den gis desto større plass innenfor alternative behandlingsformer. Her skrives og tales med magisk retorikk om energiblokkeringer og renselseskurer. Vurderingene og kunnskapstilegnelsen strukturens imidlertid sjelden om til et logisk konsistent mønster. Forskjellige trossystemer og løsere sammenknyttede vurderinger lever gjerne side om side som i et lappeteippe. For folk flest vil forholdet både til vitenskapelig skolemedisin og til folkemedisin dreie seg mer om tillit enn om innsikt. Det skyldes at folk flest ikke har redskaper til å vurdere kausale forhold knyttet til sykdom og behandling.

I en studie jeg selv har gjort på HUNT-

undersøkelsen (Den moderne pasienten, Gyldendal akademisk forlag 2008), kan det se ut som om kvinner er mer tillitsfulle og åpne i forhold til ikke-transparente systemer som vitenskapelig skolemedisin og alternativ behandling, enn det menn er. Menn synes derimot å være mer tilbøyelig til å opponere mot helseråd, enten de skriver seg fra helsepersonell eller alternative behandlere.

#### Jakter på ny mening

Annen forskning synes også å peke i den retning. Forskeren Jorid Andersen (1998) viser at kvinner er mer opptatt av familiens helse enn menn er, og at de plages av dårlig samvittighet når familiemedlemmene ikke etterlever helseråd.

Det skyldes at kvinners identitet er mer kontinuerlig knyttet til den reproduktive sfæren enn menn. Riktignok ligger norske kvinner på toppen i yrkesdeltakelse i verden. Men dette er et relativt nytt fenomen, og kvinnen har ikke samtidig løsrevet seg fra reproduksjonssfæren. Svært mange kvinner er deltidsansatte og hjemmearbeidende samtidig. Kvinner lever dessuten lenger enn sine menn. Mange av de oppgaver hun

hadde som attråverdig kone, mor og oppdrager er passé. I seg selv kan det føre til en identitetsmessig krise og jakt på ny mening.

Skolemedisinen har dessuten i stor grad vært innrettet mot menn og menns symptomer. Kvinner med hjerteplager og andre typiske «mannesykdommer» rapporterer om at de ikke blir tatt på alvor av legen. Hvis ikke det den moderne skolemedisin står for passer med folks erfaringer og forestillinger, vil potensielle klienter lete etter nye kart for å bevege seg rundt i uoversiktlige landskap som globaliseringen skaper.



Illustrasjon: Tore Fosbakken



# Elizabeth Sveen Kjølrsrud om frivillige som fastvakt

Medlem av Rådet for sykepleieetikk

**Alder:** 57 år

**Bor:** Grimstad

Doktorgradsstipendiat i et samarbeid mellom Sørlandets Sykehus og Universitetet i Agder.

Skriver om etiske utfordringer for sykepleiere i et helsevesen hvor effektivitet er en gjeldende standard.



## Frivillige skal hjelpe det offentlige

Er det riktig at «vanlige» mennesker skal brukes til å sitte fastvakt for døende?

Flere og flere kommuner her i landet oppretter nå frivillighetsgrupper som skal bistå den kommunale helsetjenesten i ulike oppgaver kommunen selv ikke er i stand til å utføre. Gruppene består av «vanlige» mennesker som skal hjelpe alvorlig syke og døende.

La det med en gang være sagt – vi trenger mennesker som er villige til å bistå andre i ulike sårbare situasjoner! All ære til dem. Min hensikt er å belyse saken ut ifra et etisk perspektiv.

Rådet for sykepleieetikk mottok for ikke lang tid tilbake en sak i en kommune i landet som omhandlet en bekymringsmelding i forhold til en praksis hvor en frivillig hadde påtatt seg en rolle ved å bistå ved hjemmedød. Kommunen hadde ikke fagpersonell til å bistå denne pasienten i livets siste fase, og benyttet seg av en empatisk frivillig person. På bakgrunn av at flere og flere kommuner nå innfører denne praksisen har jeg lyst å komme med noen av de betraktninger Rådet for sykepleieetikk gjorde i denne saken.

### Kommunene sparer

Saken omhandlet en person som ønsket å dø i sitt hjem, og pårørende var enig i dette. Dokumentene viste en presset kommunehelsetjeneste med mangel på sykepleiere og mange ufaglærte i sin arbeidsstokk.

Slike saker har mange involverte parter.

Pasienten selv, pårørende, den aktuelle fastvakten, ansatte i hjemmetjenesten, ledere og kommunehelsetjenesten. Og saken berører også nasjonale prioriteringer da den føyer seg inn i rekken av mange tilsvarende saker om marginaliserte tjenester i kommunene.

Muligheten for å utøve sykepleie basert på barmhjertighet, omsorg og respekt påvirkes sterkt av de rammer, ressurser og ideologi og kultur som er rådende. Ressurser og rammer kommer til uttrykk gjennom kommunens

### Rammene kan legitimere stor risiko for faglig uforsvarlig praksis.

bemanningsplaner, kompetanse, ideologi med mer. I den saken vi behandlet var kommunens handlingsrom økonomisk svært trangt, og ufaglærte ble benyttet som en erstatning for dette. Det betyr ikke nødvendigvis at omsorgen til pasienten blir svekket. Det kan oppleves at noen mennesker får en god død, sammen med sine nærmeste, eller et trygt, kjent empatisk menneske som kan sikre en

verdigg og en trygg avslutning de siste levedøgn.

Imidlertid er det mange mennesker som har tiltakende behov for faglig hjelp og støtte i møte med døden. Både smerter og respirasjon og andre fysiske plager, samt sorg og dødsangst hører med, noe som ofte innebærer behovet for faglig og relasjonell hjelp. En NOU 2/1999-2000 om «Livshjelp», der døende menneskers rettigheter er beskrevet, viser også hvor sammensatt en helhetlig sykepleie og verdighetsarbeid kan være.

### Ja til hjemmedød forplikter

Etiske dilemma oppstår når vi ikke makter å skjerme sentrale verdier som vi er satt til å ivareta. Da må vi velge det minste av flere onder. Ledelsen i kommunen var også klar over dette dilemmaet. Basert på pasientautonomi har den enkelte pasient rett til å være medbesluttende i valg av å få dø hjemme. I slike situasjoner er det likevel viktig at alle berørte parter drøfter mulige konsekvenser av en slik avgjørelse. Retten til å være medbestemmende skal primært ivaretas gjennom åpen og ansvarlig dialog om ønsker og muligheter. Det er en svært alvorlig beslutning å si ja til hjemmedød hvis man samtidig vet at ressurser og kompetanse som skal sikre helhetlig hjelp, verdighet, trygghet og god lindring ikke er tilgjengelig. Det må derfor alltid ligge en helhetsvurdering til grunn



STØTTE: Frivillige hjelpere er bra, men faglig hjelp bør alltid være lett tilgjengelig, mener Kjølrsrud. Illustrasjonsfoto: Colorbox.

for å love god helsehjelp i hjemmet helt frem til døden. Det er også grunn til å spørre seg om hvilken forpliktelse hjemmetjenesten faktisk påtar seg hvis de først har sagt ja til hjemmedød.

#### Risikerer uforsvarlig praksis

Rådet for sykepleietikk ønsker ikke, og kan ikke, avvise frivillige som ønsker å hjelpe pasienter til lindring og trøst hvor empati, respekt og barmhjertighet utøves. Men faglig hjelp må alltid være lett tilgjengelig, da det aldri er mulig å forutse hva som kan skje de siste levedager. Sykepleieres rolle er blant annet å ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helsearbeidere som deltar i pleie og omsorgsfunksjoner.

Imidlertid er Rådet skeptisk til de marginaliserte ressurser kommuner sliter med. Rammene kan legitimere stor risiko for faglig uforsvarlig praksis.

Det blir hevdet i enkelte kommuner at det offentlige ikke kan og heller ikke skal fylle alle behov. FN's dokument om den døendes rettigheter «The bill of rights» slår imidlertid fast noe helt annet når det blant annet sier: «Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring.» Fremdeles og heldigvis er det slik at denne rettigheten skal ivaretas av det offentlige.



#### Til refleksjon:

- **Bruker dere frivillige i omsorg ved livets slutt der du arbeider?**
- **Hva tenker dere om å bruke frivillige til fastvakt hos døende mennesker i hjemmet?**

Send din mening på epost [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.





Illustrasjonsfoto: Franco Vaghi/CORBIS

SISTE STELL: I denne historien forteller en sykepleierstudent om første gangen hun stelte en pasient som hadde dødd. Personene på bildet har ingen forbindelse til historien.

# Sykepleiestudent møter døden

«Jeg går andre året på sykepleien og var ferdig med min første praksisperiode i spesialhelsetjenesten før jul. Jeg ville bare dele følelsen av det å møte døden og det å stelle et mors for første gang.

«Det var natt og jeg var i et lattermildt humør etter gode samtaler på pauserommet. Jeg var i gangen ved akuttrallen med kontaktsykepleieren min. Vi småpratet og lo helt til en annen sykepleier kom litt stresset ned gangen og sier at hun har et mors.

Latteren stoppet. Før jeg viste ordet av det kom en gråtende ung jente oppover gangen for å møte sin unge bror, som allerede var på avdelingen. De gikk inn på rommet til sin døde mor. Jeg fikk gåsehud og følte meg plutselig veldig trist. Vi fortsatte med arbeidet, men i en helt annen stemning. Vi var stille og vemodige.

