

## Hva skjedde med kull 67?

For 40 år siden ble 27 sykepleiere uteksaminert i Trondheim.  
Hvordan gikk det videre med Birgit Solem Weinholdt og resten av kullet?

Side 26-50

**Bråk om finske lønninger** side 10

**Smartpris 2007 – nå avgjøres det!** side 59

**Stem på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) – før 1. januar!**

**Helsesøstre bør informere bedre** Side 62



10



59



62

ORENCIA® Til RA-pasienter som  
svikter på sin første TNF-hemmer<sup>1</sup>

# **ORENCIA®:** ***Ny generasjon biologisk legemiddel***

***Den første selektive T-celle kostimulator modulator***





ORENCIA®  
(abatacept)

*See what's possible™*



**Sykepleien**

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

E-post:  
redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

Bankgiro: 1600.49.66698  
Løssalg: kr 45,- pr utgave  
Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

**Ansvarlig redaktør**  
Barth Tholens  
barth.tholens@sykepleien.no

**Redaksjonssjef**  
Bjørn Arild Østby  
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

**Fagredaksjonen**  
Nina Hernæs (leder)  
nina.hernes@sykepleien.no  
Torhild Apall Dybvik (fagredaktør)  
torhild.apall@sykepleien.no  
Susanne Dietrichson  
susanne.dietrichson@sykepleien.no

**Nyhetsredaksjonen**  
Marit Fonn (leder)  
marit.fonn@sykepleien.no  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
annkristin.helmers@sykepleien.no  
Eivor Hofstad  
eivor.hofstad@sykepleien.no  
Kari Anne Dolonen  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no  
Lily Kalvø (web-redaktør)  
lily.kalvo@sykepleien.no

**Desk og grafisk formgivning**  
Ellen Morland (leder)  
ellen.morland@sykepleien.no  
Hege Holt  
hege.holt@sykepleien.no  
Ingrid Lindemann  
ingrid.lindemann@sykepleien.no

**Markedssjef**  
Ingunn Roald  
ingunn.roald@sykepleien.no

**Markedskonsulenter**  
Stillingsannonser: Finn Simonsen  
finn.simonsen@sykepleien.no  
Produktannonser: Lise Dyrkoren  
lise.dyrkoren@sykepleien.no

**Repro og trykk**  
Stibo Graphic AS



Forsidefoto: Fotograf Schröder, Trondheim



81



56

- 5 **Elleve raske:** Anne Myhr
- 5 Fikk pris for Ali-varsling
- 7 Siden sist
- 9 Helse i nyhetsbildet
- 10 Bråk om finsk sykepleierlønn
  - Det nervepirrende døgn
  - Etter den søte kløe...
- 16 – Mindre beskyttet enn fanger
- 18 Informerer ikke om infeksjon
- 19 Deltidsansatte fristes bare av ønsketurnus
- 20 Tolker prematursk
- 24 Fraråder yrkesskadeerstatning for rygg- og nakkelidelser
- 25 Ipløs-forsker søker sykepleiere
- 26 **Tema:** Hva skjedde med 1967-kullet
  - «Vi har aldri vært en treg gjeng»
  - Valgte psykiatri
  - Internatlivet sveiset dem sammen
  - Teknikkens vidunder
  - Første reis
  - Over gjennomsnittet aktive
  - Faget som forsvant
  - Fremdeles under utdanning
  - Et yrke i arv
- 55 **Barth Tholens** om bortforklaringer
- 56 Smartprisen 2007: Nå kan du stemme
  - Kandidat 14
  - Kurset seg smartere
  - Tre vinnere
  - Stem på en av disse
- 61 Holder kortene tett til brystet
- 74 **Marianne Eika** om sykehjem
- 76 **Bøker:**
  - Tid for harde pakker
  - Anmeldelser
  - Månedens bok
  - Bokomtaler
  - 9 spørsmål til Janne Teigen

- 83 Fagnotiser
- 84 **Marie Aakre** om livsforlengende behandling
- 87 Aud Blankholm slutter
- 88 Minneord
- 88 Folk
- 89 Debatt
- 90 EEG
- 91 Før
- 92 **NSF: Lisbeth Normann** takker for tilliten
- 93 **NSF:** Ni råd og krav til helseministeren
- 94 NSF's medlemsforsikringer

**Fag i utvikling:**

- 62 Helsesøster bør informere bedre
- 67 Kan vi stole på glukosesvaret?
- 70 Mangel på pasientperspektiv

- 95 Sykepleien JOBB - ledige stillinger
- 120 Meldinger, skoler og kurs

**Slåss for livet**

Psykologen Heidelise Als har gjennom en årrekke studert hvordan premature barn opplever oppholdet på intensivsen rett etter de har kommet til verden. Nå er hun professoren bak Nidcap.



Foto: Scanpix

**Neste nummer: Sykepleien 01/08**

Er det god pasientbehandling at eldre pasienter sendes fra sykehus til sykehjem for å dø?  
Temaet tas opp i en av utgavens fagartikler.



## Vi spør Anne Myhr

**Alder:** 41 år

**Aktuell som:** Landets første eldreombud

**Fakta:** Anne Myhr er jurist og ble i august ansatt som eldreombud i Oslo. Hun har vært over ti år i Helsedepartementet. Mange enkeltsaker om uverdige forhold for eldre har kommet fram i mediene i det siste. Dette har ført til debatt både på lokalt og nasjonalt nivå og på Stortinget.



### Er du spesielt eldrekjær?

– Nei, jeg er interessert i folk. Alle har vært barn, alle blir gamle. Jeg har jobbet både med barnerett og helse- og sosialrett. Som jurist er ombudstillingen interessant.

### Er du landets eneste eldreombud?

– Ja, det sies så. Men det fins noen varianter i mindre format.

### Din viktigste oppgave?

– Å være eldres talerør. Først og fremst i Oslo, men kan det få ringvirkninger utover Oslo, er det fint. Det har det allerede fått.

### Åja, hva er det?

– Ansatte, eldre og pårørende i andre kommuner har spurt om å få bruke oss, eller hvordan de skal

få til sin egen ordning. Nittedal har visst fått midler. Jeg jobber ikke som en «lonely rider», men sammen med andre ombud og organisasjoner.

### Bør hver kommune ha sitt eldreombud?

– Det blir for smått. Men på fylkesnivå kan det være fornuftig. Hvert fylke har jo pasientombud.

### Bør eldreombudet inngå i pasientombudsordningen?

– Det er ikke det rådet jeg har fått fra eldre i Oslo. De sier det er viktig at det heter eldreombud, det blir tydeligere.

### Noe du har fått ekstra godt til?

– Mer fleksibel praktisering av TT-

ordningen, sammen med eldreråd, pensjonistforbundet og media. Også i enkeltsaker har ombudet fått gjennomslag. Og jeg er fornøyd med debatten om utvidelse av eldreombudet.

### Politikerne roper om eldregaranti.

#### Hva synes du?

– Den største svakheten er ikke lovverket. Det er praktiseringen. Men klarere formulerte rettigheter kan gjøre det lettere å se når rett ikke blir oppfylt.

### Hvordan er det å være gammel i Oslo?

– De fleste som bor hjemme har det godt. Mange på sykehjem har det også godt, men mangler det lille ekstra. Livet skal være mer enn

mat og medisiner. Aktive pårørende er en kjemperessurs.

### Hjertesak?

– Livskvalitet, fysisk fostring, det lille ekstra. Der har jeg noe å gjøre. Et annet viktig felt for Oslo: Å skape trygghet i kommunale boliger.

### Virker et liv på institusjon avskrekende?

– Åhh.... Noen plasser ville jeg ikke vært gammel. Men på de fleste ser det godt ut å være. Vi må få til mer for demente. Jeg skjønner pårørende som synes det er for dårlig. Men jeg tar sikte på en god alderdom i Oslo, altså.

tekst **Marit Fonn** foto **Guro Thune Sundklakk**

## Nyhet Ytringsfrihet

tekst **Marit Fonn** foto **Erik Dahl Viggen, NAKMI**

## Fikk pris for Ali-varsling

Sykepleier Ragnhild Storstein Spilker har fått pris for å ha ytret seg i Ali-saken.

Prisen til fremme av ytringsfriheten i psykisk helsevern ble i september delt ut for sjette gang. Spilker var «en av de få som hadde mot og styrke til å si fra om den uverdige behandlingen Ali Farah fikk i Sofienbergparken», heter det i begrunnelsen.

Hun var øyenvitne til hendelsen i Oslo 6. august, da ambulanspersonalet ikke ville ta med seg norsk-somalieren som var blitt slått ned. Forsømmelsen førte

til at Ullevål-ledelsen ble stilt til ansvar.

– Morgenen etter sendte jeg e-post til fylkeslegen. Jeg var så opprørt, forteller Spilker, som nå holder på med en mastergrad i helseledelse ved Universitetet i Oslo.

– Jeg tenkte jeg hadde gjort mitt, og hadde ikke ønske om å stå fram.

Men så ble hun intervjuet i flere medier, og skrev kronikk i Dagbladet.

– Etter de hårreisende uttalelsene om at Ali hadde fått en «tilfredsstillende medisinsk behandling», følte jeg det var nødvendig å si fra.

– Er det utypisk for sykepleiere å si fra?

– Jeg tror det. Det har ikke vært mange klapp på skulderen fra helsevesenet i ettertid. Overraskende taust har det vært.

Sykepleier Karianne Østensen var også øyenvitne (se Sykepleien 11/07). De to traff hverandre da de ble intervjuet i tv2. Nå har de også holdt foredrag sammen i Drammen for 40 sykepleiere om fordømmer og forskjellsbehandling i helsevesenet og varsling.

Spilker har tidligere arbeidet i rusomsorgen og feltpleien, og er interessert i minoritetshelse.

– Hva synes du om å få prisen?  
– Jeg ble overrasket og glad.

Den sier noe om hvor viktig det er at noen tør å skrive litt skarpt.

– Forplikter den?

– Absolutt. Til fortsatt å ha øye med temaet. Jeg har jo hørt om liknende episoder før, men bare ristet på hodet. Ali-saken var dråpen som fikk det til å renne over. Vi i helsevesenet rister ofte på hodet, men sier ikke fra.

Spilker fikk ti tusen kroner med prisen. For dem har hun tenkt å kjøpe ny pc. Så kan hun skrive mer.



FORDOMMER: Ragnhild Storstein Spilker vil lage konferanse om forskjellsbehandling i helsevesenet.

# Levitra® virker raskt, og øker parets seksuelle livskvalitet<sup>1,2</sup>

10-07-0383 NO

Levitra virker raskt:

På **10 minutter** for noen menn og innen 25 minutter for de fleste.<sup>1</sup>



Referanser:

1. Montorsi F et al. J Sex Med 2004; 1:168-178.
2. Fisher et al. J Sex Med 2005; 2:699-708

*Når paret ønsker at kjærligheten ikke trenger å vente.*



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

 **LEVITRA®**  
(VARDENAFIL HCI)

Se godkjent preparatomtale side 88

**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)



### Takk!

Alle i Sykepleien, takk for et flott fagblad. Trodde ikke at bladet skulle komme til å bety så mye for meg. Jeg er for tiden i «utlendighet» i Spania. Når bladet kommer i postkassa er det som om jul- og nyttårsaften pluss 17. mai på en gang. Da er det rett opp på terrassen, sette seg godt til rette med et glass rødvin for å nyte/gå gjennom bladet. Det er godt å føle tilhørighet og identitet. TAKK!

Torild Thorvaldsen

### Ikke tre, men fire år

I forrige nummers dilemma het det at Rådet for sykepleietikk bør revidere Yrkesetiske retningslinjer i hver rådsperiode, altså hvert tredje år. Hvert tredje år er feil. Det skulle stått hvert fjerde.

### Også Nordlandssykehuset

I høst startet 60 nye studenter i en videreutdanning i diabetesbehandling og -omsorg. Vi skrev om det i forrige utgave av Sykepleien, under tittelen «Vet for lite om diabetes». Inngressen kan gi inntrykk av at det bare er Helse Nord som spytter i potten for å opprette dette gratis videreutdanningstilbudet. Nordlandssykehuset i Bodø presiserer at de også er med på finansieringen.

## Sykepleien Helt Enkelt Unikt

#### Sykepleiens formålparagraf

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykeplei-

ernes 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.

### Vi siterer Torbjørn Løkken

– VM-gullet henger veldig høyt, men det kan ikke sammenlignes med det jeg innkasserer nå.

Tidligere kombinertløper Torbjørn Løkken startet med pilletyveri i sin jobb som sykepleier. Nå er han rusfri.



Norsk Fiskeværsmuseum  
– Å i Lofoten

## DUNK DUNK LANGS NORSKEKYSTEN

– første CD med motorlyd i Norge.

Platen vil bli populær blant alle de eldre, som minnes "godlyden" fra de gamle båtmotorene. Lytt til Wichmann, Brunvoll, Union, Sabb, Heimdal, Finnøy, Trygg... – en time med nostalgi.

**Innlagt i CD-platen:**  
20 sider tekst og bilder.

**Bestilling:** Norsk Fiskeværsmuseum, 8392 Sørvågen. Tlf. 760 91488. E-mail: [nfmuseum@lofoten-info.no](mailto:nfmuseum@lofoten-info.no)  
**Pris:** kr 160,- + porto. Bankgiro medfølger.



Du/dere er hjertelig velkommen til vårt museum på Å, - i naturskjønne omgivelser opplever du de siste 250 års historie om Lofot-fisket og livet i et fiskevær. [www.lofoten-info.no/nfmuseum](http://www.lofoten-info.no/nfmuseum)

www.datadesign.ws



Annonsen er sponset av Lofoten Fartøyassurransforening

Julegavetips!

## Hvem fortjener 100.000?

Stem og vinn boksjekk på kr **1.000,-**

Les alt om smartpriskandidatene 2007 i Sykepleien og på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



# EMSELEX® - EFFEKTIV<sup>1</sup> OG M<sub>3</sub> SELEKTIV

Effektivt<sup>1</sup>

## VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens<sup>1</sup>
- Godt tolerert<sup>1</sup>
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig<sup>2</sup>

REFUSJON PÅ  
BLÅRESEPT PUNKT 40

 **Emselex**<sup>®</sup>  
(darifenacin) 7,5mg og 15mg  
DEPOTTABLETT  
Effektiv<sup>1</sup> og M<sub>3</sub> selektiv

Id-kode: 4053/10.2007

**Referanser:**

1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M<sub>3</sub> selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

Se preparatomtale side 83

**Hva skjedde siden sist?** Sykepleien følger nyhetsbildet, både i bladet og på nett. Ring oss om tips, på tlf. 22 04 32 00 eller klikk deg inn på «Kontakt oss» på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)

### Vet ikke om diabetes

Nærmere 120 000 nordmenn har diagnosen type 2 diabetes, og minst like mange går rundt uten å vite at de har den alvorlige sykdommen. Det viser foreløpige resultater fra en av verdens største helseundersøkelser, Hunt 3, ifølge NRK.

### Legelønn: 105 000 kr i uka

Legene som nå hentes til tjeneste for de norske styrkene i Afghanistan, vil hver tjene 105 000 kroner i uka. Avtalen som Forsvaret og Den norske legeforening har undertegnet, innebærer at ti kirurger vil avløse hverandre de neste fire månedene, slik at det alltid er en kirurg på den norske basen i Meymaneh i Afghanistan, skriver VG.

### Distriktene mangler folk

Ifølge Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) mangler det nå 1 700 omsorgsarbeidere og hjelpepleiere i distriktene. Det er en økning fra i fjor, da det ble innrapportert mangel på 800 personer i disse yrkene, skriver Nationen.

Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad (Ap) lover stor-satsing.

### Liten effekt av ADHD-medisiner

Ny forskning viser at virkningen av medisiner til personer som har ADHD er overdrevet. Tidligere undersøkelser har konkludert med at medisiner som Ritalin og Concerta har bedre virkning enn atferdsterapi for personer med ADHD. Men ny forskning viser at effekten av medisiner er sterkt overdrevet, forteller BBC.

Undersøkelsen «Barn i Bergen» konkluderer at færre barn enn tidligere antatt har ADHD.

### Blir syke av stråling

Fylkeslegen i Sør-Trøndelag advarer mot eksplosiv utbygging av trådløst nettverk. Mange mennesker mener de er blitt syke etter at det trådløse nettverket i Trondheim ble bygget ut for ett år siden. Fylkeslege Jan Vaage har sendt bekymringsmelding til Statens Strålevern, skriver NRK.

### Dobling av tykktarmskreft

Vi spiser oss sykere. Norge ligger nå på topp over antall tilfeller av endetarm- og tykktarmskreft. Mye tyder på at livsstilen er en del av årsaken, ifølge Tønsbergs Blad.

### Stor nedgang i obduksjoner

Professor og overlege ved Gades institutt, Einar Svendsen, er bekymret for nedgangen.

Stadig færre obduseres ved norske sykehus. Nå går det utover forskning og utdanningen av nye leger. Ved Haukeland Universitets-sykehus har antall obduksjoner årlig gått ned fra 432 til 332 etter at forskriftene ble endret i 2004, melder NRK Hordaland.

### – Lojalitet var bare en bløff

Tillitsvalgte i Helse Nordmøre og Romsdal er rasende på ledelsen i Helse Midt-Norge. De frykter at mange sjukehusansatte mister jobben neste år, ifølge Romsdals Budstikke.

### Flere piller i åpen omsorg

Undersøkelser viser at medikamentbruken til personer med psykisk utviklingshemming har økt etter at de flyttet ut i åpen omsorg. Mange får også gammeldagse medisiner som gir uheldige bivirkninger, ifølge Bladet Vesterålen.

### Gir herpes Alzheimer?

Ny forskning tyder på at herpesviruset HSV-1, som fører til forkjølelssår, kan knyttes til utviklingen av Alzheimers sykdom. Da forskere ved universitetet i Manchester sprøytet inn viruset i hjerneceller, fant de en dramatisk økning av proteinet beta-amyloid, skriver BBC News.

### Kosmetisk kirurgi til værs

Vi legger oss under kniven som aldri før. Botox-injeksjoner har blitt den avanserte festpyntingen, mens stadig flere menn vil ha mindre sideflesk og mer hår, ifølge NRK Nyheter.

### Haukeland når målet

Som eneste sykehus i landet har Haukeland kvittet seg med underskuddet på ett år. Haukeland universitetssykehus vedtok ved årsskiftet en sparepakke på 230 millioner kroner. Sykehuset ligger an til å bli det eneste av landets fem største sykehus som når sparemålet sitt ved årsskiftet, skriver Bergens Tidende.

### Sykehjemmene mangler leger

Omfattende legejakt i Sverige og Danmark ga ikke resultater. – Noe av det mest skuffende vi har brukt energi og penger på, sier helse-sjef Egil Bjørnløv i Stavanger, til Aftenbladet.

### Gir økt risiko

Det er ikke tilfeldig hvilke kvinner som får svangerskapsforgiftning, viser ny forskning. De som er mest utsatt har også større risiko for hjerteproblemer etter graviditeten, ifølge Klassekampen.



**Läkartidningen** etterlyser nye retningslinjer for barn med urinveisinfeksjoner og trekker frem England som et godt eksempel.



**Sygeplejersken** setter sladder på dagsorden. Hvis sladder får prege det som foregår på arbeidsplassen din, kan det være et tegn på at arbeidsmiljøet er dårlig, skriver det danske sykepleiermagasinet.



**Vårdfacket** tar opp hvordan det er å være homofil i sykepleien. Lars Blomlid har opprettet en forening for homofile sykepleiere kalt Gaysyrorna.



# Bråk om finsk sykepleierlønn

HELSINKI: Finske sykepleiere har denne høsten prøv ut et nytt våpen for å få opp lønna: oppsigelse. – Regjeringen har pengene som trengs for å øke vår lønn. Det er bare snakk om viljen til å gi oss dem, mener avdelingssykepleier Leila Nieminen ved Malm sjukhus i Helsinki.

For nesten to måneder siden brøt organisasjonen Tehy lønnsforhandlingene på vegne av 125 000 finske sykepleiere. Istedenfor å varsle streik, sa nesten 13 000 finske sykepleiere opp jobben sin med virkning fra midnatt 19. november.

## En stemme

I Finland er det Tehy som forhandler lønn for sykepleiere og en del andre helsepersonellgrupper. Sykeleierforbundet driver stort sett med faglige spørsmål og holder seg unna lønnskampen. Men

UUNNVÆRLIGE: Sykepleiere trengs 24 timer i døgnet 7 dager i uka, står det på parolene i demonstrasjonstoget.





denne gang ble det annerledes.

– Vi fikk en henvendelse fra en sykepleier som ønsket å markere hvor viktige sykepleierne er. Hun foreslo et demonstrasjonstog. Sykepleieren heter Heidi Reunanen. Hennes initiativ resulterte i et demonstrasjonstog hvor flere tusen sykepleiere møtte opp. Toget stoppet utenfor riksdagshuset hvor de synliggjorde sine krav med oransje ballonger og slagord.

### Mislykket streik

Tehys krav var en lønnsøkning på 24 prosent i løpet av de neste to og et halvt årene. Arbeidsgivers forslag lovet bare en økning på 9 til 12 prosent i samme periode.

I 1995 gjennomførte de finske sykepleierne en storstreik uten for-

ventet resultat, og mange sykepleiere meldte seg ut av organisasjonen. Derfor valgte de denne gangen en frivillig masseoppsigelse.

De finske sykepleierne tjener svært dårlig, de fleste rundt 2000 Euro i måneden før skatt. Det tilsvarer om lag 16 000 norske kroner og plasserer de finske sykepleierne lagt nede på lønnsstigen blant OECD land.

### Kunne miste goder

Arbeidsgiver svarte på Tehys utspill ved å true med at de ville miste alle opparbeidede goder når de kom tilbake på jobb. Enkelte arbeidsgivere oppfordret sykepleiere til å melde seg ut av Tehy. I så fall ville de få en lønnsøkning som tilsvarte arbeidsgivers opprinnelige tilbud.

### «Slavelov»

Partene er fremdeles ikke enige når fristen for masseoppsigelsene nærmer seg. Politikerne begynner å bli bekymret for konsekvensene av sykepleiernes aksjon. I løpet av en uke har de vedtatt en lov som regjeringen kaller «pasientsikkerhetslov», mens Tehy kaller den en «slavelov». Loven ble vedtatt 15. november og trådte i kraft 17. november etter at statsministeren underskrev den.

Pasientsikkerhetsloven forhindrer sykepleiere å si opp jobben sin. Den gjelder for en uke av gangen og kan vedtas fire ganger. Loven provoserte mange sykepleiere, som mener den er en slavelov.



### Dette er saken:

Regjeringen lovet lønnsløft til kvinneyrker. Lønnsforhandlingene i høst gir et resultat Tehy avslår. Den krever 24 % lønnsøkning og varsler at 13 000 sykepleiere sier opp jobben fra 19. november.



## Det nervepirrende døgnet

Det er 19. november. I Helsinki er det grått og trist og et par minusgrader. Om få timer blir det klart om sykepleierne forlater arbeidsplassene sine, eller om partene klarer å bli enige om en løsning.

Tehy har stengt sine lokaler for pressen. Organisasjonen har fått et forslag på bordet fra arbeidsgiverne. Klokken 18.00 er absolutt siste forhandlingsfrist. Er ikke partene enige til da, forlater sykepleierne jobben.

– Kom tilbake klokken 14.00. Da skal forhandlerne ha lunsj og du kan få snakke med en av dem, lyder beskjeden fra Tehys dørvakt.

### Komplisert

Marianne Falck har en times lunsj-pause fra forhandlingsbordet.

– Det er en komplisert avtale,

slik det står nå tør jeg ikke gjette på om oppsigelsene blir realisert eller ikke, sier Falck.

Det er ikke bare lønn som er med i avtalen. Hele forhandlings-systemet blir påvirket.

– Det er hundrevis av små detaljer som kan få konsekvenser. En ting vi ikke liker er at forslaget ikke gjelder for de neste to og et halvt årene, men for en fireårsperiode, sier hun.

Tehy skal ha pressekonferanse klokken 16.00. Da regner hun med at organisasjonen enten godtar forslaget eller forkaster det.



### Godt nok?

Forslaget på bordet er godt, men er det godt nok i forhold til de virkemidlene vi har tatt i bruk? undrer hun.

Mens vi har pratet har en engelsk journalist ringt. En fransk journalist er kommet til Helsinki for å dekke aksjonen, det samme har et tysk tv-team.

– Det er hektisk. Dette døgnet er nervepirrende, sier Falck.

Hun vet at medlemmene ikke vil tolerer at Tehy godtar et dårlig tilbud. Men hva vil medlemmene på «gulvet» mene er greit?

### Sint

Malms Sjukhus i Helsinki driver med indremedisin, tar imot mindre alvorlige traumepasienter og har i tillegg akuttfunksjon.

70 av 250 sykepleiere har sagt opp stillingene sine. Men er de virkelig beredt til å forlate sin post ved midnatt dersom partene ikke blir enige?

Leila Nieminen er avdelings-sykepleier og en av dem som har sagt opp stillingen. Det er enda en time igjen til pressekonferansen på Tehy.

– Vi er spente på om det blir løsning. Vi håper selvfølgelig det,

men går fra jobb dersom partene ikke blir enige, sier hun.

– *Hva må til før du blir fornøyd?*

– Godt over 20 prosent økning i lønnen.

Avdelingssykepleieren er sint på regjeringen.

– Alle sykepleiere er sjokkert over at regjeringen har vedtatt en lov som gjør at de kan tvinge deg til å jobbe selv om du har sagt opp stillingen din. Dette er samme parti som før valget gikk ut og lovet sykepleierne høyere lønn og bedre vilkår. Jeg håper folk husker dette ved neste valg, sier hun.



STILLER KRAV: Marianne Falck forhandler for Tehys medlemmer

### Skjebnens ironi

Statsminister Matti Vanhanen var ikke tilstede da lovforslaget ble vedtatt 15. november. Ironisk



KAMPVILLIGE: Janika Clark, Leila Nieminen og Raija Ikonen venter spent på resultatet av forhandlingene. De jobber på Malm Sjukhus, der 70 av 250 sykepleiere har sagt opp.

nok skyldes det at han var på sykehus.

– Det hadde vært så utrolig bra om han hadde blitt behandlet som en vanlig pasient, sier Nieminen.

– *Tror du han ble det?*

– Nei. Han ble innlagt for nyrestein. Andre pasienter kommer inn hit akutt og må vente på behandling i ti timer. Det skjedde nok ikke med statsministeren, men jeg tror det hadde vært nyttig for ham å oppleve hvordan sektoren egentlig fungerer for «folk flest», sier avdelingssykepleieren.

#### Åpnet ikke døren

Etter at loven trådte i kraft 17. november, har oversykepleiere og andre gått fra dør til dør hos sykepleiere som har sagt opp sin stilling. Poenget har vært å få dem til å skrive under på et dokument som sier at de er nødt til å stille på jobb selv om de har sagt opp.

– *Hva skjer om du ikke dukker opp?*

– Da kan politiet komme og hente deg, pluss at du får en bot. Beløpet på boten er ikke bestemt. Men de snakker om en eller to månedslønner, sier hun.

Nieminen fikk selv besøk i helgen.

– Jeg åpnet ikke døren, men i dag måtte jeg skrive under på papiret da jeg kom på jobb.

Ved enkelte sykehus har

derfor de ansatte tatt av seg navneskiltene på uniformene slik at ledelsen ikke automatisk vet hvem som er hvem.

– Regjerings nye lov er en slavelov. Den har gjort mange av oss skikkelig sinte, sier sykepleier Matleena Flinkkilä.

– Selv de sykepleierne som ikke har sagt opp støtter oss og har ikke tenkt å «strekke» seg ekstra for å få dette til å gå smertefritt, legger hun til.

Begge sykepleierne er enige om at det er eneste måten å synliggjøre hvor viktige sykepleierne er.

– Selv pasientene gir oss støtte. Det er utrolig fint for oss å oppleve, sier Nieminen.

#### Reiser ut

Matleena Flinkkilä er finsk sykepleier, men har jobbet noen år i Norge.

– Forholdene hos dere er mye bedre enn her. Dere har flere på vakt og mye bedre lønn. Da jeg kom tilbake til Finland og fikk min første lønning, fikk jeg sjokk. Jeg trodde det måtte være noe feil, at jeg bare hadde fått lønn for to uker eller noe slikt. Det var ikke tilfelle. Nå jobber jeg tre helger i måneden slik at jeg kan spare litt penger til ferie, sier Flinkkilä.

– Uansett hva utfallet blir klokken 16.00 så flytter jeg ut av Finland for å jobbe et annet sted. Fortrinnsvis til England. Jeg har to venninner som er sykepleiere, men har søkt jobb som flyvertinner. Sammen skal vi prøve å finne jobber utenfor landegrensene, sier hun.

#### Lekkasje

For ti år siden opplevde vi i Norge at sykepleiere flyktet fra yrket. I Finland er problemet enda mer alvorlig.

– Vi har stor sykepleiermangel, og det er vanskelig å rekruttere de unge til et yrke som gir så dårlig betalt, sier Nieminen.

Hun er usikker på hvordan sektoren skal klare å møte pleiebehovene i fremtiden.

#### Presskonferansen

Klokka nærmer seg fire, og utenfor Tehys hovedkontor står et 50-talls journalister. Et kvarter forsinket slippes vi inn i lokalene, og blitzregnet hagler over Tehy-leder Jaana Laitinen-Pesola i det hun gjør seg klar for å informere pressen om organisasjonens avgjørelse.

– Tehy godtar arbeidsgivers

### Regjeringens nye lov er en slavelov. Den har gjort mange av oss skikkelig sinte.

Sykepleier Matleena Flinkkilä

tilbud, konstaterte Laitinen-Pesola, mens hun understreket at forslaget er komplisert og inneholder så mange elementer at man ennå ikke har full oversikt over tilbudet.

– De finske sykepleierne får en lønnsøkning på mellom 22-28 prosent over fire år, sier hun.

#### Glede

På barneavdelingen ved Universitetssykehuset i Helsinki står jubelen i taket en halv time etter at nyheten har gått ut over eteren.

– Vi er så glade, sier avdelingssykepleier Annika Von Schantz, mens champagnekorpen spretter.

På bordet står det kake, og



**Tehy**

Tehy er organisasjonen som forhandler lønn for de fleste yrkesgruppene i helsesektoren. Det finske sykepleierforbundet ivaretar faglige spørsmål. Av Finlands 340 000 sykepleiere er 125 000 medlem i Tehy.

Tehys røde ballonger ligger spredt rundt på gulvet.

– Vi er glade for at vi slipper konflikt. Ingen er tjent med det. Tilbudet som Tehy har godtatt virker bra ut i fra hva jeg kan se. Det eneste er at vi får økningen over fire år istedenfor to og et halvt, sier hun.

– *Har aksjonen vært verdt resultatet?*

– Absolutt, sier hun og skåler med de andre sykepleierne på pauserommet.

#### Bakrus?

Klokken seks neste morgen har noen medlemmer av Tehy rigget opp en stand på torget. Her skal de være frem til klokken 10.00.

Standen er godt synlig med røde ballonger, trekkspillmusikk og opplagte sykepleiere som frister forbigående med varm havregrøt, mens de takker allmennheten for støtten. Det virker heller ikke som om dagen derpå byr på noen nedtur.

– Vi er kjempefornøyde og har fått synliggjort hvor viktig sykepleieryrket er. Vi har hatt bred støtte gjennom hele prosessen. Nesten 60 prosent av befolkningen har sagt i en meningsmåling at de støtter oss. Dette er vår måte å si takk for støtten på, forteller to av sykepleierne mens de øser opp rykende varm grøt til en mann på vei til jobb.



REISER: Matleena Flinkkilä vil jobbe i utlandet.



# Etter den søte kløe...

...kommer den sure svie. Enkelte røster hevder nå at Tehys avtale ikke er så gullkantet som det først så ut til.

Nå er kampen over og kritiske røster begynner å trenge igjennom i avisspalter med spørsmål om hvor god avtalen Tehy har inngått egentlig er.

## (U)likelønn

Det finnes om lag 340 000 sykepleiere i Finland. 125 000 er medlemmer i Tehy. Lønnsøkningen som nå ligger på bordet gjelder bare Tehys medlemmer. Det betyr i realiteten at like-lønnsprinsippet brytes. Sykepleiere kan jobbe skulder mot skulder og ha forskjellig lønn.

Leder i Tehy, Jaana Laitinen-Pesola, sier til Hufvudstadsbladet at hun ser det som en seier at lønnsøkningen bare gjelder

Tehys medlemmer. Ifølge avisen ser hun ingen problemer med at ansatte i helsesektoren får ulik lønn selv om de gjør den samme jobben.

## Gulrot med bismak

En annen faktor som vil være avgjørende for hvor mye sykepleierne faktisk får økt lønnen sin, er hvor mange nyansettelser som gjøres.

Det viser seg at kommuner som lar være å ansette sykepleiere og hjelpepleiere, får mer penger. Regjeringen ønsker å dempe personaløkningen i helsesektoren. Regjeringens effektiviseringslinje betyr at jo færre ansatte du har, jo større

blir lønnsputten til den enkelte. Ansetter du mange, blir det mindre på hver.

Finansminister Jyrki Katainen fikk på en pressekonferanse 19. november spørsmål om hvordan man kan dempe bemanningsøkningen når personalet allerede er tøyd til bristepunktet?

Finansministerens svar var enkelt:

– Tjänster måste produceras på et fiffigare sett.

## Sint statsminister

Statsminister Matti Vanhanen er ikke nådig i sin beskrivelse av Tehy etter at avtalen er på plass.

– En sak er klar – man driver ikke utpressing mot staten, sa

han i sin tale til Centralhandelskammaren, i følge Hufvudstadsbladet.

Statsministeren sa også at det er unikt i finsk konflikthistorie at man organiserer en streik som allerede etter få timer kan føre til dødsfall.

Vanhanen har på sin side ingen problemer i forhold til lovvedtaket han var med å gjøre for å tvinge sykepleiere på jobb.

– Staten har flere roller. Én er å ivareta innbyggernes behov for orden og sikkerhet. Loven var en nødvendighet, skriver Hufvudstadsbladet.



JUBEL: Flott at konflikten er avsluttet, mener Annika Von Schantz (til høyre) og kollegene på barneavdelingen ved Universitetskehuset i Helsinki.



Lilly

# Styrt av lyst – ikke av tid.

**Med Cialis® har pasienten** mulighet til å ha sex innen en halvtime – men varigheten er hele 36 timer.<sup>1</sup> Det betyr at paret kan ha sex om kvelden, og så om morgenen, eller neste kveld og til og med morgenen deretter – hvis de vil.

Studier viser at flere pasienter foretrekker Cialis® fremfor Viagra®; dels på grunn av den lange varigheten, og dels på grunn av ereksjonens hardhet.<sup>2</sup>

Forskriv Cialis® til din neste pasient med ereksjonsproblemer, og la paret oppleve friheten ved å kunne ha sex når de selv vil. Det gjør virkelig en forskjell.



**JA - DET ER FORSKJELL!**

**Referanser:** 1. Godkjent preparatomtale. 2. Eardly et al, Open label, multicenter, randomized crossover study to assess patient preference, efficacy and safety of sildenafil and tadalafil (Tadalafil 10 mg–20 mg vs sildenafil 25 mg, 50 mg, 100 mg, 12 weeks, n=291). BJU Int 2005; 96; (9): 1323–1332. Se preparatomtale side 82





Tvang i psykiatrien:

## – Mindre beskyttet enn fanger

– I forhold til for eksempel fengselsfanger, er psykiatriske pasienter som blir utsatt for tvang underbeskyttet i Norge.



Dette sier menneskerettighetsjurist **Gro Hillestad Thune** (bildet). Hun mener mangelen på beskyttelse er alvorlig.

– I Norge blir ingen satt i fengsel uten en grundig prosess i forkant. Frihetsberøvelse er, og blir anerkjent som, et alvorlig inngripen i et menneskes liv. Hvorfor aksepterer vi da unødvendig frihetsberøvelse av mennesker som er underlagt psykiatrisk behandling? Akkurat som å sette folk i fengsel bør tvangsbruk gjennom en rettslig prosess, hvor man i etterkant kan si at det var godt vurdert og at nødvendigheten for tiltaket var der.

– Helsevesenet har mye makt. Psykiatrien består av lukkede rom. Kunnskap om menneskerettighetene er helt nødvendig, sier hun.

### Vil minske tvangsbruk

Gro Hillestad Thune har i 15 år vært medlem av Menneskerettighetskommissjonen i Strasbourg. Nå er hun rådgiver ved Institutt for Menneskerettigheter og har sammen med Norsk psykiatrisk forening, Rådet for psykisk helse og flere markerte fagpersoner tatt initiativ til et samarbeid som søker å få ned bruken av tvang i psykiatrien. Partene møttes til et dialogseminar på Falstadsenteret i

slutten av november.

– Jeg håper dette er begynnelsen på en felles dugnad for å få menneskerettighetene inn i psykiatrien. Jeg er glad for at det nå er en positiv interesse for dette. Hillestad Thune har tidligere vært medlem av Den europeiske menneskerettighetskommissjonen. Hun mener det mangler en grunnleggende forståelse og kunnskap om hvordan menneskerettighetene regulerer hva en i psykiatrien kan og ikke kan gjøre overfor en pasient.

### – Uakseptabelt

Selv om det er vanskelig å gjøre direkte sammenligninger om bruken av tvang mellom ulike land, viser flere, uavhengige studier at Norge ligger høyt når det gjelder antallet tvangsinnleggelse. Det samme gjelder annen tvang. – Myndighetene, fagfolk og brukerorganisasjoner er enige i at det brukes unødvendig mye tvang overfor psykiatriske pasienter. Dette betyr at det er mennesker som utsettes for tvang uten at det er nødvendig. Det er ikke lov, og det er uakseptabelt. Vi må finne ut hvor og med hvem dette skjer, og vi må også finne ut hvem som utøver denne unødvendige tvangen, sier hun.

### Brudd på menneskerettighetene

– Det er mange indikasjoner på at menneskerettighetene brytes i psykiatrien, sier hun, og peker

særlig på prosessen med tvangsinnleggelse som problematisk: – Brudd på menneskerettighetene knytter seg spesielt til hentesituasjoner med bruk av politimakt. Dette er i mange tilfeller unødvendig, noe myndighetene har erkjent, og representerer brudd på respekt for personlig integritet, sier Hillestad Thune, som minner om at Norge har forpliktet seg juridisk til å følge menneskeret-

tighetene.

Det betyr at menneskerettighetskonvensjonen går foran alle andre lovverk dersom menneskerettighetene brytes. Man kan altså finne dekning i psykisk helsevernloven for å utøve tvang overfor en pasient, men likevel bli dømt for det, dersom tvangsutøvelsen strider mot menneskerettighetene.

## Henviser oftere til tvang

Myndighetene jobber for økt frivillighet. Likevel øker antallet henvisninger til tvungent psykisk helsevern.

I opptrappingsplanen for psykisk helsevern er mest mulig bruk av frivillighet et uttalt mål. En forsk rapport fra Sintef Helse

viser imidlertid at økningen i antallet henvisninger til tvungent psykisk helsevern er mer enn dobbelt så stor (7 prosent) som økningen i antall henvisninger til frivillig innleggelse til sykehus (2 prosent). Økningen er fra 2005 til 2006.

Tidligere undersøkelser har også avdekket at det er store geografiske forskjeller i tvangsbruk.

# “Vi **KAN** med **SINGULAIR!**”

**Voksne fra 15 år**  
SINGULAIR 10 mg

**Barn 6 - 14 år**  
SINGULAIR 5 mg  
- tyggetablett med kirsebærsmak

**Barn 2 - 5 år**  
SINGULAIR 4 mg  
- tyggetablett med kirsebærsmak

**Barn 6 mnd. - 5 år**  
SINGULAIR granulat 4 mg

- effektiv kontroll av astmasymptomer<sup>1</sup>
- én tablett daglig
- ikke et steroid

<sup>1</sup>, Singulair SPC

**Før forskrivning av SINGULAIR®, se preparatomtalen.**

SINGULAIR® er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.  
MSD (Norge) AS, Postboks 458, Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, fax 32 20 73 10.

Se preparatomtale side 85



**SINGULAIR®**  
(montelukast, MSD)



# Informerer ikke om infeksjon

Helsesøstre informerer i liten grad småbarnsforeldre om hvordan de skal unngå unødvendig antibiotikabehandling, viser en fersk spørreundersøkelse.

En spørreundersøkelse blant foreldre til barnehagebarn i Oslo viser at tilfeldighetene avgjør om foreldrene får informasjon fra helsesøster om hvordan de kan forebygge vanlige infeksjonssykdommer.

En tidligere studie har avdekket at det er et overforbruk av antibiotika blant barnehagebarn,

og det er kjent at foreldrenes holdning til antibiotika har noe å si for forbruket. Spørreundersøkelsen er en videreføring av denne studien og er en del av en større undersøkelse som skal kartlegge infeksjoner og antibiotikabruk. (Se også fagartikkel om undersøkelsen på side 62).

## Bruker ikke info-brosjyrer

Folkehelseinstituttet har laget informasjonsbrosjyrer om riktig antibiotikabruk. Disse er distribuert til helsestasjonene, men helsesøstrene i undersøkelsen bruker dem i liten grad.

Helsesøstere har et ansvar for både å spre opplysninger om og forebygge sykdommer.

## Lite oppløftende

Tre barnehager med over 30 barn i alderen 1 til 5 år ble tilfeldig trukket ut til å være med i undersøkelsen. 83 av foreldrene svarte på 50 spørsmål om hvordan foreldrenes erfaring med helsestasjonens informasjon om infeksjonssykdommer hos barn og riktig bruk av antibiotika. I tillegg ble fem Oslo-helsesøstere spurt om hvordan de informerer. Og svarene er ikke oppløftende, dersom målet for de spurte er å drive forebyggende informasjonsarbeid innenfor dette temaet:

- Bare 28 prosent av de spurte foreldrene svarte at infeksjoner hos barn var tatt opp som et tema på helsestasjonen.