Pårørende ble ikke lenge på rommet, de sto i gangen og holder

rundt hverandre og gikk forbi oss en kort stund etter. Jeg så på akuttrallen da de gikk forbi, men festet blikket på dem da de var litt lengre opp i gangen. Jeg hadde så vondt av dem og tenkte ganske fort at jeg håper virkelig at jeg slipper å være i deres situasjon. Å miste sin egen mor i så ung alder må være helt forferdelig.

Noe annet jeg reagerte på var at sykepleieren som hadde ansvar for pasienten ikke tok kontakt i det hele tatt da pårørende var ute av pasientens rom. Hun stoppet dem heller ikke da de dro, men kom bort til meg og en annen student for å spørre om vi ville være med å stelle den døde. Det ville vi, men først ville vi se pasienten og vite litt om henne.

Etter en stund var vi på rommet. Jeg klargjorde vaskefatet med såpe og lunket vann. Det andre utstyret la jeg fint ved siden av og tenkte kjapt at jeg håper det ikke er meg

som må tamponere for det syntes jeg er litt ekkelt.

Pasienten var fremdeles varm og det gjorde det enda mer uvirkelig for meg at hun var død. Blikket mitt festet seg hele tiden på brystkassen. Jeg bare ventet på at den skulle bevege seg. Hver gang den ikke gjorde det føltes det like uvirkelig.

Før vi begynte å vaske henne tok jeg på meg hansker og fjernet en CVK. Det blødde en del, så jeg måtte legge press på innstikkstedet i fem minutter med en tupfer. Vi vasket henne varsomt i stillhet, og jeg følte selv at det var en rolig og respektfull måte å gjøre det siste stell på. Mange tanker surret rundt i hodet mitt. Tenk å stå her og vasker moren til to barn som ligger hjemme og gråter seg i søvn. For 11 måneder siden var dette en kvinne i full jobb som levde et normalt liv. Godt man ikke vet hva som skjer i fremtiden, men samtidig er det

skremmende å ikke vite noe.

Plutselig sa sykepleieren at jeg må tamponere. Jeg skvatt litt. Hun så det sikkert på meg og tilbød seg å gjøre det hvis jeg syntes det var ekkelt. Jeg sa at en gang må være den første, men jeg syntes det var veldig spesielt å tamponere. Litt respektløst, faktisk, uten at jeg vet hvorfor jeg følte det.

Vi pakket henne fint inn i et laken, legen kom en gang til for å konstatere at hun var død, fulgte henne ned til kapellet, la henne i hyllen og lukket døren. Der var det livet ferdig, tenker jeg på vei opp igjen til avdelingen, med en merkelig og rar følelse i hele kroppen.»

Vennlig hilsen Jeanett Nuojua

# Gjesteskribent Jon Hustad

**Yrke:** Journalist i Dag og Tid

**E-post:** jon@dagogtid.no



## Alt kunne vore annleis

Det er nokre månader sidan no.

Eg sit i mine eigne tankar på veg nordover på E6, litt føre Minnesundbrua.

Kona pratar med dei to eldste, minstemannen søv. Eg registrerer eit bilvrak i vegkanten, ser at det er tomt og byrjar på nytt å sjå framover. – Stopp! ropar kona, som har eit meir trena blikk enn eg.

Ho har sett at det sit eit par i vegkanten. Ved sida av dei ligg ein mann.

Eg parkerer på vegskuldra, lækjarkona mi er ute av bilen før eg har fått drege opp handbrekket.

Så endrar verda seg framfor augo mine. Dei to eldste borna talar framleis om det vi såg (og eg skriv om det). Straks framføre meg parkerer ein sivilkledd mann. Han opnar bagasjeloket, tek ut ei øks, ein hjelm og eit brannsløkkjingsapparat. På nokre sekund har han forvandla seg til ein brannmann.

I sladrespegelen ser eg ein sjukebil nærma seg, attom kjem ein brannbil.

Sjuke bilen parkerer slik at han sperrar nordgåande vegbane sør om ulukkespunktet. To menn kjem ut. Ein spring bort til kona mi, som sit saman med paret. Den andre stiller seg opp midt i vegbanen nord for ulukkespunktet. Han vinkar alle personbilar forbi, så gjev han stoppsignal til ein lastebil. Tre teikn, og lastebilen står på tvers i vegbanen.

Både sør- og nordgåande vegbane er no stengde nord for ulukkespunktet. Og då den siste personbilen som kjem nordfrå, har passert brannbilen, sperrar sjåføren både nordleg og sørleg køyrebane sør om der ulukka hende. Rundt meg på alle kantar arbeider menneske roleg og metodisk.

Kona kjem attende til bilen. Ho seier at éin er såpass skadd at han må hentast med helikopter,

men at det ikkje er meir ho kan gjera no. Lastebilen slepper oss forbi. I sladrespegelen ser eg helikopteret koma, E6 er no ei helikopterplattform.

Det var den mest perfekte menneskelege samhandlinga eg nokon gong har sett.

Kvifor fungerer Noreg så godt, kvifor stiller vi slik opp for kvarandre?

For mange år sidan budde eg ei tid i USA. Han eg leigde husvære hjå, var jurist; han hadde vore både forsvarsadvokat og domar. Eg er nokså høg, og det uroa han litt. Det var fare for at eg kunne stanga hovudet i dørkarmen på eit par av dørene, meinte han.

Så han tok meg frå rom til rom og fortalde at «her og her og her» var det fare på ferde.

### Det var den mest perfekte menneskelege samhandlinga eg nokon gong har sett.

Huseigaren hadde med seg ein sekretær medan han synte meg rundt; etterpå forstod eg at ho var med som vitne.

Eg sa som sant var, at eg tykte dette var bortkasta tid og at eg hadde vore borti høgdeproblemstillinga før.

– Ja då, eg tvilar ikkje på det, men om noko skjer, kan du saksøkja meg, og då vil advokaten din spørja meg om eg har åtvåra deg om at du kan slå hovudet ditt, svara han.

Så byrja han å fortelja om ulike saker han hadde vore involvert i. Oppsummert: Ingen

amerikansk lækjar bør stogga ved ei bilulukke. Går noko gale, vert du saksøkt. Køyr vidare. Før eller seinare kjem det ein sjukebil.

Eg gjekk i barne- og ungdomsskulen i lag med ein gut som var mykje sjuk. Det vart aldri til at han lærde særleg mykje. Men, var eg vitne til, lærarane gjorde alt dei kunne for å hjelpa ham. For nokre år sidan las eg i lokalavisa at klassekameraten min hadde fått erstatning for manglande oppfylgging på skulen. Han hadde fått hjelp av Taperforeningen. Han fekk 50 000 kroner, for 50 000 kroner vart han stempla som ein tapar i lokalavisa.

Hadde lærarane skrive ned og dokumentert kva dei gjorde for denne guten, hadde det of-fentlege spart 50 000.

No dokumenterer norske lærarar kva dei gjer. Dei skriv planar, dei hentar inn diagnoser. Tusenvis av årsverk går med til slikt arbeid. Vi lit ikkje lenger på lærarane. Og, seier eg utan blygsel og som tidlegare lektor: Norsk skule er mykje dårlegare enn då eg var elev.

Eg slutta som lærar av di eg ikkje orka å arbeida i eit system som ikkje hadde tillit til meg. Eg orka ikkje lenger å høyra på byråkratar, foreldre og elevar som fortalde meg om kva slags rettar den og den hadde.

For å seia det slik: Eg har ein mistanke om at helsevesenet er i ferd med å kopiera skulen. Kor mange unge lækjarar vågar i dag å driva ein einmannspraksis i Bygde-Noreg?

– Tenk om noko hadde gått gale, sa eg til kona mi då vi kunne køyra vidare nordover på E6.

– Ein kan ikkje tenkja slik, svara ho. Borna var samde med mor.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2009:



**Anders Folkestad**  
Leder i Unio



**Martine Aurdal**  
Leder av samfunns-avdelingen i Dagbladet



**Gørril Gabrielsen**  
Sykepleier



**Trude Aarnes**  
Jordmor og privat-praktiserende sexolog



**Camilla Crone Leinebs**  
Student





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



redaksjonssjef  
**Bjørn Arild Østby**  
tlf. 22 04 33 59  
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder  
**Marit Fonn**  
tlf. 22 04 33 68  
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist (vikar)  
**Geir Arne Johansen**  
tlf. 22 04 33 67  
geir.arne.johansen@sykepleien.no



Journalist  
**Eivor Hofstad**  
tlf. 22 04 33 71  
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist  
**Susanne Dietrichson**  
tlf. 22 04 33 53  
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør  
**Torhild Apall Dybvik**  
tlf. 22 04 33 76  
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB



Journalist/gruppeleder  
**Ann-Kristin Bloch Helmers**  
tlf. 22 04 33 73  
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist  
**Kari Anne Dolonen**  
tlf. 22 04 33 69  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SykepleienForskning



Redaktør  
**Anners Lerdal**  
tlf. 22 04 33 63  
anners.lerdal@hibu.no

NETT



Journalist/webredaktør  
**Lily Kalvo**  
tlf. 22 04 33 66  
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



Journalist/deskleder  
**Ellen Morland**  
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22  
ellen.morland@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Hege Holt**  
tlf. 22 04 33 57  
hege.holt@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Hilde Rebaard Evensen**  
tlf. 22 04 33 58  
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Sissel Vetter**  
tlf. 22 04 33 61  
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt  
**Lise Dyrkoren**  
tlf. 22 04 33 72  
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling  
**Finn Simonsen**  
tlf. 22 04 33 52  
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)

## Det du ser ...

Først vil jeg gi uttrykk for at jeg liker tidsskriftet, det er med på å holde meg engasjert. Imidlertid har jeg noe på «hjertet». Det sies ofte: «Det du leser – det glemmer du, det du ser – oppdager du, det du gjør – det lærer du». Om det er rett sier, er jeg usikker på. Noen sier det er et gammelt kinesisk ordtak. Det viktigste for meg, er at jeg får utløp for det jeg stadig ser i tidsskriftet Sykepleien, og da må jeg skrive (det lærer vi også av, ifølge Olga Dysthe, «Skrive for å lære, skrijving i høyere utdanning», Oslo Abstrakt forlag A/S).

Stadig er det bilder som skal visualisere det som skrives, det er fint. Men jeg undres ofte over de bildene som redaksjonen benytter. De er direkte misvisende. Bilde som illustrerer BCG-vaksinasjon i nr. 3/09 side 26 viser intramuskulær injeksjon til en som skal ha intradermal. I tillegg er vedkommende full av ringer og smykker, samt urene negler. Slikt går ofte igjen i tidsskriftet. Illustrasjonene som følger artikler viser lite faglig oppdatering. Jeg oppfordrer redaksjonen til å se igjennom bilder som dere bruker og kvalitetssikre dem. Lykke til.

Nils Gunnerød

**Svar:** Takk for korrigeringen. Vi har fått flere reaksjoner på billedbruken til BCG-saken. Selv om alle bilder vi bruker blir vurdert, og fagfolk blir spurt til råds når vi er i tvil, forstå vi nå at dette bildet ikke burde vært brukt. Det viser ikke en BCG-vaksinasjon.

Det er riktig at vi ofte forsøker å visualisere det vi skriver om. Å finne en god illustrasjon kan i noen tilfeller være en utfordring.

Ellers bruker Sykepleien gode fotografer når vi selv er ute på reportasjer i helsetjenesten. Fotografer registrerer det de ser – ikke det som «burde ha vært». Smykker og ringer er tydeligvis en del av hverdagen i helsetjenesten. Her er det nok ikke vi som må ta selvkritikk.

Barth Tholens, redaktør

## Eg blir dårleg av å lese bladet

Eg er ein sjukepleiar som har vore medlem i NSF sidan 1981. Eg har betalt kontingent og lest bladet vårt i alle år. No er eg komen til eit punkt då eg ikkje toler meir av forbundet mitt. Bladet Sykepleien er mitt kontaktpunkt mellom forbundet og meg, og det er uthaldeleg når eg blir opprørt over så å seie kvart einaste blad som kjem i posten. Kven skal Sykepleieforbundet vere for? Eg trudde at det var for alle sjukepleiarar i Noreg. Men eg opplever at det eg står for blir tråkka på jamleg. Eg blir dårleg av å lese bladet. Skal NSF vere for berre medlemar som høyrer til på ytterste venstre partipolitisk? Det eg klagar på er:

- Bladet si langvarige negative omtale av Klara Lie. Ho er ei flott dame som hadde fortjent betre!
- Bladet si negative haldning til kristne.
- Bladet si negative omtale av Israel. Der fins mange syn på krigen, men bare ytterste venstre sitt syn kjem fram i bladet.
- Bladet si herleggjering av homofilt samliv.
- Bladet si omtale av ikkje-ytterste-venstre parti. T.d. sist s. 4 at noko er «Fremskrittspartiaktig» i ein negativ setting.

Eg forstår det slik at NSF no ikkje lenger vil ha medlemmer som er kristne, Israelvener, Framstegspartiveljarar ... Kor mange skal de utelukke? Vil de starte eit alternativt forbund for alle oss som ikkje lenger kjenner oss heime i NSF, eller er det mogleg å legge om stilen og slutte å ta opp politisk kontroversielle ting? Faget vårt har utallege spanande problemstillingar utan at det er politisk eller religiøst innhald i det. Og dersom de likevel vel å ta opp kontroversielle ting, må det gå an å belyse ei sak frå fleire sider, ikkje bare venstresida!

Dersom de manglar idear til godt stoff, kan eg gjerne hjelpe dykk på eit betre spor.

Kva arbeidstakarorganisasjon vil du anbefale til meg som alternativ dersom denne hetsen i Sykepleien held fram? Eg bed om eit svar om kva planane er vidare!

Helsing frustert NSF medlem.

Irene Barmen Hoel

**Svar:** Vi som jobber i Sykepleien blir møtt med mange forventninger. Det sier seg selv at alle umulig kan være fornøyde til samme tid.

Vårt mål er å lage et kritisk og uavhengig blad som engasjerer sykepleiere og som viser hva sykepleiere gjør og står for. Vi skal også synliggjøre hva organisasjonen mener, sette sykepleiernes interesser på dagsorden og bidra til meningsbrytning.

Om du mener at Sykepleien har en sterk slagside, tar vi det selvfølgelig alvorlig. Vi skal være partipolitisk nøytrale og oppfattes som saklig og balansert – ikke som ensporig og kampanjepreget. Vi skal gjenspeile mangfoldet av de meninger som sykepleiere måtte ha. Så er det kanskje riktig at vi har vært for lite flinke til å skrive om hva kristne sykepleiere står for.

Debatt om Sykepleien er sunt og vil gjøre at vi skjærer oss i vårt daglige arbeid. Vi ønsker derfor reaksjoner som denne velkommen.

Barth Tholens, ansvarlig redaktør



## Sykepleien 6/09

### Hva slags pensjon?

11. mars ble en ny pensjonsreform lagt fram.

Hva betyr det for deg?

## La meg være «jordmor»!

Viser til artikkel om titlene jordmor og helsesøster i sykepleien. Har det ikke slått deg at vi har mistet nesten alle kvinnelige titler? Sykepleierske, skuespillerinne, vaskekone, etc. Vi påstår vi har tatt i bruk «nøytrale» titler i stedet: Sykepleier, skuespiller, lærer etc. Men dette er jo ikke nøytrale ord. Det er hankjønnnsformen.

I det likestilte samfunn avskaffer vi dermed de genuint kvinnelige titler til fordel for hva vi mener er kjønnsnøytralt, men som i realiteten er mansformen.

Av og til lurer jeg på om vi har tenkt å avskaffe hele kvinnekjønnnet som sådant. Vi dyrker jo det mannlige. Og tror vi driver med likestilling.

Jeg stiller meg derfor svært motvil- lig til i det hele tatt å debattere en endring av tittelen «jordmor» og «hel- sesøster». Men jeg må. Fordi dette for meg handler om en verdidebatt.

For meg handler det om at vi er i ferd med å utsette oss selv som kvin- ner. Vi er ikke stolte av det genuint kvinnelige lenger. Det være seg titte- len vi eventuelt kunne ha båret... som lærerinne... eller det å være f.eks. barselkvinne. (Barselkvinner er en salderingspost ved norske sykehus.)

Det finnes sikkert opp til flere styrkvinner i dette landet, men har vi tenkt til å la alle styrmenn og styrkvinner av den grunn hete styrkvinner? Det finnes sikkert hundrevis av kvin- ner som fortsatt er formenn. Det finnes nå til og med en losoldermann, som er kvinne. La oss straks forandre tittel til losolderkvinne, for å rekruttere flere kvinner inn i losyrket. De fleste vil sikkert mene at det ville være å gå for langt. Men når det finnes 10 eller noen flere mannlige jordmødre, så skal tittelen straks «nøytraliseres».

Og jeg spør: Ble det flere menn i renholdsyrket etter at tittelen vaske- kone opphørte? Og hvis det ble flere mannlige sykepleiere etter at tittelen ble endret fra sykepleierske, skyldtes det tittelendringene eller samfunns- endringen? Kan det tenkes at de fleste menn velger sine yrker på grunn av lønn, heller enn tittel? Kan det tenkes kjønnsutjevning mellom yrkene er en feilslått kurs? Kan det tenkes

menn jevnt over rett og slett vil noe annet med yrkeslivene sine enn kvin- ner vil? Kan det tenkes omsorgsyrker i overveiende grad egner seg mer for kvinner enn for menn? Jeg vet at å si noe slikt i dag er ideologisk og politisk ukorrekt. Men er det av den grunn mindre sant?

Jeg ønsker selvsagt alle menn hjertelig velkomne som sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Jeg tror så absolutt vi trenger dem. Det er også forskjell på menn, slik det er forskjell på kvinner. Og de menn som egner seg for våre yrker, tror og håper jeg vil søke til disse utdanningene uav- hengig av tittel. Jeg håper de vil ha disse yrkene på grunn av interesse og egnethet.

Så min bønn er kort. La meg få lov til å ha tittelen jordmor så lenge jeg lever! Jeg er glad i tittelen. Den har lange, gode røtter. La noe få lov å være i fred for endringsiver.

Eva Mjølven Brantenberg,  
kommunejordmor i Tønsberg

## Kjønnsnøytral?

Sitter og leser Sykepleien på nett om arbeidet med å erstatte «Jordmor» og «Helsesøster». Dette angivelig av både likestillingshensyn, men også for at menn i yrket ikke skal føle seg krenket.

En ting som slår meg da er: Hvor- for anses en yrkestittel med han- kjønnsbetegnelse (sykepleier i stedet for sykepleierske, lærer i stedet for lærerinne) som kjønnsnøytral??