- 52 prosent svarte at temaet ikke var tatt opp med dem.
- 20 prosent svarte at de var usikre på om de hadde fått denne informasjonen.
- Halvparten av dem som ikke hadde fått informasjon om infeksjoner, ønsket å få det.

## Mer oppmerksomhet

I fagartikkelen som trykkes i dette nummeret av Sykepleien, konkluderer helsesøstrene Eirin P. Spoletini og Birgitte Strand, som har utført undersøkelsen, med at kampanjen fra Folkehelseinstituttet om riktig bruk av antibiotika i liten grad har nådd frem til småbarnsforeldrene.

De mener at helsesøstere bør vie dette temaet mer oppmerksomhet.

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.



norsk helsenett

# Deltidsansatte fristes bare av ønsketurnus

Verken lønn, høyere grunnbemanning eller bedre barnehagedekning motiverer deltidsansatte i Helse Sør til å jobbe mer, viser ny undersøkelse. Ønsketurnus må til.

– Et overraskende funn, sier Steffen Brørby, som sammen med Hans Petter Karlsen ved personalavdelingen ved Ringerike sykehus har utført undersøkelsen. Helse Sør har bidratt finansielt, og studien er en del av et masterstudium. Helseministeren har bedt om en redegjørelse for den faktiske bruken av deltidsstillinger fra alle helseforetakene, og denne studien er en forlengelse av denne kartleggingen.

## Reserve på 8 prosent

436 deltidssykepleiere fra Blefjell sykehus, psykiatrien i Vestfold,

Ringerike sykehus, Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Sykehuset Buskerud, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Sørlandet sykehus HF har deltatt i studien. Målet har vært å kartlegge hvor stor arbeidskraftreserve som finnes blant de deltidsansatte.

Tallene viser at hele 70 prosent av de spurte ikke ønsker å jobbe mer, noe som i denne studien tilsvarer en arbeidskraftreserve på 8 prosent.

## Bare ønsketurnus

– Dette stemmer med tidligere studier. Det mest overraskende i denne studien er at verken høyere lønn, bedre barnehagedekning, høyere grunnbemanning eller en annen fordeling av omsorgsbyrden vil motivere flere til å jobbe mer på kort sikt. Det er kun ønsketurnus som gir utslag, sier Brørby. Han viser til at tidligere forskning har vist at både lønn, grunnbemanning og omsorgsbyrde har gitt ut-

slag i forhold til om deltidsansatte ønsker å jobbe mer.

## Avhenger av livsfase

Denne studien viser også at deltid er livsfasebetinget:

– De som er i 30-årene og har

småbarn, foretrekker å jobbe omlag 50 prosent. Etter småbarnsfasen ønsker man seg cirka 70 prosent stilling, sier Brørby, og påpeker at studien kan være et supplement til debatten om deltid og hvordan man skal nærme seg problematikken.



LITE FORLOKKENDE: Det er flere ting som må være på plass for mange deltidsansatte før de kan tenke seg å jobbe heltid. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Vil ha mer lønn, ifølge NSF-undersøkelse

Norsk Sykepleierforbunds årlige medlemsundersøkelse kommer til andre konklusjoner enn studien fra Helse Sør.

Den viser at 75 prosent av deltidsansatte sykepleiere mener lønn er et av de viktigste virkemidlene for å få flere til å jobbe heltid. Et representativt utvalg på 501 sykepleiere fra hele landet er spurt. Undersøkelsen fra Helse Sør har kun spurt sykehusansatte. Sykepleierforbundets undersøkelse viser også at halvparten av deltidsansatte sykepleiere som i utgangspunktet ikke kunne tenke

seg å øke sin stillingsbrøk, likevel kunne tenke seg å gjøre det, dersom de fikk et lønnstilbud på 50 000 kroner ekstra.

## – Mer sammensatt

NSF-leder Lisbeth Normann mener årsakene til at mange velger å jobbe deltid, er mer sammensatte enn det studien fra Helse Sør viser. – Er det overraskende at verken høyere lønn, endret omsorgsbyr-

de, høyere grunnbemanning eller bedre barnehagedekning gir utslag i denne studien?

– Nei, det er det for så vidt ikke.

– Hvorfor ikke?

– Ute i praksis er det et gap mellom ressurser og forventninger, og det fører til at det for mange sykepleiere blir for krevende å ha full stilling. Undersøkelser har vist at sykepleiere opplever liten grad av autonomi i jobben. Ved å jobbe deltid og ta på seg ekstravakter ettersom det passer, får de muligheten til å bestemme mer over egen arbeidstid. Muligheten til å holde seg faglig oppdatert og

hvor mye tid sykepleieren har til pasienten, er også forhold som spiller inn.

## 6297 årsverk i reserve

NSF opererer med at hver tredje deltidsansatt vil jobbe mer, men oppgir at de ikke prosentberegner. På bakgrunn av medlemsundersøkelsen har forbundet beregnet at det ligger en arbeidskraftreserve på 6297 årsverk blant deltidsansatte.

– Årsverkstallet er en beregning, ikke en fasit, gjør informasjonrådgiver Bernhard Stormyr i NSF oppmerksom på.



# Tolker prematursk

Da hun så hvordan de for tidlig fødte babyene sloss for livet på nyfødtintensiven, bestemte hun seg for å lære seg språket deres. Heidelise Als (66) er professoren bak Nidcap.

Det var på slutten av 1960-tallet i Philadelphia (USA) den tyskfødte psykologen Heidelise Als skjønte hva hun skulle gjøre resten av livet. Hun hadde studert samspillet mellom mor og barn og fikk en oppvekker da hun ble invitert til en nyfødtintensivavdeling og så hvordan leger

og sykepleiere behandlet de for tidlig fødte. På den tiden trodde man ikke at de premature kunne kjenne smerte, de fikk ikke bedøvelse før kirurgiske inngrep og flere barn døde av påkjenningene de ble utsatt for. Det var vanlig å binde dem i sengene. Stell ble gitt etter faste rutiner og blodprøver var det mange av. Full belysning og støy som tilhørte en travel intensivavdeling hørte også med. – De sloss. De skjøv unna ting som kom nær ansiktet og holdt hendene foran øynene for å beskytte seg mot lyset, minnes Als.

## Ville tette gap

Hun så hvordan barna mistet energi.

– Jeg tenkte «my God»! Dette er bakvendt!

Fordi hun var utviklingspsykolog, hang hun seg ikke opp i det imponerende tekniske utstyret hun ikke skjønte noe av, og som legene og sykepleierne kunne fordype seg i.

– Jeg tenkte at her har vi mista fokus på hvem babyen er. Den er her uten sine foreldre, men

trenger å være i sitt økosystem. Likevel tar vi oss av den på den mest teknisk sofistikert mulige måte.

Hun skjønte da at hun måtte vie arbeidet sitt til å tette dette gapet.

– Det første jeg måtte gjøre var å lære språket til de premature. Deretter måtte jeg lære det bort.

Det ble starten på en verdensomspennende, stille revolusjon på nyfødtintensivavdelingene, som i 1985 kulminerte i Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Nidcap).

I dag finnes det 16 Nidcap-sentre rundt omkring i verden, som utdanner Nidcap-observatører: Ni i USA, seks i Europa og ett i Sør-Amerika. Det hele går ut på å gjøre overgangen fra den varme, myke, mørke tilværelsen i morens livmor til det lyse, harde og kalde sykemiljøet minst mulig traumatisk og stressfremkallende. Als kaller det en instinktiv moderlig atferd.

## Ålesund observerer

De fleste nyfødtintensiv-avdelinger i Norge har gjort Nidcap-tilnærminger i det fysiske miljøet rundt barna. De praktiserer reiring, hudkontakt med mor og far, lite lys, lyd, sterke lukter og minst mulig stressfremkallende behandling. Men det er kun ved Ålesund sjukehus at spesialutdannede sykepleiere observerer de premature systematisk, slik at observasjonen brukes som et terapeutisk instrument. Å investere i Nidcap-observatører er fremdeles kontroversielt. Det mangler store nok langtidsstudier som viser at det er vel anvendte ressurser å la sykepleiere ta den to og et halvt år lange videreutdanningen og så bruke en dag per barn til å observere.

– De har fått til mye i Ålesund til tross for trange lokaler. Sykepleierne der er rolige og omtenk-somme. Jeg var der i to-tre timer på besøk, og det var ikke en eneste alarm som gikk. Det er et signal om hvor godt babyene blir passet på, sier Als.

– Hva synes du om at de fleste



HJERNEN BAK NIDCAP: Psykolog Heidelise Als er kvinnen som har innført en mykere tankegang på verdens nyfødtintensiv-avdelinger.



SOM I MORS MAGE: Miljøet i kuvøsen etterligner livmoren; varmt, fuktig og dunkel belysning. Foto: Ålesund sjukehus

*avdelinger i Norge bare gjør tilnærminger til modellen og ikke følger den fullt ut med observasjoner?*

– Det er lettere å bare gjøre fysiske endringer til å begynne med, siden det krever lite forandring. Det er mye mindre truende enn også å forbedre egne observasjonsferdigheter og forandre ens følelser eller konsepter om hvem disse barna er og hva en egens rolle er.

Als legger til at dette er kjent i teorien om forandring.

– Jo mindre «hardware» en innovasjon har, jo vanskeligere blir den å implementere. Det er mye tryggere å forandre alt det håndfaste først.

*– Men hva blir konsekvensene for barna at ikke hele Nidcap-modellen følges fullt ut?*

– Det finnes ingen forskning på det, men min hypotese er at du vil kunne oppnå noe med bare å forandre det fysiske miljøet rundt de for tidlig fødte. Jeg vil likevel driste meg til å si at en eventuell effekt vil være liten sammenlignet med hva du kan få med full Nidcap.

### Lærte av sønnen

Det tok Als to år med nidkjær observasjon av de prematures kroppsspråk, nedtegnelser og re-observeringer, før hun så et system i det. Det har etter hvert blitt til en slags ABC-ordbok i «prematursk» som brukes når Nidcap-observatører observerer et barn over en dag for å se hvordan det skårer.

– Fremdeles hender det at noen babyer gjør noen rare bevegelser som ikke finnes i skjemaet. Men når sykepleierne først lærer seg å se språket, er det ingen vei tilbake. Dette er en kunnskap ingen kan ta fra dem, sier Als.

Psykologen hadde en styrke med seg som hjalp henne til å forstå de nyfødte. På midten av 60-tallet fødte hun en sønn, Christopher, som fikk alvorlige hjerneskader under fødselen som skjedde på termin. Ekteskapet hennes gikk i oppløsning, og hun ble alenemor. Med Christopher lærte hun å være tålmodig.

– Han gråt fra dag én, og jeg lærte intuitivt at jeg måtte være rolig for å få ham rolig.

Hun lærte også å tolke alle mulige signal han ga gjennom øyne og kroppsspråk. Kanskje hjalp det at hun var utviklingspsykolog og hadde slukt alt arbeidet til sjimpanseeksperter Jane Goodall, som hun for øvrig ligner til forveksling, med brune øyne og grått hår bak i hestehale.

– Jeg har aldri møtt Goodall, men føler en viss grad av slektskap med henne. Selv om mennesker er mye mer komplekse enn andre primater, er vi artsnaboer. Derfor er det interessant med sjimpanseens ikke-verbale atferdsspråk.

Da Als i 1973 kom til nyfødtintensiven ved Children's Hospital i Boston, hvor hun i dag er professor, brukte hun mye av det hun hadde lært fra Christopher.

– Å se meg selv og verden med Christophers øyne har formet både livet mitt og karrieren min. Det har gitt meg gaven å se spedbarn og foreldre på en dypere måte.

### Vil hjelpe hjernen

I dag er utfordringen ikke lenger å holde liv i de premature, men

hvordan de skal få et bedre liv når de blir eldre. Fram til 1990-tallet ble det regnet som et mirakel hvis man klarte å holde liv i en baby som ble født ved 28 ukers alder. 80 prosent av dem som veide mindre enn 1 kilo døde på 1970-tallet. I dag overlever 80 prosent av disse babyene. Men prisen de må betale er ofte utviklings- og atferdsproblemer som handler om alt fra cerebral parese til dyspraksi, dysleksi og ADHD.

Heidelise Als er overbevist om at den uferdige hjernen til de for tidlig fødte blir forstyrret av stress de utsettes for på konvensjonelle nyfødtintensivavdelinger. Hvis man kan minimere dette stresset vil barna fungere bedre seinere i livet, tror hun. Problemet er å bevise det i store nok langtidsstudier. Den systematiske oversikten i Cochrane-databasen er lunken til Nidcap-metodens langtids effekter. Men korttidsvirkningene er relativt godt dokumentert: Nidcap-barna legger raskere på seg, har mindre behov for hjelp



til å puste og kan komme raskere ut av sykehuset. Det er også vist bedre utviklingsnevrologiske resultater ved ett- og to-års alder.

– Studiene er av middels kvalitet, men det er i alle fall vist at dette ikke er farlig for barna, sier Liv Merete Reinar, en av forfatterne bak den norske rapporten fra Kunnskapscenteret som i 2005 oppsummerte forskningen om oppfølging av for tidlig fødte barn.

– Vi vil aldri kunne gjøre studier av ypperste kvalitet fordi dette ikke er legemiddelstudier som vi kan gjøre dobbeltblinde. Fordi som omsorgsarbeider eller forelder vil du alltid vite hvilken omsorg du gir, sier Als til sitt forsvar.

Også Nidcap-observatør Heidi Pettersen Sandtrø ved Rikshospitalet sier det er vanskelig å gjøre studier med kontrollgrupper når de fleste nyfødte intensivavdelinger i dag har gjort Nidcap-tilpasninger.

#### Oppfølging på gang

Als har ingen sterke finansielle kilder i ryggen, men har nylig fått støtte fra US Department of Education til en oppfølgingsstudie på de aller første Nidcap-barna som nå er mellom 18 og 21 år.

– Vi hadde 104 i den opprinnelige studien, men klarer ikke å finne igjen alle nå. Foreløpig har vi sett på 35 av dem. Vi må fly dem til oss fra hele USA. Det er forferdelig dyrt. Vi har ikke råd til å gjøre MRI og EEG-undersøkelser av dem. Vi tester dem bare med velnormerte tester som viser nevropsykologisk prestasjonsevne.

– *Hva er resultatene så langt?*

– Foreløpig vet vi ikke hvem som er i kontroll- og hvem som er i intervensjonsgruppen, men en del har problemer med blant annet tall, arbeidsminne og sortering. Vi er likevel slått av hvor bra mange av dem gjør det.

Als forteller om et Nidcap-barn som legene hadde gitt

dårlig prognose. Han hadde en alvorlig lungesykdom, men klarer seg ganske bra. Nå går han sitt tredje år på college.

– Han er ikke «normal-normal», men så lenge han får ta annethvert år fri fra college, går det greit. Det viser at legene ikke må dele ut dårlige prognoser. De må i stedet se hvert barns styrke, mener Als.

Om tre år vil den unge gutten

### Det er ikke nok at sykepleierne omfavner modellen.

være ferdig på college. Als er bekymret for hvor han vil kunne finne jobb.

– Det gjenstår ennå en masse å gjøre for å få skolesystemene og samfunnet til å kunne ta imot disse barna. Hittil har man bare konsentrert seg om hva tidlig intervensjon kan gjøre for dem.

#### Sykepleiere versus leger

I Norge er Nidcap mer akseptert av sykepleierne enn av legene. Er det fordi Als forfekter en holistisk tilnærming som for perinatalmedisinerne blir for svevende og uvitenskapelig?

At hun kommer fra psykologien og ikke medisinen?

Det er likevel ikke slik at sykepleierne er hennes største tilhengere over alt. Als ser faktisk en geografisk forskjell i «tilhengerskaren».

I Norge og USA er sykepleierne mer positive enn legene, mens i Europa ellers er det legene som har vært mest positive.

– Det kommer an på hvem som ser sammenhengen. Men legene i USA er også på glid nå.

Als tror grunnen til at akkurat Ålesund er kommet lengst i Norge har å gjøre med at det er en Nidcap-tilhenger som er avdelingsoverlege ved neonatal intensivseksjon.

– Skal metoden få gjennomslag, må interessen vekkes på ledelsesnivå. Det er ikke nok at sykepleierne omfavner modellen, sier Als.

Vi ringer opp Ålesund sjukehus for å få avdelingsoverlegens mening. Ikke uventet er han en kontinental europeer fra Berlin ved navn Lutz Nietsch.

Han er enig i at Nidcap er avhengig av støtte på ledelsesnivå, ellers vil det ikke fungere. Han har startet utdanning av observatører og sørget for penger.

– Det koster både å utdanne sykepleierne og å avsette tid til dette. Etter hvert vil man hente inn igjen den investerte tiden, i og med at barna kan dra raskere ut herfra.

I Ålesund har to overleger støttet Nidcap, men Nietsch mener det avgjørende har vært at sykepleierne er så opptatte av dette.

– Det har vært underskudd på neonataloger her, slik at sykepleierne har fått mer ansvar. Dermed har det de har vært opptatt av blitt tillagt større vekt.

NYE UTFORDRINGER: I dag er utfordringen ikke lenger å holde liv i de premature, men hvordan de skal få et bedre liv når de blir eldre. Prisen de må betale er ofte utviklings- og atferdsproblemer. Foto: Colourbox

### Legene mangler engasjement

Nietsch opplevde legene i Tyskland som svært rigide.

– Jeg ser en motsetning mellom nyfødtmedisinen i Tyskland på den ene siden og Sverige og Nederland på den andre. Da jeg var i Tyskland i 1988 var de premature bundet på hender og føtter som Jesus på korset. Denne holdningen kan jeg ikke tenke meg var i Sverige og Nederland på samme tid.

Nietsch har ikke merket noen motstand mot Nidcap hos norske leger, mer mangel av aktivt engasjement, slik man ser det hos svenske leger.

Björn Westrup fra Karolinska Institutet har gjort de mest kjente studiene, som ser på langtidseffekter hos seks år gamle Nidcap-barn. Han har vist positive effekter for intervensjonsgruppen, men mangler signifikante resultater og har for få deltakere til å kunne si noe sikkert.

– Det eneste vi vet i dag er at atferden til Nidcap-barn er modnere. Men det er ingen forskjeller mellom gruppene på nevrologiske funn og intelligens, sier Nietsch.

Han tror likevel ikke verden trenger flere langtidsstudier av Nidcap-barna.

– Vi har for grove instrumenter til å spore opp de endringene som oppnås, sier han.

### Avventende på Rikshospitalet

Rikshospitalets nyfødtintensivavdeling har to sykepleiere som er Nidcap-observatører. Allikevel har ikke avdelingen innført rutinemessige observasjoner av barna. Hege Pettersen Sandtrø var den første Nidcap-observatørutdannede i Norge, og hun mener Rikshospitalet ikke har tradisjon for å bruke erfaringsbasert kunnskap, men er mer evidensbasert i sin praksis.

– Sykepleierne har gått for Nidcap siden 2002, mens legene fremdeles er avventende. Det er faglig uenighet i miljøet og noen leger har satt seg lite inn i hva modellen handler om, sier hun.

Sandtrø mener Nidcap ikke er så ressurskrevende, basert på en undersøkelse avdelingen har gjort da den i en periode prøvde ut modellen.

– Vi bruker én dag på å observere ett barn og hadde klart det på en og en halv stilling. Vi følger kun opp Asker- og Bærum-barna. Oslo-barna overflyttes til Ullevål, og de andre barna overflyttes også til sine lokalsykehus.

Før nyttår skal det avgjøres om Nidcap skal implementeres ved Rikshospitalet. Arild Rønnestad overtok som seksjonssjef ved nyfødtseksjonen for et halvt år siden. Han understreker at de har en spesiell avdeling med svært sammensatt og komplisert pasientbelegg fra hele landet.

– Nå sikter vi på å avklare hvilke elementer av Nidcap-programmet som passer vår avdeling og pasientpopulasjon, og på hvilken måte vi skal ta med oss disse elementene videre, sier han.

### Jobber videre

For Heidelise Als er det ingen overraskelse at hennes syn på prematuromsorgen ikke har fått gjennomslag overalt ennå:

– Folk motsetter seg å se seg selv som en som gir smerte til små mennesker, sier hun.

Men likevel har hun klart å endre mye på de 22 årene som har gått siden Nidcap ble lansert.

– *Hvordan føles det å ha fått verdens nyfødtintensivavdelinger til å endre mange av sine rutiner?*

– Det er alle legene og sykepleierne som implementerer

kunnskapen i praksis som må være stolte, så håper jeg å kunne hjelpe til med å skrive om det. Det er et privilegium å få se på de for tidlig fødte, men det er fremdeles så mye å gjøre for dem. Jeg kan nok ikke hvile på mine laurbær ennå.



### Til Ålesund

Den 10. juni neste år kommer Heidelise Als til Ålesund for å delta på en internasjonal Nidcap-kongress. Da skal hun holde to foredrag: The synactive theory and the neurobiological basis of Nidcap, og Nidcap; Intensive psychological care – intensive medical care.

- Ressurs i fritiden
- Du kan alltid gi en hjelpende hånd
- Dette settet kommer du til å like!

**NOK 50,-**  
eks. moms/forsendelse

- passer i enhver lomme
- nesten like viktig som mobilen



Leveres i orange og blå.

#### Innhold:

2 vinyl engangshansker  
1 aluderm enkeltmannspakke  
1 plaster-sortiment  
1 beskyttelsesduk med filter for munn-til-munn

*Spesialpris for sykepleiere og studenter. Gjelder t.o.m 31.12.07*



Lindebergveien 4c, 1358 Jar  
tel: 40 60 92 55 fax 67 87 09 19

# Fraråder yrkesskade- erstatning for rygg- og nakkelidelser

Rygg- og nakkelidelser – som ofte rammer kvinner i helsesektoren – bør foreløpig ikke gi rett til yrkesskadeerstatning. Det konkluderer Stami (Statens arbeidsmiljøinstitutt) i en fersk rapport.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) jobber med å få på plass en ny yrkesskadelovgivning, og det er knyttet stor spenning til om rygg- og nakkelidelser vil utløse rett til erstatning. Men Stami-rapporten, som er laget på oppdrag fra AID og vil danne et grunnlag for det videre arbeidet, gir grunn til å dempe forventningene.

## Ikke nå

Bo Veiersted er overlege ved avdeling for arbeidsrelaterte muskelskjelettlidelser ved Stami, og står som medforfatter av rapporten:

– *Hvorfor vil dere ikke anbefale at rygg- og nakkelidelser kan gi rett til yrkesskadeerstatning?*

– Per i dag er det god dokumentasjon for at nakkelidelser og kroniske korsrygglidelser kan ha sammenheng med arbeidsbelastning. Betydningen av arbeidsforhold kan imidlertid noen ganger være vanskelig å fastsette eksakt. I forhold til lovverket er det viktig å kunne sette en sikker diagnose for å ha rett til yrkesskadeerstatning. Jeg mener dette bør utredes nærmere, og at rygg-

og nakkelidelser bør vurderes tatt inn senere, sier Veiersted.

## Vil være med

NSF-leder Lisbeth Normann stiller seg spørrende til at Stami ikke inkluderer rygg- og nakkelidelser på lista over sykdommer som kan gi rett til yrkesskadeerstatning.

– NSF mener at rygg- og nakkelidelser bør gi rett til yrkesskadeerstatning. Mange av våre medlemmer er utsatt for nettopp den type slitasje i jobben, sier hun, og legger til at NSF forventer å bli involvert i utredningsarbeidet som nå pågår.

## Taus om rygg og nakke

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har nylig nedsatt et medisinsk ekspertutvalg som skal komme med konkrete forslag over hvilke sykdommer som bør inn på den såkalte sykdomslista. Overlege Håkon Lasse Leira sitter i utvalget:

– *Stami foreslår å innlemme senebetennelse i skulderen, tennisalbue, slimposeirritasjon i albue og kne, samt karpaltunnelsyndrom på sykdomslista. Hva er din holdning til det?*

– Det er på høy tid at disse fem lidelsene blir tatt inn på lista. Motargumentet er at det er vanskelig å peke på årsakssammenhengen mellom muskel- og skjelettlidelser og yrket. Jeg mener at det ikke er vanskeligere for disse lidelsene enn for andre lidelser som i dag utløser rett til erstatning. Det andre motargumentet er at det er dyrt. Jeg spør

da: Dyrt for hvem? Det koster like mye å behandle lidelsen – bare at staten tar regningen om sykdommen står på lista, og at pasienten må ta regningen selv dersom den ikke gjør det. – *Hva med nakke- og ryggglidelser?* – Jeg ønsker ikke å kommentere om nakkelidelser bør med på sykdomslista ennå, først vil jeg lese rapporten fra Stami. I forhold til ryggglidelser, må vi skille mellom øvre og nedre del av ryggen, men jeg ønsker heller ikke å konkludere på det, sier han.

## – Se til Sverige!

I Sverige og Danmark åpner trygdereglene for at kroniske rygg- og nakkelidelser kan utløse yrkesskadeerstatning. I Danmark har man nylig lempet på dokumentasjonskravene til årsakssammenheng, som tidligere var strenge. I Sverige opererer man med et generelt yrkesskadebegrep, som i utgangspunktet ikke ekskluderer noen sykdommer. Leira mener våre naboer har regelverk det er verdt å merke seg. – Jeg håper vi kan se til andre land. Det er påfallende at muskel- og skjelettplager er mer ansett som yrkessykdom i Sverige og Danmark enn i Norge.

Departementet har allerede varslet at de vil gjøre det enklere å få yrkesskadeerstatning for løfteskader, og opplyser at de ønsker å fjerne det såkalte ulykkesmomentet. Innen 20. juni neste år skal ekspertutvalget være ferdig, og departementet varsler et nytt lovverk våren 2009.



Faksimile side 16 og 17 nr 14-2007

### Dette skal det medisinske ekspertutvalget gjøre:

- Foreta en utredning av hvilke sykdommer som kan likestilles som yrkesskade i dag.
- Vurdere om eventuelle sykdommer som skyldes forhold på arbeidsplassen, men som i dag faller utenfor yrkessykdomsforskriften, bør kunne godkjennes som yrkessykdom.
- Vurdere om visse yrkesbetingede lidelser som over tid har utviklet seg i muskel- og skjelett-systemet bør kunne godkjennes som yrkessykdom.
- Vurdere om visse yrkesbetingede lidelser som har utviklet seg som følge av psykiske påkjenninger eller belastninger over tid bør kunne godkjennes som yrkessykdom.
- Vurdere de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene.



# Iplos-forsker søker sykepleiere

Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (Iplos) skal sikre god kvalitet på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Nå vil doktorgradskandidat vite hva sykepleierne mener om systemet.

Fra mars 2006 ble det obligatorisk å registrere Iplos-data på hver av de rundt 200 000 pasientene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i landet. Dette for å gi kommuner og sentrale myndigheter bedre kunnskap om søkere og mottakere av helse- og sosialtje-

nester, og for å styrke brukernes rettigheter.

## Dine erfaringer

Hva sykepleiere som deltar i datainnsamlingen mener om Iplos, er noe av det Gunhild Tøndel ved NTNU Samfunnsforskning i Trondheim ønsker å få svar på i sin doktorgradsstudie. Studiet inngår som en del av et større prosjekt, «Health by Numbers», sammen med Kjartan Anthun Sarheim, Linda Midttun, og Tone Mo ved Sintef Helse.

I forbindelse med doktorgradsarbeidet etterlyser Gunhild Tøndal tilbakemeldinger fra sykepleiere i forhold til blant annet følgende problemstillinger:

- Hvordan opplever du som sykepleier Iplos?
- Hvordan fungerer systemet for deg i praksis?
- Hvordan opplever du som sykepleier det å registrere Iplos-informasjon?
- Hvordan tror du Iplos påvirker hverdagen til de som blir registrert?
- Hvordan ble systemet innført på din arbeidsplass?
- Hvordan oppfatter du at systemet legger føringer på de kommunale helse- og sosialtjenestene?
- Har Iplos tatt over andre informasjonsrapporteringsrutiner sykepleiere har med andre helseprofesjoner, og den lokale administrasjonen i kommunen?

## Ønsker du å delta?

- Jeg håper sykepleiere som føler dette angår dem tar kontakt, så jeg kommer i kontakt med sykepleiere som ønsker å samtale om Iplos. Videre ønsker jeg å få oversendt eventuelt skriftlig materiale om Iplos som sykepleiere har kommet over eller vært med på å produsere. Det kan for eksempel være organiserte mail-utvekslinger på grasrotnivå om/for/imot Iplos, sier Tøndel.

Interesserte kan ta kontakt med Gunhild Tøndel på telefon 97 76 41 97 eller e-post: [gunhild.tondel@svt.ntnu.no](mailto:gunhild.tondel@svt.ntnu.no)

Mer informasjon om Iplos fins på [www.shdir.no](http://www.shdir.no).



Ring oss gjerne så sender vi den nye brosjyren

## Nye Silentia Silver Line

Silentia Silver Line er en videreutvikling av Silentia-skjermen som er vel kjent på markedet. Den nye modellen er resultat av en omfattende nyutvikling hvor en rekke komponenter er endret og forbedret. Dette gjelder såvel design som konstruksjon og kvalitet. Grunnideen er imidlertid fortsatt den samme som hos forgjengeren. Silentia Silver Line kan benyttes alle steder hvor man ønsker en rask avskjerming, som f.eks. i et pasientrom, på en intensiv- eller oppvåkingsavdeling



- Hygienisk - Enkelt renhold
- Alltid på plass - Veggmontert.
- Stenger ikke for dagslyset .
- Tar liten plass når den ikke er i bruk.
- Ikke i veien for takløftere eller annet takhengt utstyr



Avalon Medical AS • Postboks 6589 Etterstad 0607 Oslo  
Tlf. 23036370 • Fax. 23036371 • Mail: [avamed@online.no](mailto:avamed@online.no)





# Hva skjedde med 1967-kullet?

I juni 1967 blir 27 unge kvinner uteksaminert ved Røde Kors sykepleie-skole i Trondheim. Forventningene er store. De vil ha en jobb hvor de kan hjelpe andre, i et yrke som samfunnet etterspør.

40 år senere jobber Mette ved en høgskole, Anne-Grethe på en kreft-avdeling mens Kirsti fremdeles er på røntgen. To angret på yrkesvalget underveis, noen er blitt syke eller slitne av jobben. De fleste har holdt ut, men har snart sin siste vakt.

Kull 67 holder fortsatt sammen. De er en livlig gjeng med mange erfaringer fra et yrke som stadig møter nye krav. Til sammen har de lagt ned ca 700 årsverk som sykepleiere, med over 70 arbeidsgivere.

Sykepleien har gravd i deres historier. **Hva er forskjellen mellom den gang og nå? Hvordan har endringene i samfunnet påvirket jobben som sykepleier?**

1967

2007

13 000  
sykepleiere

85 000  
sykepleiere

(medlemmer  
i NSF)

(medlemmer  
i NSF)







## Hva skjedde?

25 jenter begynte på samme kull i 1964. 20 av disse fullførte sammen i 1967. I løpet av 40 år har det blitt utført mye sykepleie.

Les om karrierene her.

### Bakerst, fra venstre:

**1 Anne-Grethe** (Lindvåg) **Otterlei** (61), Trondheim:  
2 år på kirurgisk avdeling i Bergen, deretter Trondheim: Lungeavdelingen 9 år, kreftavdelingen 3 år, kommunehelsetjenesten 1 år og gynekologisk kreftavdeling. 2 barn, 4 barnebarn.

**2 Bjørg** (Haddal) **Helsem** (63), Stranda:  
3 år på sjukehuset i Ålesund. Stranda sjukestove fra 1970-82. Deretter styrer trygdebolig/aldershjem. Fra 1999: Enhetsleder i Stranda kommune. 2 barn, 1 barnebarn.

**3 Sylvi** (Bjørndal) **Skjelstad** (62), Stjørdal:  
1 år på gynekologisk avdeling og 0,5 år på lungeavdelingen i Trondheim. Deretter kontordame for sin mann, byggmesteren. Sykehjemmet i Stjørdal siden 1990. 3 barn, 5 barnebarn.

**4 Borghild** (Bjørnsen) **Fredriksen** (61), Asker:  
Spesialutdanning på skadeortopedisk poliklinikk i Trondheim. Hjemmesykepleier i Bærum i mange år. Ble helsesøster i 1990, og jobbet som det i Asker. Jobbet så med reisemedisin i Bærum. Ble uføretrygdet i fjor. 2 barn, 2 barnebarn.

**5 Birgit** (Solem) **Weinholdt** (62), Lillestrøm:  
Sykepleier på cruisebåt i 9 måneder. 1 år på medisinsk avdeling på Ullevål. Helsesøsterskole. Jobbet i helsesøstertjenesten i Akershus til hun gikk av i juli 2007. 2 barn, 2 barnebarn.

**6 Karin** (Tinlund) **Bårdsen** (63), Stavanger:  
Pliktåret på Lørenskog, så ble det Lillehammer og så tilbake til Trondheim, på ortopedisk. Var hjemme med barn noen år, men tok vakter. Flyttet til Stavanger i 1979, gikk reaktiviseringskurs, og begynte på ortopedien på sykehuset. Var så på røntgen-ekspedisjonen. Fikk høre-

apparat i 1988 og ville gjerne jobbe videre, men måtte gi seg i 1990. 2 barn, 2 barnebarn.

#### Andre rekke, fra venstre:

**7**

**Vigdis** (Hansen) **Nilsen** (61), Skogn:

1 år ved Røde Kors-sykehuset i Trondheim, 2 år ved Østmarka psykiatriske sykehus, 1,5 år ved fødeavdelingen i Trondheim, 14 år ved fødeavdeling i Levanger. Deretter sykehjemmet i Levanger, samt 1 år på ortopedisk avdeling. Full jobb til hun ble uføretrygdet i 2005. 1 barn.

**8**

**Else Berger\***

**9**

**Kari** (Fornæs) **Stokke** (61), Levanger:

2 år ved overvåkingen og mottakelsen i Trondheim, 7 år på Ahus på Lørenskog, mest på mottakelsen. Sykehuset i Levanger siden 1976 ved ulike avdelinger, blant annet mottakelsen og ortopedisk. 2 barn, 2 barnebarn.

**10**

**Mette** (Holme) **Ingeberg** (62), Lillestrøm:

Pliktår i Tromsø, psykiatrisk sykepleier i -69, Ullevål og Blakstad, veileder, hovedfag. Fra 1987 lærer, lektor og nå førstelektor på Høgskolen i Akershus. 2 barn.

**11**

**Kirsti** (Nyvold) **Bergh** (61), Rælingen:

2 år ved kirurgen på Akershus Universitetssykehus, så 1 år på epidemisykehus i Stockholm. Fra 1970 røntgensykepleier på Ahus, hvor hun fremdeles jobber. 2 barn.

**12**

**Astri** (Aadahl) **Indset** (61), Røros:

2 år på psykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus, helsesøsterskole, 2,5 år som helsesøster i Oslo, 28 år som leder i kommunehelsetjenesten på

Røros, 3 år som rådgiver i helse- og sosialtjenesten. 3 barn, 4 barnebarn.

**13**

**Sissel Jacobsen** (61),

Oslo:

1,5 år ved kirurgisk avdeling på Haukeland, 0,5 år i Sveits før hun ble helsesøster i 1970. Jobbet blant annet i Oslo helseråd, Folkehelse, Helsetilsynet og på Ullevål. Er nå rådgiver i Helsedepartementet. 2 barn, 1 barnebarn.

#### Tredje rekke, fra venstre:

**14**

**Bodil** (Hareide) **Edvardsen** (62),

Skien:

Jobbet pliktåret på Røde Kors-sykehuset i Trondheim på kirurgisk/gynekologisk avdeling. Sykepleier på sykehusene i Arendal, Ålesund og Ringerike. Vikarierende helsesøster i Eggemoen militærleir. Molde sjukehus fra 1973 til 2005. Begynte på Gjerpen sykehjem i Skien i 2006, og jobber i dag på Bakkane bo- og servicesenter. 2 barn, 3 barnebarn.

**15**

**Sif Helseth\***

**16**

**Ragnhild Sund\***

**17**

**Line** (Lillevik) **Kjosbakken** (62),

Bærum/Gjøvik:

2 år på laboratorium, 3 år på kirurgen og 4 år i hjemmesykepleien i Trondheim. Lederstillinger i kommunehelsetjenesten i Vestre- og Østre Toten og Gjøvik. Er nå konsulent på tildelingskontor for omsorgstjenester i Gjøvik. 2 barn, 3 barnebarn.

**18**

**Kirsten** (Nordgaard) **Nervik** (62),

Verdal:

Var hjemme 2 år og så 9 år på sykehjemmet i Verdal. Fire ulike avdelinger ved sykehuset i Levanger. Tar nå EEG- og beinmassemålinger på nevrologisk og medisinsk poliklinikk. 2 barn, 4 barnebarn.

**19**

**Eli Leistad\***

**20**

**Ingrid** (Qvam) **Kjos** (62),

Tysvær:

1 år i Liverpool, jobbet så flere steder rundt i Norge. Kom til Haugesund og jobbet på sykehus, sykehjem, var lærer, oversykepleier på poliklinikk og pleie- og omsorgsleder. Helseleder i Karmøy. HMS-rådgiver i Haugesund i ti år. Er nettopp blitt pensjonist, men skal ha grønn omsorg på gårdsbruket sitt. 2 barn, 4 barnebarn.

#### Foran, fra venstre:

**21**

**Eva Bræin\***

**22**

**Lilly Stensland**

Er cirka 20 år eldre enn de andre og har ikke deltatt på samlingene.

**23**

**Anne-Gunhild Moxness**

(døde i 1994, ca 80 år gammel):

Rektor/1. lærer: Karakterisert som real, sporty, meget grei, kjempedame, ærlig, direkte, ikke noe tull. Var frontsøster og fikk jernkorset i 1944.

**24**

**Annbjörg Marie Eriksen** (64),

Sverige:

Flyttet rett etter eksamen til Örn-sköldsvik sammen med sin bergenske mann. Jobbet 41 år på kirurgisk og gynekologisk avdeling på Väster-norrlands läns landsting sjukhus, der hun fremdeles jobber på en stor kirurgisk avdeling. 2 barn, 4 barnebarn.

**25**

**Gunn** (Johnsen) **Steiro** (64),

Trondheim:

6 år som kontorsykepleier hos privat gynekolog, deretter gynekologisk kreftavdeling i Trondheim. Gikk av på grunn av leddgikt i 2006. 1 barn, 1 barnebarn.

**26**

**Marit Wongraven\***

#### Mest populære navn på 22-åringene født i 1945/1985:

| 1967   | 2007     |
|--------|----------|
| Anne   | Silje    |
| Inger  | Kristine |
| Liv    | Ida      |
| Kari   | Stine    |
| Marit  | Anette   |
| Bjørge | Camilla  |
| Grethe | Katrine  |
| Berit  | Linn     |
| Eva    | Linda    |
| Astrid | Anne     |

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Disse var ikke med på bildet:

**27**

**Sigrid Selmer Olsen**, Molde, døde i 1977.

**26**

**Tove Irene Stangeland** (61),

Vikhammer:

Tok eksamen et halvt år etter de andre fordi hun fikk barn. Har hele tiden jobbet på gynekologisk avdeling ved Røde Kors-sykehuset, som senere ble lagt under St. Olavs hospital. 3 barn, 4 barnebarn.

\* Disse hørte ikke med til kullet, men tok eksamen sammen med dem.

(...) Pikenavn i parentes.

# « Vi har aldri vært en treg gjeng »

## Skrev historien om kullet

Det er Mette Holme Ingeberg som har ført i pennen denne historien om kullet sitt.

30. august sendte hun en e-post til Sykepleien. Kanskje epistelen kunne trykkes som et leserinnlegg? At dette skulle føre til 25 sider i tidsskriftet ante hun ikke da. Nå har hun og flere av kullvenninnene i noen intense uker stadig blitt kontaktet av Sykepleiens journalister som har mast om årstall, pirket på stavemåter og gravd om detaljer fra søsterhjem og livet etterpå.

Ingeberg er nå førstelektor ved Høgskolen i Akershus.

For 40 år siden møttes 25 forventningsfulle jenter på Røde kors sykepleieskole i Trondheim. Vi har samlet inn en rekke data – fakta, opplevelser og tanker som vi ved vaktskifte ønsker å dele med dere som skal fortsette.

«I utgangspunktet var vi 25. To er døde. Fire sluttet under utdanning eller gikk ned et kull. Andre kom til oss, men av de som begynte var det 20 som fullførte, og av disse svarte 18 helt eller delvis på spørsmålene. Samtlige er gift (to skilt) og har til sammen 37 barn.

### En lang arbeidsdag

Ved å utdanne 18 sykepleiere har samfunnet fått stor yrkesaktivitet. Til sammen har vi bidratt med 662 yrkesaktive år. Da vi fødte, var svangerskapspermisjonen på tre måneder, hvorav seks av ukene måtte tas før beregnet termin. Vi tenker at forholdene må legges til rette for at de som utdannes i dag også blir i yrket.

Nå er det ikke slik at vi til enhver tid har vært fornøyde med våre arbeidssituasjoner, men vi fikk et forhold til yrket som har vært verdifullt for oss.

Oppsiktsvekkende var det å se hvor stabile vi 18 har vært. Vi har hatt 70 arbeidsgivere i løpet av 40 år. Tre hadde hatt sju arbeidsgivere, resten bare mellom en og fire. Noen få hadde arbeidet i andre stillinger, men alle var relatert til faget, som leder av HMS, legesekretær, ansatt i NSF, samt en ansatt på kontor. Det må spesielt nevnes at tre i alle år har arbeidet på samme sengepost og vært med på en spennende utvikling innen kreftomsorgen.

### Ble ved sin lest

Vi har aldri vært en treg gjeng. Men vi lærte oss noe om endring der vi var, og at gresset ikke alltid er grønnere på den andre siden. Noe måtte vi også bite i oss, vi gråt og lo sammen og lærte å støtte hverandre. Gjør studenter det i dag? Med de boforholdene vi hadde, ble vi nødt til å lære å ta hensyn. En uttalte det slik:

«Ved at vi bodde så tett var det alltid noen som var der til å lytte og diskutere med når vi kom hjem fra vakt. Da slo vi opp i «boka» og gikk inn i opplevelsene medelever hadde hatt. Vi hadde full oversikt dersom noe spesielt oppsto på sykehuset, og det ble diskutert livlig på røykerommet, det stedet vi samlet oss,

Ledelsen i Sykepleierforbundet kastes da den godtok at mannlige, psykiatriske pleiere skulle få offentlig godkjenning som sykepleiere. Helga Dagsland blir ny leder. Bare 1/3 av skolene tar opp menn. Kravet om husmorskole tatt ut av opptaksvilkårene til sykepleierskolene.



Sykepleieraksjonen ledet av Anne-Lise Bergenheim krever mer lønn og ender i sykepleiernes første streik.

Plikten til å bo på internat foreslås fjernet.

Karl Evang går av etter 34 år som helsedirektør.

Pliktåret forsvinner.

Den første internasjonale læreboken i sykepleie blir oversatt til norsk (Concepts Basic to Nursing av Pamela Mitchell m.fl.).

Sykepleiereleven blir student, og får helgefri. Uniformene forsvinner gradvis.







FIGUR 2

67-kullet: årsak til sykmeldinger



dene mye å ta tak i her. Vi velger å si fra til neste vaktlag.

**Et hardt yrke**

Det er i mange sammenhenger slått fast at yrket er fysisk belastende. Vi er ikke noe unntak. Av de spurte opplyses det at mange hadde hatt sykemeldinger knyttet til arbeidet (fig. 2).

Verre blir det når sju oppgir at det psykososiale arbeidsmiljøet er dårlig ivaretatt og at dette er opplevd på til sammen 13 arbeidsplasser. Vi undrer oss over at det var flere som ikke svarte på dette spørsmålet. Vi tolker det dithen at det synes så skremmende å uttale seg om arbeidsmiljøet at det er bedre å unnlate å svare. Hvilken melding gir dette? Slik vi ser det må det settes betydelig ressurser inn her – varslere må støttes, og et kritisk blikk må allminneliggjøres. Vi er glade for at denne problematikken fokuseres på, og vi tror det er stor helsegevinst i å fortsette dette arbeidet.

**Verre blir det når sju oppgir at det psykososiale arbeidsmiljøet er dårlig ivaretatt.**

Sykepleier Mette Holme Ingeberg

Vi spurte hva de savnet dersom de hadde erfaring fra en arbeidsplass med lite tilfredsstillende arbeidsmiljø. Flere svarte at det å bli tatt på alvor når de tok opp noe, var et savn. Andre pekte på manglende åpenhet, trygghet, rettferdighet og tid og vilje til å rydde opp i stedet for å la problemer utvikle seg. Det ble også savnet lojalitet fra kolleger når problemer var blitt tatt opp.

Resultatene er triste, men ikke forbausende. Til tross for dette har vårt kull vært stabile i yrkesutøvelsen. Hva kan gjøres for at dagens sykepleiere blir stabile i yrket? Her utfordres dagens ledere og politikere enda en gang.

**I stadig forandring**

Vi spurte hva de syntes var sentralt i yrket og om de hadde endret syn på dette. Svarene bar preg av refleksjon over egne handlinger og at vi i dag var mer bevisste enn vi var for 40 år siden. Her handlet svarene om verdier i faget, om kunnskap og om relasjon. Flere var opptatt av sykepleiens fundament, et helhetlig menneskesyn, og å yte omsorg på pasientens premisser. Å utvide kunnskap om relasjoner for å kunne tilrettelegge og utføre sykepleie ble påpekt av flere.

Også da vi ble utdannet var det å hjelpe pasienten til å være mest mulig selvhjulpent sentralt i

sykepleiens funksjon. Vi har sett at sykepleiere som yrkesgruppe er omspunnet med en myte om at vi gjør for – og dermed bidrar til avhengighet. Vi vet ikke hvor myten kommer fra, og det er heller ikke viktig. Det viktige er at det er en myte og ikke en sannhet. En uttalte det eksplisitt slik:

«Mitt syn har i noen grad endret seg. Dette innebærer at jeg har kommet til større erkjennelse i forhold til det jeg selv vurderte som pasientens behov ikke alltid samsvarer med pasientens oppfatning av egne behov».

Flere var opptatt av at rammebetingelsene for utøvelsen er blitt dårligere. Flere var bekymret for økende tidspress – større krav til effektivitet og mindre bemanning. Flere understreket at vi må videreutvikle det forebyggende arbeidet i alle deler av sykepleietjenesten.

Som kjennetegn på yrket sa en: «Å arbeide med mennesker, kjenne at man fortsatt lærer seg noe nytt, et yrke som ikke er statisk.»

**Lærende fellesskap**

Vi har gjennom tiden hatt mange samtaler om hvorfor det er forskjeller mellom oss og dagens nyutdannede sykepleiere. Ofte har samtalen landet rundt utdanningen. Derfor la vi inn et spørsmål som belyser hva de lærte av under

Reitgjerdet blir lagt ned.

Muren mellom øst- og vest-Berlin faller.

Kong Olav dør.



En av flere streiker på 90-tallet. Sykepleierne på Rikshospitalet: mot ny ledelsesmodell.





utdanningen. Rollemodeller på godt og vondt var svar som kom. Flere hadde historier på lager om hvordan de var blitt oversett, nedverdiget og deltatt i det de opplevde som uetisk praksis. Det var fellesskapet oss imellom som ga oss styrke.

Noe av det jeg lærte av var daglige opplevelser vi delte med hverandre etter arbeidsdagens slutt. Det var alltid noen til stede som det var godt å dele opplevelser med, og refleksjon og lærdom som følge av dette ble en viktig del av utdanningen.

Når dette med fellesskap understrekes i flere sammenhenger opplevde vi at det var sentralt både for sosialisering og læring. Dagens kollokviegrupper kan muligens bøte på noe, men det er rimelig å anta at dette må sikres bedre i høgskolene. Sammen kunne vi ta opp usikkerhet, små og store spørsmål, få korreksjoner og støtte i en kontinuerlig prosess. Vi kjente hverandre så godt at ingen slapp unna.

#### Mye ansvar

Flere var opptatt av at vi fikk mye ansvar. Kanskje litt i meste laget. En sa det slik:

«Utfordringer og ansvar var ikke alltid i samsvar med modning og kompetanse. Vi kunne ikke selv begrense dette».

En annen sa:

«Jeg tror at erfaringen de første årene ga grunnlag for læring. Det siste året var jeg mer moden og tok mer initiativ. Vi fikk utføre de fleste prosedyrer og fikk ansvar for pasientene. En kan si vi slapp til og lærte å ta ansvar! Det var pensum kombinert med god praksisveiledning vi lærte av. Men praksisveiledning var det lite av. Så det uttrykket om ansvar for egen læring ble brukt opp i 1964-1967».

Flere mente dagens studenter ikke hadde samme trening i forhold til å ha og ta ansvar. I lys av kritikk av dagen praksisveiledning synes dette å bekrefte at utdanningen og praksisfelt fortsatt har et forberingspotensial.

#### Annerledes nå?

Vi ba om kommentarer og fremtidige ønsker for helsetjenesten, sykepleien eller utdanningen. Ønskelisten var lang, og vi nevner noe:

«Jeg ønsker at fremtidens sykepleiere får et engasjement for yrket som gjør dem mer synlige og hevder egne og pasienters rettigheter tydeligere. At det tas et krafttak for at de som utdannes forblir i yrket og at det gis tid til faglig, obligatorisk oppdatering. Et halvt *fridår* til studier hvert femte år, for eksempel. Dette kunne bidra til bedre kvalitet og motivere folk til å bli i yrket.

Dersom en velger videre studier, må dette i sin helhet dekkes av arbeidsgiver mot bindingstid».

Ingen store overraskelser her – det som er mest forunderlig er at mange av våre erfaringer kunne vært formidlet av våre egne læremestre i skole og praksisfelt. Vi er ikke så sikre på at så veldig mye har forandret seg. Likevel sier en:

«Dessverre kan jeg med sorg se at alt nå styres av et økonomisk tenkesett som blir mer og mer premiært. Derfor kjennes det at det er rett tid snart å takke for seg».

Endringene i helsevesenet har vært på linje med resten av samfunnsutviklingen. Vi ville bringe videre våre erfaringer til neste generasjon – og håper at noen finner tråder å spinne videre på.»

*Hilsen kull II 64*

### Røde Kors og utdanning

Organisasjonen Røde Kors ble stiftet i 1863 av Henri Dunant, som hevdet å være inspirert av Florence Nigthingale. Røde Kors skulle hjelpe sårede i krig når den militære sanitetstjenesten ikke klarte det. Alle land som sluttet seg til Røde Kors, forpliktet seg til å utdanne frivillige sykepleiere. Den første norske Røde Kors-skolen åpnet i Oslo i 1895.

Bente Slaatten blir leder av Sykepleierforbundet, overtar etter Dævøy.



Sykepleiere utfører 21 103 årsverk i somatiske sykehus, en dobling siden 1970.

Nye helselover. Pasientrettighetene styrkes og helsepersonell får større personlig ansvar.

Sykehusreformen – sykehusene blir overtatt av staten.

Fem bulgarske sykepleiere og en palestinsk lege dømmes til døden for å ha smittet 400 barn med hiv i Libya. De ble benådet i 2007.



Sykepleier Laila Dævøy blir statsråd.

Ny rammeplan for sykepleierutdanningen.

Sykepleierne streiker.

6-ukersstreiken.





URED: Mette Holme Ingeberg har litt av hvert i sykepleierbagasjen sin.

# Valgte psykiatri

Mette Holme Ingeberg anbefaler studentene å gløde. For da blir det mye morsommere.

Etter 40 år i yrket legger Mette Holme Ingeberg fortsatt vekt på å ha det gøy. Det var innbydelsen til 40-årsfesten som satte henne på ideen om å samle dokumentasjon om kullet sitt.

– Vi har mange ganger sagt: «Hva har det egentlig blitt av oss?» forteller hun.

– Vi har alltid vært så fornøyde med at så mange har vært aktive.

Da hun på vårparten satte i gang, syntes noen det var stas å bli spurt, andre var mindre interessert. Men da undersøkelsen var klar til festen i juni, var responsen god.

## Tilfeldig

Mette Holme Ingeberg har utallige historier om livet på søsterhjemmet. Vi skjønner fort at unge Mette var både sosial og skolepolitisk aktiv. Da landsmøtet til Sykepleierforbundet for aller første gang hadde elever til stede, var Mette med. Det var i Drammen i 1966. Elever fra ti skoler fikk komme for å observere.

– Dette var spiren til det som skulle bli LNS, Landslaget for Norske Sykepleierstudenter, forteller hun.

Fra Trondheim dro hun til Tromsø og tok pliktåret på sykehuset der. Tanken var å bli helsesøster. Men ved en tilfældighet steg hun inn som vikar på Ullevål 6B, som det het, en akuttpsykiatrisk avdeling på hovedstadssykehuset. «Jeg får alltid bruk for psykiatri», tenkte hun.

Dette vikariatet skulle bli avgjørende for karrieren. Allerede i 1969 var hun blitt psykiatrisk sykepleier.

## Ettervern

Hun ble ansatt på Blakstad sykehus i Asker, men drev med forvern og ettervern på Romerike. Hun var under 30 da hun ble styrer på et psykiatrisk sykehjem med 58 pasienter.

Det var da hun klarte kunststykket å skaffe seg barnehageplass.

– Jeg sa til sjefen at hvis jeg ikke fikk plass, måtte jeg slutte. Da gikk rådmannen og snakket med sykehusdirektøren, og slik fikk jeg plass.

Siden ble hun sykepleiesjef i Rælingen kommune.

Fra 1987 har hun vært tilknyttet Høgskolen i Akershus, først som lærer, siden som lektor og i år ble hun førstelektor.

Hun er underveis blitt godkjent veileder og i 1994 tok hun hovedfag helsefag. Hun har også vært tilknyttet NSF både i jobb og verv, og jobbet på avrusningsavdeling på A-hus.

## Team

Psykiatrisk sykepleie og skole henger sammen for Ingeberg.

– I det terapeutiske samfunn jeg møtte på 6B lærte jeg hvor viktig det er at brukerne bestemmer selv. I dag heter det brukermedvirkning og er blitt en lovfestet rett. Både pasienter og studenter må lære å ta ansvar for sine beslutninger. Å jobbe i dette team har preget meg i hele yrkeslivet, også i skolen.

På 70- og 80-tallet opplevde Ingeberg mangel på fagkunnskap, både i psykiatri og kommunehelsetjeneste. Hun visste ikke helt hvor hun skulle finne den. Dette var motivasjonen hennes for å begynne i skolen.

– Du har ikke vært redd for å hoppe på nye ting?

– Nei, jeg er nysgjerrig. Etter

hvert har jeg skjønnet hvor mye det er å lære. Og så har jeg tatt ett år av gangen.

## – Velg det morsomme

– Et godt råd til de som nå starter sin yrkeskarriere?

– De må velge noe de kan ha glede av, der de kan bruke sine relasjoner og sin kompetanse. Og så må de tørre.

– Hva da?

– Å tro på at de har fagkompetanse nok til å gå inn i situasjoner. Hvis ikke må de skaffe seg mer kompetanse.

Ingeberg opplever store forskjeller blant studentene.

– Noen er kjempeengasjerte. Andre svever igjennom. Alle behøver ikke være overivrig. Men hvis de tillater seg å gløde litt, blir det mye morsommere.

Ingeberg mener hun selv ikke var spesielt skoleflink. Hun er også litt ordblind.

– Jeg var en middelhavsfarer. Men så ble jeg jo stadig mer kompetent når jeg utdannet meg videre. Poenget er at det er store muligheter for alle.

Ingeberg har fortsatt samme mann hun giftet seg med i 1970, og de har to døtre som nå er 30 og 34 år.

Lisbeth Normann velges til ny forbundsleder i NSF.



NSF har ca. 85 000 medlemmer.

2007

## Antrekk før og nå

– Fra uniform til verneutstyr. Det er sånn jeg ser utviklingen fra 1967 til 2007. Det sier Jorunn Mathisen, sykepleielærer og historiker. Noen eksakte årstall for skjortenes, hettenes og beltenes fall har hun ikke. – Det gikk gradvis. Bukser kom først på operasjonsstua og andre tekniske avdelinger, fordi de var praktiske. Så spredde de seg videre. Avuniformeringen må også ses i sammenheng med kampen for kvinnefrigjøring og som et tiltak for å bryte rangordningen i helsevesenet.

Grethe, 78 år. Tørr hud og pensjonert laborant.



**NYHET**

**EXTRA  
HUDCREME**

Uden parfume  
Utan parfym

Dokumentert  
**MILD**  
Tukstoft Medis



**Natusan**  
INSTITUTION

Johnson-Johnson

**Er du i ferd med å gå ut  
av ditt gode skinn?**

Fordi huden føles tørr, den klør,  
den prikker, den strammer .....





# Internatlivet sveiset

## TRONDHEIM:

Her trøstet de venninner som hadde hjertesorg. Gunn Steiro (til venstre) begynte å røyke. Anne-Grethe Otterlei (til høyre) danset twist. På søsterhjemmet ble det knyttet bånd som har holdt i over 40 år.





FRA ANNE-GRETHES ALBUM: Kullingene Birgit og ...



....Astri gjør seg klare til å dra på kadett-ball.

# dem sammen

– Husker du Laffen? Han var det mange som var forelska i. Han var mørk, og så hadde han et sånt litt skeivt glis. Skikkelig tøff!

Gunn Steiro (64) minner Anne-Grethe Otterlei (61) om hjertekirurg Olaf Levang som underviste i anatomi. De to sykepleierne fra Trondheim bøyer hodene sammen og fniser som to fjortiser der de sitter på en benk utenfor Bergljots gate 3 ved St. Olavs Hospital.

Da de begynte på Røde Kors' sykepleierskole i 1964, var dette første stasjon hvor de 25 studentene bodde på internat i tre

måneder, før de delte seg opp og flyttet til andre leiligheter og sykehus hvor skolen hadde leieavtaler. Som oftest tre-fire jenter på hvert rom, og alltid noen nye å dele rom med. Noen kom også tilbake til Bergljots gate og bodde der tre måneder til før skolen var slutt i 1967. Da hadde de kanskje delt rom med 13 forskjellige jenter i klassen. Også de med familie i Trondheim bodde på internat. Det var noe man bare gjorde.

## Strengt regler

– Det var alltid noen å snakke

med. De som hadde kjærlighets-sorg fikk trøst, sier Otterlei.

– Vi måtte lære å ta hensyn. Vise omsorg. Empati. Jeg tror alle har godt av å bo på internat i ungdommen for å lære å ikke bare ta hensyn til egne behov. Men jeg tviler på at dagens studenter finner seg i å ha det så kummerlig som vi hadde det, sier Steiro.

Fire jenter delte et rom med en seng i hvert hjørne og en felles lang vask i aluminium med fire kraner på felles bad. To håndklær ble delt ut en gang i uka. De hadde en skuff hver og et klesskap

delt på fire hvor det var så trangt at klærne ble strøket hver gang de hang noe inn. Alt uniformstøyet skulle også få plass der.

Det var ikke lov med besøk på rommet, ikke en gang av familien. Alle kavalierer måtte kysse god-natt på trappa. Elevene måtte være inne til klokken 22. Det hendte at noen var på nattlige besøk utenfor søsterhjemmet, men da gjaldt det å late som om en hadde vært på nattevakt når de låste seg inn på morrakvisten.

Ellers ble reglene merkelig nok overholdt, mer eller mindre.



FEST-UNIFORM: Endelig fikk studentene sine hetter og armbind og kunne stase seg opp til 17. mai-toget i 1966.

Husmor, søster Anna, passet på det, men var ikke så nøye på minuttene. Derimot var hun som sykepleier nøye på hygien: Rommene skulle være reine og ryddige. På inspeksjonsrundene sine delte hun ut lapper med håndtegnede roser til dem som bestod. De som måtte rydde mer, fikk lapp med kaktus på. – Jeg delte rom med Mette. Hun var litt rotete av seg, så jeg husker vi ofte fikk kaktus, minnes Otterlei.

Også Steiro har minner om Mette Holme Ingeberg, som i dag er høgskolelektor og primus motor bak prosjektet med å lage undersøkelsen av kull II, 1964, som kan leses fra side 30. – Det er hennes skyld at jeg be-

gynte å røyke, sier Steiro, som nå har klart å slutte.

– Mette skulle spandere på venninnene sine.  
– Akkurat det husker jeg ikke. Jeg røykte heller ikke da jeg begynte på sykepleierskolen, men begynte mens jeg gikk der, minnes Ingeberg når vi ringer henne opp på jobben på Høgskolen i Akershus.

Men alle er enige om at røykerommet var det viktigste rommet. Der satt alle, enten de røykte aktivt eller passivt.

#### Skjørtelengden krympet

– Røykerommet var stedet for rapport. Vi diskuterte både fag og privatliv. Vi hadde god oversikt over kjærlighetslivet til hverandre. Og vi lærte mye som sykepleiere

ved at vi alltid diskuterte hendelser på arbeidet når noen kom hjem fra vakt, forteller Ingeberg.

Alle på kullet jobbet hele tiden mer enn de vaktene som trengtes for å ta utdannelsen. Ingen hadde studielån.

– Vi kunne få så mye ekstravakter vi ville. Det var det vi levde av, sier Ingeberg.

Skolen ga hver og en 75 kroner i måneden i lommepenger. Det skulle også rekke til snipper, stive belter og hårnåler som var en del av uniformen, men som jentene måtte kjøpe selv.

Uniformen var i det hele tatt et kapittel for seg. Den blå kjolen med det hvite forkleet og den lille hvite hetta på hodet var både yndig og myndig. Kanskje kan den

ha vært en medvirkende årsak til at små jenter begynte å drømme om å bli sykepleier?

– Yndlingsleken var sykepleier. Det finnes et bilde av meg som lita jente der jeg leker sykepleier med dukkene mine. Jeg brukte en gammel grammofonstift fra platespilleren som jeg dypet i leppestift og tok pirquet-prøver av dukkene. Jeg tror det var en kopphåndduk jeg hadde på hodet, forteller Steiro og ler.

Da de startet på utdanningen, fikk alle uniform uten armbind, hette og Røde Kors-nål. Lengden på skjørtet ble nøye målt til et godt stykke nedenfor kneet. – Skjørtelengden var litt for lang etter vår smak, så da vi fikk armbindet og hetta et par år seinere

**Skjørtelengden var for lang etter vår smak, så da vi fikk armbåndet og hetta, hadde vi allerede sørget for at den hadde krøpet litt oppover.**

Anne Grethe Otterlei

**Det er klart internatlivet spesielt har sveiset oss sammen, men jeg tror vi har vært ekstra flinke til å følge opp.**

Gunn Steiro



TWIST: Anne-Grethe og Birgit danser twist på rommet. I bakgrunnen ses en av de fire sengene som stod i hvert sitt hjørne.

hadde vi sørget for at den allerede hadde krøpet litt oppover, forteller Otterlei.

– Vi visste jo råd. Vi tapet det opp med plaster, men måtte passe oss på enkelte avdelinger så vi ikke ble oppdaget, legger Ingeberg til.

Det var stor stas da de i 1966 kunne gå i 17. mai-toget i full fest-mundur og spise hvite sko med stiletthæl. Otterlei har det hele dokumentert i farger i fotoalbumet sitt.

#### **Kranglet lite**

Søsterhjemmet ble også brukt til undervisning. Der var ett undervisningsrom. Rektor Anne-Gunhild Moxness som var tøff, men fin og veldig godt likt, hadde også kontor i bygget. I tillegg var der en dagligstue som var innredet

hjemmekoselig og trivelig. Et sykerom stod klart hvis noen ble syke. Husmoren hadde også sin leilighet i bygget som i dag er gjort om til private leiligheter. På baksiden var det god utsikt til studentstedet «Samfunnet».

– Der var vi ofte på klubaftener på onsdager og fest på lørdager. Hvis noen kom hjem etter stengt tid, lærte de seg kunsten å klatre inn gjennom vinduet på baksiden hvor folk på røykerommet hjalp til, beretter Ingeberg.

Elevene fikk alle måltider servert, med unntak av middag som ble inntatt i kantina på sykehuset. Kvelds ble servert klokka 17.30. Da var det ofte varm fiskepudding til pålegg.

– Vi ble jo sultne utover kvelden. En gang var vi noen stykker som i

et livlig og sultent øyeblikk gjorde innbrudd på kjøkkenet. Da ble vi innkalt og greier, men jeg tror rektor egentlig mora seg. Etter det kom det hengelås på døra, forteller Ingeberg.

– Vi levde på Nateruds kavring fordi det var så godt. Med brunost og nype- eller aprikossyltetøy. Mmmm, sier Steiro.

Kavringen har hun fortsatt å kjøpe etter at hun sluttet på skolen også. Den var til og med på menyen da de hadde 40-årsjubileum.

Sykepleierne har beholdt kontakten selv om de i dag er spredt i alle himmelretninger. To av de 25 er døde. Men det store flertall fra kullet møtes hvert femte år. Nå ser det ut til å bli hvert tredje år. – Det er klart internatlivet spesielt

har sveiset oss sammen, men jeg tror vi har vært ekstra flinke til å følge opp. De andre kullene har ikke like godt samhold, sier Steiro.

– *Hva hvis dere havnet på rom med noen dere ikke gikk overens med?*

– Nei, det opplevde vi ikke. Vi var flinke til å jenke oss, og de fleste av oss er fleksible typer, sier både Steiro og Otterlei.

– Det hendte vi hadde våre feider og krangler, men da måtte vi løse dem. Det var noen ganger litt rabalder, men jeg kan ikke huske hva vi kranglet om. Det må ha vært bagateller, sier Ingeberg.



**UANSETT POST:**

# DU FÅR BILLIGERE BENSIN

**BARE VI FÅR  
HA LOGOEN VÅR  
PÅ KORTET DITT**



Som medlem i **Norsk Sykepleierforbund** får du 35 øre i rabatt pr. liter bensin og diesel (på pumpepris) og 20 % rabatt på bilvask. Kortet har ingen årsavgift.

Med Esso MasterCard kan du handle varer og tjenester og få inntil 45 dagers rentefri kreditt. Kortet kan brukes på alle MasterCard brukersteder over hele verden. Du får rabatt på drivstoff og bilvask hos Esso og du betaler ingen årsavgift! Klikk deg til dine medlemsfordeler på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) og last ned søknadsskjemaet.



**Vi kjenner livet på veien.**



NY: Anne-Grethe Otterlei (til venstre) og Gunn Steiro har opplevd mange teknologiske nyvinninger siden de ble sykepleiere i 1967. Her viser de fram terminalen som står ved hver pasientseng på gynekologisk kreftavdeling.

# Teknikkens vidunder

**TRONDHEIM:** Anne-Grethe Otterlei og Gunn Steiro har jobbet sammen store deler av yrkeslivet. Siden de startet på gynekologisk kreftavdeling på 70-tallet har de tatt del i en revolusjonerende utvikling i kreftbehandlingen.

Anne-Grethe Otterlei og Gunn Steiro har geleidet Sykepleien gjennom gangene i Kvinne-barn senteret ved St. Olavs hospital. Gynekologisk kreftavdeling har vært arbeidsplassen deres i nesten 30 år.

Nå lar de fingrene gli over skjermen som de kaller pasient-terminal. Det finnes en slik skjerm ved hver seng på alle enerommene i den nybygde avdelingen. Her kan pasienten ved hjelp av fingertrykk direkte på skjermen velge om hun vil høre radio, se tv, surfe på internett, få lokal informasjon

eller ringe gratis telefonsamtaler til fastnettet i Norge. Kontrasten er stor til hvordan tilbudet var da avdelingen før 2006 holdt til i det gamle murbygget som tidligere var Røde Kors-sykehuset.

– Vi hadde ei dame på 90 år som pasient her. Hun var så begeistret for skjermen at hun ville kjøpe seg en sånn når hun kom hjem, sier Otterlei.

## Glad i yrket

Hun og Steiro har ikke bare gått i samme klasse på sykepleierskolen. Siden 1978 har de stort sett

også jobbet på samme avdeling. Turnusen har vært nokså forskjellig, men de har opprettholdt kontakten fra studiedagene i mer private former. Steiro måtte gå av med pensjon i april 2006 fordi hun sliter med leddgikt i form av psoriasis-artritt. Otterlei er på arbeidstrening og jobber i gjennomsnitt fem og en halv time om dagen fordi hun fikk komplikasjoner etter å ha blitt smittet av salmonella på kulltreffet i Spania for over et år siden. I tillegg plages hun av kronisk bihulebetennelse. Nå vurderer hun rehabilitering.



– Verdene mine er ikke bra, men jeg har ikke lyst til å slutte i jobben, sier hun.  
 – Å slutte som sykepleier har vært den verste prosessen jeg har vært gjennom i mitt liv. Selve yrket og kontakten med pasientene er det jeg savner mest, sier Steiro. Kollegene kan hun alltså treffe på andre måter.

### Store forbedringer

Internett har gjort pasientene mer bevisste på behandlingalternativ og hva de har krav på, tror både Steiro og Otterlei. Selve kreftbehandlingen har gjort store fremskritt siden de to sykepleierne gikk ut av skolen i 1967. Det gjelder både kirurgien, kjemoterapien og cytostatikabehandlingen. Den gangen ble ikke så mange friske, og de som døde gjorde det relativt raskt etter at diagnosen var satt. Nå får pasientene behandling over mye lengre tid og kan også leve mye lengre med kreften. Bivirkningene er færre. Det er ikke like mye oppkast. De får beholde håret ved å bruke såkalt cold cap.

Ta strålebehandling av livmorkreft for eksempel. Før måtte pasienten ligge på ryggen i fem døgn med radiuminnlegg i skjeden på Radiumhospitalet i Oslo.  
 – Da fikk vi dem tilbake med store stråleskader som ga flere komplikasjoner, blant annet diaré, forteller Steiro.

I 1990 sluttet de med radiuminnlegg. Nå får pasienten full anestesi og ligger kun i få minutter med to rør med iridium inni seg.

I tillegg gis utvendig stråling. På slutten av 90-tallet ble det mulig å datastyre strålingen slik at den rammer mer nøyaktig. Bivirkningene er mindre, men diaré er fremdeles blant de hyppigste.

– Dagens sykepleiere har mer ansvar, og det er vanligere med faglig oppdatering, sier Steiro.

Otterlei var med på en aldri så liten revolusjon da hun var blant de første i Trondheim som i 1988 utdannet seg til å gi kjemoterapi uten å være avhengig av legene.

– Det var bedre for både legene, oss og pasientene at sykepleierne kunne gjøre dette. Legene slapp det, vi slapp å være avhengige av legene og pasientene fikk bedre overvåking og oppfølging siden vi hadde mer tid til å være hos dem, sier Otterlei.

### Ensomme pasienter

– *Hva er de største forskjellene på arbeidsdagen før og de siste årene?*

– Vi går mer. Det er store avstander i det nybygde senteret, og flere avdelinger deler lager. Vi må ha nøkkelkort for å komme oss inn over alt, til og med på do. Jeg har gjort mange unødige sprell fordi jeg har glemt kortet i maskinen, sier Otterlei.

– Vi var også færre sykepleiere på post før. På en nattevakt kunne jeg være alene sykepleier på tre poster, med hjelpepleiere på de andre. Nå er hjelpepleierne på vei ut. Det er synd, for vi trenger dem.

– Det var ikke så mye avansert kjemoterapi før, så vi fikk flere operasjonspasienter tidligere inn på

### Kreftsykepleiere:

| 1967   | 2007   |
|--|--|
| Ingen kreftsykepleiere. Videreutdanningen startet i 1982 på det Norske Radiumhospitalet. | Cirka 1300 kreftsykepleiere. NSFs Forum for Kreftsykepleie (FKS) har i dag godt og vel 1300 medlemmer, både med og uten videreutdanning. |

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

avdelingen, sier Steiro.

Før måtte sykepleierne stole på hjelpepleierne.  
 – I dag vet de hva de har lov til. Før skiftet de drypp, men det har de kanskje ikke lov til lenger? spør Otterlei.

Alle enerommene er vel og bra, men uten noen fellesstue lurer hun på om ikke mange pasienter føler seg mer ensomme nå enn før. Verken Steiro eller Otterlei tror de har forandret synet på pasienten, i løpet av sine 40 arbeidsaktive år.  
 – Pasienten blir mer sett og hørt og tatt vare på enn tidligere, mener Steiro.

### Talte mer før

Gynekologisk kreftavdeling deler korridor med generell gynekologisk avdeling på St. Olavs hospital. Begge sykepleierne har sett en økning i antall innleggelser på grunn av svangerskapskvalme på naboavdelingen. Nå har antallet gått litt ned igjen, men avisene rapporterer om økning i sykmeldinger på grunn av svangerskapskvalme.

Steiro tror at kvinner tåler mindre nå enn før.

– Jeg kasta opp gjennom hele svangerskapet, men gikk på jobb lell, kan Otterlei fortelle.

Hun har to barn født i 1969 og 1972. Steiro fikk en sønn i 1976.

De var tilbake på jobb raskere enn dagens nybakte mammaer. Den gangen var fødselspermisjonen seks uker før og seks uker etter termin. Men begge ordnet seg så de kunne jobbe nokså tett opp til termin og fikk dermed lengre permisjonstid etterpå. Da de kom tilbake, fikk de reduserte stillinger hvis de ønsket det.

– Vi amma vi også. Men vi fikk ingen ammepauser, og måtte gå på jobb med brystsprenge, minnes Otterlei.

Hun jobbet på lungeavdelingen på samme sykehus da barna kom, og ordnet seg ganske praktisk ved å dele en full stilling med en kollega som også hadde fått barn. Dermed kunne de passe hverandres barn ved behov.

## Kreft

Fra 1967 til i dag har antall mennesker som får kreft per år mer enn fordoblet seg i Norge. Tallene viser antall nye krefttilfeller per 100 000 innbyggere i 1967 og i dag\*.

|                        | 1967       |            | 2007       |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|
|                        | MENN       | KVINNER    | MENN       | KVINNER    |
| Tykktarmskreft         | 20         | 22         | 46         | 50         |
| Hud- og føflekk-kreft  | 10         | 8          | 54         | 53         |
| Lungekreft             | 26         | 7          | 58         | 39         |
| Gynekologisk kreft     |            | 56         |            | 81         |
| Brystkreft             |            | 63         |            | 119        |
| Prostata-kreft         | 52         |            | 158        |            |
| <b>Alle krefttyper</b> | <b>274</b> | <b>273</b> | <b>552</b> | <b>493</b> |

\*) Tallene er hentet fra 2005. Kilde: Kreftregisteret





# Donacom<sup>®</sup>

*Original glukosamin sulfat 1500 mg*

- ✓ er et legemiddel for lindring av symptomer ved mild til moderat kneartrose<sup>1</sup>
- ✓ er det eneste høydoserte glukosamin sulfat med dosering 1 gang daglig<sup>1</sup>
- ✓ er et pulver med nøytral smak som lett løses opp i vann

Referanser:

1. Felleskatalogen 2006



*En gang pr. dag -  
1500 mg i pulverform!*

Se preparatomtale side 91



**ALGOL**  
PHARMA

*Legemiddelfirmaet Algol Pharma AS startet opp sin virksomhet i Norge 2006. Algol er et finsk selskap som ble etablert i 1894.*



# Første reis

Da Birgit Solem Weinholdt var ferdig sykepleier, dro hun rett på cruise.

Året før, i 1966, hadde hun fått et brev: Hun kunne mønstre på Black Prince 2. september 1967.

## Olsens livlege

Det hadde seg sånn: Livlegen til rederen Thomas Olsen kjente Birgits foreldre. I 1964 ringer han og spør Birgits mor om hun vil være sykepleier for Olsen på hans private kanariøy, Gomera. På Gomera nevner hun for rederen at datteren går sykepleien. «Hun kan bli med på et av våre skip», foreslår han. Og allerede året etter, i 1966, ringer rederiet til Birgit. Men hun vil først gjøre ferdig skolen. «Kom tilbake om et år», ber hun.

## Eneste sykepleier

I 1967 er Black Prince ett år gammel. Høst, vinter og vår tar den cruisepassasjerer mellom London, Madeira, Kanariøyene og Lanzarote. Om sommeren er den bilferge.

Som cruiseskip tar den 350 passasjerer og et mannskap på 150. Birgit er eneste sykepleier. I tillegg er det med en lege, som oftest en ny for hvert cruise.

På båten har hun et lite kontor, med undersøkelsesbenk, skrivebord og medisinskapp.

Birgit er 22 år, og føler seg heldig. Men er hun kompetent nok? Hun føler hun har lært mye på tre års sykepleierskole. Som elever ble de dyttet ut i praksis og lærte å ta ansvar. Hun tenker: «Jeg får gjøre så godt jeg kan».

## Dødsfall

Første møte med passasjerene, altså potensielle pasienter, er når de går om bord. Da står Birgit sammen med kaptein og mannskap og tar imot. Hun ser passasjerene litt an. En del er yngre, det er barnefamilier, og en del eldre. Noen ganger tenker hun i sitt stille sinn: «Herlighet. Hvordan skal dette gå?» Som regel går det. Men hun husker en eldre mann i rullestol som hadde spart lenge til å reise på cruise, og som døde halvveis. Hun opplever et dødsfall til, men det



## – Båten var et isolert samfunn.

er uten dramatikk. Det går stille og rolig for seg.

### Offiser om bord

Ombord har Birgit offisers rang. Hun spiser på øverste dekk og bor sammen med passasjerene. En av de første dagene blir hun kalt til overstuerten, og «som en erfaren person som vil dele noen råd» ber hun Birgit om ikke å blande seg med de «nederste» på båten. Som stuepiker og matroser. Det provoserer Birgit, som er oppdratt og utdannet i en ånd av likeverd. Så hun har litt kontakt med dem, likevel.

### Gonoré

Egentlig er hun på jobb 24 timer i døgnet; hun kan tilkalles når som helst. Hun bruker gjerne hvit uniform med hette til. Kontortid har hun noen timer hver dag. Hun skifter på sår og gir blant annet tabletter mot hodepine. Iblant må hun administrere medisin mot gonoré. Det er gjerne mannskap som har vært i land på horehus. Noen kommer slukøret tilbake og er smittet på nytt. «Nå må dere skjerpe dere», sier Birgit. «Men hva skal vi gjøre, da», undrer de.

Passasjerene er britiske. Det samme er legene. Men mannskapet er blant annet fra Norge, Polen, Tyskland, Marokko, England og Italia. Språket er som oftest engelsk. Det går greit.

Birgit har fri kost og losji, og får utbetalt rundt 700 kroner i måneden. Noen ganger får hun tips. Når legene tar imot pasienter, får de betalt for konsultasjonen. Noen deler pengene med Birgit, andre kjøper en gave til henne, for eksempel et skjerf eller parfyme.

### Kvalm reise

Det er uvær som skaper mest arbeid. En gang er det så ille at spisesalen er tom. Alle passasjerene ligger strødd. Selv er Birgit lite vant med båtliv, men hun klarer seg fint. Hun lærer seg å ikke være redd for å bli kvalm. Men hun husker et ungt par på bryllupsreise. De er så flotte der de går om bord, med hele slekta på kaia som vinker dem av gårde. Men allerede på vei ut fra London blåser det opp til uvær. Brudeparet ringer på, fortvilet og dårlige. De får ikke i seg noen ting. Birgit gir medisiner, de får diett fra kjøkkenet, men er like elendige. På Kanariøyene blir været bedre, og de kvikner litt til, men på veien tilbake slår uværet dem ut igjen. De er likbleke og grønne. Birgit synes så synd på dem. De hadde nok ønsket andre opplevelser på bryllupsreisen sin.

Men det er også flotte dager. Når solen skinner og de kan sole seg på dekk. Der er det også eget rom for ansatte. Om kvelden er Birgit ofte i offisersmessen, og spiller bridge og sjakk. Ved et heldig sammentreff jobber søsteren hennes for den norske konsulen på Tenerife, og de treffes hver fjortende dag.

### Mønstret av

Etter ni måneder er Birgit forsynt med sjølivet. Hun går i land, og jobber pliktåret sitt på en medisinsk avdeling. I 1970 blir hun helsesøster. Hun har aldri siden reist ut som sykepleier. Men søsteren giftet seg med en spanjol, og gjennom henne holder Birgit stadig god kontakt med Spania.

På kjøkkenet i Sagdalen like



IKKE DÅRLIG: I uvær lå passasjerene strødd. Birgit Solem Weinholdt holdt seg på bena.

ved Lillestrøm i Akershus, viser hun bilder fra tiden på Black Prince.

– Det var spennende, sier hun og tenker tilbake.

– Det åpnet seg en helt ny verden. Fra før hadde jeg bare vært i Sverige og Danmark, aldri i varmere strøk. Å få reise så langt var helt uvirkelig. I tillegg ble jeg tatt vel imot.

– Hvordan så passasjerene på sykepleieren om bord?

– De følte seg nok trygge ved at jeg var der.

– Noe ved sjølivet du ikke likte?

– Nei. Men jeg ønsket aldri en periode til. Jeg ville ha flere utfordringer, sier Birgit Solem Weinholdt i november 2007.

### Black Prince



41 ÅR TIL SJØS: Black Prince eies av Fred. Olsen Cruise Lines.

Sjø satt i 1966, og var først kombinert cruiseskip/kjøleskip mellom september og juni, bilferge om sommeren. Er i dag et rent cruiseskip. Seiler fremdeles med en lege og en sykepleier, men i dag rekrutteres sykepleierne først og fremst fra England.

### Sykepleiere til utlandet:

1967

Reiste ut på cruisebåt, som flyvertinner, med forsvar, for å misjonere.

2007

I tillegg reiser de nå ut med hjelpe- og bistandsorganisasjoner. De jobber på norske sykehjem i Spania. Behandlingsreiser. Norske sykepleiere får autorisasjon i alle EØS-land.

Kilde: Mette Høiland og Per Godtland Kristensen, NSF



# – Over gjennomsnittet

# aktive

– Sykepleierne i 1967-kullet har vært mer yrkesaktive enn mange av sine jevnaldrende, tror forsker Bente Abrahamsen.

Abrahamsen har i mange år forsket på sykepleierne og deres yrkesaktivitet. Hun er nå tilknyttet Høgskolen i Oslo.

– *Hva påvirker sykepleiernes yrkesdeltakelse?*

– Generelle holdninger til kvinners – og mødres – yrkesdeltakelse. Velferdsordninger som fødselspermisjon og barnehage. De muligheter kvinnene har i yrket til å kombinere arbeid og familie.

– *Er Trondheims-sykepleierne typiske for sin tid?*

– Som mange andre kvinner i sin generasjon har sykepleierne i 1967-kullet arbeidet både heltid og deltid og hatt noen års avbrekk fra arbeidslivet i forbindelse med fødsler og omsorg for små barn.

Trondheims-sykepleierne har i

gjennomsnitt 20 år med deltidsarbeid, 17 år med heltidsarbeid og vel 3 år ute av arbeidslivet. (Se figur side 47.)

– *Mye deltid, synes du?*

– Et arbeidstidsmønster med mer deltid enn heltid og noen år ute av arbeidslivet er typisk for denne generasjonen av kvinner. Disse sykepleierne har nok vært mer yrkesaktive enn flertallet av sine jevnaldrende. Det vanlige er at den samlede yrkesinnsatsen er cirka halvparten av det den ville vært dersom sykepleierne hadde arbeidet heltid i hele sin yrkesaktive periode. Den gang som nå er det vanlig at jo mer utdanning kvinnene har, jo høyere er yrkesdeltakelsen.

– *Hva med unge sykepleiere i dag?*

– Vi ser en klar tendens til høyere yrkesdeltakelse blant yngre sykepleiere. Men fremdeles er deltidarbeid vanlig. Over halvparten av norske sykepleiere arbeider deltid. De fleste går inn i en heltidsstilling etter fullført utdanning, men også i dag er det vanlig å redusere arbeidstiden når de får sitt første, eventuelt sitt andre barn. Sykepleiere

arbeider mer deltid enn andre kvinner med tilsvarende utdanningsnivå.