I Danmark har man bevisst valgt å beholde hunkjønnnsformen «Syge- plejerske» som det som nå er defi- nert som kjønnsnøytralt. Og danske mannlige sykepleiere er innforstått med det. Og med tanke på at disse titlene karakteriserer tradisjonelle kvinnedominerte yrker, mener jeg det er like naturlig – eller mer naturlig – enn å benytte hankjønnnsformen – og kalle den nøytral.

Med vennlig hilsen Christina Hoelstad,  
prosjekttrådgiver



Faksimile Sykepleien 3/09.

## Legg debatten død!

Foreslår at vi fortsetter å bruke de utmerkede titlene «helsesøster» og «jordmor». De er flotte og tradi- sjonelle.

Vi har ikke fått veldig mange flere kvinnelige gravemaskinkjøre- re selv om tittelen også skal inkludere kvinner. I barneskolen får vi stadig færre mannlige lærere til tross for at tittelen lærerinne er helt borte.

Jeg tror tittel har lite med rekruttering å gjøre, faktisk mini- malt.

Hvor er de mannlige sykeplei- erner? Uomtvistelig i mindretall til tross for at sykepleierskene er gått i glemmeboken for lenge siden.

Legeyrket får flere og flere kvin- ner, selv om tittelen lege faktisk er mannlig. Synes det vitner om språklig kjønnsdiskriminering at alt skal endres til å vise til mannlige yrkesutøvere. Nøytralt blir det jo ikke, det ender med rene mannlige benevnelser som skal være et tak for alle.

Behold de få rene kvinnelige tit- lene vi har igjen, hva er galt med å være kvinne? Kanskje noen snart foreslår far og kvinnelig far. Så er vi likestilt der også?

Synes Språkrådet driver sysning rundt det med rekruttering for å få sin vilje gjennom. Legg denne debatten død og konsentrer dere

om andre og viktigere ting, er mitt råd.

Som et lite apropos til saken med tittelendringer på helsesøster og jordmor: Synes i den sammen- hengen at bladet Sykepleien bør gå gjennom bildematerialet som brukes. Liten likestilling mellom menn og kvinner her!

I all hovedsak er avbildet syke- pleiere av hunkjønn (hvorfor ikke ta bilde av et intetkjønn til bruk i bladet?). På bildene er sykepleiere som regel kvinner og mennene er ofte avbildet i pasientposisjon. Stillingsutlysninger blir også ofte illustrert med bilder av kvinner.

Minner også om den annonsen i bladet i høst der sykepleier var presentert som en 100 prosent kvinnelig person.

Så til dette med bartelønn på NSF sine store plakater. Ja takk, jeg vil da også gjerne ha bartelønn. Det vil sikkert også de mannlige innen faget gjerne ha. Men er dette en aksjon menn vil kjenne seg igjen i? Jeg bare spør.

Det er dette med dobbeltsidig- het i et forbund som altså, til tross for nøytral tittel i mange år, fortsatt representerer flest kvin- ner. Og kanskje, i alle fall i mine øyne, noe med å skyte seg selv i foten.

Med hilsen Inger Marie Myrum



## Ja til nøytrale titler!

Jeg må si jeg misliker titler som går på kjønn. Jeg var faktisk usikker på om jeg i det hele tatt ville bli sykepleier på grunn av at det fortsatt i meget stor grad er et typisk kvinneyrke. Heldigvis var det andre grunner som fikk meg til å

begynne på sykepleien på Levanger, og jeg stortrives som førsteårsstudent!

Jeg ville aldri valgt et yrke der jeg må tillate å bli kalt en mannlig tittel! Det er for gæli i 2009!

Ja, til flere menn i den offentlige

helsesektoren, og nei til kjønnsdiskriminering!

Å være medlem av NSF inspirerer enda mer til å bli sykepleier, nesten så jeg allerede føler meg integrert i den norske sykepleiekulturen. Så tusen takk for et supert

tilbud for oss studenter! Bladet er kjempeinteressant og lærerikt for oss som ennå har en lang vei å gå, før vi i det hele tatt kan kalle oss halvlærte (som jeg forstår som en nyutdannet sykepleier).

Hilsen Tine Tollan

## Sykepleiere kan også bli pasient

Jeg har gått gjennom mine tre år på sykepleierhøyskolen. Full av idealisme og glede over at jeg endelig hadde funnet mitt kall i livet, jobbet jeg i tre år som ekstrahjelp på lunge/infeksjonsavdeling ved siden av studiene. Etter det fikk jeg jobb innenfor kirurgi. Endelig ferdig og klar til å utføre det jeg hadde gledet meg så lenge til.

Som alle dere andre, lærte jeg hva en sykepleiers jobb er. Vi fikk fra første dag banket inn ordet empati i hodet. Vi var til for å sørge for at pasientene, de syke menneskene, fikk best mulig pleie.

Jeg har hele tiden trodd at jeg har utført min jobb på en god måte. Jeg har alltid sett på mine kolleger som genuint opptatt av yrket sitt. Vi har fått vår autorisasjon, og vi skal ta imot våre pasienter på en respektabel og best mulig måte. Dette er ikke en jobb vi må gå til, det er en jobb vi har lyst til å gå til. Pasientene er ikke der for å ha det gøy, de er syke, og trenger pleie for å bli friske. Sånn at de kan komme hjem til familien sin, jobben sin og livet sitt.

I januar måtte min mann ringe 113. Da hadde jeg ligget i 10 dager med 40 i temperatur og store respirasjonsproblemer. Jeg ble kjørt i ambulanse til Ullevål og lå der i en uke. Det viste seg at jeg hadde en alvorlig tosidig pneumoni med soppinfeksjon som tettet luftrøret. Jeg lå med opptil 5 liter O<sub>2</sub>, og hver gang jeg reiste meg, gikk pulsen til over 140. M.a.o. jeg var syk. Jeg var pasient.

Jeg ønsker ikke å stigmatisere

«dårlige» sykepleiere, men jeg håper dette kan være til ettertanke. For det var en enorm vekker å være pasient. Plutselig var jeg den som skulle ringe i snora når jeg trengte noe. Som skulle si fra når jeg var sulten. Som trengte hjelp til å ordne med O<sub>2</sub> flaske for å gå på toalettet. Og nå skulle JEG be om smertestilende.

Da jeg først ble kjørt til legevakt, ble jeg lagt på en benk på et rom. Ingen pute/teppe eller tilbud om vann. Jeg lå der i tre timer. En fra ambulansen fortalte vakthavende sykepleier at jeg også var sykepleier. Det var ikke smart. Fortell aldri at du er sykepleier!

En ung jente kom inn for å sette pvk på meg. Da hun skulle prøve for fjerde gang, bad jeg henne om å la noen annen gjøre det, siden jeg syntes det var veldig vondt. Da fikk jeg en skikkelig skyllebøtte. Hun hadde hørt at jeg var sykepleier, men her bestemte hun. Jeg hadde ikke pust til å svare tilbake på denne tiraden, jeg gråt og var redd.

Etter røntgen ble jeg fortalt at de hadde sett flekker på lungene og de kunne ikke utelukke at det kunne være kreft. Jeg er 39 år. Kreft? Jeg ble livredd. Men ingen sa noe annet enn at vi ikke må ta alle sorgene på forskudd.

Deretter ble jeg kjørt til Ullevål sykehus hvor jeg skrev meg selv ut etter seks dager. Jeg orket ikke mer. Jeg ble utredet for alt mulig; Wegeners granulomatose, svulst i spiserøret, ubestemmelige store flekker på lungene. Dette fikk jeg beskjed om av en sykepleier. Det er IKKE

en sykepleiers oppgave å formidle dette til meg for så å gå. Jeg ble lagt på isolat, alene med kun mine tanker. Jeg har to barn og mann. Kom jeg til å dø? Man skal være forsiktig med hvordan ting blir lagt frem. Aldri har jeg følt meg mindre.

Alt for meg i denne uken på isolat dreide seg om mine tanker og hva som kom på tv. Ellers ventet jeg på å bli sendt rundt på undersøkelser og på når måltidene ble servert. Jeg ble fort vant til blodprøver, blodgass. Ct, ultralyd og bronkoskopi og nye pvk. Jeg fikk gå turer i korridoren med lungefysio og prekestol.

Jeg var i en tilstand hvor jeg var fullstendig avhengig av sykepleiere. Jeg hadde O<sub>2</sub> flaske med meg på badet for å dusje/pusse tennene, og jeg bad om å få skifte på sengen selv for trene meg opp. Jeg ville ikke være en brysom pasient som bare maste. Jeg ville bli frisk og jeg ville hjem.

Jeg var ikke i stand til å gå alene ut i gangen for å hente drikke og mat om jeg trengte det. Da måtte jeg dra i snoren. Det sitter sikkert langt inne hos enhver sykepleier som har ligget på sykehus. Vi vet hvor travelt det kan være. Det finnes mange viktigere ting enn at jeg er sulten og ber om litt mat. Men noen ganger må du dra i snoren. Svært ofte var åpningsreplikken fra sykepleieren «Hva er det? Vi har det veldig travelt.» En kveld spurte jeg en sykepleier rundt kl. 21 om jeg kunne få Rett i koppen-suppe da jeg var sulten. Svaret var «Jeg skal se om jeg får det til». Da jeg spurte hva hun mente med det er svaret,

sa hun «Vi får se». Så forlot hun rommet. Jeg fikk ikke suppe den kvelden.

Jeg traff også noen fantastiske gode sykepleiere da jeg var der. De hadde jobbet der i mange år. Men jeg kommer dessverre til å huske best de som så på meg som en konkurrent eller byrde da jeg lå der.