– *Mye ufrivillig deltid?*

– For få heltidsstillinger er blitt et problem. Vi vet at mange sykepleiere ikke får den stillingsbrøken de ønsker seg. Ved å ta ekstravakter oppnår likevel de fleste den arbeidstiden de ønsker seg. Tre år etter fullført

## Heltid/deltid:

1967

Lett å få heltidsstilling for den som ville, men de fleste jobbet deltid.

2007

Vanskelig å få full stilling for nyutdannede. Retten til full stilling er en politisk kampsak. Flere jobber heltid, men fortsatt jobber sykepleiere mye deltid (60 prosent).



FORSKER Bente Abrahamsen ved Høgskolen i Oslo vet mye om sykepleiere.



utdanning ønsker 5 prosent å jobbe flere timer.

– *De fleste i 1967-kullet var bare 22 år gamle da de ble sykepleiere?*

– Det var ikke krav om gymnas den gangen. I dag er de nyutdannede minst fem år eldre. Det er blitt en mye sterkere polarisering: Mange er over 30 år når de begynner på utdanning,

og mange kommer rett fra videregående. Mellomgruppen er blitt mindre enn før.

– *Skifter sykepleierne yrke?*

– Flere studier viser at svært få sykepleiere går over i andre yrker. Denne tendensen ser ut til å fortsette også blant yngre sykepleiere. En viktig årsak til stor stabilitet er nok som sykepleierne i 67-kullet peker på, gode

utviklingsmuligheter innenfor sykepleieryrket. Nesten samtlige av sykepleierne i dette kullet har tatt videreutdanning, og relativt mange har videreutdannet seg innenfor ledelse. Det antyder at mange har gått inn i stillinger med lederansvar.

## – Avhengige av hverandre

Kvinnefelleskap og avhengighet. På godt og vondt. Slikt interesserer sykepleier Jenny-Anne Sigstad Lie når hun tar forskerhatten på og studerer sine egne kolleger.



Jenny-Anne Sigstad Lie (bildet) har doktorgrad om kreftrisiko hos norske sykepleiere, særlig koplet til nattarbeid. Hun er opptatt av jobbeksponering, arv og livsstil, og arbeider nå ved Statens arbeidsmiljøinstitutt.

– *Hva tenker du når du leser om 1967-sykepleierne?*

– Dette kullet bodde på internat og delte rom. De fungerte som familie og kolleger, og de kunne bearbeide jobbopplevelser sammen. Jeg vet ikke om andre kvinneutdanninger hadde tilsvarende opplegg. 20 år tidligere, da gifte kvinner ikke kunne jobbe som sykepleiere, bodde sykepleierne på den måten også etter at de var ferdig utdannet.

– *Noen andre assosiasjoner?*

– Vaktssystemene. I alle år har sykepleierne jobbet turnus, med vakter både dag, kveld og natt, og hver andre eller hver tredje helg. Dette gjør det vanskelig å delta i det sosiale liv på samme måte som folk som bare jobber dagtid.

– *Mange belastninger?*

– I dette yrket fører ofte syk-

domsfravær eller annet fravær til økt arbeidsbelastning for kollegene. Siden de fleste sykepleierne er kvinner, blir det et fellesskap av kvinner som er avhengige av hverandre på godt og vondt.

– *Vil du si at sykepleie er et sunt yrke?*

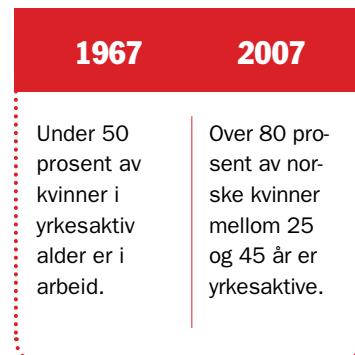
– Umiddelbart vil jeg si ja. Jeg tenker på hvor meningsfylt det kan være, sykepleierne forholder seg til mennesker i alle livsfaser. Dessuten er sykepleierne i fysisk bevegelse, og de er skolert i og opptatt av helse. Så kan det på den annen side selvfølgelig være usunt på grunn av tunge løft og underbemanning.

– *1967 til 2007, hvilke endringer faller deg først inn?*

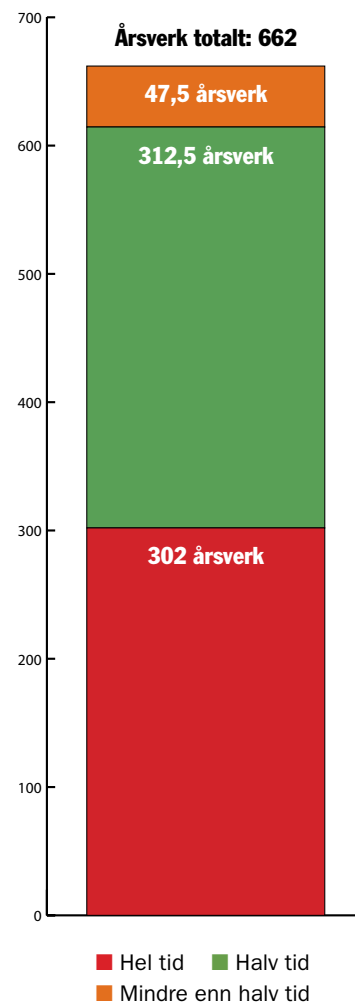
– Jeg har selv erfart at det er blitt et økt press på sykepleierne. Det dreier seg mer om økonomiske rammer. Liggetiden på sykehuse er blitt kortere. Det kan bety økt belastning for pasientene og mer administrasjon. Begge deler påvirker sykepleiernes arbeid.

tekst **Marit Fonn** foto **Kreftregisteret**

### Yrkesdeltakelse:



## Hvor mye har de jobbet?



Tallene er basert på data fra 18 av sykepleierne i 1967-kullet, samlet inn av Mette Holme Ingeberg (se side 30.)



# Faget som **forsvant**

LØRENSKOG: For å gjøre det usynlige synlig, trengtes sykepleiere. Helt til radiografene overtok.

– Ører var det vanskeligste, sier Kirsti Bergh etter en liten tenkepause.

– Vi måtte vinkle dem for å få gode bilder av det indre øret.

## På røntgen

På røntgenavdelingen i fjerde etasje på Akershus universitetssykehus (Ahus) fins maskiner som gjennomlyser alle kroppens krinkler og kroker. Dette er radiologenes og radiografenes domene, men en gang var også sykepleiere en selvfølge her oppe.

Kirsti Bergh begynte å jobbe som røntgen­sykepleier i 1970.

## Flere bilder

– Jeg fikk anbefalt røntgen, fordi det var så bra her, forteller hun og smiler stort.

Da Kirsti Bergh var ferdig sykepleier, jobbet hun plikttåret og ett år til på kirurgen på Ahus,

før hun var ett år på et epidemisykehus i Stockholm. Tilbake på Ahus ble hun snart elev på røntgen.

– Vi var fire elever og hadde ett års opplæring, med lønn.

– *Hvordan var holdningen til å jobbe her den gangen?*

– Noen syntes det var litt skummelt, men vi lærte å beskytte oss. Det var jo mange som hadde jobbet med røntgen i flere år, og det hadde gått bra. Jeg var ikke redd.

## Også omsorg

Elevene ble først lært opp i å ta skjelletterøntgen.

– Vi tok bildene. Den gangen tok vi flere vanlige røntgenbilder enn vi gjør i dag. Vi hadde verken MR eller CT.

Teknikken bak CT (computertomografi) ble funnet opp i 1972, teknikken bak MR (mag-

netiskresonanstomografi) i 1973. For eksempel er ikke det indre øret så vanskelig å få gode bilder av lenger, for nå tas de med CT.

I Norge ble det første røntgenbildet tatt i 1896, og det første røntgenapparatet anskaffet i 1897, på Diakonisse-anstaltens Sykehus i Oslo. I begynnelsen håndterte ufaglærte assistenter apparatene, men utover 1930-tallet økte behovet for kompetanse, og sykepleierne ble rekruttert til røntgen. Røntgen­sykepleie ble et eget fagfelt med sykehusinterne etterutdanninger.

– Vi hentet pasientene på venterommet, snakket med dem og tok bildene, husker Bergh.

– Det var egentlig en selvstendig jobb. Og vaktbelastningen var mindre enn på sengepost. Men å gi omsorg var like viktig her som der.

## Wilhelm Conrad Röntgen

Oppdaget røntgenstrålene i 1895, noe som innkasserte ham den første Nobelprisen i fysikk i 1901. Skjønnte først ikke hva han oppdaget, og kalte strålene for X-Strahlen (ukjente stråler).





FREMDELES PÅ RØNTGEN: På Akershus universitetssykehus er Kirsti Bergh en av tre røntgensykepleiere.

### Må være rask

– Også på røntgen har man behov for å være pasient, påpeker hun.

– Det handler ikke bare om å få tatt bilder. Mange som kommer hit er bekymret for hva bildene vil vise. Og etter å ha vært her, får de svaret, på godt og vondt. Men vi må alltid se an hva pasienten trenger. Noen ganger, som ved akutte skader, er det aller viktigste å være rask, så de kan få behandling fort.

I løpet av sine 37 år på røntgen har hun både vært avdelings- sykepleier og hatt ansvar for angiologaben.

### Store forandringer

Da Kirsti Bergh begynte, var det nesten bare sykepleiere her. Nå er det nesten bare radiografer. Den første norske radiografutdanningen ble opprettet i 1969,

og da het faget røntgenografi. Fra 1974 har det het radiografi. Det var stadige nyvinninger innenfor teknikk, farmasi og medisin som banet vei for en helt ny profesjon. Radiografi har vært høyskoleutdanning fra 1987, og i dag fins også videreutdanninger for radiografer, som digital bildebehandling og angiografi.

De fleste røntgensykepleierne tok kurs eller fikk overgangsordninger så de ble autoriserte radiografer. Det gjorde også Kirsti Bergh, men skiltet på brystet sier likevel sykepleier.

– *Gikk noe tapt?*

– Jeg vet ikke. Det er uansett veldig personavhengig hvordan du utvikler deg som sykepleier eller radiograf.

### – Radiografene flinke

– *Det beste med jobben?*

– God kontakt med pasientene.

Og når pasientene får beskjed om at bildene vi tok ikke viste noe galt.

– *Det verste?*

– Egentlig ingenting.

– *En skjellsettende opplevelse?*

– Tja. Én gang var det litt nifst: Før fremkalte vi bildene i mørkerom. En kveld var det noe galt med dørhåndtaket, så jeg ikke kom meg ut. Jeg ropte om hjelp, og heldigvis var det en som hørte meg.

– *Synd at faget forsvant?*

– Ja, det var en epoke i livet mitt. Men jeg må si at radiografene er veldig flinke. Faget utvikler seg, og det er viktig å holde seg oppdatert. Men det å sette seg inn i pasientens behov på røntgen er like viktig.

Kilder: Norsk Radiografafforbund

### Røntgenundersøkelser:

1967

2007

Røntgen  
Gjennomlysning  
(Levende røntgenbilder, for eksempel av magesekk og tarmen)

Røntgen  
Gjennomlysning  
CT  
MR  
Ultralyd  
Digitale bilder  
Intervensjon  
Kombinasjon av konvensjonelle undersøkelser og røntgenteknikk.

Kilde: Viggo Kristensen



# Fremdeles under utdanning

Sykepleier, helsesøster, lederutdanning og snart ferdig master. Sissel Jacobsen får ikke nok.



RASTLØS SJEL: I ti måneder jobbet Sissel Jacobsen i barnehage. – Fantastisk, synes hun.

– Jeg blir ferdig, altså. Planen nå er å sende oppgaven til veileder, få den godkjent og så levere.

Sissel Jacobsen er travelt opptatt med jobben som rådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet, men har jevnlig tatt turen til Sverige, der hun har bodd på hybel og studert på Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. Der avslutter hun snart en master i helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge.

## Evaluerer kunnskap

– *Hva fikk deg til å gå løs på dette?*

– Lyst til å lære mer. Jeg er opptatt av å oppdatere og utvide kunnskapen min. Og så hang det sammen med at jeg gikk fra jobb som ledende helsesøster til rådgiver i departementet, sier Jacobsen.

Idéen om master slo rot i 1993, etter å ha tatt lederutdanning ved NKI.

– Veilederen min sa: «Ja, ja, da blir vel det neste at du begynner på Hälsovårdshögskolan i Göteborg.» «Ja, da gjør jeg vel det»,

tenkte jeg. Men det tok noen år.

Hun begynte i 2002. I masteroppgaven evaluerer hun kunnskapsnivået hos jordmødre og helsesøstre før og etter at de har tatt etterutdanning i samliv, seksualitet og prevensjon for å få forskrivingsrett for p-piller til jenter i alderen 16 til og med 19 år.

## Bestemmer selv

Jacobsen følger lystprinsippet.

– Jeg har selv valgt å studere over tid, og har tatt ulike kurs når det har passet.

Når hun har vært i Göteborg, har hun hatt permisjon med lønn fra arbeidsgiver.

– *Hva er best med å studere?*

– Å treffe andre studenter og å diskutere fag. Den faglige bredden blant studentene er stor, både når det gjelder utdanning og praksis. Jeg er veldig opptatt av tverrfaglig samarbeid, og har de beste erfaringer med det fra praksisfeltet.

– *Mest utfordrende?*

– Innimellom blir man jo sliten. Det mest positive er at jeg har tatt dette over tid. På den måten

har jeg ikke vært så lenge borte fra jobben i departementet av gangen, og det er morsomt å studere. Du kan si jeg får med meg høydepunktene begge steder.

## Studieplaner: Barnebar

– *Hvordan er det å studere i 2007 i forhold til i 1967?*

– Vil jo si at sykepleieskolen på den tiden var kunnskapsorientert. Vi skulle huske og gjengi det vi lærte. Men det måtte kanskje være sånn i fag som for eksempel anatomi og fysiologi. Jeg var fornøyd. Vi lærte mye. I Gøte-

borg er det en annen tilnærming, med folkehelseperspektivet som overordnet tema. Jeg synes sykepleien var god grunnutdanning og helsesøsterskolen god videreutdanning, men for å jobbe i departementet er master fin påfylling. All utdanningen min har vært nyttig til sin tid.

– *Videre studieplaner?*

– Nå har jeg sagt til meg selv: Vær mest mulig bestemor. Og så skal jeg trene, trene og trene. Sykle! Til sommeren planlegger vi sykkeltur i Italia. Så svaret er nei.

## Videre- og etterutdanning:

1967

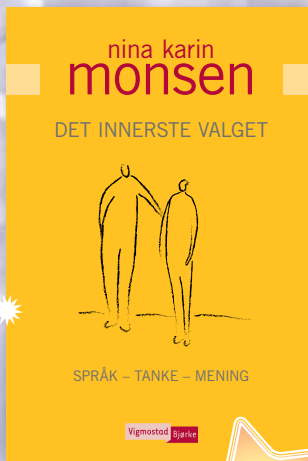
Fagskoler. Elevstatus. Tilknytning til elevhjem og sykehus. Videreutdanning til blant annet jordmor, helsesøster og lærer.

2007

Høgskoler. Studentstatus. Tilknytning til høgskolen. Bachelor i sykepleie, som kan bygges ut til master- og doktorgrad. Videre- og etterutdanninger på høgskole- og universitetsnivå.



# Gode julegaveidéer!



9788241904851

Kr 349,-

**Nina Karin Monsen**  
**DET INNERSTE VALGET**  
Språk - tanke - mening

En bok som handler om hvordan vi tenker, hvorfor vi tenker som vi gjør, og hvordan vi kan påvirke våre egne tenkemåter.



9788241904875

Kr 249,-

**Bjørn Bjorvatn**  
**BEDRE SØVN**  
En håndbok for deg som sover dårlig

Sliter du med søvnen, er det hjelp å få. I Bedre søvn får du kunnskap og gode råd - målet er at søvnproblemene skal reduseres eller forsvinne helt.



9788241904097

Kr 398,-

**Trond Kristoffersen**  
**DET BLOMSTRENDE FJELLET**

Ta turen til fjells - senk blikket - nyt utsikten! Det blomstrende fjellet er en bruksvennlig håndbok med over 200 planter som finnes i vår norske fjellnatur.



9788241904882

Kr 348,-

**Mona Mathisen og Ann Sissel Jenssen**  
**OPP AV SOFAEN**

En bok som handler om hvordan to helt vanlige damer klarer å målrette kampen mot elementene på hjemmebane for å realisere drømmen sin.

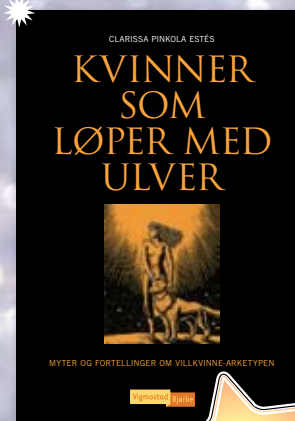


9788241904714

Kr 279,-

**Hans Petter Treider**  
**PROVENCE FOR LIVSNYTERE**

Vil du vite veien til de frodigste markedene, de deiligste spisestedene og de mest pittoreske landsbyene? Her finner du små og store perler, som oftest et godt olivesteinkast unna turiststrømmen.



9788241904776

Kr 298,-

**Clarissa Pinkola Estés**  
**KVINNER SOM LØPER MED ULVER**  
Myter og fortellinger om Villkvinne-arketypen

I *Kvinner som løper med ulver* gir forfatteren oss fortellingene våre formødre ga til oss, de urgamle kilder til innsikt som fungerer som veivisere på en sti til selvinnsikt.

Vigmostad Bjørke



# Et yrke i arv

Moren storkoser seg som sykepleier på Stranda. Datteren i Bærum angrer på at hun valgte sykepleien.

– Et kjempeyrke, slår Bjørg Helsem fast.

Helsem fra Sykkylven havnet på Stranda, mannens hjembygd, i 1970. Men først var hun tre år i Ålesund, inkludert pliktåret. På Stranda er hun nå enhetsleder i kommunen med ansvar for pleie og omsorg.

– Har tenkt på å slutte mange ganger, men jeg er jo så glad i yrket og i dem jeg jobber med, sier

hun på mobiltelefon, mens hun er i ferd med å gå fra jobben.

Hun er stadig på farten og besøker institusjonene sine.

– Så yrkesvalget var riktig?

– Åja, jeg er glad for det.

Veldig, veldig glad, sprudler hun og minnes at det sto mellom lærer eller sykepleier.

– Tror jeg valgte det rette. Til tross for politikerne som kommer med alle kvalitetsreformene sine

– uten å gi mer penger. De lover og lyger.

Hun har prøvd seg som politiker hun også, for Høyre. To perioder i kommunestyret.

– Men det var vanskelig å være både leder og politiker. Det var noe med bukken og havresekken.

## Frarådet datteren

Helsem har en sønn på 34 og en datter på 30. Han jobber i en sjømatbedrift, hun har gjort som mor.

– Men jeg tror ikke hun er glad for å være sykepleier, altså. Hun liker ikke å gå vakter. Jeg frarådet henne: «Vær så snill, ikke gjør det, gjør noe annet.»

– Men du elsker jo yrket???

– Jo, men de har hatt en mor som har hatt bakvakter hele livet deres. Jeg ble vekket om natten og måtte av gårde. Når Kari Anne først valgte sykepleierskolen, ble jeg jo glad da hun begynte akkurat i Trondheim. Men så sluttet hun der og fortsatte i Oslo, på Ullevål.

SKAL BLI INGENIØR: Kari Anne Helsem irriterer seg over den lave sykepleierlønnen. Men det går ikke ut over Hedda, som skal bli ingeniør, mener mor.

## Mor hadde rett

– Det stemmer. Hun frarådet meg. Og hun fikk rett.

På like klingende sunnmørsk som sin mor bekrefter Kari Anne Helsem historien.

Hun er hjemme i Bærum utenfor Oslo. I bakgrunnen pludrer neste generasjon. Hedda er fem måneder.

Allerede som 16-åring tok hun vakter på morens sykehjem.

– Hvorfor hørte du ikke på henne?

– Det var jo litt rart; hun selv syntes yrket var fantastisk. Jeg ble vel nysgjerrig. Jeg tenkte: «Ja, ja, det går nok bra. Dårlig lønn? Neida, pyttssan.» Kanskje jeg måtte bli sykepleier fordi hun sa jeg ikke skulle – «ikke gjør som morra di sier».

Kari Anne ble sykepleier i 2001. Hun begynte å jobbe på Ullevål sykehus.

– Grunnlønnen for tredelt turnus var 168 000. «Hva har jeg gjort?» tenkte jeg. Det var jo ikke mer enn jeg fikk da jeg jobbet som sentralborddame.

Hun var på hjerte-thorax-avdelingen.

– Pappa er hjerteoperert, og jeg





STRANDA: Stadig full fart på Bjørg Helsem. Men orker hun sju år til som leder?

involverte meg for mye med pasientene. Jeg skulle jo bli adoptert av samtlige. Det ble slitsomt.

Men først og fremst slet hun med nattevaktene. Etter ett år i turnus skiftet hun til dagjobb på en privateid klinikk for allergi- og lungesykdommer.

– Jeg var heldig, sånne jobber vokser ikke på trær.

– Ikke så verst yrke likevel?

– Nei. Lønnen har økt litt også. Jeg blir mer sett som sykepleier her, og det er blitt mer kurs, også i utlandet. Det er fint.

#### Irriterende lønn

– Blir du gammel i yrket?

– Nei, jeg går ikke i fotsporene til mor. Skal jeg det, må lønnen opp. I hvert fall til en grunnlønn på 450 000.

Hun ler. Et slikt lønnsnivå er helt urealistisk. Men så får hun et erkjennelsens øyeblikk: Hun trives i selve yrket, liker å holde på med mennesker.

– Du skal bare se at jeg blir værende. Så kan jeg gå rundt og irritere meg over den lave lønnen.

Hun tror det er fordi hun har svangerskapspermisjon at hun

funderer litt ekstra på hva hun vil og ikke vil.

– Mamma er litt bedre betalt. Og så er hun litt mer omsorgsfull enn meg. Den gode gamle sorten.

– Er deltid noe for deg?

– Nei. Jeg er nødt til å ha noe å gjøre. Mamma har alltid jobbet mye. Vi er veldig energiske personer. Hvis jeg jobbet deltid, ville jeg vel skadet både mann og barn. Ha-ha.

– Mamma har jobbet for mye. Trengtes det folk om natten, stilte hun alltid opp. Men på Stranda er det jo ikke så mange sykepleiere.

Kari Anne kjenner tre sykepleiere som allerede har forlatt yrket og blitt legemiddelkonsulenter. Ellers er vennene hennes blitt siviløkonomer, sivilingeniører og har gått på BI.

– Jeg skulle kanskje ha gjort det samme. Men jeg skal uansett ikke skifte jobb med det første. Kan hende jeg blir helsesøster. Da kan jeg jo jobbe dagtid.

Helsem junior synes kombinasjonen sykepleier og sunnmøring klinger godt.

– Vi kan brukes til så mangt. Hva datteren Hedda Helsem-

Østerhus skal bli?

– Hun skal bli sivilingeniør på NTNU. I Trondheim, slår moren fast.

#### – Som søsken

På Stranda må ikke mor opp om natten lenger. Bjørg Helsem hadde bakvakt og beredskapsvakt på Solbakken sykehjem fra 1982 til 1999, men 63-åringen ser positivt på det.

– Jeg var alene sykepleier på «ditta» huset, sier sunnmøringen.

– Det var artig. Jeg liker full fart. Jeg liker pasienter. Til og med pårørende liker jeg.

Men å holde tempoet i sju år til, vil bli i meste laget. Det er krevende å være leder.

– Jeg gjør så godt jeg kan. Må skaffe personell hele tiden. Det skal beholdes og utdannes også, og jeg må passe på at driften er forsvarlig.

Hun viser til sykepleierens særaldersgrense på 65 år, som ikke gjelder ledere. Her har Sykepleierforbundet en jobb å gjøre, mener hun.

– NSF kan ikke mene at lederne skal sitte til de er 70 år og gå av med rullator? Det vil bli trist

#### Antall barn per kvinne:

| 1967   | 2007  |
|--|---|
| 2,7<br>(Antall barn hver kvinne kommer til å føde, tall for 1966-70) | 1,9<br>(Antall barn hver kvinne kommer til å føde, tall for 2006) |

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

#### Alder ved første fødsel:

| 1967  | 2007   |
|---|--|
| 23,6 år<br>(Førstefødsler i ekteskap, tall for 1966-1970) | 28,1 år<br>(Alle førstefødsler, tall for 2006) |

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

for ungdommene her hvis de må hjelpe meg til jeg er så gammel.

Sine medkullinger kaller hun en flott gjeng med et enestående samhold.

– Vi er som en søskenflokk. De har vært gode å ha, jeg bruker noen av dem som rådgivere av og til. Jeg tror de som går ut av dagens sykepleierfabrikker vil savne den kontakten.

**Vil du dele DIN historie fra skoletiden med sykepleiens lesere?  
Skriv til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no)**



# Juletilbud

Nå kan du få tjenesten NetCom Venner kostnadsfritt frem til 1. juli ved kjøp av nytt abonnement eller oppgradering av eksisterende abonnement. Dermed kan du ringe 1,2 millioner NetCom kunder for 0,- i minuttet. Startprisen er 0,69,-

Tilbudet gjelder ved nytegning/oppgradering av SuperTalk, ActiveTalk, FreeText eller SmartTalk.

## Årlig rabatt

Husk at du som medlem av Norsk Sykepleierforbund alltid får fri etablering, og en årlig rabatt på ditt mobilabonnement.

### SuperTalk

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| Månedspris                     | 129,- |
| Minuttpris<br>NetCom-kunder    | 0,39  |
| Minuttpris<br>andre operatører | 0,99  |
| SMS                            | 0,69  |
| MMS                            | 1,99  |

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,69

Årlig rabatt:  
**÷540,-**

### FreeText

|            |       |
|------------|-------|
| Månedspris | 289,- |
| Minuttpris | 0,89  |
| SMS        | 0,-   |
| MMS        | 0,-   |
| Messenger  | 0,-   |

Gjelder i Norge. Startpris kr 0,69 per samtale

Årlig rabatt:  
**÷540,-**

### ActiveTalk

|            |       |
|------------|-------|
| Månedspris | 129,- |
| Minuttpris | 0,89  |
| SMS        | 0,69  |
| MMS        | 1,99  |

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,59

Årlig rabatt:  
**÷540,-**

### SmartTalk

|            |      |
|------------|------|
| Månedspris | 0,-  |
| Minuttpris | 0,54 |
| SMS        | 0,59 |
| MMS        | 1,99 |

• Abonnementet forutsetter eFaktura  
• Minimumsfakturerings per måned på kr 99,-  
Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,69

Årlig rabatt:  
**÷200,-**



Vi har mange gode telefontilbud i vår webshop akkurat nå:

[organisasjon.netcom.no/nsf](http://organisasjon.netcom.no/nsf)

For mer informasjon ring: 22 04 31 09

**Ærlig  
talt**





## Barth Tholens om å legge seg flat

**Stilling:** Redaktør i Sykepleien

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



# Deilig er jorden – særlig uten bortforklaringer

Noen ganger går alt på trynet. Da hjelper det ikke å ta en Valla.

Samme hva mødre sier – vi er ikke født perfekte. Merkelig nok har de som ikke har skjønt det, en lei tendens til å bli ledere i store offentlige virksomheter. For dem kan det være vondt å få den ubehagelige sannheten i fleisen. Når selvbildet perfekte ledere plutselig befinner seg midt i en åpenbar fiasko, er det tid for selvransakelse.

øvelsen nesten alltid med at den ansvarlige «legger seg flat» for kritikken. Alle skjønner nå at lederen hater at saken i det hele tatt har kommet ut. Men utad formidles det inntrykket at virksomheten nå seriøst vil «gå gjennom sine rutiner for å unngå at dette skjer igjen».

Sist vi var vitne til en slik

gå inn i seg selv. Alle som jobber i den kommunale eldreomsorgen vet at forholdene på sykehjem mange steder ikke er optimale. Men da NRK begynte å snoke rundt på trimrommet på et sykehjem i Kongsberg, var skandalen plutselig et ubehagelig faktum. Helseministeren forsøkte først, i ren refleks, å gi kommunene skyl-

sprakk i full offentlighet. Ullevål trengte faktisk flere uker med «interne undersøkelser» før de kom til den opplagte konklusjonen at ambulanspersonalet ikke hadde opptrådt korrekt da de lot en skadet somalier ligge igjen i en park i Oslo. At Strand brukte så lang tid, talte absolutt ikke til hennes fordel. Det var ikke en Valla, men langt unna var det ikke.

Helsetjenestene er en stor arena hvor det er lett å trække feil. Overalt ser vi potensielle bomber, klare til å eksplodere i fanget til dem som nettopp har som jobb å framstå som vellykket. Er du direktør på et helseforetak, er det din fordømte plikt å gi de ansatte tro på at de er en del av en suksesshistorie. Kanskje er det derfor mange ledere har en liten Valla i seg? Når selvbildet alltid har vært knyttet til suksess, kan det å mislykkes være som et uoverstigelig fjell.

Skulle jeg ønske meg noe til jul, er det ledere som kan peke på seg selv og si: Dette var fryktelig dumt gjort. Jeg er en dust som ikke skjønnte alvoret! Jeg kom til kort og det er min egen skyld.

Historiens mest kjente bortforklaring hadde kanskje jomfru Maria. Hun pekte sågar på en engel som forklaring på at hun ble gravid utenfor ekteskapet. Hun sto på sitt og kom, i motsetning til Valla, godt ut av det. Men ikke alle kan regne med like bra respons. Det var tross alt lenge før tabloidene kom på gata.

God jul!



Den bruker enkelte mye tid på.

Selvransakelse er en øvelse hvor «synderen» først er fryktelig overrasket over at det er blitt avslørt en fiasko som vedkommende selv har visst om lenge. Lederen skjønner liksom ingenting. Når denne taktikken ikke lenger virker fordi fakta taler for seg, innledes en fase hvor de involverte skal gjøre «undersøkelser» for å forklare fiaskoen. Dette høres fint ut, men går i korte trekk ut på at man bruker noen dager på å bestemme seg for hvor mye man har å tape på å fortelle sannheten. Til slutt ender

selvransakelse, var da fire kraftkommuner rotet seg bort i et hårreisende opplegg anbefalt av Terra Securities. Kommunens omsorgstjenester står i fare for å bli desimert som følge av transaksjonene. Men etter å ha undersøkt og ransaket seg selv en stund, kom lokalpolitikkerne fram til at de hadde vært så dumme at de umulig kunne lastes for det. Så da var det Terras tur til å bruke masse tid på å granske seg selv og legge seg flat.

For ikke lenge siden var det helseminister Sylvia Brustads tur til å

den. De har tross alt ansvaret for å gi eldre et verdig tilbud. Men en helseminister kan umulig distansere seg fra folks helsetilbud ved å vise til kommunal selvbestemmelse. Hun brukte likevel to dager før hun kom fram til at Kongsberg-eksemplet var «fullstendig uakseptabelt». Og plutselig ble det full rulle, eldreforlik og nye sykehjemsplasser. For alle vet at det koster penger når en statsråd legger seg flat.

Tidligere i år gikk Ullevål-direktør Tove Strand i tankemodus da den såkalte ambulansesaken



# Kort og godt på kort

– Jukselapper, kalte fotografen kortene til avdelingssykepleier Kirsten Ladegård ved Barneenheten på Rikshospitalet. Selv betegner hun dem som kortversjonen av den mest sentrale kunnskapen som finnes i avdelingen.



MITT KORT: Tone Anette Aase (til høyre) er en av sykepleierne som har laget kort: om multi-levelkirurgi for CP-barn. Til venstre oppfinner og avdelingssykepleier Kirsten Ladegård.

Kort som punktvis beskriver prosedyrer, rutiner og pleieplaner er som praktiske huskelapper i en travel hverdag for personalet på den nye barneenheten. Kortene er ment som et supplement til eksisterende dokumenter og skal bidra til at sykepleiere og hjelpepleiere får en rask oversikt i en bestemt situasjon.

Ett kort kan ha nummeret til tolketjenesten. Et annet beskriver fremgangsmåten ved avfallshåndtering. Et tredje hva dagvaktene må huske når en pasient kommer inn til ganelukking. Et fjerde hvordan man bestiller spesialkost for barn.

– Alle i avdelingen lager kort. De henter ut sin egen kunnskap, bearbeider den litt, og får den ned i denne korte og presise formen, forteller Ladegård.

Når pleierne må utføre en oppgave de sjelden gjør, er kortene særlig nyttige. De brukes også flittig av studenter, vikarer og nyansatte.

### Ny enhet

Barneenheten på Rikshospitalet ble åpnet for ett år siden og var en samling av barnepasienter fra øre-nese-hals, ortopedi og plastikkirurgi. Avdelingen har mange livsløppasienter som kommer inn til planlagte kirurgiske inngrep. Tanken bak er at barn har en del av de samme behovene tross forskjellige lidelser. Felles er for eksempel at de har foreldrene med seg på sykehuset, og skal forberedes til et kirurgisk inngrep.

Også tre grupper personale skulle samles i den nye enheten. Pasienter og pårørende måtte

få et tilfredsstillende tilbud fra første stund. Å samle all kunnskap og jobbe seg sammen var ikke bare bare. I den nye enheten måtte sykepleierne løse mindre kjente oppgaver knyttet til de fagområdene de ikke hadde jobbet med før. Det var viktig raskt å få oversikt over kunnskapen som fantes blant personalet. Det var da Kirsten Ladegård kom på ideen med de laminerte kortene.

### Sparer tid

Eskene med kortene er plassert på vaktrommene, lett tilgjengelig for alle som trenger informasjon i en fei. Det er til nå laget litt over femti. For lettere å finne riktig kort, er de merket med farger etter tema. Øre-nese-hals er merket med grønt, ortopedi-kortene med blått, plastikkirurgi med rødt. Kort merket med gult handler om rutiner som er felles for alle.

Alt som står på kortene finnes i kvalitetsdokumenter, i rapporter og prosedyrer samlet i permer. Men hvem har tid til å bla i permene i en travel hverdag?

– Med disse kortene er kunnskapen samlet, den er tilgjengelig og praktisk. Kortene går i lommen, påpeker Ladegård.

Ladegård jobbet med sammenslåingen, en krevende prosess. Oppi det hele var kortene et positivt innslag, et tiltak som var med på å skape samhold og fellesskap.



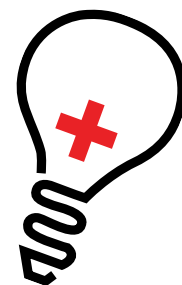
KRISE-KORT: Noen kort er flittigere brukt enn andre. Kortet som beskriver hva man gjør ved hjertestans liker mange å ha liggende fast i lommen.

### Kandidat 14:

**KORT**versjon, kort med beskrivelse av prosedyrer og arbeidsoppgaver.

**Forslagsstillere:** Avdelingssykepleier Kirsten Ladegård og fagutviklingssykepleier Nina Lindberg ved Barneenheten, Rikshospitalet.

# Hvem fortjener **100.000?**



Stem og vinn boksjekk  
på kr **1.000,-**



Les alt om smartpriskandidatene 2007  
i bladet og på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) >>





# Kurser seg smartere

«Yes, kanskje vi kan tjene litt penger», tenkte Helle Milde og Kari Tøsdal da de leste om Smartprisen 2006. Slik begynte det for fjorårets vinnere, som innkasserte 100 000 kroner.

Men hva skjedde så? Det siste vi så av damene var at de forlot Sykepleiernes Hus med en sjekk under armen. Strålende fornøyde.

## – Saltet ned

– Pengene er satt på konto, forteller Kari Tøsdal, assisterende enhetsleder på nyfødtposten på Haukeland universitetssykehus. – Noe er brukt til fagutvikling. Vi har holdt kurs, for eksempel hadde vi temadag om amming for alt pleiepersonale på posten, og vi har sendt sykepleiere på kurs andre steder.

Mesteparten er saltet ned.

– Det gir oss litt mer armslag

til å sende folk på kurs, og vi prioriterer type kurs ut fra våre satsningsområder. Ammedagen faller inn under området ernæring, forklarer hun.

## Glade vinnere

– Får dere søknader om andre ting?

– Vi har gått hardt ut med at pengene skal brukes til områdene vi allerede hadde pekt ut: Ernæring, respirasjon og NIDCAP. Her bruker vi vår styringsrett.

– Noe som står for døren?

– Vi har akkurat sendt folk til perinataldagene her i Bergen, så ingen planer for øyeblikket.

– Hvordan ble dere tatt imot da dere kom tilbake med sjekken?

– Veldig kjekt. Og greit at pengene skulle brukes til fagutvikling.

– Var det ikke ønske om å bruke litt på en skikkelig fest?

– Det var ikke aktuelt. He, he. Her har vi beina på jorden når det gjelder sånne ting.

VANT: Kari Tøsdal (t.v.) og Helle Milde fikk et synlig bevis på at nyfødtposten på Haukeland ble 100 000 kroner rikere da de mottok fjorårets Smartpris.



## Melkerør

Et perforert stålrør som brukes til å ta mikrobiologiske prøver fra frossen donormelk. Donorer leverer ofte glass med frossen melk fra flere pumpinger. For å sikre gode prøver fra alle lagene, «skrus» røret opp etter korketrekkerprinsippet.



# Tre vinnere

Flere av kandidatene til årets Smartpris kan ha forretningspotensial, mener Siri Bjørnstad i Innovasjon Norge.

Innovasjon Norge har samarbeidet med Sykepleien om å vurdere kandidatene til årets Smartpris. Sykepleien fikk inn 20 forslag. 14 av dem har sluppet gjennom nåløyet. Kriteriene har vært at

- ideen må være selvutviklet
- kandidaten må være først ute med ideen
- det skal ikke stå kommersielle aktører bak

Gjennom samarbeidet med Sykepleien ser Innovasjon Norge muligheten til å løfte kvinnelige gründere frem i lyset. Dette er i tråd med politikernes ønsker om å få flere kvinner inn i næringslivet. Innovasjon Norge eies av Nærings- og handelsdepartementet og jobber generelt for å styrke norsk næringsliv. Målsettingen er at 40 prosent av midlene selskapets forvalter skal gå til arbeidet med næringsvirksomhet der kvinner er drivkraften.

## Støtter gründere

Bjørnstad synes det er mange gode ideer og stor spredning blant årets kandidater til Smartprisen. Noen av dem har hun vært i kontakt med, med tanke på videre utvikling. Innovasjon Norge kan gi pengestøtte eller hjelpe med kompetanse når ideen skal «knas» videre til et produkt oppfinnere kan tjene penger på.

– Den prosessen tar 3-5 år, så det er ennå for tidlig å si om noen av kandidatene når dit.

Hun håper ideene kan bli til noe mer, men det er også noe positivt i det

å være til inspirasjon for andre

– Det som er bra med Smartprisen er at man lar kvinner vise frem at de kan tenke annerledes og få til noe. Dette er frø som er en del av en langsiktig mobilisering for å få det til å gro blant kvinner.

## 200 000 til smartinger

Innovasjon Norge har bidratt med 100 000 kroner til årets Smartpris. Disse pengene vil gå til premiene fagjuryen skal dele ut, 50 000 til beste ikke-realiserede ide, og 50 000 til det forslaget fagjuryen har mest tro på.

Sykepleien deler i tillegg ut hovedpremien på 100 000 til forslaget som stemmes frem av leserne. Prisen skal deles ut 23. januar, og vinnerne presenteres i Sykepleien nr. 3/07 (7. februar)

tekst Ellen Morland

## Dette er fagjuryen:



Egil Høyem, Innovasjon Norge



Terje Andersen, Rikshospitalet

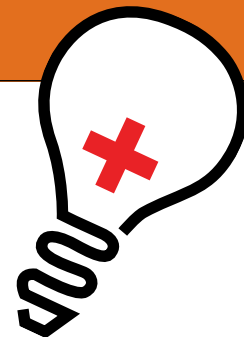


Knut Dybvik, Nordlandssykehuset i Bodø



Mette Dønåsen, fagsjef i NSF.

# Stem på en av disse:



**1 Samtalegrupper for skilsmissebarn.**  
Hilde Egge og Tordis Labraaten på Bekkestua helsestasjon i Bærum.



**2 Ny turnus med tid til dokumentasjon.**  
Signy Wikne ved Haukeland universitetssykehus.



**3 Marevandosering via intranett.**  
Stine Lund, Sykehuset Østfolds avdeling i Askim.



**4 Toalettpose til urinprøve.**  
Aud Køller, Ulefoss i Telemark.



**5 Støttepute mot trykksår.**  
Mari Anne Kornberg Simensen, Stavanger universitetssykehus.



**6 Pressbelte for koloskopiundersøkelser.**  
Bjørge Hessvik, Akershus universitetssykehus.



**7 Medisinsk opplæring av hiv-pasienter.**  
Avdeling for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin, Rikshospitalet



**8 Flipoverperm med informasjon om hjertesykdom.**  
Tone Guttormsen og Monica Singstad Johansen, St. Olavs Hospital.



**9 Belte til demente.**  
Irene Sandven og Hazel Evensen ved post 6 demensavdelingen, Bergen Røde Kors sykehjem.



**10 Rom for praktisk og teoretisk øvelse.**  
Siv-Merete N. Vold og Hilde Kjersem ved Åndalsnes sykehjem/hjemmetjeneste.



**11 Urinpose for menn.**  
Kari Jaastad Grov, Stord.



**12 Fotstøtte til forberedelse av hofteproteseoperasjon.**  
Jorun Lagerstrøm og Monica Døssland Epland, Stord sykehus.



**13 Skinner til intravenøslanger.**  
Kirsten de Zoete Jacobsen, intensivavdelingen på Lovisenberg sykehus i Oslo.



**14 KORT**versjon, kort med informasjon om prosedyrer og sykepleieoppgaver i stikkordsform.  
Kirsten Ladegård og Nina Lindberg ved Barneenheten, Rikshospitalet.