Vi har alle sykepleiere gått gjennom studiet fordi vi vil hjelpe andre mennesker. Jeg så mye jeg skulle ønske jeg ikke hadde sett. Sure og gretne sykepleiere er IKKE sjarmende og opprører syke pasienter som trenger omsorg og trygge rammer.

Jeg vet at jeg kommer til å bli en bedre sykepleier etter denne opplevelsen. I en ideell verden skulle alle fremtidige sykepleiere ligget på et enerom i noen dager og vært prisgitt dem som var på jobb. Noen slitne etter en lang vakt, noen ergerlig over nok en brysom pasient som bare vil ha en skive brød, og noen som kanskje egentlig ville gjort noe helt annet den dagen. Jeg vet det er en helt urealistisk tanke, men det hadde kanskje vært virkningsfullt.

Jeg hadde det ikke bra. Kanskje fordi jeg selv er sykepleier og kjente meg igjen i noen av situasjonene. Pasienter er ikke brysomme. Vi er der for dem, ikke for å bli ferdige med nok en vakt. Nå ser jeg bedre hvor viktig det er å lære om empati og ikke alltid fortelle pasienten at «jeg har så mye å gjøre». Ett glass vann kan faktisk være ganske viktig. (Innlegget er noe forkortet. Red.)

Mvh. medlem nr. 1315043



## Gal sammenlikning

Jeg vil gjerne kommentere gjesteskribentens innlegg «Visste Mor Teresa sitt eget beste?» i Sykepleien 26. februar 2009.

Martine Aurdal sammenlikner muslimske kvinners ønske om å bære hijab til en politiuniform med Mor Teresas påkledning.

Mor Teresa var nonne, kledde seg som en nonne og arbeidet som en nonne. Hun gjorde ikke noe annet. Hun representerte sin Gud og sin religiøse nonneorden på en forbillig måte, og hun fortjente fredsprisen hun fikk! Hijabdebatten dreier seg om noe helt annet. Her er det snakk om å representere den norske ordensmakt, ikke sin egen religion. Å iføre seg hijab til uniformen vil si at kvinnen representerer sin egen religion, ikke den norske ordensmakt. En uniform skal være

«uniform», det vil si ensartet for alle, for å markere at man ikke opptre som privatperson, man representerer noe annet enn seg selv. Ellers kunne man gå i sivil. Det hindrer ingen i å ha en privat overbevisning, men den skal ikke flagges i utøvelsen av yrket. Dette gjelder alle yrker hvor man forventer at en person skal opptre objektivt.

Hva en uniform er, vet vi som ble opplært til å bære en sykepleieruniform. Når man tok på seg uniformen, representerte man sykepleietjenesten og den skolen man var utdannet ved. Martine Aurdal, det er stor forskjell på Mor Teresas nonnedrakt og hijab til en politiuniform.

Vennlig hilsen Ruth S. Andreassen,  
Røde Kors-sykepleier

## Eidsvolls plass 8. januar 2009

Den som leste Sykepleien av 15. januar 2009, må få det klare inntrykket at enhver sykepleier i Norge er imot staten Israel. Jeg vil herved opplyse lesere av Sykepleien at så ikke er tilfellet.

Jeg er medlem av Norsk Sykepleierforbund og ville, dersom jeg hadde vært i Oslo 8. januar, møtt opp foran Stortinget til støtte for Israel.

Jeg støtter staten Israels rett til selvforsvar og Israels rett til å eksistere innenfor trygge, sikre og udiskutable grenser.



Marit Frøyland Ødegaard

## Vikarer/ansatte/arbeidstid

Vi er vel alle kjent med ikke fullverdig bemanning til enhver tid. «Antall hoder» sier ikke noe om kompetansen i avdelingene. Årsakene kan være: for lav kompetanse hos kollegaer, uerfarne sykepleiere eller vikarer. De to første punktene kan det gjøres noe med. Jeg har lyst å komme med noen kommentarer til arbeidsteders bruk av vikarer.

Det er særlig i høytider og under ferieavvikling at vikarer benyttes. Først må jeg si at mange av vikarene er flinke og tilpasningsdyktige. Men det spiller ingen rolle hvor flink og dyktig man er når arbeidstiden strekker seg ut over normal arbeidstid. Dette bekreftes i rapporten «Arbeid og helse», utarbeidet av Statens arbeidsmiljøinstitutt. Vikarer har ofte doble vakter over flere døgn. Man kan spørre seg hvilken kvalitet den sykepleie de utfører har.

Når pasient eller pårørende klager, går det tilbake til avdelingene og da er «fuglen» (= vikaren) fløyet. Det er de faste som må ta støytten. Det vil si at først jobber

vi i en stresset hverdag, tar hånd om våre pasienter, forsøker å rette opp og helst unngå faderer. Og så tar vi støytten når den kommer.

Arbeidsstedets ansatte må forholde seg til arbeidsmiljøloven, mens vikarer krever mulighet for doble vakter. Lykkes ikke det, går de videre til neste arbeidsplass. Lederne kommer i et vanskelig dilemma. Skal man ta imot vikarer som jobber mye, for at noen skal få fri/ferie som ønsket? De vet at kvaliteten på sykepleien vil gå ned når folk jobber så mye.

Har NSF sett på dette problemet? Vil de gjøre noe med det? Er det noen dialog mellom NSF og vikarbyråene?

Det er NSF sine medlemmer som blir taperne uansett. Hvis det ikke blir tatt inn vikarer, blir det merarbeid. Eller vi blir vitne til eller får skyllebøtter på grunn av mangelfull sykepleie ved dobbeltarbeidende vakter.

Medl. nr. 152918

## Rettelse av bokomtale

I Sykepleien nr. 3/09 omtalte vi heftet «Seksualitet og ryggmargbrokk» på boksiden. Beklageligvis falt en del av teksten og to forfattere ut av teksten på grunn av teknisk feil i produksjonen.

Her bringer vi omtalen en gang til:

Personer som lever med ryggmargbrokk har ofte lammelser og nedsatt følesans. Dette heftet tar for seg hvordan man kan forholde seg til et seksualliv parallelt med denne diagnosen, og utgivelsen er resultatet av et tverrfaglig samarbeid og brukererfaringer.



Forfatterne er: Grimsrud K, Wallace M, Mathiassen TB og utgiver er TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser, Sunnaas sykehus HF.



## Elendig resultat for sykepleierledere

Ja, da var lønnsforhandlingene for ledere over for denne gang. De var ferdig i Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i begynnelsen av desember, og vi må si vi har trengt litt tid for å sortere vår enorme irritasjon over resultatet av forhandlingen. Ikke bare er lønnsresultatet for ledere enormt dårlig, men NSF er totalt stille om dette! Hva er det egentlig som skjer med dem som skal være TYDELIG, STOLT OG MODIG?

Etter å ha vært forbannet en stund på hver vår plass, inviterte vi mellomledere (de som jobber nærmest personalet på «gulvet») ved UNN Harstad, for å diskutere saken. Det var enighet om at dette mildt sagt var for dårlig og svært irriterende. I denne forbindelse ønsker vi en del svar fra NSF!

Vi ønsker dere skal være TYDELIG: Hva ønsker dere med mellomledere/avdelingssykepleiere? Hva mener dere lønn til oss bør være? Bør utdanning lønne seg for ledere også? Bør erfaring som leder vises på lønna? Er dere tydelig på at det er viktig å beholde sykepleiere

som ledere for sykepleiere? Hvilke utdanningskrav skal det være til ledere?

Jo da, vi har lest «Sykepleiere med lederansvar, god på fag og ledelse», ledersatsingen fra oktober 2005. Men denne er da ikke mye fremme i «lyset». Jo da, vi vet dere krever likelønn og blitt «hørt» på enkelte områder, men dette krever store bevilgninger over statsbudsjett. Når tenker dere å prioritere ledere når dere forhandler?

Vi ønsker dere skal være STOLTE: Mellomlederne i dag har mange oppgaver. Ansvar på den som er nærmest «folket på gulvet» øker i takt med innsparingskrav. Jobben vi gjør og fortsatt må gjøre, er formidabel, det er omstillinger, oppsigelser, krav til oppfølging av sykmeldte, maksimal utnyttning av personal i turnus osv. Er dere stolt av den jobben vi må gjøre? Hvor er støtten fra dere i en vanskelig tid? Den vises ikke i konfliktsituasjoner, den vises ikke i omstillinger, den vises ikke i lønn. Det virker som vi er på hver vår side av bordet i alle disse situasjonene.

En viktig del av vår jobb er å legge til rette for at de ansatte kan motivere seg til å gjøre en god jobb. Lønn motiverer også ledere, på lik linje som dette er en motivasjon for sykepleiere uten lederansvar. Hvorfor de store forskjellene på oss når dere forhandler? (Og bare for å ha sagt det, vi synes det er vel fortjent og bra at sykepleier uten lederansvar fikk et godt oppgjør).

Vi mener dere er MODIGE: Gjennomsnittlig lønnsvekst i Norge for statsansatte var 7,2 prosent (endelig statistikk er ikke kjent i skrivende stund). Vet dere virkelig hva mange av lederne i NSF fikk? I UNN er det mange ledere som ikke fikk et rødt øre i lokale oppgjør, bare det som ble forhandlet frem ved sentralt oppgjør. Det vil si at mange hadde en lønnsvekst på 3 prosent. Dette er modig av NSF, for ikke å snakke om helt elendig. Vi synes det er modig at fylkesleder i årgang 23, nr. 3 «Et øyeblikk», skriver «det er store summer som skal fordeles lokalt, og vi har klare forventninger til at

arbeidsgiver nå gir til sykepleierne for å sikre seg den kompetanse som vi vet kommer til å være stor mangel på i relativt nær framtid».