## På sykepleien.no kan du lese om forslagene og stemme:

### Slik stemmer du:

- På [sykepleien.no](http://sykepleien.no) finner du en egen knapp for smartprisen, Følg instruksjonene for stemmegiving.

### Eller:

- Send inn **kortet** som følger med bladet.



# Verv og vinn!

**Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.**

## Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

## Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

### Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender** og **legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Kursopphold** på Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing** og **kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleierenes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleierenes interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivarettatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden. Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



**Gratis**  
ved 1 verving

**Klokke**  
Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.  
Verdi 590,-



**iPod nano**  
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.  
Verdi: kr 1.290,-



**Stelton termokanne**  
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.  
Verdi 890,-

**Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer**

## VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame  Herre  Jeg sparer vervingen  Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Ververs navn:</b>  | <b>Ververens medlemsnr.:</b> |
| Navn på nytt medlem:  |                              |
| Har du vært medlem tidligere?   | Tidsrom:                     |
| Fødselsnummer (11 siffer)   |                              |
| Adresse:  |                              |
| Postnr:   | Poststed:                    |
| E-post:   |                              |
| Telefon privat:   | Mobil:                       |
| Eksamensdato:   |                              |
| Sykepleierhøgskole/sted:  |                              |
| Arbeidsgiver:   |                              |
| Arbeidssted:  |                              |
| Ansatt dato:  |                              |
| Avdeling:   |                              |
| Stillingsbenevnelse:  |                              |
| <b>Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn</b> |                              |



**Norsk Sykepleierforbund**  
Svarsending 1016  
0090 Oslo



# Holder kortene tett til brystet

Stjernø-utvalget skal stake ut kursen for høyere utdanning de neste 20 årene. – Vi er meget spent på hva det vil foreslå, sier NSF Student-leder Stian Skare, som mener utvalget har fått et svært vidt mandat.

Innen utgangen av dette året skal Utvalget for høyere utdanning (Stjernø-utvalget) ha sett inn i glasskula. Mandatet er å skissere fremtidens behov for høyere utdanning og komme med forslag til en utdanningsstruktur som kan holde de neste 10-20 årene. Foreløpig holder utvalget kortene tett til brystet, men er ifølge tidsplanen nå i innspurten med sine konklusjoner.

## Eliteuniversitet?

Utvalget er ledet av Steinar Stjernø og har jobbet siden mai 2006. Etter jul får vi svar på om de mener det bør være et større formelt skille mellom høyskoler og universiteter, eller om universitetstitelen rett og slett bør slippes fri. Dette er et kontroversielt tema, og tendensen det siste tiåret har vært at skillet mellom høyskoler og universiteter har blitt mindre markert enn tidligere. For eksempel er det et ønske fra høyskolene som heter vitenskaplige høyskoler, å kunne titulere seg som «spesialuniversitet», og flere høyskoler jobber mot å oppnå en ordinær universitetsstatus.

Utvalget skal også ta stilling til om Norge bør ha et toppuniversitet på internasjonalt høyt nivå.

Stjernø-utvalgets innstilling skal ut på høring i første halvdel av 2008.

## Levert liste

– Utvalget har fått et svært vidt mandat, det er nesten umulig å spekulere i hva de kommer til å foreslå. Vi har ikke klart å få ut noe informasjon om hva de jobber

med. NSF Student har som en del av Unio-studentene levert et innspill med punkter vi mener det er avgjørende viktig å ta hensyn til i forhold til kvaliteten på utdanningene, sier Stian Skare.

## Spredning

Unio-studentene påpeker i sitt innspill at det i fremtidens studieløp må være en tydelig integrert praksis i utdanningen og at det her må være tydelige krav til læringsutbyttet. De tar også til orde for å ha en viss spredning av studiestedene, slik at det ikke blir flere studenter enn gode praksisplasser i tilknytning til skolen. Detaljerte rammeplaner, godkjenningsordning av praksisplasser og en finansieringsordning som ikke premierer antall uteksaminerte studenter, er også momenter studentene ber utvalget se nærmere på.



## Utdanningsfakta

- Det er per i dag 11 universiteter og vitenskaplige høyskoler i Norge
- 49 statlige og private høyskoler har rett til å tildele doktorgrad
- Sykepleierutdanningen er spredd over 28 studiesteder. 5 av disse utdanningene er private.

Kilde: Utvalget for høyere utdanning

Føler du deg trett og slapp?



Jerntilskudd for deg med flere jern i ilden

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

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

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

Floradix Formula finnes i to størrelser og tablettform. Du får den i butikker, apotek og i helsekostforretninger.



NYHET!  
Forbedret innhold

Norges mest solgte jerntilskudd



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



Av **Eirin P. Spoletini**,  
helsesøster,  
Nesodden kommune  
og Follo Legevakt



Av **Birgitte Strand**  
helsesøster,  
Oslo kommune

**Det virker som om foreldrenes bevissthet rundt infeksjonssykdommer er størst i perioder med sykdom.**

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

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

**Søkeord:**

Helsesøster  
Infeksjonssykdommer  
Antibiotika  
Antibiotikaresistens

# Helsesøster bør informere bedre

Undersøkelse viser at småbarnsforeldre ønsker seg mer informasjon fra helsesøster om infeksjonssykdommer enn det de får i dag.

I februar 2000 ble det gjort en spørreundersøkelse blant foreldre i 20 barnehager i Oslo og Akershus. Denne studien avdekket at det var et overforbruk av antibiotika til barnehagebarn (1). Undersøkelser viser også at foreldrenes holdninger til antibiotika påvirker forbruket. Holdninger påvirkes blant annet av kunnskaper om antibiotika(2). Det viste seg også at «råd, veiledning og bedre kompetanse for egenomsorg for barna kan synes å være viktigere enn antibiotika for mange foreldre»(1).

**Tiltak**

WHO har foreslått en rekke strategier for å forbygge utvikling av resistente bakterier. Blant tiltakene i Norge er Sosial og Helsedepartementets Tiltaksplan for Antibiotikaresistens 2000–2004 (4). I 2004 ble informasjonsbrosjyrene «Riktig antibiotikabruk – det beste for barnet» lansert av Folkehelseinstituttet som en kampanje rettet mot småbarnsforeldre. Dette er informasjonsbrosjyrer om de vanligste infeksjonssykdommene og riktig bruk av antibiotika. Brosjyrene er blant annet distribuert til helsestasjoner og legekontorer.

Gjennom Lov om Helsetjenesten i Kommunene (5) er alle landets kommuner pålagt å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom mellom 0–20

år. Ifølge forskriftene (6) skal helsestasjonen bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn gjennom tiltak som styrker foreldrenes mestring av forelderollen. Helsesøster skal i tillegg bidra til å overvåke helsetilstanden i sin målgruppe og iverksette tiltak som forebygger sykdom.

Helsestasjonen er en unik arena for forebyggende tiltak, da man her treffer nesten alle småbarnsforeldre i Norge(7-8). Helsesøstere har en viktig posisjon i denne forebyggingsarenaen. Med sin bakgrunn som sykepleier, kan hun/han gi foreldrene råd og veiledning når det gjelder barn og infeksjoner(8).

**Hensikten med arbeidet**

Det er anbefalt å gi foreldre helseopplysning/foreldreveiledning om vanlige infeksjonssykdommer når barnet er tre måneder og 12 måneder (7). Våre data er en del av en større undersøkelse, og er et ledd i et samarbeidsprosjekt mellom Ullevål Universitets-sykehus, Høgskolen i Oslo og Høgskolen Diakonova. Prosjektet er en videreføring av undersøkelsen gjort i 2000(1-2). Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge infeksjoner, antibiotikabruk og foreldrenes situasjon når barna er syke. Det vil også fokuseres på endringer i antibiotikabruk, om foreldrene er kjent med brosjyrene

fra Folkehelseinstituttet samt foreldres holdninger etter kampanjen «Riktig antibiotikabruk – det beste for barnet» er iverksatt. I tillegg til punktene fra undersøkelsen i 2000, inneholder denne undersøkelsen spørsmål om hvordan foreldre opplever helsestasjonens rolle i forbindelse med informasjon om vanlige infeksjonssykdommer hos barn og riktig bruk av antibiotika. Vi ønsket å se på om, og hvordan helsesøstere tok opp temaet vanlige infeksjoner med foreldrene.

**Metode**

Vår artikkel er bygget på kvantitative data fra en spørreundersøkelse og samtaler med fem helsesøstere. Spørreundersøkelse ble levert til foreldre med barnehagebarn. Kriteriene for utvelgelsen av barnehagene, var barnehager med 30 eller flere barn, og med aldersgruppen ett til fem år. Dette er en randomisert studie hvor det er blitt trukket tilfeldig ut en barnehage fra Oslos 15 bydeler. Både private og offentlige barnehager er inkludert. Tillatelse til å bruke barnehagene som utvalgsenheter ble innhentet fra barnehagestyrene og bydelsutvalg. Undersøkelsen er frivillig og anonym. Artikkelen er basert på svaret fra tre av disse barnehagene, to i Oslo vest og en i Oslo øst.

Spørreskjemaet ble delt ut til



227 foreldre i tre barnehager. 87 personer svarte. Dette utgjør en svarprosent på 38,3 prosent.

Respondentene besto av 80 prosent kvinner og 17 prosent menn. 89 prosent av de spurte var nordmenn og 7 prosent ikke-nordiske utlendinger. Majoriteten var mellom 30–40 år gamle og utgjorde 60 prosent, 14 prosent var mellom 20–30 og 24 prosent var over 40. 72 prosent av de spurte oppgav å ha utdanning tilsvarende høyskole/universitet. Antallet med høyskole/universitetsutdannelse var høyere i Oslo vest enn Oslo øst.

De fem helsesøstrene som vi hadde samtaler med jobber i de to områdene i Oslo hvor barnehagene som artikkelens data er basert på ligger. Bruk av informasjonen fra helsesøstrene ble avklart med ledende helsesøster i bydelen. Det ble laget en intervjuguide med til sammen seks spørsmål. Samtalen ble tatt opp på lydband og transkribert. Dataene er anonymisert.

Tema i samtalen var:

- blir temaet vanlige infeksjonssykdommer hos barn rutinemessig tatt opp med foreldrene?
- er foreldrene opptatt av temaet vanlige infeksjonssykdommer hos barn?
- hvordan utfører helsesøster sin rolle som opplyser om temaet vanlige infeksjonssykdommer hos barn, og hvordan bidrar helsesøster til å redusere unødig bruk av antibiotika?
- kjenner helsesøstrene til brosjyrene utgitt av folkehelseinstituttet «Riktig antibiotikabruk – det beste for barnet»?

#### **Funn**

**Informasjon om temaet syke barn med infeksjoner**

De fleste av respondentene (73



OVERFORBRUK: Undersøkelser viser at tre fjerdedeler av barnehagebarn får antibiotika for luftveisinfeksjoner. Illustrasjonsfoto: Colourbox



### Alle helsesøstrene fremhever sin forebyggende rolle.

prosent) svarte at de har fått informasjon om hva de skal gjøre når barnet er sykt. 37 prosent av foreldrene har fått informasjonen fra lege, 24 prosent har fått informasjon fra helsestasjonen. Andre steder respondentene har fått informasjon fra er familie, barnehage, bøker og internett.

41 prosent av de spurte svarte at de har kontaktet helsesøster for råd og veiledning når barna var syke. Bare 28 prosent av foreldrene svarte at infeksjoner hos barn er tatt opp som tema på helsestasjonen. 52 prosent av de spurte svarte at temaet ikke er tatt opp med dem på helsestasjonen, og 20 prosent svarte at de er usikre på om de har fått informasjon. Av de som svarte at de har fått informasjon om temaet, er over 90 prosent mer enn gjennomsnittlig godt fornøyd. Barna var fra ett til tre år når informasjonen ble gitt. Av de som ikke hadde fått informasjon svarte 51 prosent at de ønsket det.

**Brosjyrene fra Folkehelseinstituttet**  
Totalt 74 prosent av de spurte svarte at de ikke var kjent med brosjyrene om antibiotika og barn. Foreldrene til barna i Oslo øst var noe mer kjent med brosjyrene, 29 prosent svarte at de er kjent med brosjyrene mens kun 8 prosent av foreldrene i Oslo vest var kjent med brosjyrene. Cirka halvparten er blitt kjent med brosjyrene på helsestasjonen. Av de som har fått brosjyrene svarte 93 prosent at helsesøster ikke har gjennomgått informasjonen sammen med dem.

#### Samtalene

Det ble gjennomført samtaler med fem helsesøstere. To fra Oslo vest og tre fra Oslo øst.

Fire av fem helsesøstere sa de snakker om syke barn på hjemmebesøket. De opplyser om at man ikke skal ta med syke barn på helsestasjonen, og at det er fastlegen som

skal kontaktes hvis barnet blir sykt. Alle helsesøstrene informerer foreldrene om at de kan ringe hvis det er noe de lurer på. Det kom frem av samtalen at ingen av helsesøstrene har like rutiner for når, og om temaet vanlige infeksjonssykdommer taes opp med foreldrene.

Det kom også frem av samtalen at vanlige infeksjonssykdommer hos barn i stor grad opptar foreldrene når barnet allerede er blitt syk. Det ringer nesten daglig foreldre som har spørsmål om temaet.

Helsesøstrene er opptatt av forebygging. Det er ulikt hvordan dette gjøres i praksis. Hvis de blir spurt gir helsesøstrene mange generelle råd om vanlige infeksjonssykdommer. Alle helsesøstrene er tydelige på at det er legens ansvar å avgjøre om barnet trenger antibiotika. To helsesøstere sa det er viktig å bevisstgjøre foreldrene om å være restriktive med antibiotika.

Alle helsesøstrene kjenner til brosjyren utgitt av folkehelseinstituttet, men det er stor variasjon i hvordan de benytter seg av dem. I Oslo vest deles den ikke ut rutinemessig. I Oslo øst er det ulik praksis.

#### Aktuelt tema

Svarprosenten på spørreundersøkelsen er på cirka 40 prosent. Grunnene til den lave svarprosenten er nok flere, men 50 spørsmål er mye, og er nok hovedårsaken til den lave svarprosenten. (9,10).

Temaet er aktuelt, undersøkelser viser at tre fjerdedeler av barnehagebarna får antibiotika for luftveisinfeksjoner (1,2). Den høye andelen fremmedspråklige i Oslo øst, og spørreskjemaer som ikke er oversatt til andre språk, var kanskje utslagsgivende for at svarprosenten er lav der. Det er ikke grunnlag for å kunne si om en høyere andel innvandrere ville ha påvirket resultatene. En undersøkelse gjort ved Legevakten

i Oslo, viser til like forventninger om antibiotika blant etnisk norske og innvandrere fra et ikke vestlig land (11). Da svarprosenten i bydel Oslo vest var like lav, kan en mulighet være at de foreldrene som ikke har hatt syke barn, opplever undersøkelsen som lite relevant for dem, og derfor velger å ikke svare. Da svarprosenten er lav kan ikke dataene generaliseres til å gjelde alle barnehagebarn og deres foreldre. Undersøkelsen er også avhengig av at foreldrene må huske tilbake i tid (9,10).

Av de som svarte hadde 72 prosent høyere utdanning, og 84 prosent var over 30 år. Lav svarprosent gjør derfor dette utvalget mer selektivt, fordi alder og utdanning har vist seg å påvirke holdningen til bruk av antibiotika. Disse foreldrene har et mer bevisst forhold til antibiotika (2).

#### Forebyggende rolle

Samtalene med de fem helsesøstrene er gjort for å se på sammenhenger mellom det helsesøstrene forteller, og hva foreldrene svarer i spørreundersøkelsen. Da samtalen kun er med fem helsesøstere, kan ikke dataene generaliseres til å gjelde helsesøstere generelt.

73 prosent av foreldrene i spørreundersøkelsen svarer at de har fått tilstrekkelig informasjon om hva de skal gjøre når de har syke barn. 37 prosent av foreldrene svarer at de har fått informasjonen fra lege, og 24 prosent av foreldrene svarer at de har fått informasjon fra helsestasjonen. En betydelig andel foreldre sier at de har fått informasjon fra andre kilder. Dette gir oss ikke svar på om de har fått informasjon før barnet blir sykt. Det er nærliggende å tenke at informasjonen fra legen er gitt etter barnet er blitt sykt, og foreldrene faktisk har oppsøkt lege.

Helsesøstrene skal forebygge, behandle sykdom og skade, samt



spredde informasjon slik at foreldrene selv kan fremme trivsel og sunnhet (7,12,13). Alle helsesøstrene fremhever sin forebyggende rolle. I samtalen med helsesøstrene kommer det frem at helsesøstrene på hjemmebesøket (en til to uker etter fødsel), som oftest gir informasjon om hvor foreldrene kan henvende seg om barnet blir sykt. Det kommer imidlertid ikke frem i intervjuene at helsesøstrene på hjemmebesøket gir noen form for forebyggende helseopplysning om infeksjonssykdommer. Det er også vanlig at helsesøstrene nærmest daglig svarer på telefoner fra foreldre med syke barn. Dette samsvarer med spørreundersøkelsen, der 41 prosent sier at de har kontaktet helsesøster når de har syke barn.



FORELDREVEILEDNING: Det anbefales at foreldre med barn mellom tre og tolv måneder får helseopplysning om vanlige infeksjonssykdommer. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Imidlertid kommer det også frem at helsesøstrene ikke rutinemessig informerer om vanlige infeksjonssykdommer som tema, men kun der foreldrene selv etterspør dette. At bare 24 prosent av foreldrene sier de har fått informasjon fra helsestasjonen bekrefter dette.

#### Lav prioritet?

Helsesøstrene i vårt materiale sier at temaet infeksjonssykdommer hovedsakelig opptar foreldrene når barnet er blitt sykt. Det kan derfor se ut som det er tilfeldig om foreldrene får denne informasjonen før de selv etterlyser den. Det virker som om foreldrenes bevissthet rundt infeksjonssykdommer er størst i perioder med sykdom, og at det derfor er fokus på behandling

og ikke forebygging hos foreldrene. Dette er naturlig da de fleste foreldre ikke er profesjonelle helsearbeidere. Det er derfor helsesøsters oppgave å vende fokus fra behandling til forebygging. For å kunne forebygge, må helseopplysning komme i forkant slik at foreldrene er bedre rustet til å vite hva de skal gjøre når barnet blir sykt (7).

51 prosent av foreldrene som ikke har fått informasjon om temaet vanlige infeksjonssykdommer hos barn, ønsker mer informasjon om temaet fra helsestasjonen. Dette samsvarer med en brukerundersøkelse gjort i Bærum kommune i 2001, der foreldrene gir uttrykk for at emnet «hva gjør vi når barn blir syke» ikke er tilfredsstillende tatt opp på helsestasjonen (14). Misvær

sier i sin brukerundersøkelse at temaet barn og sykdom er et område foreldrene savner mer informasjon om. Av de 342 foreldrene til ett år gamle barn sa 37 prosent at temaet «hva man skal gjøre med et sykt barn» var tatt opp tilfredsstillende, mot 85 prosent som mente at temaet «amming» var tatt opp tilfredsstillende. Det kan derfor se ut som om temaet vanlige infeksjonssykdommer er lavt prioritert av helsesøstrene.

#### Skal informere

Veilederen anbefaler at temaet taes opp ved tre og 12 måneders alder. Vi kan ikke se at helsesøstrene vi snakket med fulgte disse anbefalingene, og det var mer tilfeldig om, når og eventuelt hvordan det ble

tatt opp. Samtaler og undersøkelse støtter opp under hverandre om at temaet vanlige infeksjonssykdommer ikke er tatt opp rutinemessig eller tilfredsstillende.

Når hele 51 prosent av foreldrene ønsker seg mer informasjon om temaet, sier dette noe om at helsesøster må ha større fokus på informasjonen om vanlige infeksjonssykdommer hos barn. Ifølge Tiltaksplan for forebygging av antibiotikaresistens skal helsestasjonen informere småbarnsforeldre om problematikken (4). Alle helsesøstrene i vårt materiale understreker at det er legens rolle å vurdere forskrivning av antibiotika til barn. To av helsesøstrene mente de har en rolle i å bevisstgjøre foreldrene om antibiotikaresistensproblematikken.





I 2004 lanserte Folkehelseinstituttet informasjonskampanjen «Riktig antibiotikabruk – det beste for barnet». Målgruppen er småbarnsforeldre. Disse brosjyrene er gode utgangspunkt for informasjon om vanlige infeksjonssykdommer hos barn, og riktig bruk av antibiotika. Det var derfor overraskende å se at så mange som 74 prosent av foreldrene ikke var kjent med disse brosjyrene.

#### Ikke nådd målgruppen

Alle helsesøstrene i vårt materiale hadde kjennskap til brosjyrene, men det var stor variasjon i hvordan brosjyrene ble brukt. Dette samsvarer bra med funn fra undersøkelsen der kun 4 prosent av foreldrene i Oslo vest var kjent med brosjyrene, mot 29 prosent i bydel Oslo øst. Funnene fra spørreundersøkelsen og svar fra helsesøstrene samsvarer om at brosjyrene fra Folkehelseinstituttet

ikke har nådd ut til målgruppen.

Tiltaksplanen mot antibiotikaresistens har som et av sine mål å informere helsepersonell. Helsesøstrene burde vært et satsningsområde, på grunn av deres hyppige kontakt med småbarnsforeldre(8). Det kan se ut som informasjonen til helsesøstergruppen fra Folkehelseinstituttet om kampanjen, ikke har nådd frem. Dette på bakgrunn av at spørreundersøkelsen og samtalen antyder at helsesøstrene har ulike rutiner for bruken av brosjyrene og informasjon om infeksjonssykdommer. Dersom helsesøstrene skal ha en funksjon som formidler av informasjon til foreldre, så må også helsesøstrene få oppdatert sine kunnskaper (8).

#### Konklusjon

I denne artikkelen har vi tatt for oss i hvilken grad helsesøster informerer om infeksjonssykdommer hos barn. Resultatene viser at det er tilfeldig om helsesøster informerer om temaet. Det kan også se ut som kampanjen fra folkehelseinstituttet i liten grad har nådd frem til småbarnsforeldre, og at bruken av brosjyrene varierer. Undersøkelsen viser at småbarnsforeldre ønsker seg mer informasjon fra helsesøster om infeksjonssykdommer. Det er derfor vår konklusjon at helsesøster bør vie dette temaet større oppmerksomhet. Videre kan det også være interessant å se på

hvilken måte helseopplysningen om dette temaet best kunne formidles til foreldrene.

Helsesøsters arbeidsmengde er stor, og tjenesten blir stadig pålagt nye oppgaver, samtidig som begrensede ressurser følger med. Helsesøstertjenesten bør tilføres økte stillingsressurser, slik at helsesøstrene best mulig kan ivareta sin viktige

rolle som grunnpilar i det forebyggende arbeidet for barn og ungdom. I tillegg er det viktig at helsesøstrene synliggjør tjenesten, utvikler og setter på dagsorden oppgaver de mener er viktige (7,8).

#### LITTERATUR

1. Nordlie AL, Andersen BM. Barn i barnehager – Infeksjoner og bruk av antibiotika. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122(28):2707-10.
2. Nordlie AL, Andersen BM. Foreldres syn på bruk av antibiotika hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(17):2229-31147.
3. Skrautvol K. Alternativer til Antibiotika inn i utdanningen av sykepleiere og helsesøstre. Tidsskr Sykepl 2001; 6: 52-56.
4. Regjeringens tiltaksplan mot antibiotikaresistens 2000-2004. Rapport fra folkehelseinstituttets konferanse 14.-15. september 2004.
5. Berlid D, Lindbæk M. Får norske barn for mye antibiotika? Tidsskr Nor Lægefor 2002; 122: 2690.
6. Statens Helsetilsyn. «Antibiotikabehandling i allmenpraksis.» Smittevernloven, håndbok. 2693, 1 opplag.
7. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
8. Glavin K, Helseth S. Kunnskap i tråd med samfunnets behov. Tidsskr Sykepl 5, 2005; 5: 66-67.
9. Aadland E. «Og eg ser på deg ...». Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
10. Bakketeig LS, Magnus P. Epidemiologi. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske, 2003.
11. Soma M. Pasienters forventninger om antibiotika ved symptomer på luftveisinfeksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 15: SIDE?
12. Mæland JG. Forebyggende Helsearbeid – i teori og praksis. Otta: Universitetsforlaget, 2002.
13. Tjåde T. Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
14. Misvær N. Helsestasjonen på vekten. En brukerundersøkelse i Bærum med foreldre til 342 ett år gamle barn. Helsekontoret for barn og unge Bærum kommune, 2001.

Boken for deg som er opptatt av etikk i praksis



Boken gir svar på dine etiske spørsmål i den kliniske hverdagen og har en god teoretisk overbygning.

Delta på seminaret: «Etikk - pynt eller praksis?»  
Forfatterne av boken er foredragsholdere  
Tid og sted: Oslo 25. januar 2008  
Påmelding og mer informasjon:  
[www.akriben.no](http://www.akriben.no)

 Akribe

ISBN 978-82-7950-117-6 Pris: kr. 350,-  
Les mer og bestill på: [www.akriben.no](http://www.akriben.no)



Av **Astrid-Mette Husøy**,  
Dr. Scient,  
Spesialbioingeniør,  
Haukeland Universitets-  
sykehus

Av **Grete Rustan  
Knudsen**  
Spesialbioingeniør, Labora-  
torium for klinisk biokjemi,  
Haukeland Universitets-  
sykehus



# Kan vi stole på glukosesvaret?

**Dagens glukose-  
instrumenter gjør det  
mulig å måle glukose  
raskere og med bedre  
presisjon enn tidligere**

Nøyaktigheten av glukosemålingene påvirkes av mange faktorer og instrumentene har sine begrensninger.

I dag måles blodsukker (glukose) av sykepleiere både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Takket være små enkle glukoseinstrumenter er det mulig å monitorere glukose raskt og presist for å gi pasientene en god og trygg behandling. Glukoseinstrumentene som brukes er i utgangspunktet laget for at voksne «friske» pasienter med diabetes skal kunne måle glukose på seg selv. Når de samme instrumentene tas i bruk på hospitaliserte pasienter, som også har andre sykdommer i tillegg til sin diabetes, kan dette påvirke analyseresultatet. Spesielt hvis glukosemålingene gjøres på kritisk syke pasienter eller spedbarn.

Pasientnær analysering defineres som prøvetaking og analysering i pasientnære områder, ved sengen, i poliklinikker, på sykehjem og legekantor, eller hjemme hos pasienten. Denne artikkelen belyser en del av de begrensninger dagens glukoseinstrumenter har.

Vi ønsker å dele våre erfaringer med bruk av pasientnære glukoseinstrumenter i sykehus, og målet er å gi mer innsikt slik at pasienten kan få best mulig behandling.

## **Pasientnære glukoseinstrumenter**

Fordelen med pasientnær analysering av glukose er at det er praktisk, en får raskt svar og instrumentene bruker små prøvevolum. Ved innføring av pasientnær glukosemåling får personalgrupper uten laboratorieerfaring ansvar for å monitorere glukose. Samtidig forventes det at analysekvaliteten skal være like god som det laboratoriet kan dokumentere. Mange undersøkelser viser at små glukoseinstrumenter er nøyaktige og presise når de brukes på voksne «friske» pasienter. Det siste tiåret er det imidlertid kommet flere rapporter som indikerer at glukoseinstrumentene ikke er like gode når de benyttes på alle kategorier pasienter (1).

Kunnskap om prøvetaking og begrensninger vedrørende glukoseinstrumentet er avgjørende for at vi skal kunne stole på glukoseresultatet. Standardisering av instrumenter, god opplæring og samarbeid mellom laboratoriet og sykepleier er sentralt for å få pålitelige analysesvar. Studier viser også at prøvetakers erfaring med prøvetaking og analysering påvirker kvaliteten på analysesvaret (2).

## **Kapillær prøvetaking og glukosemåling**

Optimal glukosemåling er viktig for å gi nøyaktig og adekvat behandling. Glukose som analyseres i venøst blod på kliniske laboratorier er presist og nøyaktig. Transport av blodprøven og analysering på laboratoriet kan dessuten forsinke analysesvaret med mer enn en time, og det er en av grunnene til at pasientnær analysering er blitt svært populært. Dersom en sammenligner

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

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

### **Søkeord:**

Blodsukker  
Glukose  
Diabetes



PASIENTNÆRE glukoseinstrumenter gjør det mulig å ta raske og fleksible prøver. Illustrasjonsfoto: Colourbox

laboratoriesvaret fra en venøs prøve med en kapillær blodprøve må en ta med i beregningen at glukose målt i kapillær blod gir 6 prosent høyere verdi enn i venøst blod.

En god varm hånd anbefales alltid ved kapillær prøvetaking. Kvaliteten på prøven forringes ved klemming og det er viktig å ta seg tid til oppvarming dersom pasienten er kald (3). Viktige trinn ved kapillær prøvetaking og

måling av glukose er oppsummert i Tabell 1.

Uventede høye eller lave glukoseverdier på pasientnære glukoseinstrumenter bør alltid bekreftes ved en kontrollmåling på laboratoriet før behandling startes.

#### Glukosemåling hos kritisk syke

Bruken av pasientnære glukosemålinger hos kritisk syke pasienter er omstridt. Syrebasestatus, hematokritt og sirkulasjonsfor-

styrrelser påvirker analysesvarene (1, 4). Kapillær prøvetaking bør ikke benyttes når den perifere blodsirkulasjonen er dårlig, fordi det ikke gjenspeiler kroppens fysiologiske tilstand. Glukoseresultater fra kritisk dårlige pasienter med lavt blodtrykk eller dårlig sirkulasjon, samt pasienter som er behandlet med vasoaktive medikamenter er ikke representative og bør evalueres nøye. Det gjelder også alvorlig dehydrering på grunn av diabetisk ketoacidose eller hyperglykemisk hyperosmolar nonketotisk tilstand, sjokk, eller perifer karsykdom. Dersom klinikerne eller sykepleiere overser slike situasjoner, og benytter kapillær prøve for måling av glukose vil det medføre misvisende eller ukorrekte glukosesvar. Eksempelvis hos en hjertesyk kritisk dårlig pasient har vi målt 2,7 mmol/L glukose ved venøs prøvetaking, mens kapillær prøvetaking viste mindre enn 0,6 mmol/L.

#### Glukose hos nyfødte

Lavt blodsukkernivå hos nyfødte er en daglig problemstilling på fødeavdelinger. Kliniske tegn på neonatal hypoglykemi er dessuten ofte uspesifikke, og det er derfor svært viktig at målemetoden for glukose er nøyaktig og presis. Definisjonen av hypoglykemi hos nyfødte er varierende, men ligger rundt 2,0 mmol/L (5). De fleste pasientnære glukoseinstrumenter er upresise i dette området, og underestimerer glukoseverdier. Glukoseverdier i dette området bør derfor kontrolleres med en blodprøve analysert på laboratoriet (6). Samtidig viser flere studier at hematokritt kan påvirke glukoseresultatene (7,8). Denne problemstillingen er svært viktig for premature og nyfødte som ofte har høy hematokritt.

Vi anbefaler derfor å være svært forsiktig ved valg av metode når pasientens hematokritt verdier endres (premature og nyfødte), og der det samtidig kan

**Tabell 1: Kapillær prøvetaking og måling av glukose**

|   |   |
|---|---|
| ✓ | Benytt helst langfinger eller ringfinger.                             |
| ✓ | La hånden vende nedover. Varm hånden hvis den er kald.                |
| ✓ | Stikk med selvutløsende kanyle i siden av fingeren.                   |
| ✓ | Vent et par sekunder.   |
| ✓ | Gjør instrumentet klart for analysering.                              |
| ✓ | Tørk bort første bloddråpe og trykk forsiktig frem en god dråpe blod. |
| ✓ | Fyll strimmelen med blod.   |
| ✓ | Les av glukoseverdier og noter verdien.                               |
| ✓ | Komprimer stikkstedet til det slutter å blø.                          |

## Optimal glukosemåling er viktig for å gi nøyaktig og adekvat behandling.

være en endring av glukose. Det trengs mer forskning på dette området, og det er farlig med ukritisk bruk av pasientnære glukoseinstrumenter på nyfødte, og et tett samarbeid med laboratoriet er påkrevet.

Bilirubin over 300 mol/L kan også interferere på glukosemålingene. Dersom en forskjell i glukosesvaret på 0,3–0,4 mmol/L hos nyfødte vil endre den kliniske vurdering bør glukoseverdien kontrolleres med laboratoriets målemetode (9).

### Interferens

Teknologien knyttet til glukoseinstrumentene har utviklet seg betraktelig de siste tiårene. De første glukoseinstrumentene som ble produsert var svært påvirket av oksygen, urat, bilirubin, askorbinsyre og parasetamol. Dagens instrumenter er heldigvis mindre utsatt for interferens fra disse komponentene. Vi vil likevel understreke at det er viktig å lese pakningsvedlegg til glukosestrimmelen og få nøyaktig informasjon om hva som er grenseverdier for ditt instrument. Dette er spesielt viktig for pasienter med høy urat eller høye bilirubinverdier.

### Instrumenter som ikke er spesifikke for glukose

Pasienter som behandles med ikodekstrin peritonealdialysevæske (Extraneal, Baxter) må benytte instrumenter med metoder som er spesifikke for glukose. Ikodekstrin er en polymer av maltose, og uspesifikke metoder måler maltose som glukose. Studier viser at glukoseverdien overestimeres med omtrent 5 mmol/L (10 og referanser i denne). Falskt høye glukoseverdier kan medføre overdosering av insulin og at

hypoglykemi ikke oppdages.

Informasjon om glukosemetoden er beskrevet i pakningsvedlegget til glukosestrimlene. Glukoseinstrumenter som benytter enzymet glukosedehydrogenase pyrroloquinoline quinone (GDH PQQ) forårsaker slike feilmålinger.

### Holdbarhet

Glukosestrimlene skal oppbevares i emballasjen/boksen, med lokk og ved romtemperatur (noen skal oppbevares i kjøleskapstemperatur). Erfaringsmessig vet vi at det er lett å glemme å sette på lokket etter bruk. Studier viser at lys og fuktighet kan påvirker kvaliteten på målingene. Glukosestrimler som oppbevares i romtemperatur uten lokk påvirkes allerede etter tre dager (11). Gode arbeidsrutiner er derfor viktig for å opprettholde god analysekvalitet.

Temperatur, luftfuktighet og høyde kan påvirke glukosemålingene (12,13). Glukoseinstrumentene opererer dessuten best ved romtemperatur, og pasienter som har med seg glukoseinstrumenter ut i kulden rapporterer om upresise analyseresultat. Dette kan by på praktiske problemer for mange pasienter som reiser til og fra jobb eller deltar i friluftsliv. Alle instrumentene egner seg ikke for bruk i varmere himmelstrøk, og dette kan sette begrensninger for ferierplaner. Utfordringene for mange diabetikere er å finne kreative løsninger der glukoseinstrumentet og strimlene kan oppbevares under optimale forhold under ferieopphold.

### Pasientnær analysing og kvalitetskontroll

Det stilles stadig større krav til effektiv behandling og utredning.

Dagens glukoseinstrumenter gjør det mulig å måle glukose raskere og med bedre presisjon enn tidligere. Likevel, nøyaktigheten av glukosemålingene påvirkes av mange faktorer og instrumentene har definitivt sine begrensninger. I tillegg har vi sett at underliggende sykdommer og medikamentbehandling kan gi misvisende glukosesvar. Produktinformasjon om interferens med enkelte glukosemålingsmetoder bør etter vår mening fremkomme tydeligere, særlig fordi det stadig er nye måleapparater på markedet. Kontroll av blodsukker er ofte overlatt til pasientene selv eller til helsepersonell som ikke har spesialkunnskap om disse feilkildene.

Rutinemessig utføring av kvalitetskontroll er avgjørende for å overvåke kvaliteten på analysering av glukose. Kontrollmaterialet bør analyseres daglig eller ukentlig alt etter hvor ofte en utfører glukosemålinger. Analyse av kontrollmaterialet bedrer ikke analyseinstrumentet, men ved å bruke et kommersielt kontrollmateriale kan en oppdage feil ved glukosestrimlene, analyseinstrumentet eller feil i bruk av glukoseinstrumentet.

Generelt vet vi også at nøyaktigheten og presisjonen for glukosemålingene er dårligst i lave og høye områder. Det er derfor viktig å se på pasientnær analysing som et supplement til laboratoriets analysevirksomhet, og alle uventede glukoseverdier bør kontrolleres med laboratoriets metode. Samtidig er det viktig å understreke at kommunikasjon og et godt samarbeid med laboratoriet om opplæring er viktig for å sikre kvaliteten på analysene.

### LITTERATUR

1. Khan AI, Vasquez Y, Gray J et al. The variability of results between point-of-care testing glucose meters and the central laboratory analyzer. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130(10): 1527-32.
2. Skei S, Thue G, Nerhus K, Sandberg S. Instruments for self-monitoring of blood glucose: comparisons of testing quality achieved by patients and a technician. *Clin Chem*. 2002; 48(7): 994-1003.
3. Husøy AM (red.) *Blodprøvetaking i praksis*. Akribe, Oslo 2005.
4. Tang Z, Lee JH, Louie RF, Kost GJ. Effects of different hematocrit levels on glucose measurements with handheld meters for point-of-care testing. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124 (8): 1135-40.
5. Fugelseth D. Neonatal hypoglykemi *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121(14):1713-6.
6. Michel A, Küster H, Krebs A et al.. Evaluation of the Glucometer Elite XL device for screening for neonatal hypoglycaemia. *Eur J Pediatr*. 2005; 164(11):660-4.
7. St-Louis P, Ethier J. An evaluation of three glucose meter systems and their performance in relation to criteria of acceptability for neonatal specimens. *Clin Chim Acta*. 2002; 322(1-2):139-48.
8. Ho HT, Yeung WK, Young; Evaluation of «point of care» devices in the measurement of low blood glucose in neonatal practice *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 2004; 89: F356
9. Girouard J, Forest JC, Masse J. et al.. Multicenter evaluation of the Glucometer Elite XL meter, an instrument specifically designed for use with neonates. *Diabetes Care*. 2000; 23(8):1149-53
10. Husøy AM, Knudsen GR, Thierley M, Svarstad E. Feilmåling av glukose ved dialyse med ikodekstrin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126(17): 2268-70.
11. Bamberg R, Schulman K, MacKnezic M, Moore J, Olchesky S. Effect of adverse storage conditions on performance of glucometer test strips. *Clin Lab Sci* 2005 Fall; 18(4):203-9.
12. Fink KS, Christensen DB, Elleworth A. Effect of high altitude on blood glucose meter performance. *Diabetes Technol Ther* 2002;4(5):627-35.
13. Bimenya GS, Nzarubara GR, Kiconco J et al. The accuracy of self monitoring blood glucose meter systems in Kampala Uganda. *Afr Health Sci* 2003;3(1):23-32.





Av **Kari Dahl**,  
Høgskolelektor i Molde



Av **Solfrid Vatne**  
førsteamanuensis, Høgskolen i Molde

**Har vi vært mer opptatt av å legitimere faget sykepleie enn å fokusere på hva pasienten er opptatt av?**

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

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

**Søkeord:**

Sykepleiedokumentasjon  
Elektronisk pasientjournal  
VIPS-modellen

# Mangel på pasient

Fokuset på pasienten blir dårlig ivaretatt når sykepleieren dokumenterer.



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

Denne artikkelen retter søkelyset på pasientens perspektiv i den elektroniske pasientjournal. Pasient- eller brukerperspektivet er sentralt både innen sykepleie, og i ulike offentlige utredninger som lovverk og nasjonale strategiplaner. Vi viser gjennom ulike empiriske studier at pasientperspektivet ikke er ivaretatt i sykepleiedokumentasjonen. Flere helseforetak i Norge anvender VIPS-modellen, som er en dokumentasjonsmodell for sykepleie, i den elektroniske pasientjournal. Vi diskuterer hvorvidt anamnesen i denne modellen legger til rette for pasientperspektivet. Vi gjorde søk på vitenskapelige artikler i databasen CINAHL. Ved å søke på begrepet Metasynthese fikk vi 31 treff og kombinert med Documentation (11176 treff) var resultatet 1 treff.

**Ensartet dokumentasjon**

Karkkainen m.fl. (1) har gjort en metasynthese av 14 kvalitative forskningsrapporter i perioden 1996/2005, hvor funnene peker i retning av at individualisert pasientomsorg ikke er synlig i sykepleiedokumentasjonen. Sykepleierne beskrev hyppigere hvilke oppgaver de utførte, enn pasientenes individuelle erfaringer

DOKUMENTASJON: Har sykepleiere vært mer opptatt av å legitimere faget, enn hva som er til det beste for pasienten?  
Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

# perspektiv

og opplevelser. Dokumentasjonen virket ensartet og mekanisk, med en hierarkisk oppramping av oppgaver, noe som kunne føre til at definisjon av pasientens problemer ikke stemte med pasientens opplevde og virkelige behov. Forfatterne hevder at dette kan ha sammenheng med strukturen på dokumentasjonssystemet og formen og rutine for rapportering. Sykepleierne rapporterte mer medisinske forhold enn omsorgsbehov. I en av de 14 studiene fant en at pasientens opplevde at problemer som smerte (51 prosent) og søvn (43 prosent) ofte ikke ble dokumentert, og at disse problemene også var ukjente for sykepleierne (2). Sykepleieplanene ble brukt lite i den daglige omsorgen for pasientene, og ble ikke endret selv om pasientens behov endret seg. Forfatterne konkluderer med at omsorgen bør planlegges sammen med pasienten. Videre at behovsteori som struktur i datasamlingen kan gjøre det vanskelig å sette fokus på pasienten, men at det er nyttig når sykepleieren skal tolke behov og ta avgjørelser (1,3).

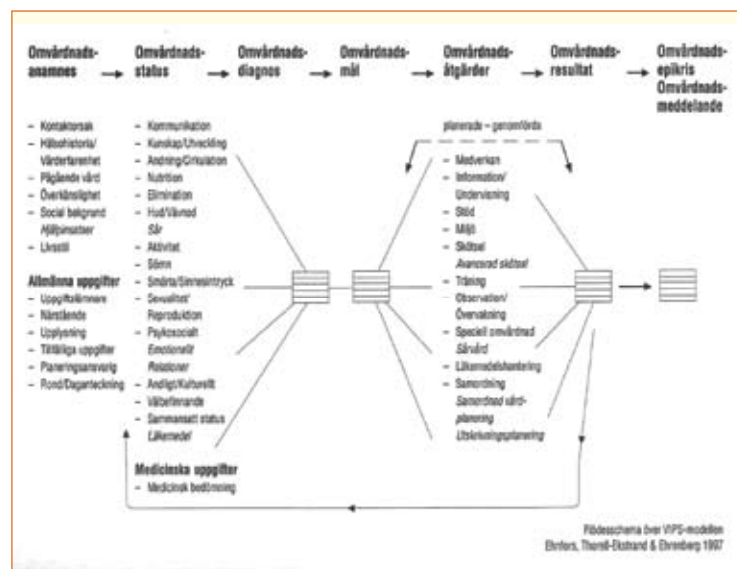
Også andre søk understøtter at pasientperspektivet må få et sterkere fokus. En litteraturnomgang av 48 studier med fokus på pasientens perspektiv til egen omsorg hos alvorlig syke og døende pasienter, viste tre hovedområder som var sentrale i pasientens perspektiv: sykdommen, lidelsen og forhold til døden (4). Forfatterne foreslår med utgangspunkt i disse tre områdene en modell for vurdering i pleieplanen for å ivareta pasientens perspektiv.

## VIPS-modellen

Siden alle artiklene vi har henvist til fremhever behovet for å få fram pasientperspektivet, fant vi det nødvendig å se nærmere på en modell for sykepleiedokumentasjon som anvendes i den elektroniske pasientjournal i Norge, VIPS-modellen, for å se om den legger til rette for pasientperspektivet.

VIPS (Velvære, Integritet, Profylakse, Sikkerhet) er et dokumentasjonssystem utviklet i Sverige av Ehnfors, Ehrenberg og Thorell-Ekstrand (5). Modellen ble første gang presentert i Sverige i 1992 og blir i dag brukt i flere land, særlig i Skandinavia og innen alle områder av helsetjenesten. Modellen er strukturert etter sykepleieprosessen og består av hovedsøkeord (uthevet skrift øverst i modellen) og undersøkeord:

VIPS-modellen



Modellen er forskningsbasert og kan ses på som en delvis strukturert dokumentasjonsmodell som legger til rette for både klassifikasjonssystemer og fritekst. Modellen bygger på kunnskap fra ulike empiriske studier. Modellen er stadig under revidering (6,7,8,9). Forfatterne presenterer modellen som teoriuavhengig, med et nøytralt språk, men at innholdet blir avhengig av hvilket teoretisk grunnlag en har for arbeidet:

Ifølge forfatterne skal det være mulig å anvende ulike ideologi i Vips-modellen. De viser til at ved å foreta en strukturert analyse, gjennom å bruke sykepleieprosessen, vil en få en dypere forståelse for pasientens helhetlige helsetilstand gjennom dyptgående kunnskap og detaljer om pasientens behov og problem (5). Vi er av

den oppfatning av at det er under anamnesen at pasientperspektivet kan synliggjøres best, og vi vil derfor se nærmere på denne og diskutere noe av innholdet i anamnesen.

## Anamnesen i pasientperspektiv

Sykepleieanamnese i VIPS-modellen blir definert som: Pasientens, pårørendes eller følgepersonens beskrivelse av kontaktårsak. Forventninger til pleie (vård) og behandling. Helse, levekår før aktuell kontakt som bakgrunn for videre vurdering, planlegging og pleie (omvårdnad) (10 s.24).

Forfatterne av VIPS-modellen (5) vektlegger betydningen av å forstå pasientens hele situasjon under anamnesen. Sykepleieanamnesen består av følgende undersøkeord: *Kontaktårsak, Helsehistorie/Pasienterfaring, Nåværende pleie/Hjelptiltak, Overfølsomhet, Sosial bakgrunn og Livsstil*. Vi vil nå se nærmere på disse undersøkeordene og forsøke å knytte det opp mot litteratur om pasientperspektiv.

## Kontaktårsak

Her problematiserer forfatterne av VIPS-modellen at det er ulike perspektiv hos sykepleier og pasient. De anbefaler å anvende pasientens egne ord i dokumentasjonen. De er også opptatt av at pasienten kan ha hjelp til å beskrive egne omsorgsbehov. Vi har stilt oss følgende spørsmål:

Spør vi pasienten om kontaktårsak, eller er vi mer opptatt av å dokumentere objektive observasjoner? Er det gjenkjennbart, slik de studier vi henviser til, at

pasientens problem og subjektive oppfatning blir fraværende? Har vi vært mer opptatt av å legitime faget sykepleie enn å fokusere på hva pasienten er opptatt av? Har vi i Sykepleierens dokumentasjonshistorie vært mer opptatt av ideologien rundt sykepleieprosessen og terminologi enn å være opptatt av hva som er til pasientens beste?

#### Helsehistorien

Helsehistorien skal gi et oversiktsbilde av pasientens helsehistorie for innleggelse. Pasientens erfaring blir vektlagt i VIPS-modellen for at sykepleieren kan forstå pasientens aktuelle situasjon bedre. Dette pasientperspektivet samsvarer også med hva de ulike strategiplaner og lovverket sier om viktigheten av pasientperspektivet. Pasienten har ifølge loven rett til å medvirke. Hvorfor viser da studier at det ikke er samsvar mellom pasientens og sykepleiers oppfatning av for eksempel smerte og søvn? Det kan være mange grunner til dette. Etter vår mening er kjernen i all omsorg å kjenne pasientens helsehistorie for å vite hvordan en kan gi god og tilpasset hjelp. Vi tenker at et viktig tiltak vil være å ta utgangspunkt i pasientens egen oppfatning av egen helse, og utdype eventuelt ytterligere opplysninger med bakgrunn i ulik kunnskap fra ulike profesjoner. Også her vil det være viktig å dokumentere i hvilket perspektiv dette er basert på, pasienten helsehistorie eller sykepleierens og legens oppfatning av denne. Her vil blant annet oppfatningen av begrepet helse være viktig.

#### Nåværende pleiehjelpetiltak og overfølsomhet

Opplysningene om nåværende pleie/hjelpetiltak er spesielt viktig der hvor pasienten kun har et midlertidig opphold, for eksempel

på sykehus og når pasienten skal hjem. Nåværende pleie/hjelpetiltak er en del av konteksten som ikke blir berørt nærmere i denne artikkelen. Overfølsomhet er knyttet til allergier og er viktig informasjon som kan gi fatale konsekvenser hvis en ikke er oppmerksom på det. Imidlertid er dette opplysninger som også legen skriver ned. Det kan derfor stilles spørsmål om det er nødvendig med denne dobbeltføringen. Disse opplysningene er mer av objektiv art og perspektivet synes etter vår mening mindre viktig.

#### Sosial bakgrunn

Sosial bakgrunn eksemplifiseres med sosialt kontaktnett, livsmønstre, boforhold, familieforhold, yrke og arbeid. Hjelpetiltak i hjemmet, som for eksempel trygghetsalarm, skal dokumenteres. Forfatterne av VIPS-modellen presiserer at den sosiale dimensjonen påvirker mennesket på ulike nivåer og kan sies å være en del av helsehistorien. Sosial bakgrunn er en del av pasientens kontekst. For eksempel kan det være konstruktivt å dokumentere hvordan pårørende oppfatter pasientens lidelse da dette vil få konsekvenser for pasienten: om pasienten har mann eller barn hjemme som hun er bekymret for eller en jobb hun er redd for å miste på grunn av sykdom.

#### Livsstil

Livsstil er knyttet til betydningen av menneskets verdier, kultur, religion, livsanskuelse, interesser og aktivitetsvaner, og har absolutt noe med perspektiv å gjøre. Forfatterne av VIPS-modellen (5) problematiserer at det kun er der hvor det er relevant å spørre om dette at en skal gjøre det. Dette krever kunnskap og innlevelse fra sykepleierens side. Dette er områder som er påpekt som mangelfullt ivaretatt av sykepleiere (11).

Er dette et område vi ikke synes er nødvendig å dokumentere, eller som vi oppfatter ikke tilhører god yrkesskikk?

#### Konklusjon

Etter vår oppfatning legger VIPS-modellen til rette for at pasientens perspektiv kan dokumenteres i anamnesen. Særlig muliggjør søkeordene kontaktårsak, helsehistorie, sosial bakgrunn og livsstil ivaretagelse av pasientperspektivet. En kan dermed si at VIPS-modellens anamnese legger til rette for medvirkning og innflytelse i egen behandling og at pasientperspektivet slik det står beskrevet i offentlige utredninger og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ivaretas.

Vi håper at denne artikkelen kan bidra til at sykepleiere blir mer bevisst anamnesen i dokumentasjonen i den elektroniske pasientjournal. Det må komme tydelig fram hvilket perspektiv som formuleres, og det bør være lagt inn systemer for at dette ivaretas i den elektroniske pasientjournal, for eksempel profesjonsperspektiv eller pasientperspektiv. Vi spør oss om det kan legges til rette for at pasienten, der det er mulig, selv skriver/leser inn sin kontaktårsak og helsehistorie. Dette vil imidlertid være avhengig av pasientens helsetilstand. Med bakgrunn i denne enkle studien mener vi at det er rom for, men også viktig, at pasientens subjektive data nedtegnes i dokumentasjonen av sykepleie. Det bør gjøres flere empiriske studier i Norge som har fokus på hvordan pasientperspektiv og profesjonsperspektiv ivaretas i sykepleierens dokumentasjonssystem og om det eventuelt er forskjeller på disse perspektivene.

## Sykepleierne rapporterte mer medisinske forhold enn omsorgsbehov.

#### LITTERATUR

1. Karkkainen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of Individualized Patient Care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 2005; 12(2): 123-32.
2. Adamsen L, Tewes M. Discrepancy between patient perceptions, staffs documentation and reflection on basic nursing care *Scandinavian Journal of Caring science* 2000; 14(2):120-129.
3. Karkkainen O, Eriksson K. A Theoretical Approach to Documentation of care. *Nursing Science Quarterly* 2004; 17(3): 365-68.
4. Knops KM, mfl. Patient desires: A model for assessment of patient preferences for care of severe or terminal illness. *Palliative and Supportive Care* 2005; 3:289-299.
5. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell Ekstrand I. VIPS-boken. Stockholm: Vårdförbundet. Forskning och utveckling, 2000.
6. Florin J, mfl. Patients and nurses perception of nursing problems in an acute care setting *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(2): 140-149.
7. Thorell-Ekstrand I, Bjørvel C. The VIPS- model used by nursing student-review of educational care plans. *Scandinavian Journal of Caring Science* 1994; 8(4):195-204.
8. Ehrenberg A, Ehnfors M, Thorell Ekstrand I. Nursing Documentation in patient records: experience of the use of the VIPS-model. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24(4): 853-867.
9. Ehnfors M. Documentation of patient problems and nursing diagnoses in a sample of Swedish nursing records. *Vård i Norden* 4/1994; 14(4):14-18.
10. Vatne S. Pasienten først? Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
11. Aakre M. Skal vi be med pasienten? *Tidsskr Sykepl* 2007; 7: 62-63.



# Yotuel: Hvitere tenner på en skånsom måte!

Yotuel er en komplett tannpleieserie som gir deg hvite tenner uten å skade emaljen. Bruker du flere av produktene i Yotuelserien får du et enda bedre resultat. Yotuel er en internasjonalt patentert, komplett tannpleieserie utviklet av tannleger, og støttet av solid klinisk dokumentasjon. Yotuel selges kun gjennom apotek.

Les mer om Yotuel på [yotuel.no](http://yotuel.no)



Finnes på alle landets Alliance apotek og enkelte andre apotek.

## Marianne Eika

**Yrke:** lektor ved Notodden videregående skole



# Samværsfellesskap i sykehjem

Kunnskap om relasjonelle forhold mellom de ansatte kan bidra til å utvikle kompetansebegrepet blant sykepleiere i eldreomsorgen.

Flere forskere og leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) etterlyser faglighet og kompetanse i eldreomsorgen. Kristin Heggen og Marit Kirkevold hevder at eldreomsorgen er «hodeløs» og med det mener de at det er mangel på kompetanse i dette feltet. De setter spørsmålsteget ved hva slags kompetanse det dreier seg om, og de viser at både fagkompetanse og relasjonell kompetanse inngår i dette begrepet (1). Halvard Vike har ved flere anledninger påpekt spriket mellom sentrale politiske ambisjoner og lokale muligheter og prioriteringer i kommunene. I en nylig publisert rapport «Velferdspolitikk ved reizens slutt» viser forskerne, med bakgrunn i undersøkelser i fire institusjoner for eldre på vestlandet, spriket mellom kravet til kvalitet på den ene siden og begrensede muligheter på den andre siden (2). De hevder blant annet at spørsmålet om hva som skjer når begrensede ressurser skal prioriteres ikke er gjenstand for seriøs politisk debatt (3).

## Faghierarki

Blant annet på bakgrunn av denne rapporten ønsker Bente Slaatten i sin leder «Det er nå det gjelder», fagråd i hver kommune. I et slikt forum ønsker hun at politikere med ansvar må «møte sykepleiere, sykehjemsleger, fysioterapeuter og annet relevant fagpersonell samt pårørende eller brukerorganisasjoner, og ta ansvar for den standard og kvaliteten som faktisk ytes i eldreomsorgen» (4). Dette er et

konkret forslag som kan gi gode føringer, men jeg undrer meg over at det kun er universitetsutdannede og/eller høyskoleutdannede som nevnes eksplisitt som mulige representanter i disse fagrådene. «Annet relevant fagpersonell» som er majoriteten av pleiere som arbeider i eldreomsorgen og er under sykepleierne i faghierarkiet, kommer muligens i kategorien «de andre»? I en tidligere artikkel i Sykepleien hevder jeg at sykepleiere i en somatisk langtidsavdeling i et sykehjem manglet blick

for større eller andre kontekster enn den direkte sykepleiefaglige. Dette medvirket til å utarme fagmiljøet (5).

Hensikten med denne kronikken er å beskrive noen fellesskap blant pleiere i en sykehjemsavdeling som direkte påvirker fagmiljøet, og påvirkes av fagmiljøet. Kjennskap til disse fellesskapene kan være et bidrag til å utvikle kompetansebegrepet blant sykepleiere i sykehjem.

## Samværsfellesskap

Uformelle samvær er de sterkeste fellesskapene i avdelingen (5). Knut Sørensen (6) beskrev slike fellesskap blant pleiere allerede på 1980 tallet, og Ingeborg Aas Ersdal fant i sitt feltarbeid i forbindelse med hovedfagsoppgave, lignende interaksjon blant pleiere

i et sykehjem i begynnelsen av 1990 tallet (7). Det som er interessant er at disse samværene nok en gang i 2003 trer tydelig fram i feltavdelingen (8).

Sørensen presenterte to typer fellesskap, samværsfellesskap og handlingsfellesskap som har ulike sosiale funksjoner. Samværsfellesskapene er innadventde og bygd opp rundt den daglige sosiale kontakten som bidrar til å skape en identitet og følelse av samhörighet. Handlingsfellesskapet er utadventd og bygd opp for å

røykepausene. Samværene kan på den ene siden kjennetegnes av en opplevelse av likeverdighet der begge parter kommer til orde. De ufaglærte assistentene ga uttrykk for at de samarbeidet med de faglærte pleierne i slike situasjoner, og de opplevde at de hadde noe å bidra med selv også. På den andre siden er det en fare at noen holdes utenfor i klikkene og samværene.

Det er interessant at sykepleierne snakket lite eller ingenting om de uformelle samværene i avdelingen. Det som kjennetegnet sykepleierne i intervjuene var at de var faglig engasjerte og de var opptatt av å presentere idealene.

## Hindrer nytenkning?

På den ene siden kan samværsfellesskapene stimulere til kreativitet og nytenkning. Disse spontane samværene ivaretar pleiearbeidets egenart ved at de er flyktige og situasjonsbestemte og alle har mulighet til å ta ordet. En annen side av saken er at disse fellesskapene kan virke som en brems i nyutvikling og endring. De kan fremme kollektive, ubevisste normative tenke- og handlemåter som «slik gjør vi det her» eller «slik har vi alltid gjort det». Disse holdningene kan hindre pleiere i å se muligheter og kan generelt være en brems i nytenkning. De kan også hindre at faglig funderte konkrete tiltak, som fagfellesskapet er blitt enige om, ikke følges opp. Det var særlig de ufaglærte assistentene som var representanter for denne tenkemåten i feltarbeidet fra 2003. For eksempel skrev de ikke ned informasjon som ble gitt

## Noen av pleierne i undersøkelsen påpekte at sykepleierne kunne ha liten direkte pasientkontakt.

i de muntlige rapportene for «det har jeg aldri gjort». Noen av dem påpekte at de hadde registrert en endring i at alle hjelpepleierne under rapportene nå skrev ned aktuell kunnskap akkurat slik som sykepleierne gjorde. Jeg vil her innskytte at ufaglærte assistenter er så mangt. I dette feltarbeidet hadde ingen av assistentene som ble intervjuet annen yrkesutdannelse, og de leste minimalt både hjemme og på jobb. Dette viste seg i språkbruken. Imidlertid kan ufaglærte assistenter i andre sammenhenger ha solid yrkesbakgrunn innen andre yrker og da antar jeg at interaksjonen mellom pleierne kan arte seg annerledes.

### Språkbruk

Det kan synes som det her blir en kræsje mellom de skriftkyndige faglærte pleierne og de muntlige ufaglærte pleierne. Ifølge assistentene mestret de ikke skriftlig dokumentasjon og de var frustrerte fordi denne avslørte dem som forskjellige fra de faglærte pleierne. De ga også uttrykk for utilstrekkelighet under de muntlige rapportene, og de presenterte seg selv som dem som «hører» i disse situasjonene. En medvirkende årsak til disse opplevelsene kan være at de opplevde de faglærte pleierens talespråk som fremmed. Skriftspråket påvirker måten vi snakker på. De faglærte pleierne, og spesielt sykepleierne, bar preg av at de brukte faguttrykk når de snakket. De uttrykte seg presist, og kategoriserte og problematiserte mer enn de ufaglærte pleierne, som hadde en mer upresis språkbruk der de presenterte overblikk og omtrentlighet.

Det er viktig å poengtere at det var noen strukturelle begrensninger som nok også bidro til at samværsfellesskapene var så dominerende. Tiltaksplanene ble ved intervjuetidspunktet ajourført hvert halvår, og da forstår vi at

pleierne var helt avhengige av de formelle og uformelle muntlige fellesskapene for å holde seg oppdatert. I tillegg var det ikke satt av tid for pleierne til å lese og skrive på computeren, og noen ganger sto de mer eller mindre i kø ved de to stasjonære computerne inne på vaktrommet ved vaktens slutt for å dokumentere eget arbeid. Sett i dette perspektivet kan samværsfellesskapene sammen med de muntlige rapportene bidra til at fagligheten opprettholdes. En kvalitet ved samværene er at mange pleiere tar ordet, og når en person sier noe gir det mulighet til refleksjon og bevisstgjøring. Likevel, det er ikke selvsagt at det er pasientene og fagkunnskap som er i fokus.

Dersom assistentene ikke tar ordet i formelle muntlige og skriftlige situasjoner, kan språkbruken bli tilfeldig og lite konkret. Flere hjelpepleiere så på de muntlige formelle rapportsituasjonene som viktige dialog- og diskusjonsarenaer der de fikk hjelp til å finne ut av faglige spørsmål. Dersom assistentene trekker seg tilbake i disse situasjonene, står de i fare for ikke å bli bevisst egen praksis og de slipper også unna korrigerende i forhold til egen praksis. Dermed kan uheldige praksiser oppstå og vedvare og de kan komme i skade for å utføre mer eller mindre ureflekterte handlinger overfor pasienter, kollegaer og seg selv. Ett enkelt eksempel er at ved flere anledninger har jeg opplevd at ufaglærte assistenter snakket om å gi mye drikke til pasientene uten at de konkret kan si hva mye drikke er. Dersom faglærte pleiere tar det for gitt at alle vet hva mye drikke er, så kan praksis bli uheldig for pasientene.

### Forestillinger om likhet

Siden sykepleierne er i mindretall i de fleste somatiske sykehjemsavdelinger, står de i fare for å holdes

utenfor og det kan være de som er «de andre». I feltavdelingen var det ikke selvsagt at det var sykepleierne med sin fagkompetanse som hadde autoritet. Flere pleiere var inne på at de kunne like gjerne snakke med en hjelpepleier eller assistent som var mye på jobb og som kjente pasienten godt. Noen av pleierne i undersøkelsen påpekte at sykepleierne kunne ha liten direkte pasientkontakt. I deres språkbruk reduseres sykepleieren noen ganger til legens høyre hånd. Det er interessant at de andre pleierne har lite innblikk i alle de fragmenterte oppgavene som sykepleiere har i sykehjem. Forskerne i Maktens samvittighet påpeker at sykepleiere oversvømmes av ansvar (10), men denne kunnskapen er ikke utbredt på grasrota.

For å opprettholde egen autoritet og idealet om likhet kan sykepleierne ta del i og innordne seg de sosiale relasjonene som utspiller seg i samværsfellesskapene. Disse likhetsbestrebelsene fra sykepleierens side kan føre til at noen av dem blir for intime ledere i avdelingen (10). Disse samværene kan, sammen med alle de andre fragmenterte oppgavene som sykepleiere har i sykehjem, medvirke til at sykepleierne har manglende blikk for andre kontekster, og de kan være en brems for pleierne i å ivareta handlingsfellesskap. Det er sykepleierne som er formelle ledere i faghierarkiet innad i avdelingen, og deres kompetanse og lydhørhet i å ivareta arenaer for handlingsfellesskap er avgjørende. I feltarbeidet fra 2003 var hjelpepleierne og de ufaglærte assistentene frustrerte over manglende uttrykksmuligheter og språkbeherskelse i dataprogrammet, men dette var ikke tatt opp i organisasjonen eller i fagforeningene. Misnøyen forble innenfor husets fire vegger.

### Avslutning

Slaatten og forskere etterlyser seriøs politisk debatt om prioriteringer i eldreomsorgen. For å gjøre disse prioriteringene er det nødvendig å ha konkret kunnskap om hva som spilles ut blant pleiere på grasrota, det er ikke nok kun å være sykepleier. Det er avgjørende at NSF tar inn over seg at sykepleiere i de fleste sykehjem er i mindretall i forhold til andre pleiere og at NSF også spiller på lag med dem som ikke har høyere utdannelse.

### LITTERATUR

1. Heggen K, Kirkevold M. Hodeløs eldreomsorg. Tidsskr Sykepl 2007; 15: 30-31.
2. Vike H, Haukelien H. Velferdspolitik ved reisesens slutt. Rapport 2007.
3. Informasjonsavdelingen Norsk Sykepleierforbund Hyklersk eldreomsorgspolitik. Tidsskr Sykepl 2007; 13: 87.
4. Slaatten BGH. Det er nå det gjelder. Tidsskr Sykepl 2007; 13: 86.
5. Eika M. Pleiere fremmedgjøres av dataspråk. Tidsskr Sykepl 2006; 17: 58-59.
6. Sørensen KH. Samværfellesskap eller handlingsfellesskap. I Holter H (red). Kvinner i fellesskap. Kvinners levekår og livsløp. Universitetsforlaget Oslo 1982.
7. Ersdal IA. Omsorgsprosesser i et sykehjem. Hovedoppgave i sosialantropologi, UiO 1999.
8. Eika M. «Gode nok?» Pleierens språkbruk i en somatisk sykehjemsavdeling. Hovedoppgave i kulturstudier, Hit 2004.
9. Vike, Kroken, Haukelien, Brinckmann, Bakken. Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Makt og demokratitredningen 1998-2003. Gyldendal Akademiske, Oslo.
10. Sennet R. Authority. W.W.Norton, New York, London 1993.





Jeg reiser aldri uten dagboken min. Man bør alltid ha noe sensasjonelt å lese på toget.

Oscar Wilde

## Bokjul

For meg er julen for alltid forbundet med abort. Og det er John Irvings skyld. Det må ha foregått på sent åttital, i en vaklevoren pikeromsseng, med en julegave jeg selv, etter oppfordring fra farmor, hadde valgt ut, pakket inn og fornøyd åpnet opp. Jeg var døv og blind for alt annet enn vidunderlig besettende *Siderhusreglene*. Romanen handler om den slitne, men velmenende legen Wilbur Larch, som driver barnehjem med illegal abortvirksomhet på si, og hans læregutt, Homer Wells. Homer er et av barnehjemsbarna, og i alvorlige kvaler om moralen i det han lærer. 643 sider bok, men fordi det var en sånn halvbillig utgave, ikke avskrekkende tung å holde oppe, sugd inn i løpet av et par fredelige juledager.

Den er uten navn, den dirrende følelsen av å bare måtte lese videre, som lukker bevisstheten for lyder og kravet om gjøremål som burde vært tatt hånd om, nispise juletwist for å slippe bryet med å hente en brødskive. Lese til hodet føles som myk bomull i jaget etter å komme enda litt lenger inn i fortellingen.

Hver jul er det dette jeg drømmer om. Og selv om det eneste som ville komme ut av flere dagers lesevirksomhet i sengen er ren familiær kollaps, ender alltid julehandelen med flest bøker til meg selv.

Nina Hemnes



# Tid for harde

**Hva er verdt å lese i flommen av bøker?**

**Vi bad tre av våre faste anmeldere og en litteraturviter om tips.**

**Vi spurte:**

1. Hvilken bok har gjort størst inntrykk?
2. Hvilken har skuffet?
3. Hvilken bok har du ennå ikke, men gjerne skulle ha lest?
4. Hvilken bok gir du bort til jul?

**Karl-Henrik Nygaard, anmelder:**

1. Drageløperen av Khaled Hosseini. – Velskrevet bok om en fremmed kultur og hvordan religionen kan undertrykke og ødelegge menneskers lengsel etter fred, frihet, likeverd og rettferdighet.
2. – Kommer ikke på noen. Bøker som ikke fenger leser jeg stort sett ikke.
3. På sporet av den tapte tid av Marcel Proust. – Har alle bøkene, men har aldri fått tid til å sette meg ned å lese dem.
4. Gud – en vrangforestilling av Richard Dawkins. – En viktig bok i en verden som mer og mer underkastes religionens menneskefordreende og klamme hånd. Fikk den selv i gave av en amerikansk venn. Vil gjerne formidle budskapet til andre.



Foto: Privat

## bøker for studenter

Anbefalt av  
**Somayeh Sadat Jamali,**  
studentkonsulent i  
NSF Student



**NSF Student  
Praksisstudier i  
sykepleier-  
utdanning**  
Gir oversikt i  
regler og lover som  
gjelder under  
praksisstudier.



**Ragnhild  
Magelssen  
Kultursensitivitet**  
Hever kompetansen  
hos helsearbeidere  
og forebygger det  
som i boken kalles  
kulturkollisjoner.



**Monica W. Nortvedt,  
Gro Jamtvedt,  
Birgitte Graverholt og  
Liv Merete Reinar  
Å arbeide og undervise  
kunnskapsbasert**  
Viser forskningens rolle i  
den daglige fagutøvelsen.

# pakker



Foto: Erik sundt

### Inger Frogg Jørgensen, anmelder:

1. Tid for å LEVE, tid for å DØ av Unni Ranheim.  
– Fordi den peker på et helsesystem som er blitt så spesialisert at ansvaret pulveriseres, noe som igjen kan føre til at mennesker mister retten til å dø med verdigheten i behold.
2. – Flere enn jeg vil nevne, dessverre, fordi dyktigheten innen ulike fagfelt ikke alltid samsvarer med skrivetalentet.
3. – Med unntak av den som ligger øverst i anmelderbunken, venter jeg med glede på at *Den norske nevolitterære klubb* skal kaste seg over et nytt prosjekt innen året er omme.
4. – Det kommer jo an på om det er til barn eller svigermor, men et stykke Norgeshistorie har ingen vondt av, derfor må det bli Dr. Karl-Otto Nakkens lille bok om epilepsiomsorgen ved Statens Senter for Epilepsi (nå underlagt Rikshospitalet).



Foto: Erik sundt

### Hjørdis Fodstad, anmelder:

1. Meistring og myndiggjøring. Reform eller retorikk?  
Av Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen (red.)  
– Jeg har hatt stor glede av denne, både selv og i undervisning av studenter i psykisk helsearbeid. Liker undertittelen, som sier mye om et kritisk utgangspunkt i boka.
2. – Kommer ikke på en bok som skuffet.
3. Livsbevissthet – om å være til stede i sitt eget liv av Anne-Lise Løvlie Schibbye.  
– Den har jeg nettopp bestilt fra forlaget.
4. – To psyke – én kjærlighet av Ellen B. Brodtkorb og Esben B-J Jaer kan være julegave.  
En varm og fin bok om kjærlighetens helende kraft i ellers stressomme liv med psykiske lidelser.



Foto: Marit Fonn

### Susanne Dietrichson, litteraturviter:

1. – Jeg er krimfan og for meg har derfor Stieg Larssons siste bok «Luftslottet som sprængdes» vært årets leseropplevelse. I likhet med de to foregående bøkene om Lisbet Salander og Mikael Blomkvist hadde den alle ingrediensene en god krimroman skal ha: Spenning, tetthet og overraskende slutt.
2. Anne B. Røgdes siste bok «Ligge i grønne enger».  
– Jeg likte de to første bøkene i trilogien om familien Neshov, men synes etter hvert at både temaet og Røgdes fortellerstil blir forutsigbart og kjedelig.
3. – Øverst på listen står Undset-biografien til Sigrun Slapgaard og «Borte en vinter» av Heid Marie Kriznik. Jeg har lest hennes debut «Applaus» som hun fikk Vesaas debutantpris for og den likte jeg veldig godt.
4. – Jeg vet i hvert fall om to stykker som skal få Frank Rossaviks biografi om Einar Førde.



## Hønsesuppe for sykepleiere

Bøker om sykepleie kan være så mangt. Hva med å teste ut denne utgivelsen: *Chicken Soup for the Nurse's Soul: 101 Stories to Celebrate, Honor and Inspire the Nursing Profession.*

Finnes på Amazon.com.

## Det vi ikke slipper unna

**Anmeldelse:** Det er en ting vi har felles. Vi vet at vi og våre engang skal dø. Slik sett blir dette en bok som uunngåelig angår oss alle. Den er nyttig fordi den presser oss til å forholde oss til dette faktum. Virkemidlene er i stor grad intervjuer med døende, pårørende, helsepersonell og filosofer.

Innledningsvis introduseres vi for kreftsyke Klara. Hun skal dø altfor ung fra ektemann og en datter på ti år. Klara opparbeider seg et avklart forhold til døden, og vi får følge denne prosessen, først gjennom samtaler med Klara selv, og etter hennes død gjennom hva ektemannen forteller.

Klare er hele tiden bevisst på å være åpen for å trygge datteren. Intuitivt forstår hun at å legge et tåketeppe over sykdommen og dens sikre fatale utgang, bare vil føre til angst og usikkerhet hos barnet.

Ikke alle ville ha maktet dette, og vi får heller ikke oppskriften, om jeg kan bruke et så kynisk ord. Men forklaringen får vi og forstår vi. Det blir nærmest en trøst for leseren at vi kan tro på at den vesle jenta vil mestre livet videre uten mamma. Det er mye å lære av Klara, i en tid hvor vi helst vil fortrenge døden.

Helsepersonell på alle nivå får både ris og ros, men jeg synes nok psykiateren Elisabeth Kübler-Ross, som riktignok gjorde en imponerende innsats for å fjerne tabuet omkring døden, vies vel mye oppmerksomhet. Hun døde selv i 2004, og det har tross alt skjedd en enorm utvikling siden hennes pionerarbeid. Satsingen på hospice av høy kvalitet og utbredt forskning på smertelindring burde vært vektlagt i større grad. Men det er da nevnt.

Det er en kritisk forfatter vi har å gjøre med her, men hennes hovedbudskap er at vi skal imøtekomme døden, som livet, med verdighet. Og her syndes det nok iblant. Det har hun rett i. Det påfallende i denne sammenheng er at det er så mange unge døende som omhandles i boken, mens det fortsatt er flest gamle som dør. Med skam å melde er jeg redd mange eldre blir vist mindre respekt enn yngre når de står, eller snarere ligger, foran døren som er merket utgang.

Forøvrig er det mange treffende dikt og sitater å finne i boken. De er valgt ut med omhu.

Og til slutt et klokt etterord av Peter F. Hjort. Han skal man lytte til! Leseverdig bok. Ingen av oss slipper unna temaet.



### Tid for å LEVE – tid for å DØ

**Av** Unni Ranheim

Illustrert av Julie Chr. Bolstad

201 sider

Uranus forlag, 2006

ISBN 978-82-99-55083-3

**Anmelder:** Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

## Inspirerende og konkret

**Anmeldelse:** Dette er inspirerende liten bok. Alice Morgan og Michael White henvender seg til profesjonelle som arbeider med barn eller familier. De vil fremme en samtaleform med positivt fortegn. Barnet er i fokus, og terapeutene verdsetter barnets evner, tanker, ønsker og overbevisninger. Gjennom konkrete eksempler fra deres praksis får vi demonstrert hvordan de arbeider med barnet og familien. Fellesskap utvikles, og samtalen bygges opp gjennom bestemte faser. Det er spennende lesning å følge arbeidet med eksternalisering av barnets problem på veien fram mot en tryggere identitet.

Boken har et eget teorkapittel om narrativ terapi med barnefamilier. Gjennom en gradvis distansering fra de dominerende og velkjente fortellinger om livet utvikles muligheten til å spille en mer betydningsfull rolle og få

innflytelse på sin egen utvikling - å bli aktør i sitt eget liv. Det er en kort gjennomgang av den russiske psykolog Lev Vygotskys arbeid som utviklingspsykolog og små barns læring. Gjennom utviklingen av abstrakt tenking begynner barn å være aktører i eget liv. Som terapeuter har vi et særlig ansvar for å skape betingelser for utvikling av «aktørbevissthet» hos dem vi skal hjelpe. Forfatterne demonstrerer hvordan de i samtalen gradvis bidrar til å bygge opp et stillas hos barnet, uansett utviklings- eller alderstrinn. Det framstilles som en gjensidig sosial prosess å nå fram til barnets potensielle erkjennelse og å oppnå aktørperspektiv.

Alice Morgan skriver et interessant kapittel om terapeutens posisjon i arbeidet med familier og deres barn. Hun demonstrerer og diskuterer dette ut fra Michael White's firefelts dia-

gram, og framhever betydningen av at terapeuten er desentrert og samtidig har innflytelse, med eksempler fra sin praksis. Hun drøfter også maktrelasjoner av betydning, i forhold til blant annet kjønn, alder, rase, seksuell orientering, klasse, fysisk størrelse og kunnskap. Posisjonen anerkjenner at terapeuten ikke kan unngå å påvirke, men hun/han tar derimot ansvar for å være bevisst den makt hun/han har.

Fundamentet i narrativ terapi med små barn og deres familier er å utvikle en rik, alternativ fortelling når barns traumatiske opplevelser skal utforskes. Prosessen drives framover av spørsmål som: «Hvordan har de forskjellige tingene som vi har hørt om deg, hjulpet deg videre når du har hatt det vanskelig?» Den type spørsmål plasserer barna på elvebredden når de skal fortelle om de traumatiserende hendelsene de har vært utsatt for.



### Narrativ terapi med barn og deres familier

**Av** Michael White & Alice Morgan:

136 sider

Akademisk Forlag, 2007

ISBN 978-87-500-3926-6

**Anmelder:** Hjørdis Fodstad, førstelektor



## Månedens bok

Av Kai Ingolf Johannessen, Olav Molven og Sidsel Roalkvam

Med bidrag fra Marie Aakre

386 sider

Akribe 2007

ISBN 978-82-7950-117-6

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

# Etikk med praktisk tilsnitt

Denne boken kan virke overveldende, men å lese den gir lønn for strevet.

Dette er en omfattende bok som berører de viktigste etiske områder sykepleiere kommer i berøring med.

Bokens første del har menneskesyn og omsorg som hovedemne. Med utgangspunkt i at mennesket er sårbart, diskuteres menneskesyn i ulike livssyn. Spørsmålet om omsorgens betydning og hva den innebærer knyttes sammen med moralske grunnerfaringer, der den danske filosofen Knud Løgstrup trekkes inn som en sentral tenker. Det gjelder også Elisabeth Hagemann, som i 1930 skrev den første etikkboken for sykepleiere. Hun karakteriserte sykepleierens grunnleggende egenskaper som ordentlighet, pålitelighet, sannferdighet, troskap, taushet, hygiene, lojalitet og empati. Det pekes på at disse verdiene fortsatt i stor grad gjelder; blant annet finnes de i modifisert form i *NOU 1997:2 Pasienten først*.

Den helhetlige omsorg som gjerne predikes i slike offentlige dokumenter utfordres ofte i sykepleierens hverdag der effektivisering, standardisering og måling er sentralt. I et slikt instrumentalistisk orientert system

stilles sykepleieren overfor en rekke etiske dilemma. Sykepleiefaget sees i boken som motvekt til disse rådende tendenser og fremstår med en kulturkritisk dimensjon. Boken tar videre opp begreper, modeller og teori knyttet til sykepleiepraksis og etikk. De ulike begreper, normer og verdier gjøres godt greie for.

Forfatterne forankrer sin refleksjon om etiske utfordringer i en perspektivmodell som leseren oppfordres til å bruke. En handlings etiske verdi ses i forhold til tre ulike synsvinkler; om den er god, rettferdig og rett. Diskusjonen om de tre begrepene, som utgjør en helhet, er lærerik og grundig.

Her er også et kapittel om ulike etiske teorityper som grovt deles inn i en formålsetisk type, nytteetikk og dydsetikk, og en pliktetisk type, rettighetsetikk og pliktetikk. Det som kalles

fireprinsippsetikk med vekt på autonomi, fravær av skadepåføring, velgjørenhet og rettferdighet presenteres også godt. Her er det en rekke gode eksempler fra sykepleiepraksis. Med bakgrunn i perspektivmodellen og de ulike etiske retningen utvikler forfatterne en beslutningsmodell for en praktisk løsning av etiske

## Forfatterne klarer å formidle viktig stoff på en god måte.

dilemma.

En del tar for seg juss og forholdet mellom juss og etikk. Forskningsetikkens plass og organisering er også presentert.

Bokens siste del setter fokus på anvendt etikk. I et eget kapittel om tvang blir den etiske beslutningsmodellen brukt i forhold til en konkret realistisk fortelling om den demente pasienten Rut. Det er også nyanterte og gode beskrivelser av ulike holdninger, tendenser og utfordringer rundt etiske problemstillinger ved livets slutt.

Etter hvert kapittel er det en sammenfatning, spørsmål til refleksjon og diskusjon og en oversikt over anbefalt litteratur. Litteraturlisten er god og stikkordregisteret grundig.

Bokens styrke er at den presenterer en beslutningsmodell som er velegnet i praksis. Det gis gode eksempler til diskusjon der modellen kan brukes. Boken har mye tekst, men er velskrevet. Forfatterne klarer å formidle viktig stoff på en god måte. Den store tekstmengden kan virke overveldende, men godt språk og et praktisk fokus gjør boken både leseverdige og nyttig.

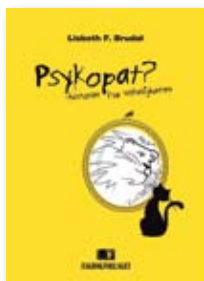
Den bør leses av flere enn sykepleierstudentene som er hovedmålgruppe.





## Hvilken sykdom nedarves i familien Alving i «Gengangere» av Henrik Ibsen?

Svar: Syllis



### Psykisk smerte

**Omtale:** Hvordan utfordrer psykopatene oss? Hvordan skal vi møte dem? Hvordan forstår de seg selv? Og kan de endre seg? Psykoterapeut Lisbeth F. Brudal skriver om de såkalte ikke-kriminelle psykopatene og mennesker med psykopatiske trekk. Ideen til boken fikk hun etter å ha holdt foredrag om boken *Positiv psykologi* med stor vekt på temaet empati. Stadig ville tilhørerne høre mer om motsatsen – mangel på empati, som Brudal fant er et av kardinalkennetegnene på psykopati. ISBN 978-82-450-0587-5

**Psykopat?**  
**Historier fra virkeligheten**  
av Lisbeth F. Brudal



### Om en annerledes hverdag

**Omtale:** Dette er en fars beretning om livet med en sønn som er multihandikappet. Torgeir har det sjeldne CHARGE syndrom, med flere medfødte skader. Han er i dag 32 år, og faren forteller om hvordan familien har mestret hverdagen. Han skriver om et liv som ikke ble helt slik han hadde trodd. Det ble ikke dårligere, men annerledes. Og hvordan familien klarte å snu noe som virket umulig til noe positivt. ISBN 978-82-8120-011-1

**En sjelden kar**  
av Svein Olav Kolset  
og Kåre Willoch



### Legemidlenes hvem, hva, hvor

**Omtale:** Det sykepleiere bør vite om å administrere legemidler skal de kunne finne i denne boken. Dette er en videreføring av *Administrering av legemidler*. I tillegg til praktisk kunnskap, har boken oversikt over lover og regler som ligger til grunn for dagens legemiddelhåndtering og et eget kapittel om feilkilder. ISBN 978-82-450-0220-1

**Klinisk legemiddel-håndtering**  
av Solrun Holm og Jan  
Olav Notevåg



### Mer enn et slagord

**Omtale:** Det noe unorske begrepet empowerment brukes stadig, også i helsevesenet. Men hva ligger egentlig i dette begrepet? Denne boken byr på flere perspektiver og en kritisk granskning, i tillegg til beskrivelse av ulike empowermentorienterte prosjekter. ISBN 978-82-0537-822-3

**Empowerment – i teori og praksis**  
av Ole Petter Askheim  
og Bengt Starrin



### Vil vise flere sider

**Omtale:** Dette er ikke en bok om alle de triste skjebnene, skriver forfatter Liv Jessen i denne boken. Hun vil avmystifisere, problematisere og nyansere prostitusjon. Som leder for Pro Sentret, et norsk kompetansesenter for prostitusjon, har hun truffet mange kvinner som har lært henne om mangfold, styrke, humor og overlevelse. Og det å kjempe mot samfunnets fordømmelse. Boken er et svar til politikerne som vil kriminalisere sexkjøp og fjerneprostituerte fra bybildet. ISBN 978-82-92395-42-4

**Det ideelle offer**  
**Andre tekster om prostitusjon**  
av Liv Jessen



### Hjelp til bedre praksis

**Omtale:** I helsetjenesten treffes det hundretusener av faglige beslutninger hver eneste dag. Denne boken skal gjøre det lettere å stille relevante og presise faglige spørsmål, søke etter, vurdere og bruke forskningsbasert informasjon og sammen med annen informasjon treffe beslutninger om helse-spørsmål. ISBN 978-82-05-33498-4

**Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag**  
av Arild Bjørndal, Sigrid  
Flottorp og Atle Klovning



## Hva leser du nå?

– Akkurat nå leser jeg «Mao – Den ukjente historien» av Jung Chang og Jon Halliday, sier **Jan-Erik Nilsen**, nylagt 2. nestleder i Norsk Sykepleierforbund.