Vi visste potten var på 1,3 millioner, enkel matte viser jo at dette ikke ville bli i nærheten av oppgjør for ledere som det ble for sykepleiere i år. Vi ser internt på vårt sykehus at lederstillinger lyses ut flere ganger, og søkermassen til lederstillinger er få. Det er modig å ikke satse på at ledere skal være 100 prosent motivert for jobben. Det står sjelden sykepleiere i kø for å ta mellomlederjobber.

Vis at dere er TYDELIG, STOLT OG MODIG også i forhold til mellomlederne. Vi forventer et svar som viser oss dette. Og gjerne et svar som viser at det er viktig at mellomlederne er medlem av NSF.

Mvh. avdelingssykepleiere ved UNN Harstad

## Den usynlige pasienten

Ingen legger merke til det. Det er nesten det verste. Usynligheten er homofile og lesbiske største utfordring når de trenger hjelp. Helsevesenet skal yte hjelp til de av oss som for eksempel sliter med psykiske problemer eller rusavhengighet. Eller dersom vi går med tanker om å ta vårt eget liv. Tenker norsk helsepersonell på at homofili kan være en problemstilling når det for eksempel gjelder selvmordsforsøk eller psykisk uhelse? Dette til tross for at forskning entydig dokumenterer at lesbiske kvinner og homofile menn er overrepresentert med hensyn til å være plaget av rusavhengighet, psykiske lidelser og tanker om og forsøk på å ta sitt eget liv. Menne-

ne er i tillegg kraftig overrepresentert når det gjelder hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Mange av disse møter et helsevesen som ikke er klare for å ta imot denne målgruppa på en skikkelig måte. Knappe to av ti lesbiske og homofile er helt åpne om sin seksuelle orientering i møte med helsepersonell. Dette betyr at man enten finner det irrelevant, er plaget av identitetsproblematikk eller er redd for negative reaksjoner i møte med helsepersonellet. En så lav grad av åpenhet medfører en økt risiko for feildiagnose, irrelevant eller feil behandling.

Betydningen av uklare identiteter, eller skam og identitetsproblematikk, er risikofaktorer som er

velkjente for behandlere i psykiatrien. Hvilke strukturer er det som bidrar til at seksuell orientering blir ignorert eller oppfattet som lite relevant – og dermed oversett – slik at lesbiske og homofile blir en usynlig gruppe i hjelpeapparatet?

For at norsk helsepersonell skal ha god kompetanse på å møte homofile og lesbiske, er det avgjørende at man har en forståelse for at det å være annerledes, det å leve livet på noen andre premiser, gir noen særegne utfordringer. De aller fleste homofile og lesbiske håndterer livene sine bra, men på enkelte områder finner man en negativ overrepresentasjon i forhold til den generelle befolkning-

gen. Kunnskap om dette finnes i mye god forskning som har funnet sted de siste tiår. I stedet for at dedikerte sykepleiere, leger og andre drar på kurs og konferanser om disse temaene, er det på høy tid at man innfører god undervisning om identitet og helse i alle profesjonsutdanningene som leder til jobber i helsevesenet. Så glad jeg ville bli om sykepleierutdanningen ble den første! For mange pasienter ville det bety sykepleiere som så og anerkjente et enda helere menneske.

Bård Nylund, bachelorstudent ved Høgskolen i Oslo og styremedlem i NSF Student.

## Hvordan redde flere fra lungekreft?

Lungekreft er en dramatisk sykdom som rammer over 2300 mennesker i Norge hvert år. Det er forferdelig å tenke på at over 90 prosent av dem som rammes ikke er i live fem år etter diagnosen. Og det har nesten ikke vært forbedring i denne situasjonen de siste 50 årene. Hva kan grunnen være? Mye tyder på at den svake innsatsen i forskning og utvikling av bedre behandling skyldes at lungekreft har vært en «lavstatus-sykdom». De fleste av ofrene har vært langtidsrykere, særlig arbeidere som i tillegg har vært utsatt for asbest, nikkel, støvplager ol. Det har vært mennesker med lav inntekt og kort utdanning, og dette har økt de sosiale helseforskjellene, som at menn i Oslos østlige bydeler lever 7–13 år kortere enn i vest.

Mens flest menn tidligere har fått lungekreft, øker nå andelen kvinner illevarslende – trolig fordi flere kvinner begynte å røyke på 1970-tallet. Etter hvert har heldigvis røykeslutt-kampanjene fått økende tilslutning, men dessverre er ikke dermed faren for å utvikle lungekreft avblåst for tidligere langtidsrykere. Vi ser i mange vestlige land at antallet som rammes av lungekreft likevel kan fortsette å øke. Her kan også andre kreftfremkallende faktorer som radonstråling i hus, støv og avgasser fra biltrafikken, visse tilsetningsstoffer i næringsmidler,

m.m. ha økende betydning. Derfor må offentlige kampanjer mot røyking ikke bli omtrent det eneste store tiltaket mot lungekreft. Hva kan gjøres?

I dag oppdages kun 16 – 17 prosent av lungekrefttilfellene tidsnok til at det kan gjøres kirurgiske inngrep. Av disse lever nær halvparten fem år etter inngrepet – altså hele fem ganger flere enn de 10 prosent som greier seg av alle som får lungekreft.

Nye funn kan tyde på at kirurgi kan nytte også mot såkalt småcellet lungekreft, dersom den oppdages i tide. Det er først og fremst når det gjelder kirurgiske metoder og rutiner vi kan si det er skjedd store gjennombrudd i lungekreftbehandlingen siden 1960-tallet. Dette gir håp og muligheter om at dersom flere kan opereres, vil overlevelsesgraden øke kraftig. Da blir spørsmålet hvordan vi oppdager flere tilfeller i en tidlig fase, slik at det kan gjøres kirurgiske inngrep.

De som jobber i førstelinjen – fastleger, bedriftshelsetjeneste, hjemmesykepleiere, m. fl – bør ha forsterket oppmerksomhet mot det som kan være tidlige symptomer på lungekreft, som stadig uforklarlig tørr hoste, gjentatte lungebetennelser, tilløp til kols, uvanlig trøtthet, o.l. Det bør bli lavere terskel for å sende pasientene til screening for å oppdage eventuell lungekreft tidlig. Screeningene gjøres med en avansert form for røntgen

som kalles spiral CT, kombinert med såkalt MR-teknologi.

Det innvendes fra fagmiljøer at man kan se så mye forskjellig ved screening av lungene – som kols, godartede svulster og rester av lungebetennelser – slik at det blir komplisert å skille ut ondartet kreft. Men dette vil man bli stadig flinkere til gjennom trening, erfaring, forskning og bedre teknologi.

Et annet motargument er at lungekreft ofte rammer svake pasienter, som ikke vil tåle krevende og kompliserte inngrep. Men ved all kirurgi må man vurdere pasientens allmenntilstand. Og det spesielle ved lungekreft er at hvis man ikke opererer, blir utfallet for 9 av 10 uansett dødelig. Risiko ved operasjoner må ses i lys av dette. Ingen av motargumentene mot tidlig screening av høyrisikogrupper har overbevist oss. Resultatet blir fort stillstand, men å fortsette som før er ikke noe alternativ.

I en rekke land gjennomføres det studier, prosjekter og utredninger om disse spørsmålene nå, herunder bredere screening av høyrisikogrupper. USA har det største studiet som skal være ferdig i 2010. Men også europeiske land som Belgia, Nederland, Italia og Danmark er i gang med noe av det samme. Det blir viktig for oss å følge med på resultatene og konklusjonene. Her hjemme vil kvalitetsre-

gisteret for behandling av lungekreft, som Kreftregisteret er i ferd med å bygge opp, gi ny kunnskap blant annet om kirurgisk praksis forskjellige steder i landet. Vi må bruke anledningen til å forsterke vår egen forskning og praksis, og her vil det nye Oslo Cancer Cluster og Kreftforeningens forskningsfond spille en viktig rolle.

Lenger framme er det håp om at det skapes nye effektive behandlingsmetoder i tillegg til kirurgi. I Frankrike drives det oppløftende forskning på såkalte virusvaksiner mot lungekreft. De er bygd på det samme prinsippet som vaksinen mot livmorhalskreft som vi innfører neste år her hjemme. I Tyskland pågår det lovende forsøk med en annen metodisk tilnærming, genetiske vaksiner mot lungekreft, som skreddersys ut ifra våre genetiske anlegg.

Tidshorisonten for utvikling av disse nye vaksinene er fem til ti år – fordi de må gjennom flere faser med utprøving og kliniske forsøk. Det fins altså muligheter i framtiden, men det gjelder også å handle her og nå – og markere at det definitivt er slutt på tida da lungekreftofre kunne føle seg nedprioritert fordi de var rykere.

Alle tall og fakta i artikkelen er hentet fra Kreftregisteret.

Av stortingsrepresentantene Jan Bøhler og Dag Ole Teigen fra Ap





tekst **Eivor Hofstad**

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz!