– Jeg leste «Ville svaner», så var min kone og jeg på tema-reise i Kina, og jeg ble fascinert av landets politiske historie. Selv om Mao bare er én bit av den, har han betydning for landet også i dag. Jeg ville vite mer om den galskapen

han satte i verk som politisk leder. Mao var en stor leder, ingen har tatt livet av flere enn ham, han var narsissist, måtte bli elsket og opphøyde seg selv til Gud, sier Nilsen. Og forsikrer at han ikke leser boken som inspirasjon til sitt nye verv.

– Snarere tvert imot, beroliger han.

# Med egne ord

Jordmor **Janne Teigen** har redigert en bok der foreldre forteller om å miste et barn. «Små føtter setter dype spor» heter den.

## 1 Hvorfor akkurat denne boken?

Fordi den er viktig. Egentlig var det meningen å lage en diktsamling. Da vi begynte arbeidet, kom det mange henvendelser, spesielt fra mødre, som ville formidle *sin* historie. Det handlet både om det å miste, men også om å gå gjennom et nytt svangerskap. De fleste bidragsyterne kjenner til boken «Når barn dør før livet begynner» av Bitten Munthe Kaas. Den er fra 1990, og vi kom fram til at det var på tide med en videreføring. Det unike med vår bok er at foreldrene forteller selv, med sine egne ord. I tillegg er det en faktadel med direkte og konkrete råd, både fra foreldre og fra helsepersonell. Blant annet om stell og hvordan skape minner. Mange angrer i ettertid på ting de *ikke* gjorde rett etter dødsfallet.

## 2 Hvorfor er boken viktig?

Fordi den både er et redskap og en veileder. Jeg vet den er i bruk på føde-, nyfødintensiv og barneavdelinger. Foreldre har et stort behov for informasjon. Å kunne normalisere følelsene de har, er viktig.



## spørsmål til Janne Teigen

## 3 Hva liker du best ved boken?

Mangfoldet. Boken inneholder også dikt, 24 stykker, og favner bredt. Selv om de fleste skriver om barn som døde rett etter fødselen, handler den også om å miste større barn. Det eldste var over 20 år.

## 4 Hvem bør lese den?

Alt av helsepersonell. Pårørende til dem som har mistet et barn. Og foreldrene selv, når de er klare for det. Jeg snakket med

en pappa, som sa: «Jeg kjørte to timer hver vei for å få tak i denne boken». Sånt varmer.

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

«Sosial nettverksstøtte ved brå død» av Kari og Atle Dyregrov. Den anbefales.

## 6 Og siste skjønnlitterære?

Den siste til Liza Marklund, «Livstid». Knallbra.

## 7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Jeg synes rett og slett det å skrive er moro.

## 8 Hvilken bok drømmer du om å være redaktør for?

Egentlig har jeg allerede gitt ut boken jeg drømte om. Men hvis det skulle bli en til, ville den vært i samme sjanger, og handlet om papparollen i forbindelse med at barn dør. Det er et tema som er forsket lite på og som interesserer meg.

## 9 Blir du rik av boken?

Nei. Alle inntekter går uavkortet til Foreningen for hjertesyke barn og Foreningen vi som har et barn for lite.



## Cialis Lilly ICOS

Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E08

**TABLETTER**, filmdrasjerte 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneh.: Tadalafil 10 mg, resp. 20 mg, 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 tatt før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan tablett 20 mg forsøkes. Tabletten kan tas med eller uten mat. Preparatet kan tas minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Maks. dosering er 1 gang daglig. Daglig bruk frarådes sterkt da sikkerhet ved langtidsbruk ikke er klarlagt, og også fordi effekten av tadalafil vanligvis varer lenger enn en dag. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av fordeler og risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg, se forøvrig Forsiktighetsregler. Eldre eller diabetikere: Dosejustering er ikke påkrevd. Barn og ungdom: Bør ikke brukes av personer under 18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tadalafil eller noen av hjelpestoffene. Kan forsterke den blodtrykkssenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerte problemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse/hjertelidelse. 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.

**Forsiktighetsregler:** Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystsmerte, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. Flesteparten av disse pasientene hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, til seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Det anbefales ikke bruk av PDE5-hemmere til pasienter som tidligere har erfart episoder med non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION). Det foreligger begrenset sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), og en grundig individuell evaluering av fordeler og risiko bør utføres før ev. forskrivning. Pasienter som får ereksjon som varer i 4 timer eller mer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med varsomhet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernøse fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Det er ikke kjent om tadalafil har effekt hos pasienter med ryggmargsskader og pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostataktomi. Bør ikke brukes hos pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, lappisk laktasemangel eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa1-blokkere som doxazosin kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte pasienter. Kombinering med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakonavir, ketokonazol, itrakonazol 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 slike kombinasjoner anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** I 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 selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafils (10 mg) AUC og øker  $C_{max}$  med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker  $C_{max}$  med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafils AUC uten endringer i  $C_{max}$ . Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakonavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itrakonazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjon av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induserende, rifampicin, reduserer tadalafils AUC med 88%. 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 forsterker den hypotensive effekten av nitrater. Interaksjonen varer i mer enn 24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Dersom en pasient som har fått tadalafil trenger livreddende behandling med nitrater, bør det derfor ha gått minst 48 timer før nitratbehandlingen igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrat kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil er vist å øke 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 er brukt samtidig med warfarin, acetylsalisylsyre, angiotensin II reseptorblokkere og amiodipin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluzid uten interaksjoner. Tadalafil er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiva. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiva synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykksmåling relaterer seg til graden av blodtrykkskontroll. 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. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkssfall skal gis til pasienter når de behandles med antihypertensiva. Ved samtidig bruk av doxazosin (8 mg) er det sett en forsterkning av den blodtrykkssreduserende effekten av doxazosin. Denne effekten er fremdeles tilstede 12 timer etter dosering og er vanligvis forsvunnet etter 24 timer. Kombinering med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Er brukt sammen med tamsulosin (selektiv alfa1A-blokker) uten blodtrykksendringer forårsaket av tamsulosin. Det er ikke kjent om resultatet kan overføres til andre alfaA-blokkere. Tadalafil er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkssfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. 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/Amming:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det er ikke utført studier på gravide kvinner. Det er ikke funnet holdepunkter for teratogenisitet, embryotoksitet eller fostertoksitet i rotter eller mus som ble gitt opp til 1000 mg/kg/dag. **Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter over 75 år er begrenset. Mest vanlig (>1/10) er hodepine og dyspepsi. Hyppige (>1/100): Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Rødme. Mindre hyppige: Hovne øyelokk (beskrevet som øyemerte), konjunktival hyperemi. Svært sjelden: Gastrointestinale: Mavesmerter og gastroesofageal refluks. Hud: Hyperhidrose. Sirkulatoriske: Alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkludert myokardinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi, slag, transitoriske iskemiske anfall, brystsmerte, palpitasjoner og takykardi. De fleste av pasientene som opplevde noe av dette hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. Hypertensjon (hyppigere rapportert når tadalafil ble gitt til pasienter som allerede brukte antihypertensiva), hypertensjon og synkope. Syn: Non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION), uklart syn, synsteltforandring, retinal vaskulær okklusjon. Urogenitale: Priapisme og forlenget ereksjon. Øvrige: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. utslett, urticaria, anksitsedemmer, Stevens-Johnsons syndrom og eksfoliativ dermatitt. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er gitt enkelt-doser på opptil 500 mg til friske, og multiple daglige doser på opptil 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 tadalafiliminering, ose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var  $C_{max}$  41% høyere enn hos friske. **Pakninger og priser:** 110 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00, 8 stk. kr 687,70, 12 stk. kr 1014,30. Sist endret: 03.04.2006

Eli Lilly Norge A.S, Grenseveien 99, 0601 Oslo, Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo, telefon 22 88 18 00, telefaks 22 88 18 59, e-post: kundeservice@lilly.no, www.lilly.no

## Orencia preparatomtale

Immunosuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A A24

**PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONS-VÆSKE, oppløsning 250 mg:** Hvert hetteglass inneh.: Abatacept 250 mg, maltose, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, natriumklorid. **Indikasjoner:** Indisert i kombinasjon med metotreksat for behandling av moderat til alvorlig aktiv reumatoid artritt hos voksne pasienter som har hatt utilstrekkelig respons på eller intoleranse overfor andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. minst én tumornekrosefaktor (TNF)-hemmer. Reduksjon i progresjonen av leddskader og forbedring av fysisk funksjon er vist ved kombinasjonsbehandling med metotreksat. **Dosering:** Behandlingen bør initieres og overvåkes av spesialist med erfaring i diagnostisering og behandling av reumatoid artritt. **Voksne:** Administreres som en 30 minutters i.v. infusjon i.h.t. dosen spesifisert i tabellen. Etter 1. infusjon bør abatacept gis etter 2 og 4 uker, deretter hver 4. uke. Dosering:

| Kroppsvekt      | Dose    | Antall hetteglass <sup>2</sup> |
|-----------------|---------|--------------------------------|
| <60 kg          | 500 mg  | 2                              |
| ≥60 kg, ≤100 kg | 750 mg  | 3                              |
| >100 kg         | 1000 mg | 4                              |

<sup>1</sup> Tilnærmet 10 mg/kg. <sup>2</sup> Hvert hetteglass inneholder 250 mg.

Dersom responsen utbleir etter 6 måneders behandling, bør potensielle fordeler ved behandlingen veies opp mot kjente og potensielle risikoer, og behandlingsalternativer bør vurderes. **Eldre:** Forsiktighet bør utvises pga. en generelt høyere forekomst av infeksjoner og maligniteter. Dosejustering er ikke nødvendig. **Barn og ungdom:** Erfaring mangler, og bruk anbefales derfor ikke. **Nedsatt nyre- og leverfunksjon:** Ikke undersøkt. Doseanbefalinger foreligger ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for abatacept eller noen av hjelpestoffene. Alvorlige og ukontrollerte infeksjoner, f.eks. sepsis og opportunistiske infeksjoner. **Forsiktighetsregler:** Det bør utvises særlig forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt allergiske reaksjoner for abatacept eller noen av hjelpestoffene. Ved alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon må behandlingen seponeres umiddelbart, og hensiktsmessig behandling initieres. Alvorlige infeksjoner er rapportert. Behandling bør ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner før infeksjonene er under kontroll. Forsiktighet bør utvises ved gjentatte infeksjoner eller ved underliggende tilstander som kan predisponere for infeksjoner. Pasienter som utvikler en ny infeksjon mens de får abatacept bør monitoreres nøye. Abatacept bør seponeres ved utvikling av alvorlig infeksjon. Pasienten bør undersøkes for latent tuberkulose før behandling med abatacept initieres. Det bør også tas hensyn til gjeldende medisinske retningslinjer. Antireumatisk behandling er assosiert med reaktivering av hepatitt B. Testing for viral hepatitt bør gjennomføres i.h.t. publiserte retningslinjer før behandlingen initieres. Levende vaksiner bør ikke gis sammen med abatacept eller innen 3 måneder etter seponering. Legemidler som kan påvirke immunsystemet, inkl. abatacept, kan svekke effekten av enkelte immuniseringer. Abatacept kan øke risikoen for autoimmune prosesser, f.eks. forverring av multipel sklerose. Blodglukosemålerne som benytter teststrimler med glukosedehydrogenasepyrrolokinolinonin (GDH-PKK) kan reagere med maltose i preparatet, og gi falske forhøyede blodglukosemålinger på infusjonsdagene. Dersom blodglukosemonitorering er nødvendig, anbefales metoder som ikke reagerer med maltose, f.eks. testmetoder med glukosedehydrogenasenicotinadeninindinokleotid (GDH-NAD), glukoseoksidase eller glukoseheksokinase. Inneholder 1,5 mmol (34,5 mg) natrium pr. maks. dose på 4 hetteglass. Dette bør tas i betraktning hos pasienter som står på kontrollert natriumdiett. **Eldre:** Forsiktighet bør utvises ved behandling av eldre pga. generelt høyere forekomst av infeksjoner og maligniteter. **Interaksjoner:** Begrenset erfaring med samtidig bruk av TNF-hemmere. Kombineringen kan gi økning i generelle og alvorlige infeksjoner, og anbefales ikke. Ved bytte fra behandling med TNF-hemmende legemidler til abatacept bør pasientene monitoreres med henblikk på infeksjoner. Dosejustering er ikke nødvendig ved samtidig bruk av andre DMARDs, kortikosteroider, salisylater, NSAIDs eller analgetika. Legemidler som påvirker immunsystemet, inkl. abatacept, kan påvirke kroppens forsvar mot infeksjoner og maligniteter, samt respons på vaksiner. Samtidig administrering med biologiske immunosuppressive eller immunmodulerende legemidler, kan potensere effektene av abatacept på immunsystemet. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Tilstrekkelige data foreligger ikke. Skal ikke brukes under graviditet hvis ikke strengt nødvendig. Kvinner i fruktbar alder skal bruke effektiv prevensjon under behandling og opptil 14 uker etter siste dose. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Dyrestudier har vist at abatacept utskilles i brystmelk. Kvinner skal ikke amme under behandling og opptil 14 uker etter siste dose. **Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Utslett, inkl. dermatitt. Lever: Unormale leverfunksjonstester, inkl. forhøyede transaminaser. Luftveier: Hoste, infeksjon i nedre luftveier (inkl. bronkitt), infeksjon i øvre luftveier (inkl. trakeitt, nasofaryngitt), rhinitt, hyppigere forekomst av respiratoriske sykdommer hos KOLS-pasienter (dyspné, bronkitt, forverring av KOLS). Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Urogenitale: Urinveisinfeksjon. Øvrige: Herpes simplex, rødming, tretthet, asteni, Herpes zoster. *Mindre hyppige:* Blod: Trombocytopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Gastritt, munnsår, aftøs stomatitt. Hud: Økt tendens til blåmerker, alopeci, tørr hud, infiserende sår i huden, onykomykose, psoriasis, kloe. Luftveier: Pneumoni, bronkospasme, tett hals, dyspné. Metabolske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Parestesier. Psykiske: Depresjon, angst. Sentralnervesystemet: Vertigo. Sirkulatoriske: Hypotensjon, takykardi, bradykardi, palpitasjoner. Syn: Konjunktivitt, redusert skarpsyn, tørre øyne. Urogenitale: Amenoré, pyelonefritt. Øvrige: Hetetokter, tanninfeksjon, basallekarsinom, influensalignende sykdom, hypersensitivitet, urticaria, cystitt, migrene, gispning. *Sjeldne (<1/1000):* Gastrointestinale: Divertikulitt, intestinale abscesser. Hud: Hudabscesser. Luftveier: Empyem, tuberkulose. Øvrige: Sepsis, bakteriemie, cellulitt, lokale infeksjoner, infeksjon i muskel-skjelettsystemet, hepatitt E, anafylaksi. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Doser opp til 50 mg/kg er administrert uten tilsynelatende toksisk effekt. *Behandling:* Overvåking for tegn på bivirkninger og instituering av hensiktsmessig symptomatisk behandling anbefales. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Selektiv T-celle-kostimulator. *Virkningsmekanisme:* Abatacept er et fusionsprotein bestående av det ekstracellulære domenet til humant cytotoxisk T-lymfocytassosiert antigen 4 (CTLA-4), bundet til en modifisert Fc-del av humant immunoglobulin G1 (IgG1). Modulerer selektivt et kostimulerende nøkkelsignal som er nødvendig for full aktivering av T-lymfocytter som uttrykker CD28. Ved doser på 10 mg/kg: *Absorpsjon:*  $C_{max}$  ved «steady state» er ca. 290 µg/ml og  $C_{min}$  ca. 25 µg/ml. *Fordeling:* Gjennomsnittlig distribusjonsvolum: 0,07 liter/kg. *Halveringstid:* 13,1 dager (8-25 dager). Systemisk clearance: 0,22 ml/time/kg. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C. Rekonstituert oppløsning er kjemisk og fysisk stabil i 24 timer ved 2-8°C. Tilberedt oppløsning bør fortynnes umiddelbart. Tilberedt oppløsning som fortynnes umiddelbart er kjemisk og fysisk stabil i 24 timer ved 2-8°C. Bruksferdig oppløsning bør brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Bør ikke blandes med andre legemidler da det ikke foreligger undersøkelser vedrørende uforlikeligheter. Skal ikke funderes i samme intravenøse slange som andre legemidler. Skal ikke brukes sammen med silikonholdige sprøyter. Hvert hetteglass rekonstitueres aseptisk med 10 ml vann til injeksjonsvæske vha. vedlagt silikonfri engangsprøyte og kanyle 18-21 gauge. Fortynnes umiddelbart etter rekonstituering til 100 ml med natriumklorid 9 mg/ml (0,9%) injeksjonsvæske. Oppløsningen skal administreres i løpet av 30 minutter, og må administreres via et infusjonsett og et steril, ikke-pyrogen filter med lav proteinbindingsgrad (porestørrelse 0,2-1,2 µm). For tilberedning, se pakningsvedlegg. **Pakninger og priser:** 1 stk. (15 ml) med 1 silikonfri sprøyte kr. 4129,50. **Sist endret:** 09.07.2007

## Empati for prostata

Spesialister i urologi og mannlige leger over 50 år rekvirerer PSA-prøver langt oftere enn andre leger, viser en studie fra New England. Forhøyet PSA (prostata spesifikt antigen) er en markør for prostatakreft. Det er allmenn konsensus om at PSA ikke er indikert for menn under 40 og over 75 år. Denne studien ville se på hvor vanlig det var å rekvirere PSA for disse gruppene likevel. Det var prøver av menn over 75 år som signifikant hyppigere ble rekvirert av eldre mannlige leger. Det forklares med at de har «prostataempati» og at empatien øker når legene selv kommer i aldersmessig risiko for prostatakreft.

Läkartidningen

## Ikke for alle

Vekta øker mens treningsentrene blir stadig flere. Er ikke det en selvmotigelse? Nei, viser forskningen til Jennifer Smith Maguire. Hun har blant annet studert hvordan den kommersielle treningsindustrien fungerer og konkluderer med at den overhodet ikke egner seg til å håndtere problemene med fedme og stillesitting. Årsakene er at sosiale forskjeller blir opprettholdt ved at kvalitetstrening er noe man må betale for og at trening individualiseres. Trening forbindes ikke lenger med offentlig tilgjengelige tilbud, som skog og mark, eller som del av daglige gjøremål, som å gå i trappen. Trening blir noe man gjør i fritiden og betaler for. Studien er utført i USA, men skal være overførbart på alle samfunn med kommersiell treningsindustri.



Illustrasjon: Colurbox

forskning.no

## Topp og bunn

USAs innbyggere er mest misnøyd med helsetjenestene. Nederlenderne er mest fornøyd. Det kommer frem i en studie med 12 000 voksne fra sju industrialiserte land.

British Medical Journal



Illustrasjon: Colurbox

## Alkohol ikke tema

To av tre får ikke informasjon om alkoholbruk, viser en undersøkelse blant 400 gravide. Selv om retningslinjene for svangerskapsomsorgen slår fast at alkohol skal være tema, hadde bare en fem diskutert dette med sin lege eller jordmor. 14 prosent ble ikke spurt om alkoholvaner i det hele tatt.

Dagens Medisin

## Emselex «Novartis»

**Urologisk spasmolytikum**

ATC-nr.: G04B D10  
**DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg:** Hver depottablett inneh.: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171). 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og urgency som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. **Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år:** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. **Barn:** Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er nødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er nødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Urinretensjon, ventrikkelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad C), alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itraconazol). **Forsiktighetsregler:** Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom neuropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre asofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved neuropeptid og/eller trykkløst ved detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnløshet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tioridazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. **Terapeutisk legemiddelmonitorering** av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarine egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amming. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstipasjon. **Syn:** Tørre øyne. **Øvrige:** Hodepine, abdominalsmerter, munntørhet. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, flatulens, ulcerøs stomatitt. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Luftveier: Rhinitt, økt hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, insomnia, somnolens, unormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifert. **Syn:** Unormalt, inkl. sløret syn. **Urogenitale:** Urinretensjon, urinveisforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerter. **Øvrige:** Asteni, påført skade, ansiktødem, smaksforstyrrelser. **Laboratorieverdier:** Forhøyet ALAT og ASAT. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom.

**Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstipasjon, hodepine, dyspepsi og tørrhet i nesen. **Behandling:** Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåking. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. **Egenskaper: Klassifisering:** Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M<sub>3</sub> SRA). M<sub>3</sub>-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. **Proteinbinding:** 98%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 163 liter. **Metabolisme:** Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. **Utskillelse:** Ca. 60% i urin, ca. 40% i fæces. Kun 3% utskilles uforandret.

**Pakninger og priser: 7,5 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90. **15 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90.

**T:** 40a). **Refusjon:** Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

**Sist endret:** 04.06.2007 (SPCer 23.03.2007)

**Referanser:** 1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M<sub>3</sub> selective reseptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001. ID kode: 4053/10.2007



REFUSJON ETTER §9 PUNKT 40



NOVARTIS

Novartis Norge AS • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo  
 Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no

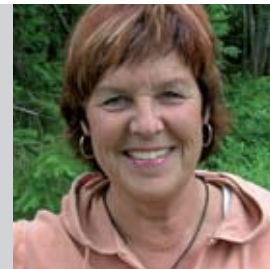
## Marie Aakre om livsforlengende behandling

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

**Alder:** 60 år

**Fra:** Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



# Skal, skal ikke?

## – Livsviktig beslutningsprosess

Når bør vi avstå fra å iverksette livsforlengende behandling? Og når bør vi avslutte nytteløs og ofte meningsløs behandling nær døden?

Dette er sårbare og vanskelige spørsmål. Men nå kommer snart en nasjonal veileder som skal kvalitetssikre beslutninger om å begrense livsforlengende behandling til alvorlig syke og døende.

### Etikk, fag og juss

Jeg har fått være med i et bredt sammensatt utvalg initiert både av Sosial- og helsedirektoratet, Legeforeningen og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, som nå har ført forslagene i pennen. Det blir et ganske omfattende dokument som belyser etiske, faglige og juridiske spørsmål knyttet til medisinsk behandling nær døden. Forslaget er nå til høring i mange instanser før det endelig

skal vedtas rundt årsskiftet. Hensikten med veilederen er primært å kvalitetssikre beslutningsprosesser knyttet til den medisinske behandlingen.

### Komplekse dilemma

Moderne medisin har gjort det mulig å forlenge livet til alvorlig syke og døende mennesker. Det oppstår stadig situasjoner der det er naturlig å spørre om behandlingen er til pasientens beste. Tjener behandlingen kun til å forlenge pasientens lidelse og/eller til å teknifisere dødsprosessen? Gir den medisinske behandlingen falske håp til den syke og/eller de nære pårørende? Stjeler behandlingen tilmålt tid fra viktige avskjeds- og forberedelsesprosesser for

den syke og de pårørende? Bidrar behandlingen til mindre plager eller gir den unødige tilleggsplager? Eksempelene på dilemma i praksis er mange og komplekse, og gode tverrfaglige beslutningsprosesser etterlyses, ikke minst fra sykepleiere.

En beslutning om å la være å starte opp eller å avslutte

forsvarlig. Ingen kan heller pålegges eller kreve støtte til å gi behandling som er hensiktsløs.

De fleste mennesker i vårt land dør i sykehjem, der kompetanse og ressurser er marginale i møte med denne type dilemma. De etiske og medisinske beslutninger er svært sammensatt og lite systematisert.

### Selv om legen har det medisinske sluttansvaret, handler livsforlengende behandling om mer enn medisin.

livsforlengende behandling med den følge at pasienten vil dø, kan være utfordrende for alle involverte parter.

### Ikke bare legen

Veilederen for beslutningsprosessen oppsummeres i tolv hovedpunkter for å gjøre den mest mulig anvendbar i praksis. Disse punktene sier mye om hva beslutningene skal bygge på, de beskriver legens ansvar og understreker kravet om tverrfaglige drøftinger rundt beslutningene. Punktene belyser hensynet til pasientens ønsker, vurdering av samtykkekompetanse og pårørendes rolle i beslutningsprosesser. Ingen pasient eller pårørende kan kreve behandling som ikke er faglig

Sykepleiere bør ha en sentral rolle i beslutningsprosessen. Selv om legen har det medisinske sluttansvaret, handler livsforlengende behandling om mer enn medisin. Juridiske føringer i Helsepersonelloven er grundig beskrevet i dokumentet, og jeg oppfordrer sykepleiere til å sette seg grundig inn i loven. Også våre nye yrkesetiske retningslinjer understreker sykepleierens ansvar for aktiv deltagelse i dilemma knyttet til de medisinske intervensjoner. Jeg viser særlig til tre av punktene der det heter;

- Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet, rettigheter og sikkerhet ved bruk av teknologi og vitenskapelige framskritt.



REDDER: Vi skal redde liv, men hva med liv som ikke kan reddes?



● Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død.

● Sykepleieren bidrar til en naturlig dødsprosess og død, der det er særlig viktig at nytteløs livsforlengende behandling avsluttes eller ikke påbegynnes.

### Veileder ikke nok

I Rådet for sykepleietikk møtar vi stadig nye fortellinger og dilemma om krenkende forha-

ling av lidelsesfulle dødsprosesser. De fleste refererer til situasjoner fra intensivavdelinger, men mange kommer fra eldreomsorgen i sykehjem og fra kreftomsorgen. Jeg tror denne veilederen kan bli til viktig støtte i sammensatte beslutningsprosesser, men den vil aldri kunne erstatte den tverrfaglige dialogen og den enkeltes klokskap og dømmekraft, i praksis.



## MÅNEDENS DILEMMA

**Hvilke etiske dilemma opplever du særlig krevende knyttet til livsforlengende behandling der du arbeider? Hvordan kan du/dere bruke den nye veilederen på din arbeidsplass?**

Har du synspunkter, meninger eller kommentarer?

Send din mening til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne blir trykket i neste nummer av Sykepleien (om en måned).

### c Singulair «MSD»

Leukotrienreseptorantagonist

ATC-nr.: R03D C03

**T GRANULAT I DOSEPOSER 4 mg:** Hver dosepose inneholder: Montelukastnatrium 4,2 mg tilsv. montelukast 4 mg, hjelpestoffer.

**T TABLETTER 10 mg:** Hver tablett inneholder: Montelukastnatrium 10,4 mg tilsv. montelukast 10 mg, laktosemonohydrat 89,3 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt og gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmdrasjert.

**T TYGGETABLETTER 4 mg og 5 mg:** Hver tyggetablett inneholder: Montelukastnatrium 4,2 mg, resp. 5,2 mg tilsv. montelukast 4 mg, resp. 5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172). Kirsebærsmak.

**Indikasjoner:** *Granulat:* Tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og korttidsvirkende beta2-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Et behandlingsalternativ til lavdose inhalasjonssteroider for 2-5 år gamle pasienter med mild vedvarende astma som ikke nylig har hatt alvorlige astmaanfallet som har krevd bruk av orale kortikosteroider, og for pasienter hvor det er vist at inhalasjonssteroider ikke kan brukes. *Tabletter og tyggetabletter:* Tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og korttidsvirkende beta2-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt. *Tyggetabletter:* Et behandlingsalternativ til lavdose inhalasjonssteroider for pasienter med mild vedvarende astma som ikke nylig har hatt alvorlige astmaanfallet som har krevd bruk av orale kortikosteroider, og for pasienter hvor det er vist at inhalasjonssteroider ikke kan brukes.

**Dosering:** Skal tas én gang daglig. *Astma:* Dosen bør tas om kvelden. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. Forsøksvis til behandling av barn: **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Alternativt 4 mg (1 dosepose) daglig. **6 måneder-2 år:** 4 mg (1 dosepose) daglig. Terapeutisk effekt sees i løpet av én dag. Bør tas selv om sykdommen er under kontroll, og i perioder med forverring av sykdommen. *Sesongrelatert allergisk rhinitt:* Doseringstidspunkt kan individualiseres. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Bruk hos barn 2-14 år ved sesongrelatert allergisk rhinitt kan overveies basert på dokumentert sikkerhet i denne aldersgruppen, selv om effekt ikke er dokumentert i kliniske studier. *Generelle anbefalinger:* Tabletter 10 mg kan tas alene eller sammen med mat. Tyggetabletter 4 mg og 5 mg bør tas 1 time før eller 2 timer etter mat. Granulat kan tas alene eller sammen med mat. Hele dosen bør tas innen 15 minutter etter åpning av doseposen. Skal ikke brukes samtidig med andre preparater som inneholder montelukast. Ingen dosejustering er nødvendig for eldre, ved redusert nyrefunksjon eller ved mild til moderat leversykdom. Det finnes ingen data fra bruk ved sterkt nedsatt leverfunksjon. *Singulair som et behandlingsalternativ til lavdose inhalasjonssteroider hos barn fra 2-14 år for mild vedvarende astma:* Montelukast er ikke anbefalt som monoterapi hos pasienter med moderat vedvarende astma. Bruk av montelukast, som et behandlingsalternativ til lavdose inhalasjonssteroider hos barn med mild vedvarende astma, bør bare overveies for pasienter som nylig ikke har hatt alvorlig astma-anfall som har krevd bruk av orale kortikosteroider, og for pasienter hvor det er vist at inhalasjonssteroider ikke kan brukes. Mild vedvarende astma er definert som symptomer på astma mer enn 1 gang i uken, men mindre enn 1 gang daglig, symptomer om natten mer enn 2 ganger i måneden, men mindre enn 1 gang i uken og normal lungefunksjon mellom episodene. Hvis tilfredsstillende astmakontroll ikke oppnås ved oppfølging (vanligvis innen 1 måned), bør behov for en tilleggs- eller ulik antiinflammatorisk behandling som er basert på trinnsystemet for astmabehandling utredes. Pasienter bør periodisk utredes for deres astmakontroll. Når behandling med Singulair brukes som tilleggsbehandling til inhalasjonssteroider, bør ikke Singulair erstatte inhalasjonssteroider brått.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Brukes ikke til behandling av akutte astmaanfall. Pasienten bør rådes til å ha akuttmedisin tilgjengelig. Ved akutte anfall gis korttidsvirkende beta2-agonister. Pasienten bør kontakte lege snarest mulig dersom det er nødvendig med flere inhalasjoner av korttidsvirkende beta2-agonister enn vanlig. Montelukast bør ikke brått erstatte inhalerte eller perorale kortikosteroider. Det finnes ikke tilgjengelige data som viser at perorale kortikosteroider kan reduseres ved samtidig inntak av montelukast. Etter reduksjon i dosen av systemiske kortikosteroider har det i sjeldne tilfeller forekommet en eller flere av følgende: Eosinofili, vaskulitt utsløtt, forverring av lungesyntomer, hjertekom-

plikasjoner og/eller neuropati, noen ganger diagnostisert som Churg-Strauss' syndrom, en systemisk eosinofil vaskulitt. Årsakssammenhengen er uklar, men det anbefales forsiktighet og klinisk oppfølging når reduksjon av systemiske kortikosteroider vurderes. Dokumentasjon for bruk til barn er begrenset. Det foreligger ingen data vedrørende effekt og sikkerhet hos barn under 6 måneder. Pasienter med sjeldne, arvelige galaktose intoleranseproblemer, Lapp laktasemangel eller glukose-galaktose malabsorpsjon må ikke bruke 10 mg-tabletten. Tyggetablettene inneholder aspartam som hos fenyketonuripasienter omdannes til fenylalanin.

**Interaksjoner:** Preparatet kan tas sammen med teofyllin, prednison, prednisolon, p-piller (etinyløstradiol 35 µg/noretisteron 1 mg), terfenadin, digoksin og warfarin uten fare for interaksjoner av klinisk betydning. Arealet under plasmakonsentrasjonskurven (AUC) for montelukast ble redusert med ca. 40% ved samtidig inntak av fenobarbital. Siden montelukast metaboliseres av CYP 3A4 bør forsiktighet utvises, spesielt ved behandling av barn, når montelukast gis samtidig med medikamenter som inducerer dette enzymet, f.eks. fenytoin, fenobarbital og rifampicin.

**Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Dyrestudier indikerer ingen skadelig effekter på svangerskapsforløpet eller embryo-/fosterutvikling. Begrensede data antyder ingen årsakssammenheng mellom montelukast og misdannelser (f.eks. defekte lemmer), som er rapportert sjelden. Skal ikke brukes under graviditet med mindre strengt nødvendig. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Utskilles i melk hos rotter. Skal ikke brukes av ammende med mindre strengt nødvendig.

**Bivirkninger:** *Tabletter (Voksne >15 år): Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Mavesmerter. Sentralnervesystemet: Hodepine. *Tyggetabletter (Barn 6-14 år): Hyppige (>1/100):* Sentralnervesystemet: Hodepine. *Tyggetabletter (Barn 2-5 år): Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Mavesmerter, tørste. *Granulat (Barn 6 mndr-2 år): Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Diaré. Sentralnervesystemet: Hyperkinesi. Luftveier: Astma. Hud: Eksem, dermatitt, utslett. Følgende er svært sjelden rapportert etter markedsføring: Gastrointestinale: Diaré, tørr munn, dyspepsi, kvalme, oppkast/brekninger. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalggi inkl. muskelkramper. Neurologiske: Svimmelhet, unormale drømmer inkl. mareritt, hallusinasjoner, søvnighet, søvnløshet, parestesi/hyposæsti, irritasjon, opphissethet inkl. aggressiv oppførsel, rastløshet, epileptisk anfall. Lever: Økt serum transaminaser (ALAT, ASAT), kolestatisk hepatitt. Sirkulatoriske: Økt blodningstendens, blåmerker, palpitasjoner. Øvrige: Asteni/tretthet, utilpassestet, ødem, overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaksi, angioødem, pruritus, utslett, urticaria og en isolert rapport om eosinofil leverinfiltrat. Svært sjeldne tilfeller av Churg-Strauss syndrom (CSS) er blitt rapportert ved behandling med montelukast hos pasienter med astma.

**Overdosering/Forgiftning:** I studier på pasienter med kronisk astma er det gitt doser opptil 200 mg/dag i 22 uker, og i korttidsstudier er det gitt opptil 900 mg/dag i ca. 1 uke, uten at det ble observert klinisk signifikante bivirkninger. Akutt overdosering er rapportert. Rapporten omfatter doser så høye som 1000 mg hos voksne og barn. Kliniske funn og laboratoriefunn avviker ikke fra det som er sett hos voksne og barn. De vanligste forekommende bivirkningene er i.h.t. sikkerhetsprofilen til montelukast og inkluderer mavesmerter, søvnighet, tørste, hodepine, oppkast og psykomotorisk hyperaktivitet. Det er ikke kjent om montelukast er dialyserbar ved peritoneal- eller hemodialyse.

**Pakninger og priser:** *Granulat i doseposer:* 28 stk. kr 389,60. *Tabletter: 10 mg:* Datopakn.: 28 stk. kr 376,10. 98 stk. kr 1230,60. *Tyggetabletter: 4 mg:* Enpac: 28 stk. kr 369,90. 98 stk. kr 1208,70. *5 mg:* Datopakn.: 28 stk. kr 371,40. 98 stk. kr 1213,90. T: 44h).

Refusjon: Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. 1. Kun som tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og korttidsvirkende beta2-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. 2. Behandlingseffekten skal hos alle brukere evalueres innen tre måneder etter oppstart av behandling. 3. Behandling av barn under 8 år skal være instituert av spesialist i barne- eller lungesykdom.

Sist endret: 14.08.2007

# Slutter som leder

Stillingen som generalsekretær i Sykepleierforbundet er ledig: Aud Blankholm trekker seg.

I tolv år har Aud Blankholm hatt det administrative ansvaret i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Nå trekker hun seg fra stillingen, som lyses ut i denne utgaven av Sykepleien.

Dette er blitt kjent bare tre uker etter at NSF fikk ny politisk ledelse med Lisbeth Normann i spissen

– Er det Normann som skremmer deg vekk?

– På ingen måte, forsikrer den

avtroppende.

– Snarere tvert imot. Med den nye ledelsen kunne det være fristende å fortsette. Jeg er glad for de nye lederne som er valgt til å drive forbundet videre.

Blankholm føyer til at Normann har visst om dette i flere år. Allerede da Blankholm tiltrådte som generalsekretær i 1995 fikk hun avtalt at hun kunne trekke seg fra den krevende lederstillingen når hun ble 60 år.

Det ble hun 1. november.

– Nå bruker jeg den muligheten. Jeg tenkte det ville bli vel krevende å sitte i en slik lederstilling helt til pensjonsalderen. Nå kan nye koster ta over.

Blankholm skal fortsatt være ansatt i NSF, men som rådgiver. Hun bedyrer at hun fortsatt har krefter.

Det er besluttet at også den nye generalsekretæren skal være sykepleier, slik de aller fleste har vært.

FØRE VAR:  
At Aud Blankholm trer av som toppleder akkurat nå, er en gammel idé.



– Slik bør det være. Vedkommende må ha innsikt i helsevesenet og sykepleietjenesten, mener Blankholm, som ellers ikke vil si noe om hvem hun kunne tenke seg som sin etterfølger.

– Det fins sikkert mange der ute som passer.

Hun regner også med at det kan ta litt tid før en ny administrator er plukket ut. Blankholm lover at hun ikke skal forlate skuten før denne er på plass.



## Prøv NSF Unique - fri årsavgift første år!

- 5 %\* innskuddsrente fra første krone
- Gebyrfrie varekjøp
- Gebyrfri regningsbetaling på nettet
- Kredittreserve på inntil kr 75.000,-



Effektiv rente ved bruk av kreditt:  
50.000 (13,24 %) · 25.000 (13,92 %) · 10.000 (15,96 %)

\* Betingelser pr. desember 2007. Renten følger renteutviklingen i Norges Bank.

### Vil du vite mer?

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

# Nå kan du kvalitetssikre IKT-kompetansen i din helseinstitusjon



Å mestre IKT er en like grunnleggende ferdighet for å kunne delta i samfunnsutviklingen som å kunne lese og skrive. Denne utviklingen kommer ikke til å snu, men vil gå enda raskere i fremtiden. Derfor er det viktig at ingen grupper blir stående utenfor den digitale utviklingen.

## IKT for helsepersonell

Hensikten med boken er å gi en grunnleggende forståelse for bruk av IKT i helsesektoren og for de rammebetingelsene som er knyttet til dette.

Boken bygger på den nye fagplanen for Helse IKT, som er resultat av et europeisk samarbeid. Boken er utviklet som et ledd i å tilrettelegge et opplæringsprogram som gir helsepersonell mulighet til å dokumentere sine kunnskaper i IKT, blant annet gjennom ferdighetstester utarbeidet av Datakortet AS i Norge.

ISBN 978-82-7950-126-8 Kr. 375,-

## Datakortet Helse

Datakortet Helse er laget for å sikre kompetanse i behandling av pasientinformasjon og forståelse for de krav og regler som stilles. Det er et opplæringskonsept basert på en fagplan, med tilhørende opplæringsbok og ferdighetstest som dokumenterer at kandidaten har kompetanse om regler, krav og bruk av informasjonssystemer med pasientinformasjon.

For ytterligere informasjon:

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

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





C

Levitra «Bayer»  
Middel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E09

TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder Vardenafilhydrokloridtrihydrat tilsv. vardenafil 5 mg, resp. 10 og 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon, som er manglende evne til å oppnå eller opprettholde en penil ereksjon tilstrekkelig for tilfredsstillende seksuell aktivitet. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk til kvinner.

Dosering: Anbefalt dose er 10 mg og tas ved behov ca. 25-60 minutter før seksuell aktivitet. Basert på effekt og toleranse kan dosen økes til 20 mg eller reduseres til 5 mg. Maks. anbefalt dose er 20 mg. Maks. anbefalt dosering er 1 gang daglig. Kan tas sammen med eller uavhengig av mat. Innsettende virkning kan forsinkes tatt sammen med måltid med høyt fettinnhold. Eldre: 5 mg bør brukes som første dose. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild og moderat reduksjon (Child-Pugh grad A-B), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt nyrefunksjon: Ved mild til moderat reduksjon er dosejustering unødvendig. Ved sterk reduksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og 20 mg. Ikke indisert for bruk til personer under 18 år. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for vardenafil eller noen av hjelpestoffene. Samtidig bruk av nitrater eller NO-donorer som amlinotrit. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av PDE5-hemmere eller ikke. Bør generelt ikke brukes av menn der seksuell aktivitet ikke anbefales (f.eks. pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom som ustabil angina pectoris eller alvorlig hjertesvikt (NYHA III eller IV)). Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir). I tillegg er ketokonazol og itraconazol (oral form) kontraindisert hos menn >75 år. Inntil ytterligere informasjon foreligger: Alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C), sluttstadium av nyresykdom som krever dialyse, hypotensjon (blodtrykk <90/50 mmHg), nylig gjennomgått slag eller hjerteinfarkt (siste 6 måneder), ustabil angina og kjente arvelige degenerative retinasykdommer som retinitis pigmentosa.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse bør utføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og bestemme mulige underliggende årsaker, før behandling vurderes. Pasientens kardiovaskulære status bør vurderes før behandling, da det er en viss kardial risiko forbundet med seksuell aktivitet. Vardenafil har vasodilatoriske egenskaper som gir mildt og forbigående blodtrykkfall. Pasienter med venstreventrikulær utstrømningsobstruksjon, f.eks. aortastenose og idiopatisk hypertrofisk subaortisk stenose, kan være følsomme overfor virkningen av vasodilatorer inkl. PDE5-hemmere. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med anatomiske deformasjoner av penis som knekkdannelse, kavernas fibrose eller Peyronies sykdom, eller hos pasienter med lidelser som kan predisponere dem for priapisme som sigdcelleanemi, multiplett myelom eller leukemi. Kombinasjoner av vardenafil med andre behandlinger for erektil dysfunksjon er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Legemidler som kan forlenge QTc-intervallet, inkl. vardenafil, bør helst unngås til pasienter med relevante risikofaktorer, f.eks. hypokalemi, medfødt QT-forlengelse, samtidig administrering av antiarytmika klasse 1A (f.eks. kinidin, prokainamid) eller klasse III (f.eks. amiodaron, sotalol). Pasienten bør rådes til å avbryte behandlingen og kontakte lege umiddelbart dersom plutselige synsforstyrrelser skulle oppstå. Vardenafil bør bare gis til pasienter med blodningsforstyrrelser eller aktiv mavesår etter vurdering av fordel/risiko. Pasienter bør gjøre seg kjent med hvordan de reagerer på vardenafil før de kjører bil eller bruker maskiner.

Interaksjoner: Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir, itraconazol og ketokonazol (oral form)) bør unngås, da dette gir sterk økning i konsentrasjoner av vardenafil. I kombinasjon med erytromycin (CYP 3A4-hemmer) kan dosejustering av vardenafil være nødvendig. Dosen bør her ikke overstige 5 mg. Samtidig bruk av vardenafil med alfablokkere kan føre til symptomatisk hypotensjon hos noen pasienter. Samtidig behandling skal bare startes hvis pasienten er stabilisert på alfablokkerbehandling, og vardenafilbehandling startes med laveste anbefalte startdose på 5 mg. Vardenafil kan gis når som helst med tamsulosin. Med andre alfablokkere bør en tidsseparasjon av doseringen vurderes ved samtidig forskrivning. Pasienter som allerede tar en optimalisert dose av vardenafil, bør starte alfablokkerbehandling med laveste dose. Trinnsvis økning av alfablokkerdosen kan være forbundet med ytterligere blodtrykkssenkning. Nicorandil har potensiale til å gi alvorlige interaksjoner med vardenafil pga. nitratkomponenten. Grapefruktjuice kan gi moderat plasmakning av vardenafil. Kombinasjonen bør unngås. Ved samtidig bruk av depotformulering med nifedipin til hypertensive pasienter er det sett ytterligere reduksjon av blodtrykk målt liggende, samt en liten økning i hjertefrekvens.

Bivirkninger: Vanligst er rødm og hodepine. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme. Lufteveier: Nesetetthet. Sentralnervesystemet: Svimelhet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Unormale leverfunksjonsprøver, økt GGTP (gamma-glutamyltranspeptidase). Hud: Fotosensitivitetsreaksjoner, ansiktsødem, utslett. Lufteveier: Dyspné, epistakse. Metabolske: Økt kreatininkinase, myalgi, ryggsmarter. Sentralnervesystemet: Somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon, postural hypotensjon, takykardi, hjertebank. Syn: Synsforstyrrelser, inkl. økt lysfølsomhet, kromatopsi, rennende øyne, konjunktivitt, tåkesyn. Sjeldne (<1/1000): Lufteveier: Larynksødem. Neurologiske: Synkope. Muskel-skjelettsystemet: Muskelstivhet. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Angina pectoris, myokardischemi. Syn: Økt intraokulært trykk. Urogenitale: Priapisme, økt ereksjon (forlengede eller smertefulle ereksjoner). Øvrige: Hypersensitivitet. Ukjent frekvens: Non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati, hjerteinfarkt. For en annen PDE5-hemmer er det sett alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkl. cerebrovaskulær blødning, plutselig hjertedød, forbigående iskemisk anfall, ustabil angina og ventrikulære arytmier.

Overdosering/Forgiftning: 80 mg tolerert uten alvorlige bivirkninger. Symptomer: Ved høyere og hyppigere doser enn anbefalt (40 mg 2 ganger daglig) er det rapportert tilfeller av sterke ryggsmarter (ikke forbundet med noen muskel- eller neurologisk toksisitet). Behandling: Symptomatisk ved behov.

Egenskaper: Klassifisering: Potent og selektiv hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5), den viktigste PDE i humant corpus cavernosum. Virningsmekanisme: Øker kraftig effekten av endogent nitrogenoksid i corpus cavernosum ved å hemme PDE5. Når nitrogenoksid frigjøres som følge av seksuell stimulering, fører hemming av PDE5 til økte cGMP-verdier i corpus cavernosum. Dette fører til avslapning av glatt muskulatur som gir økt blodtilstrømning til penis. Innen 25 minutter får de fleste menn tilstrekkelig ereksjon for samleie. Ved erektil dysfunksjon oppnådde 68% (5 mg), 76% (10 mg) og 80% (20 mg) tilstrekkelig ereksjon til samleie, og evnen til å opprettholde ereksjon ble angitt som 53% (5 mg), 63% (10 mg) og 65% (20 mg). Effekt av vardenafil er sett hos pasienter med psykogen erektil dysfunksjon, blandet erektil dysfunksjon, organisk erektil dysfunksjon, iskemisk hjertesykdom, hyperlipidemi, kronisk lungesykdom, depresjon, diabetes mellitus, prostataektomerte pasienter, pasienter med ryggmargsskade, pasienter på samtidig behandling med antihipertensiva og hos eldre. Absorpsjon: Raskt. Ved faste oppnås maks. plasmakonsentrasjon etter 30-120 minutter. Kan tas sammen med mat, men svært fettrik måltid (57% fett) reduserer absorpsjonshastigheten. Proteinbinding: Ca. 95% for vardenafil og hovedmetabolitten. Fordeling: Distribusjonsvolumet ved «steady-state» er 208 liter. Halveringstid: 4-5 timer. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4, til en viss grad via CYP 3A5 og CYP 2C. Hovedmetabolitten viser en fosfodiesterase-selektivitetsprofil tilsvarende vardenafil, og utøver ca. 7% av effekten. Utskillelse: 91-95% hovedsakelig som metabolitter via fæces. 2-6% via urin. Clearance av vardenafil er redusert hos eldre >65 år og hos pasienter med mildt til moderat nedsatt leverfunksjon eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Pakninger og priser: 5 mg. Enpac: 4 stk. 276,60. 10 mg. Enpac: 4 stk. 317,80, 12 stk. 884,60. 20 mg. Enpac: 4 stk. 358,00, 12 stk. 1005,20. Sist endret: 05.03.2007

## Ann Gloppestad

Vår kjære enhetsleder Ann Gloppestad døde lørdag 15. september 2007.

For mange av oss som jobbet i Indre Vågsbygd omsorgstjeneste kom dette svært uventet. Ann hadde akkurat informert om at hun var syk. På tross av alvorlig sykdom var hun på jobb torsdag før hun døde.

Vi har lært Ann å kjenne som en liten dame med et stort hjerte. Ann var så ufattelig raus, engasjert, og hun ville kun det beste for den enkelte. Rett som det var stakk hun til oss dikt, hjemmelagde gaver og andre oppmuntringer.

NEI var et fremord for Ann når det gjaldt å påta seg oppgaver. Hun spar-te aldri seg selv og var ikke redd for å ta oppgaver som ikke hørte til hennes stilling som øverste leder i enheten. Hun hadde mange utfordringer i jobben, men klaget aldri. Derimot hørte vi sangen og godordene fra henne i forbifarten. Ann var alltid på farten og hadde en unik arbeidskapasitet. Selv



forventet hun ikke at vi som medarbeidere skulle klare å rekke over like mye i løpet av dagen.

Det er tomt i enheten etter Ann, og vi savner henne inderlig. Vi er takknemlige for at vi fikk lære Ann å kjenne. Tankene går til Tolleiv og barna.

Dyp beundring og takknemlighet, fra alle ansatte i Indre Vågsbygd

## Folk

### Satt pris på

For andre gang i år har sykepleier **Elin Vikan Røsæg** fått pris for sin innsats innen demensomsorgen. Tidligere i år har hun fått NSF Nord-Trøndelags sykepleierpris, og i forrige måned fikk hun årets demenspris av Nasjonalforeningen for folkehelsen i Nord-Trøndelag.

Vikan Røsæg har vært leder for prosjektet «Demens i et bruker- og pårøren-deperspektiv», og har også vært med på å utvikle demenstilbudet i fylket ved systematisk fagutvikling gjennom mange år.



### Utmerket sykepleier

**Elisabeth Sausjord** er kåret til årets sykepleier i Troms av NSF Troms. Hun jobber ved geriatrisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, hvor hun blant annet er med på prosjektet «Helsestasjon for eldre» sammen med Tromsø kommune.

På prisutdelingen kritiserte Sausjord kommunen for å ha pengesekken til OL på vidt gap, mens sykehjem legges ned. Sykepleiere bør stå opp og forsvare velferdsstaten, og kjempe mot nedskjæringer og omrokninger som blir gjort, var oppfordringen.

## Kjønnslemlestelse av barn bosatt i Norge

Sosiolog og journalist Terje Carlsen har i Tidsskriftet Sykepleien 14/07 en kronikk om dette temaet som ikke kan stå ukommentert. Han raljerer i kronikken over de som hevder at underlivsundersøkelser av alle barn kan være et virkemiddel i kampen mot kjønnslemlestelse, samtidig som han påkaller salige Hippokrates og en avdød teolog som sannhetsvitner for sine synspunkter.

For det første reagerer jeg på Carlsens forsøk på å gjøre dette til en partipolitisk sak med formuleringer som «Nå foreslår den alltid politisk korrekte SV-eren Inga Marte Thorkildsen underlivssjekk av alle jentebarn i Norge...» og videre «Argumenter fra venstresida om at også gutter må gjennom underlivsundersøkelse for å se om testiklene har funnet sin plass, holder ikke».

I et seriøst fagblad bør vi være enige om å føre debatten på et nivå der vi diskuterer det vi har kunnskap om, framfor å mistenkeliggjøre eventuelle meningsmotstandere for deres hensikter. Jeg tror de fleste, uavhengig av partitilhørighet, er enige om at kjønnslemlestelse av barn er en grusom handling, og at vi som rettsstat ikke kan leve med at dette foregår med barn som skal være beskyttet av norsk lov-

verk. Hvordan dette skal håndteres kan diskuteres, men vi skylder barna å føre diskusjonen på et faglig grunnlag.

Carlsen hevder, og med rette, at all medisinsk intervensjon bør ha en medisinsk begrunnelse. Nettopp derfor, Carlsen, er det nå deler av det faglige miljøet innen barnehelse som hevder at det er på sin plass å *gjeninnføre* undersøkelser av førskolejenters underliv på helsestasjonen. Begrunnelsen er at også jenter, i likhet med gutter, kan ha tilstander knyttet til denne kroppsdelen som bør avdekkes og eventuelt behandles. Dette var faktisk rutine på de fleste helsestasjoner inntil Statens helsetilsyn nedla «forbud» mot en slik praksis i form av et rundskriv i 1993, da som følge av en opphetet debatt om seksuelle overgrep, og med en *udokumentert* begrunnelse om krenkelse av bluferdigheten (jentenes, vel å merke...).

At en slik praksis ifølge Carlsen medfører å «... lempe en jentunge opp i en gynekologisk stol...» og at dette «... vil måtte føles som et overgrep...» har ingen rot i virkeligheten. Hvis journalisten Carlsen hadde tatt seg bryet med å foreta litt elementær research, ville han raskt kunnet bringe på det rene at det er voksne kvinner som

plasseres på GU-benken, småjentene ligger trygt på foreldrenes fang mens helsesøster eller lege tar en kort *inspeksjon*. Landsgruppen av helsesøstre hevder selv i et brev til barne- og likestillingsministeren (21/5-07) at de mener dette kan gjøres på en skånsom måte for førskolebarn, forutsatt at den inngår som en naturlig del av en helkroppsundersøkelse.

Og her er det grunn til å dvele ved Carlsens andre utsagn, og som i beste fall bygger på kunnskapsløshet om feltet: Det er ikke noe belegg i forskning for at friske førskolejenter opplever en underlivsundersøkelse som krenkende når det gjøres som del av en topp-til-tå-undersøkelse. Tvert i mot har en studie av over hundre førskolejenter vi gjennomførte i Trondheim for noen år tilbake vist det motsatte. Denne studien er nylig publisert internasjonalt, og tilsvarende studier av seksuelt traumatiserte barn viser at heller ikke disse barna opplever en undersøkelse av underlivet som spesielt belastende.

Carlsen diskuterer i sin kronikk målrettede undersøkelser for å forebygge kjønnslemlestelse, og muligens er dette veien å gå overfor risikogrupper, slik det gjøres i andre sammenhenger. Når det gjelder kjønnslemlestelse, er det heller ikke kun et spørsmål om å forebygge, men også å frambringe

en oversikt over omfanget (som vi vet for lite om, blant annet som følge av helsetilsynets forbud fra 1993), samtidig som det også finnes behandlingsmuligheter for å redusere omfanget av de fysiske og psykiske skader disse jentene er påført.

Spørsmålet om screening vs målrettede undersøkelser er viktig (og vanskelig), og Landsgruppen av helsesøstre etterlyser i det tidligere nevnte brevet grunnleggende diskusjoner som bør tas av et bredt fagmiljø i forkant av en avgjørelse. Mitt budskap med dette innlegget er ikke primært for eller mot rutineundersøkelse, men å argumentere for at vi skylder *alle* barn å føre diskusjonen på bakgrunn av best tilgjengelig kunnskap for å gi et godt helsetilbud, enten barna er etnisk norske eller fra andre kulturer.

Når det gjelder kjønnslemlestelse er utfordringen her og nå, og dilemmaet er at vi ikke har tid til å vente enda flere år før vi konkluderer, for i mellomtiden får trolig flere småjenter bosatt i Norge kroppen sin skåret i stykker. Og la oss nå en gang for alle slutte å bruke det «ufarlige» ordet «omskjæring»; dette er grov kroppssødeleggelse. Og – uten å ha belegg i forskning - våger jeg likevel å hevde at det må være meget krenkende.

Kari Gulla, helsesøster og høgskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag

# Uunnværlig for deg som studerer sykepleie eller trenger et medisinsk oppslagsverk

ISBN 978-82-7950-095-7 Pris: kr. 2.985,-  
Les mer og bestill på: [www.akribe.no](http://www.akribe.no)  
Bøkene kan også kjøpes enkeltvis



## Det friske og det syke mennesket 1-6

Vegard Bruun Wyller

Cellebiologi, anatomi, fysiologi, mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin

Se det friske mennesket i sammenheng med det syke. Skaff deg oversikt over store fagområder på en enkel og oversiktlig måte. Bøkene er rikt illustrert. Mer informasjon på: [www.akribe.no](http://www.akribe.no)

 **Akribe**

## – Kan redde liv

Man kan ofte oppleve en medisinsk akutt situasjon om bord på offentlige transportmidler (busser, trikker, t-bane, tog) på grunn av det høye antallet passasjerer. Spesielt representerer eldre mennesker en forhøyet risiko på grunn av hjerte- og karsykdommer.

Realiteten er at folk flest ikke er godt nok forberedt på slike hendelser. I Oslo trafikkerer jo to trikkelinjer både Rikshospitalet og Ullevål sykehus (linje 17 og 18). Ved vaktskifte er helsepersonell meget tallrike på disse linjene og egentlig en garanti for at pasienten blir godt tatt hånd om hvis det skulle oppstå en medisinsk akutt situasjon.

Det er ikke mangel på innsatsviljen, men oftest mangler materiell for å kunne yte alminnelig førstehjelp og livreddende førstehjelp. Ofte kommer kun våtservietter og lommeørklær frem.

Selv om man kan yte livreddende førstehjelp uten noen form for hjelpemidler (les CPR), bør man allikevel ha et minimum av beskyttelse (les innblåsningsduk med et godt filter). Uten tvil blir helsepersonell som alminnelig reisende og føreren av slike kollektive transportmidler satt i en spesiell ansvarsrolle som krever rask handling uten tidstap, slik at pasienten blir best mulig ivare tatt. Å vente mer eller mindre passivt til ankomst av ambulansetjenesten skal være oss som autorisert helsepersonell veldig fjernt.

Som i andre land kan sykepleiere med fordel være aktive som såkalt «first responder» med all sin fagkunnskap for å redde et medmenneske. Jeg vil heller ikke feie under teppet at plassmangelen i kollektive transportmidler krever at man må improvisere

for å få gjennomført førstehjelpstiltakene, men som fagpersonell skal man greie dette. Og har man litt utstyr med seg, kan man gjøre en formidabel innsats på vei til eller fra jobben eller i fritiden generelt.



RISIKO: Ved en nødsituasjon på trikken bør helsepersonell komme raskt i gang med førstehjelp. Foto: Norbert Ziegeler

### Norske flyplasser mangler hjertestartere

I avansert livreddende førstehjelp er hjertestarter en fast komponent som i kombinasjon med manuell hjertemassasje garanterer bedre sikkerhet for pasienten, når dette er lett tilgjengelig. Likevel mener visst noen at det er «farlige maskiner» og bør helst brukes av fagfolk.

I motsetning til andre land som Norge gjerne sammenligner seg med, er utplasseringen av hjertestartere i det offentlige rom mangelfull. Norske flyplasser er ikke noe unntak. Kun via havartjenesten eller ambulansetjenesten kan man få tak i disse livreddende, kompakte maskinene. Det koster verdifull tid, 4-5 minutter vil gi 50 prosent av pasientene et dårligere resultat (iflg. internasjonale statistikker).

Som flysykepleier med verden som arbeidsfelt ser jeg en stigende tendens til at hjertestartere er utplassert i det offentlige rom hvor mange mennesker ferdes, f.eks konserthus, kontorbygninger, jernbane- og t-banestasjoner og ikke minst reiseterminaler. Det er også allmenn kjent at passasjerer blir eldre med sine hjertelaterte sykdommer og dermed er et stort risikopotensiale både på offentlige transportmidler som trikk, t-bane og jernbane.

I en særstilling kommer flyplasser, som utgangspunkt for fjerne og eksotiske feriemål, og et tildels meget hektisk miljø som fortoner seg for ikke reisevante, eldre som et mareritt.

De fleste internasjonale flyselskaper har disse AED maskiner ombord tildels frivillig for å høyne sikkerhetsnivået, eller etter påtrykk av IATA (=sammenslutning av flyselskaper i en takorganisasjon), men også etter tapte rettssaker om erstatninger når det virkelig gikk galt i lufta med en passasjer.

Ser vi på noen europeiske flyplasser som Frankfurt, Madrid, Charles de Gaulle i Paris, Amsterdam, Praha og til med det lille Pula i Kroatia, har de legebemannede sykeavdelinger for de reisende i terminalbygninger hvor utrykningstiden er formidabel rask. Men man vet at det tar tid å komme frem til pasienten. Selv disse ovennevnte flyplasser har utplassert AED maskiner godt synlig. Chicago O Hara flyplass i USA er på verdensbasis best i klassen med en tett tilgjengelighet av hjertestartere. Jeg har selv sett at det gikk cirka 90 sekunder før man har en hjertestarter i hånden. Filosofien er veldig enkel og kan absolutt overføres til våre flyplasser:

Det er tre store kategorier av poten-

sielle brukere av hjertestarter.

- Sikkerhetspersonell
- Flypersonell og bakkepersonell som er på vei til og fra flyene
- Reisende med medisinsk bakgrunn

Vi har de personressursene til enhver tid, vi må bare gir dem et hjelpemiddel, les hjertestarter, for å gi pasienten en real sjanse.

Kastrup København har som Gardermoen en meget effektiv havari- og ambulansetjeneste med fantastisk utdannet personell, som jeg ofte hadde glede av under mine pasienttransporter i flere år. Kastrup satser også på hjertestarter i tillegg i sine terminalbygninger, men ikke norske flyplasser. For meg er det svært uforståelig at luftfartsmyndighetene her i landet med en relativt beskjeden pengeinvestering ikke høyner den personlige sikkerheten til millioner av reisende med relativt beskjedne investeringer.

Mange hilsen Norbert Ziegeler, oslosykepleier



### EEG HJERNEAKTIVITET

1. Nevn et år Florence Nightingale levde?
2. Når var Krimkrigen?
3. Hvem kriget mot hverandre på Krim?

**1. Hun levde fra 1820-1910**  
**2. 1853-1856**  
**3. Russland mot Frankrike, Storbritannia, Sardinia og det Ottomanske rike**



Møllendal Sindsykeasyl,  
Bergen ca. 1925.

PRIVAT ASYL:  
Ved kongelig resolusjon av  
1865 fikk brigadelege Daniel  
G. Martens rett til å drive  
et privat sinnsykehus, kalt  
Møllendal Asyl.



## Innlagt på sitt eget asyl

Det er mange tabuer knyttet til psykiatrien og i «eldre» dager ble psykiske lidelser ofte sett på som straff.

– Mange trodde at de som var psykisk syke måtte gjennom en slags indre soning for en synd de hadde gjort. De som slet med psykiske lidelser fikk derfor liten eller ingen medfølelse fra omgivelsene, ifølge overlege Jon Geir Høyersten ved Bergen Psykiatriske Universitetssykehus.

Og ved asylene var behandlingen på slutten av 1800-tallet begrenset til beroligende midler som opiumsdråper og brom. I tillegg feller hvor det var snakk om rettssikkerhet ble det brukt remmer, tvangstrøyer, isolater eller små avlukker.

Utover på 1800-tallet dukket det i tillegg til kommunale dollhus etter hvert opp private institusjoner. En av dem var «Møllendal Asyl» i Bergen.

Ved kongelig resolusjon av 1865 fikk brigadelege Daniel G. Martens rett til å drive et privat sinnsykehus, kalt Møllendal Asyl. Her fikk de sinnslidende mat og omsorg og ble skjermet fra nød og selvdestruksjon.

Sønnen Einar Martens førte asylet videre etter blant annet å ha studert sinnsykepleie i utlandet. Etter hans død i 1932 overtok datteren Louise den formelle driften av asylet.

I begynnelsen av 1960-årene ble det klart at asylet ikke kunne videreføres i eksisterende lokaler. Datteren ville selge eiendommen, og trekke ut de økonomiske midlene. Kontrollkommissjonen ved Møllendal anbefalte imidlertid at pengene ble reinvestert i et nytt psykiatrisk sykehus, fordi behovet for plasser var så stort. Og sommeren 1963 stod sykehuset ferdig, men kom mer til å fungere som et psykiatrisk sykehjem.

Louise ble selv etter hvert betydelig mentalt svekket og på slutten av 1970-tallet ble hun innlagt på sin egen institusjon, hvor hun døde i 1979.

**Donacom**<sup>®</sup>  
Original glukosamin sulfat 1500 mg

**C Donacom**  
*Antiflogistikum.*

ATC-nr.: M01A X05

**PULVER I DOSEPOSE 1178 mg:** Hver pose inneh.: Glukosaminsulfat 1500 mg tilsv. glukosamin 1178 mg, aspartam, sorbitol, hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Lindring av symptomer ved mild til moderat artrose i kneleddet.

**Dosering:** Innholdet i en dosepose (tilsv. glukosamin 1178 mg) løses opp i et glass vann (ca. 250 ml) og tas 1 gang daglig, helst til mat. Preparatet er ikke indisert forbehandling av akutte smertefulle symptomer.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for glukosamin eller et eller flere av hjelpestoffene. Må ikke gis ved skaldyrallergi, da virkestoffet utvinnes fra skaldyr.

**Forsiktighetsregler:** Forsiktighet tilrådes ved diabetes mellitus. Hyppigere kontroll av blodsukkernivåer kan være nødvendig ved oppstart av behandlingen. Hyperkolesterolemi er observert i noen få tilfeller. Ikke anbefalt for barn og unge under 18 år, da effekt og sikkerhet ikke er klarlagt. Preparatet er pga. sorbitolinnholdet uegnet ved arvelig fruktoseintoleranse. Inneholder aspartam og forsiktighet må utvises ved fenylketonuri. Preparatet inneholder 151 mg natrium pr. dose og dette skal tas i betraktning hos pasienter som står på natriumkontrollert diett.

**Interaksjoner:** Rapporter tyder på at det kan være interaksjoner mellom glukosamin og perorale antikoagulantia.

**Graviditet/Amming:** Opplysninger mangler. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet eller amming.

**Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré, forstoppelse, kvalme. Neurologiske: Hodepine, døsighet. *Mindre hyppige:* Hud: Utslett, pruritus, erytem. Enkeltrapporter om følgende bivirkninger: Utmattelse, nedstemthet, svimmelhet, allergiske reaksjoner, synsforstyrrelser, hjerteinfarkt, perifere ødemer.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Ikke-steroid antiinflammatorisk og reumatisk middel. *Virkningsmekanisme:* Glukosamin er en endogen substans. Eksogen tilførsel til dyr kan øke proteoglykan-syntesen i brusk og derved hemme nedbrytning av brusken. Langtidsstudier indikerer at glukosamin kan ha en positiv effekt på brusketabolismen. Studier har vist at smertelindring er forventet å inntre etter noen ukers behandling. *Absorpsjon:* Absorberes via glukosetransportører. *Proteinbinding:* Binds ikke til plasmaproteiner. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 5 liter. *Halveringstid:* Ca. 2 timer etter i.v. tilførsel. *Metabolisme:* Hovedsakelig via heksosaminsystemet. *Utskillelse:* Ca. 38% av en i.v. dose utskilles som uforandret substans i urinen.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C.

**Pakninger og priser:** Dosepose: 30 stk. kr. 201,30, 90 stk. kr. 543,00.

Sist endret: 09.10.2006



Algol Pharma AS, Smuget 1, 1383 Asker,  
Tlf: 66 90 55 66 Faks: 66 90 55 67 www.algolpharma.no

## Forbundsleder Lisbeth Normann

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



# Takk for tilliten!

**Det er en glede,** men også en utfordring, å sitte med ansvar for å lede Norsk Sykepleierforbund (NSF), som med sine mer enn 85 000 medlemmer er landets fjerde største fagforbund. Jeg vil benytte denne anledningen til å takke for den tilliten dere har vist meg!

Vi sykepleiere er ordinære mennesker som gjør ekstraordinære ting, først og fremst fordi vi har så stor innvirkning på folks liv. Det er dette som fascinerer og motiverer meg, og som gjør at jeg mener sykepleiere må verdsettes høyere. Både samfunnet og sykepleierne har en vei å gå for å lykkes med det. Jeg skal vise vei!

Jobben som forbundsleder i NSF gir en unik mulighet til å påvirke helsepolitikken, til å oppnå resultater og til å være med på beslutninger som gjør en forskjell. Ved å vise at det er verdt å investere i sykepleiere tror jeg vi kan komme lengre.

Å stille til valg som forbundsleder gjør at man må stille seg selv en del kritiske spørsmål. Vervet krever at man er villig til å vise seg på tv, stå i pressede situasjoner, bli kritisert og utfordret, stå i krevende forhandlinger og ha vilje til å ta sykepleierne ut i streik om det blir nødvendig. Jeg er klar, og jeg er kampklar.

Det vil jeg bidra til at NSF er også. Samtidig må de mykere verdiene ivaretas. Vi skal også være åpne, tilgjengelige og lydhøre – verdier som er bærebjelker i velfungerende organisasjoner. Lederskap dreier seg om engasjement, initiativ, evne til å skape entusiasme og få andre til å lytte til det du sier. Men også tydelighet og noen ganger evnen til å ta avgjørelser som ikke alle er like glade for.

Som nyvalgt forbundsleder er det godt å vite at tillitsvalgte og ansatte i organisasjonen jobber godt, både faglig og politisk, og at vi skaper resultater. Det er godt å vite at det finnes 32 faggrupper, over 3 000 tillitsvalgte, forbundsstyre, fylkesledere, ansatte og studentrepresentanter som deler kunnskap og gir gode råd - og en medlemsskare som er etterspurt og ettertraktet i samfunnet.

Jeg tror og har egen erfaring med at det å jobbe sammen har effekt. De resultatene jeg er mest stolt over å ha oppnådd som leder har jeg oppnådd ikke minst på

grunn av andres innsats. Jeg overtar stafettpinnen, og jeg vil bygge videre på det som ble oppnådd i forrige landsmøteperiode.

Jeg har et mål om å ta arenaene, spisse de gode argumentene og sørge for at NSF blir spurt i alle sammenhenger der viktige helsepolitiske avgjørelser tas. Sykepleierne og NSF skal være proaktive, løsningsorienterte og vi skal merkes!

Vi er et kvinnedominert yrke – og det skal vi ikke skamme oss over. Men samtidig skal vi arbeide for å gjøre yrket vårt attraktivt både for kvinner og menn. Det er viktig, riktig og på tide. Ikke minst handler det om at vår verdi for pasientene og for helsetjenestene må bli høyere verdsatt! Jeg har ambisjoner om at vi på neste landsmøte ikke har ufrivillig deltid, likestilling av skift og turnus, likelønn eller pensjonssaken på agendaen.



**EFFEKTIVE:** Som nyvalgt forbundsleder er det godt å vite at tillitsvalgte og ansatte i organisasjonen jobber godt, både faglig og politisk, og at vi skaper resultater, sier Normann. Foto fra landsmøtet: Therese Borge.

## Partene i privatlivet

Det pågår en intens debatt knyttet til menns ansvar for arbeid i hjemmet og fordelingen av svangerskapspermisjonen mellom mor og far. Det er prisverdig at likestilling står høyt på dagsorden, men jeg er forundret over at mange tror dette er likelønns-spørsmål.

Jeg har ingen tro på at kommuner eller helseforetak vil verdsette sykepleierne høyere bare deres

partnere tar oppvasken oftere. Så langt jeg kjenner til er den slags oppvask sjelden tema i tariffoppgjør.

Flere av partene i arbeidslivet viser dypt engasjement i hvordan partene i privatlivet fordeler oppgavene. Jeg etterlyser konkret debatt om hva partene i arbeidslivet selv kan gjøre – i stedet for å skyve ansvaret til partene i privatlivet.



# Normann hos statsrådene

Nyvalgt forbundsleder Lisbeth Normann har sammen med nestlederne presentert nyheter i NSF's politikk etter landsmøtet for tre statsråder.  
 – Vi har deponert viktige vedtak fra landsmøtet hos regjeringen, sier Normann.

I møtet med helseminister Sylvia Brustad trakk Normann fram sykepleierne nøkkelkompetanse til å ivareta behovet for døgn-kontinuerlig drift og sørge for samhandling og økt kvalitet.

– Kjennetegnet ved god sykepleiepraksis er at den er basert på aktuell og relevant kunnskap, at den utøves på en omsorgsfull måte i samarbeid med pasientene, pårørende og andre helseprofesjoner, og at den er relatert til pasientenes behov, sier Normann.

– Dette krever at sykepleierne har en riktig balanse mellom oppgaver og ressurser, både for å sikre sykepleierne et godt arbeidsmiljø og for å sikre kvaliteten på tjenesten som utøves til pasientene.

NSF la fram synspunkter på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og utøvelse av sykepleiefaget, og påpekte behovet for rammevilkår som er egnet. Rett til heltid, likelønn innen 2012 og forskning, fagutvikling og utdanning ble også tatt opp.

## Skift og turnus

Første tema på dagsorden for NSF i møte med statsråd Bjarne Håkon Hanssen var likestilling av helkontinuerlig skift og tredelt turnus.

– Vi krever at disse arbeidstidsordningene blir likestilt innen 2009! Ordningene er like belastende, og vi har et omforent lovforslag på arbeidstakersiden

om hvordan slik likestilling kan skje, sier Norman.

## Likelønn innen 2012

Barne- og likestillingsminister Manuela Ramin-Osmundsen tok blant annet mot NSF's krav om likelønn innen 2012 og krav om rett til heltid.

– Sykepleierkompetansen må verdsettes høyere. Kravet om likelønn – innen 2012 – er ikke mer enn rimelig, og her har vi store forventninger til både Likelønnskommisjonen og regjeringen, sier Normann.

Alle dokumenter som ble overrakt statsrådene er tilgjengelige på NSF's nettsider.



HILSEN: Den nye ledelsen i NSF møtte tre statsråder. Her er Unni Hembre, Lisbeth Normann, helseminister Sylvia Brustad og Jan-Erik Nilsen.

## NSF på nett

**På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på [www.sykepleierforbundet.no/sistenytt](http://www.sykepleierforbundet.no/sistenytt), og les mer.**

### Landsmøtet på nett

På nettadressen [www.sykepleierforbundet.no/LM2007](http://www.sykepleierforbundet.no/LM2007) finner du web-tv med opptak av hele landsmøtet, alle vedtak og politiske uttalelser med mer.

### Menn vil avstå fra lønnstillegg

Ifølge TNS Gallup er hver tredje mann villig til å avstå fra lønnstillegg dersom pengene brukes til å løfte kvinners lønn.

### Aakre fikk St. Olavs Orden

Under åpningsseremonien til Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 6. november ble Marie Aakre utnevnt til ridder av 1. klasse i St. Olavs Orden.

### Krever likelønn innen 2012

Norsk Sykepleierforbunds landsmøte skjerper tonen i likelønnsdebatten. I en politisk uttalelse krever NSF's landsmøte likelønn innen 2012.

### Aksepterer ikke at skift/turnus-saken treneres!

Norsk Sykepleierforbunds landsmøte har vedtatt en politisk uttalelse om regjeringens nye ekspertutvalg som skal utrede skift og turnus.

### Uttalelse om sømløst helsevesen

NSF's landsmøte vedtok en politisk uttalelse om et sømløst helsevesen, der det blant annet kreves samhandling, kapasitet og dimensjonering.

### Må stille språkkrav

Landsmøtet har vedtatt en politisk uttalelse som understreker arbeidsgivers ansvar for å påse at de ansetter sykepleiere som kan kommunisere på norsk, og som har kunnskap om norsk lovverk.





# NSFs medlemsforsikringer

– omfattende forsikringstilbud til rimelige priser

## Endringer for 2008

Forsikringsordningene har i 2007 vært gjennom flere endringer, og resultatet har blitt et solid forsikringstilbud som utgjør en viktig medlemsfordel i Norsk Sykepleierforbund. For 2008 vil vi fortsette å forbedre forsikringstilbudet, samtidig som vi vil justere på noen av prisene.

Endringene blir slik:

### Foreningsgruppeliv Obligatorisk

Forsikringen er forbedret, og gir deg som medlem høyere forsikringssum både ved død og uførhet.

- Forsikringssummen ved død økes fra 300 000 til 350 000 kroner
- Forsikringssummen ved uførhet økes fra 240 000 til 280 000 kroner (reduseres med alder). Ny forsikringssum legges til grunn dersom rett til uførekapi-

tal er inntruffet etter 01.01.08.

- Ingen prisendring

### Ansvarsforsikring

Etter forespørsel fra mange medlemmer er forsikringssummen blitt økt betraktelig.

- Forsikringssummen endres fra 3 mill. til 10 mill. kroner
- Ny pris for 2008 er 408 kroner

### Innboforsikring

Prisøkning på 36 kroner. Skyldes i sin helhet økt premie til Natur-skadefondet.

- Ny pris for 2008 er 732 kroner

### Barneforsikring

Barneforsikring i Norge er et relativt nytt produkt, og vi opplever at bransjen generelt øker prisene pga. negativ skadeutvikling. NSF ser seg nødt til å øke prisen for 2008 av samme årsak.

- Ny pris for 2008 er 960 kroner per barn.

### Foreningsgruppeliv Tilleggsforsikring

Prisendringer for tilleggsforsikringene ved død og uførhet er iht. G-økning. Fra 2007 til 2008 øker grunnbeløpet (G) med 6,23 % til 66 812 kroner.

## Øvrige skadeforsikringer

Prisene på skadeforsikringene bil, båt, villa etc. ble allerede justert 01.07.07, og for mange har dette gitt en positiv opplevelse. Tar du kontakt med Forsikringskontoret NSF lager vi et tilbud til deg.

### Oversikt over prisendringer fra 2007 til 2008:

|                                  | Årlig pris 2007    | Årlig pris 2008    |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Innboforsikring                  | kr 696,-           | kr 732,-           |
| Innbo utvidet forsikring         | kr 156,-           | kr 156,-           |
| Reise familie                    | kr 744,-           | kr 744,-           |
| Reise én person                  | kr 588,-           | kr 588,-           |
| Barneforsikring                  | kr 708,-           | kr 960,-           |
| Ansvarsforsikring                | kr 228,-           | kr 408,-           |
| Studentinnbo                     | kr 300,-           | kr 300,-           |
| Foreningsgruppeliv, Student      | kr 768,-           | kr 768,-           |
| Foreningsgruppeliv, Obligatorisk | pr. måned kr 128,- | pr. måned kr 128,- |

## Egenandelsfordel

### Nyhet 2008!

Har du tre eller flere forsikringer plassert via NSF der innbo, villa eller fritidsbolig er en av disse, kan du nå opparbeide deg Egenandelsfordel etter følgende skala:

- kr 2 000 etter ett skadefritt år
- kr 3 000 etter to skadefrie år
- kr 4 000 etter tre skadefrie år

Egenandelsfordel kan kun benyttes på følgende produkter: innbo, villa, fritidsbolig, bil, tilhenger, campingvogn, MC, moped eller fritidsbåt.

Egenandelsfordel kan kun benyttes i sin helhet ved skade, og da inntil opparbeidet sum. Dersom du har en skade og velger å benytte deg av den, må den opparbeides på nytt. Dette gjelder også hvis Egenandelsfordel er større enn egenandelen. Det opparbeides kun én sum per kunde. Er du allerede kunde i 2007 og oppfyller kriteriene omtalt ovenfor, vil du ved forfall i 2008 ha opparbeidet en egenandelsfordel på 2 000 kroner.

**Forsikringskontoret NSF AS: tlf. 22 04 31 50**

- Salg- og rådgivning
- Melde skader foreningsgruppeliv

**Vital Skade v/Skadekontoret: tlf. 815 44 135**

- Melde tingskader
- Spørsmål tingskader
- Skademeldingsskjemaer, se [www.sykepleierforbundet.no/forsikring](http://www.sykepleierforbundet.no/forsikring)

**Vital Forsikring ASA: tlf. 55 17 80 30**

- Salg- og rådgivning - Livsforsikring - Pensjonsforsikring
- Endring Foreningsgruppeliv

# Har du sjekket hva pensjonen din blir?



Min Side Pensjon er en eksklusiv internett-tjeneste for deg som er pensjonsforsikret i KLP. Her kan du finne ut hvor mye pensjon du har opptjent til nå. Du kan også beregne hva din fremtidige pensjon vil bli. Og er det andre ting du lurer på i forbindelse med dine pensjonsrettigheter og muligheter, så finner du svarene her.

#### RASKT OG ENKELT

Gå inn på [www.klp.no](http://www.klp.no) - og logg deg inn på Min Side Pensjon. Her finner du det du vil vite om en av markedets beste pensjonsordninger - og hva den innebærer for akkurat deg. Raskt og enkelt og når som helst. Er du ikke litt nysgjerrig?



The logo for KLP, consisting of the letters 'KLP' in a stylized, serif font. The 'K' and 'L' are connected, and the 'P' is separate. The color is a dark red or maroon.

for dagene som kommer

# B-Postabonnement

Returadresse:  
Sykepleien  
Postboks 456 Sentrum  
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT  
PORT PAYÉ  
NORGE

## Populære modeller til jobb og fritid!

SPAR opptil 22%

Hele settet  
kun **999,-**  
(jakke+bukse)



Allværsettet som innfrir alle krav til slitestyrke, komfort, praktisk design og kvalitet, – i all slags vær. Helføret ytterjakke og bukse i pustende tettvevd mikrogarn, som holder vind og vann ute. Her får du både jakke, bukse og innerjakke slik at du er godt kledd når du skal ut i regn, vind eller kulde. Refleksiping sikrer at du blir sett i mørke.

### Jakke med avtagbar fleecejakke

Modell 20121  
Farge: Sort  
XS - 4XL

**kr. 849,-**  
Inkl. mva



### Allværskbukse

Modell 20122  
Farge: Sort  
XS - 4XL

**kr. 349,-**  
Inkl. mva



### Formsydd soft shell dame jakke

Modell 98852  
Farge: Sand - turkis  
S - XXL

**kr. 449,-**  
Nå kun **kr. 399,-**  
Inkl. mva

Bestill på 57 69 46 00 eller [www.praxis.no](http://www.praxis.no) – hvor du kan se hele Praxis kolleksjonen av arbeidsklær, fritidsklær og fottøy eller send inn kupongen nedenfor - porto er betalt. Tilbudet gjelder til 15.11.06.

Praxis · Sjøtun Næringspark · 6899 Balestrand

Send eller fax kupongen på 57 69 46 01 - eller bestill via [www.praxis.no](http://www.praxis.no)

| Modell nr./navn | Farge | Størrelse | Antall |
|-----------------|-------|-----------|--------|
|                 |       |           |        |
|                 |       |           |        |
|                 |       |           |        |

Navn

E-post

Faggruppe

Adresse

Postnr.  Sted

Telefon

**Ja takk,**  
jeg vil gjerne  
ha tilsendt  
Praxis-katalogen med  
hele kolleksjonen av  
arbeidsklær, fritids-  
klær og fottøy.



Tilbudet gjelder til  
15.12.2007 og er inkl.  
25% mva. Varene  
sendes i postoppkrav  
med et porto/opp-  
kravsgebyr på kr. 99,-  
Full retur- og bytte-  
rett innen 14 dager.

Adressaten betaler  
for sending i Norge

Distribueres av  
Posten Norge

**praxis**<sup>®</sup>

Praxis AS  
Svarsending 8553  
0097 Oslo