**1 Hva står bokstavene LAR for?**

- A: Laparoskopisk røntgenundersøkelse
- B: Ledd- og armregisteret
- C: Legemiddelassistert rehabilitering

**2 Hva kjennetegner en med ballismus?**

- A: Sterke, slengende bevegelser
- B: Overdreven trang til å blunke
- C: Født med uklar kjønnsstilhørighet

**3 Hva heter det kjente antidepressive middelet Prozac på norsk?**

- A: Zoloft (sertralin)
- B: Fontex (fluoksetin)
- C: Seroxat (paroxetin)

**4 Hvilken av disse tre matvarene inneholder ifølge forsker Rune Blomhoff minst antioksidanter?**

- A: Blåbær
- B: Valnøtter
- C: Nyper

**5 Hva skades i første rekke av oksidativt stress fra frie radikaler?**

- A: Oksygenopptaket
- B: Cellene
- C: Konsentrasjonsevnen

**6 Hva er et mer kjent navn på deoksyribonukleinsyre?**

- A: Kortikosteroid
- B: Amfetamin
- C: DNA

**7 Hvilke fire bokstaver består vår personlige genkode av?**

- A: A, B, C og D
- B: D, N, A og T
- C: A, T, C og G

**8 Hva kommer ordet kirurg av?**

- A: Håndverker
- B: Kjøttskredder
- C: Kroppslege

**9 Hvem står bak Felleskatalogen?**

- A: Legemiddelindustriforeningen
- B: Apotekforeningen
- C: Statens legemiddelverk

**10 Hva er glandula suprarenales?**

- A: Skjoldbruskkjertelen
- B: Blodpropp i nyrene
- C: Binyrene



BLODIG HÅNDVERK: Er det en kjøttskredder i aksjon her? Foto: Colourbox

- 10 poeng:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 6-9 poeng:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- 0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1C Legemiddelassistert rehabilitering, 2A Sterke, slengende bevegelser, 3B Fontex, 4A Blåbær, 5B Cellene, 6C DNA, 7C A (adenin), T (tymin), C (cytosin) og G (guanin), 8A Håndverker (av gresk kheir for hånd og ergon for arbeid), 9A Legemiddelindustriforeningen, 10C Binyrene





FILM: Fra innspillingen av filmen «Omringet» (1960) i regi av Arne Skouen. Rolf Kirkevaag (til høyre) spilte rollen som overlege Tore Aulie ved Rikshospitalet i Oslo. Han skjulte motstandsmenn under andre verdenskrig.

## Motstandskamp fra kvinneklinikken

Fra ventiltårnet på Rikshospitalets kvinneklinikk i Oslo holder en radiotelegrafist kontakt med London våren 1944. Han blir holdt i dekning av overlegen på klinikken og hans kone.

Krigen opptok forfatter og filmskaper Arne Skouen. I filmen «Omringet» (1960) beskriver han motstandskampens risikofylte situasjoner og menneskenes dilemmaer under en krig.

Den forrige telegrafisten er ettersøkt av tyskerne. Hjemmefronten har gitt ham ordre om å dra til Sverige. Han nekter fordi hans kjæreste venter barn. Hun ligger

hjelpeløs i en leilighet i Oslo hvor Gestapo har tatt tilhold.

Så gjør radiotelegrafisten det Gestapo har ventet på: et desperat forsøk på å komme i kontakt med kjæresten. Under skuddvekslingen med tyskerne får den vordende mor sjokk og blir øyeblikkelig kjørt til kvinneklinikken hvor overlege Tore Aulie foretar keisersnitt med den nye radiotelegrafis-

ten som tilskuer i legehabit.

Samtidig jakter både venner og fiender på den forrige telegrafisten. Vennene er redd hans desperate sinnstilstand vil sette sikkerheten i fare for alle. Det er overlegefruen som finner ham. Hun lar seg imidlertid overtale til å gå med ham for at han skal få se barnet. Der venter Gestapo, og forbindelsen med klinikken er avslørt. Telegrafisten slipper unna sine forfølgere, men et streifskudd treffer overlegefruen og ender hennes liv. Klinikken blir omringet av tyske styrker, og den andre telegrafisten må skyte seg ut til friheten.

Flere år etter krigen vender

telegrafist nummer to tilbake til kvinneklinikken – som en nervøs vordende far. Der treffer han en ensom overlege Tore Aulie som

**En fars ønske om å se sitt nyfødte barn var helligere for overlegefruen enn all krig.**

bistår hans kone under fødselen. Overlegens egen kone er borte, fordi en fars ønske om å se sitt nyfødte barn var helligere for henne enn all krig.

## Forbundsleder Lisbeth Normann

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



# Sykepleierledere i «klemma» mellom fag og ledelse

På samme måte som likelønn, er sykepleieleidelse en kjønnskamp hvis vi ser det i et historisk perspektiv.

Først på åttitallet begynte sykepleiere for alvor å posisjonere seg aktivt for å få innpass i ulike lederstillinger. Fremdeles ønsker vi oss flere sykepleiere som vil bli ledere fra avdelingssykepleiere til toppnivå plassert i alle deler av helsetjenesten

Forskning viser at sykepleierledere har nedprioritert sin egen sykepleiefaglig utvikling, i motsetning til legene som har dyrket, og dyrker, faget ved siden av å inneha tunge lederstillinger. Selv om formell lederkompetanse er viktig, er det helt nødvendig for å sikre autoritet og kvalitet i helsetjenesten at den sykepleiefaglige kompetansen synliggjøres og benyttes som grunnlag for beslutninger og prioriteringer. Det betyr at sykepleiere som er ledere må benytte sin faglige kompetanse og erfaring også når de leder andre og tverrfaglige

team. Det er utfordrende, men viktig.

For oss er det helt nødvendig å ha god dialog med våre ledere. Vi har de siste årene hatt en stor og fruktbar ledersatsing som flere hundre av våre ledere har hatt glede av. Denne satsingen er videreført blant annet ved at vi nylig hadde en dialogkonferanse for utvalgte ledere der også statsråd Bjarne Håkon Hanssen var til stede. At han valgte å bruke en og en halv time i dialog med oss, ser vi på som en tillitserklæring og som et tegn på at statsråden er interessert i å høre hva NSF's ledermedlemmer med erfaring, ansvar og klokskap har å meddele.

Vi er også stolt av at vi, i samarbeid med Høgskolen i Akershus, er godt i gang med en egen lederutdanning for avdelingssykepleiere.

En utdanning som er spesialdesignet for å møte denne ledergruppens særegne behov. De som går på dette programmet er fornøyd, og så får vi se om vi utvider til flere «studiepoeng» etter hvert.

For NSF er det nødvendig å ha dialog og samarbeid med ledere, fordi et slikt samarbeid er et viktig bidrag for å få gjennomslag i helsedebatterne og for å påvirke de helsepolitiske beslutningene. Vi må ha en målsetting om å fortsette å være reformatorer i helsetjenesten — som sykepleiere har lang tradisjon for å være! Da må vi tenke sammen i et stort og bredt perspektiv. Vi må tørre å legge frem de uferdige tankene, og presentere oss som løsningsorienterte endringsagenter. Det betyr at vår holdning, i større grad enn i dag, må være at «at veien blir til mens vi går». Vi må gi litt slipp på «flink-pike-mentaliteten», ha tro på egen kompetanse, kaste oss på og ikke kvalitets-sikre budskapet så lenge at debatten er over før vi kommer til ordet.

NSF er stolt av dere som er ledere. Vi har respekt for kompetansen, og forståelse for at dere står i krevende faglige- og ledelsesmessige utfordringer, men at innsatsen er rettet mot å skape gode resultater og god kvalitet på pasientbehandlingen. Vårt ønske er at vi fremover kan bidra til at det utvikles et tettere samarbeid, kortere vei for innspill og mer dynamikk mellom ledere på ulikt nivå og NSF. Vi tror det vil heve kvaliteten på norsk helsetjeneste.

Det er viktig å være lojal med de svakeste, pasienter og pårørende, men det er også et lederansvar å «sette foten ned» når det er nødvendig. Samarbeid om dette og at vi «taler med en tunge» er essensielt hvis vi skal få gjennomslag. Et gjennomslag pasientene trenger. Vi skal, som sykepleiere, leve opp til vårt rykte om at vi leverer høy kvalitet, er faglig gode og tar rollen som «pasientens advokat» alvorlig.



DIALOG: For NSF er det helt nødvendig å ha god dialog med våre ledere, skriver Normann. Arkivfoto: Erik M. Sundt



# Sviket mot helsevesenets stebarn

Tjenestetilbudet til rusavhengige har en alvorlig systemsvikt. Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener det er uholdbart at unge rusavhengige ikke får hjelp når de ber om det, eller at hjelpen som tilbys ikke er god. Dette fører til alvorlig helsesvikt og i verste fall dødsfall.

I perioden 1997 til 2006 var det 2 316 narkotikarelaterte dødsfall i Norge. I tillegg har mange rusavhengige sviktende psykisk og fysisk helse. Dette gir utslag i infeksjoner, sår, feil- og underernæring, angst og depresjoner som blir mangelfullt behandlet.

## Skrik om hjelp

Vi har hørt om mødre som har kjempet og mistet barna sine. De forteller om fortvilelse og maktesløshet i kampen for å skaffe et godt, samkjørt behandlingsopplegg for barna. De forteller om hjelpeapparatets manglende evne til å gi hjelp til rusmisbrukerne når motivasjonen er der. Samtidig som vi vet at rett tiltak til rett tid er helt avgjørende!

## Helsevesenets stebarn

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen har uttalt at rusavhengige ikke lenger skal være helsevesenets stebarn. Det skal mer til enn heroin på resept for å rette opp dette. Rusreformen i 2004 skulle sikre rusavhengige likeverdige og tilgjengelige helsetjenester. Men rusfeltet er fremdeles preget av et fragmentert tjenestetilbud, med til dels lange ventetider, store regionale og kommunale forskjeller og ulik fortolkning av pasientrettig-

heter. Dette slår Helsetilsynet fast i en rapport fra 2007. Regjeringens opptrappingsplan for rusmid-delfeltet er ikke tilstrekkelig for å imøtekomme utfordringene.

## Måltrettet tiltak

Opptrappingsplanen for rusmid-delfeltet må styrkes og følges opp med øremerkede midler. Spesielt gjelder dette akuttberedskap, tiltak for barn og unge og for mennesker med alvorlig rusmiddelmisbruk og psykisk helsesvikt. Det er bra at regjeringen har bevilget 50 millioner til rusakuten i Oslo. Det er riktig vei å gå. Likeledes bør kommunale tjenester styrkes gjennom et tilpasset boligtilbud, individuelle ettervernstiltak og døgnbaserte lavterskel omsorgstiltak. Vi må ha ett fullverdig behandlingstilbud, også for dem som sliter mest, samme hvor de bor hen i landet.

## Lavterskel helsetiltak

Folk flest er opptatt av egen helse, det gjelder også rusavhengige. En brukerundersøkelse gjennomført av oppsøkende helseteam blant sprøytenarkomane i Trondheim bekrefter dette. Det å få iverksatt tiltak for fysisk og psykisk helse er det som blir satt mest pris på. Ansatte opplever at de driver daglig livredning gjennom helsefaglige

vurderinger og tiltak i gatenær virksomhet. Lavterskel helsetilbud representerer tiltak på brukernes premisser. En kontakt som kan bidra til å motivere og gi håp om en bedre tilværelse. For å få dette til kreves det en god samhandling med det øvrige tjenesteapparatet.

## Samhandling

Problemet er at tjenestetilbudet er lite helhetlig. Det er ikke uvanlig at rusavhengige med risikoatferd må vente seks måneder på et behandlingstilbud som innebærer avrusning, utredning og behandling. Tilbudet har ingen garanti for et planlagt ettervern når rusavhengige bryter eller avslutter behandlingen. Riksrevisjonen har nylig lagt frem en knusende rapport om rettighetsvurderinger innen det psykiske helsevernet; det er liten grunn til å tro at det står bedre til innen rusbehandlingen.

## Forebygging

Forebyggende arbeid blant barn og unge i risikozonen må være et satsingsområde. Tilgjengelige lavterskeltiltak er særlig viktig for barn og unge som står i fare for å falle ut av skolen. Det er i dag store kommunale variasjoner på skolehelsetjenesten, spesielt i den videregående skolen. En tilgjen-

gelig helsesøster kan utgjøre en forskjell. Barn og unge i risikozonen skal ikke måtte vente på hjelp, hjelpen må være der når behovet er der!

## Løft

Rusmiddelproblemer handler i stor grad om sosial ulikhet, om samfunnsutvikling, psykisk helse-svikt og utstøting av dem som ikke lykkes med å mestre utfordringer i skole og arbeidsliv. Vi må ta et felles løft for å styrke tilbudet til de rusavhengige. Det skylder vi stebarna og familien deres!

Av NSF's kommunikasjonsavdeling





# Mer penger til sykepleierutdanningen!

I Sykepleien nr. 2 var det mye fokus på kvalitet i bachelorutdanningen. Vi har tatt en prat med Tone Moan for å høre hvordan hun jobber for bedre finansiering og dermed bedre kvalitet i sykepleierutdanningen.

Ifølge studentleder Tone Moan i NSF, er sykepleierutdanningen underfinansiert. Dette har bidratt til at utdanningsinstitusjonene sliter med å oppfylle minstekravene i rammeplanen.

– Du har tidligere sagt at kvaliteten i praksisstudiene i sykepleierutdanningen er for dårlig. Hvem er det som har ansvaret for at dette skal bli bedre?

– Hver enkelt skole har ansvaret for at kvaliteten i utdanningen er god. Forutsetningen for å ivareta dette ansvaret er tilstrekkelig finansiering fra kunnskapsdepartementet. Mitt inntrykk er at skolene gjør så godt de kan, men stadig flere studenter uten økte bevilgninger gjør at skolene må kutte i tilbudet. Dette gjelder spesielt kravet til jevnlig veiledning og kontinuerlig vurdering av studentene.

– Hva sier kunnskapsdepartementet til denne kritikken?

– De gjennomfører for tiden en evaluering av finansieringssystemet for universiteter og høyskoler. Dessverre har vi fått signaler om at de ikke spesifikt ønsker å løfte sykepleierutdanningen, til tross for at vi i dagens system får 6000 kroner mindre per student enn bioingeniør, radiografi og ergoterapi. Dette har vi klaget på i brev til kunnskapsdepartementet, men i svaret vi har fått ignorerer de denne

skjevheten og legger alt ansvar på utdanningsinstitusjonene.

– Hvorfor er det et problem at sykepleierutdanningen får mindre penger per student enn de andre utdanningene?

– Vi vet at systemet ikke er basert på reelle kostnadsvurderinger, men på politiske satsinger. Alle disse studiene er treårige bachelorgrader som har store utgifter knyttet til praksisstudier og medisinsk/ teknologisk utstyr. Sykepleierutdanning på sparebluss medfører dårligere læringsutbytte og usikkerhet på om de nyutdannede oppnår den kompetansen de trenger for å gjøre en god jobb. I verste fall kan dette ha betydning for pasientsikkerheten. Dersom regjeringen mener alvor med å satse på helsevesenet, må den også sørge for en satsing på sykepleierutdanningen. Det er uakseptabelt at vi fortsatt blir nedprioritert i forhold til sammenlignbare studier. Sykepleierutdanningen koster like mye og er like viktig, derfor bør vi ha likt tilskudd.

– Hvis ikke departementet ønsker å endre dette, er da løpet kjørt?

– Vi registrerer at kunnskapsdepartementet ikke er særlig interessert i dialog, men vi har overhodet ikke gitt oss. Gjennom intensiv lobby-

virksomhet har vi møtt stor støtte for vår sak i en samlet opposisjon. Flere har meldt at de skal stille spørsmål direkte til statsrådene Tora Aasland og Bjarne Håkon Hanssen for å legge ytterlig press på regjeringen. Jeg har heller ikke gitt opp troen på at kunnskapsdepartementet også etterhvert vil innse urimeligheten i dagens ordning, og at vi kan lykkes med å få til en dialog på hvordan dette bør endres.

Av NSF's kommunikasjonsavdeling

Studentleder Tone Moan  
Foto: Marit Fonn

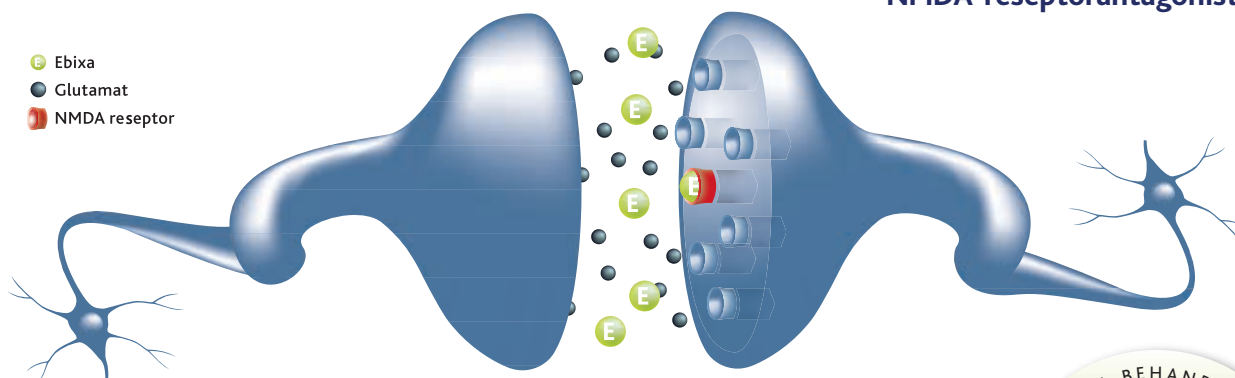


# Reduser agitasjon og irritasjon ved Alzheimers sykdom <sup>\* 1)</sup>

\*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

- Forbedrer evnen til å utføre daglige gjøremål <sup>2) 3)</sup>
- Reduserer pleietid <sup>4)</sup>
- Effekten kan måles etter **bare 4 uker** <sup>3)</sup>
- Tolereres godt <sup>2)</sup>

## UNIK virkningsmekanisme NMDA-reseptorantagonist



1) S Gauthier Int J Ger Psychiatry 2005; 20:459-464. 2) Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to severe Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003; 348: 1333-1341. 3) Winblad B, Poritis N. Memantine in severe dementia: results of the M-BEST study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). Int J Ger Psychiatry 1999; 14: 135-146. 4) Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; 21 (5): 1-14.

# SABO

- når du vil merkes!



## Hva skulle vi gjort uten tiden?

Det er ikke få ganger i løpet av en arbeidsdag vi tar en titt på klokka. Helt nødvendig er det nesten også, fordi moderne mennesker på sett og vis er fanger av tiden. Bra da at tiden er lett tilgjengelig og til å stole på. Så slipper vi i alle fall å bekymre oss om det.

**Sjekk våre nettsider  
for flere klokker og andre  
merkeprodukter for helsesektoren**

*SABO - det miljøvennlige alternativet!*



Nøkkelbånd



3D skilt



Graverte skilt

