

sykepleien

24. april 2008 • 96. årgang

MAGASIN

07

Daniels arv

Sykehuset og kommunen måtte samarbeide da Daniel Boge fikk den sjeldne diagnosen MLD.

Side 20-27

Ringer hjem fra operasjonsstua Side 6 og 82

Flere får dele ut medisiner Side 31

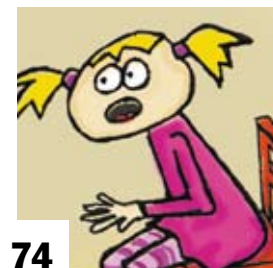
TEMA: Ungdom på sykehus Side 62

Skilsmissebarn: Det hjelper å prate Side 74

6



62



74

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- Refusjon: § 9, pkt. 31
- www.psorinfo.no



LEO Pharma AS
Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01
www.leo.no info.no@leo-pharma.com



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat



På utkikk etter

dyktige sykepleiere?

Visste du at sykepleiere sjelden bruker andre medier enn Sykepleien når de jakter på ledige stillinger? Hele 9 av 10 jobbaktende sykepleiere finner sin nye arbeidsgiver gjennom Sykepleiens blad og nettside.

Hvis din annonsetekst leveres før kl 10.00, legges den på sykepleien.no samme dag. Annonsen kommer så på trykk i påfølgende utgave av Sykepleien.

Både bladet og nettet leses uavhengig av om man er på jobbakt eller ikke. Hos oss når du med andre ord også de passive jobbsøkerne.

Hvis du selv ønsker å legge ut dine stillinger på sykepleien.no, gir vi deg gjerne tilgang til verktøyet, slik at du kan publisere materiell på egen hånd.

På den måten kan du enkelt få du oversikt over dine annonser og statistikk over visninger m.m. Kontakt oss i dag - vi gleder oss til å høre fra deg!



sykepleien

Barth Tholens om estetikk

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

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

En praktdame

Er det råflott å satse på kunst når helsetjenestene ellers sliter med negative tall?

For noen uker siden gikk jeg rundt på Sykehuset Telemark i Skien. Det hadde nettopp kommet nysnø. Jeg skulle til å krysse en løkke for å komme til en annen bygning. Da fikk jeg øye på en dame med hatt og knallrøde sko. Hun ga meg et lite kick. Hun var rett og slett en praktdame der hun sto, helt netto og med knusende ro. Bygningene rundt, lave og nokså kjedelige, fikk plutselig et annet innhold. Alt var annerledes. Bare på grunn av henne.

– Jeg elsker henne, lo en sykepleier som gikk i motsatt retning. Jeg skjønnte hva hun mente. For dama på sykehuset i Skien gjør faktisk hele forskjellen. Mennesker på sykehus vil også leve. Dama med den røde hatten skaper liv. Og smil. Noe å stoppe opp ved og tenke.

Utbyggingen av sykehus og sykehjem i etterkrigs-Norge har vært preget av funksjonalisme og produksjonstenkning. Resultatet ble mange stygge, men funksjonelle bygninger. Med tiden har økte pasientstrømmer gjort dem bare stygge. Senger, kapasitet og logistikk har vært de avgjørende kvalitetene.

Om kunst i det hele tatt fikk en plass, var det gjerne i form av noe hjelpeløst ved inngangspartiet. Pasientene og personalet fikk ellers nøye seg med mye reproduert elg i solnedgang og sigøynerpiker tilfeldig smurt utover korridorveggene.

Heldigvis er det etter hvert godt dokumentert at pasienter får det bedre når de fysiske omgivelsene er harmoniske og innbydende. Det gamle Radiumhospitalet i Oslo var tidlig ute med å forstå betydningen av estetikk for sine kreftpasienter. Her kan de blant annet selv velge den kunsten de skal ha på eget rom – fra sykehusets egen samling.

Andre helseinstitusjoner har fulgt etter. Riksen, St. Olav, Hønefoss – overalt har det blitt avsatt en viss prosent til utsmykning når nybygg er blitt planlagt.

Sykehuset i Telemark har en temmelig ordinær og gammel bygningsmasse. Men det er trolig ikke tilfeldig at sykehuset både har klart å styre innenfor vedtatte budsjetter og samtidig har

bygd opp en enestående samling av samtidskunst. Her er ingen flau dekorasjonskunst, men ekte saker, eksemplarisk integrert på de forskjellige avdelingene. Vi skjønner at eierne og ansatte på sykehuset har hatt en tanke med dette. Det har økt trivselen blant personalet.

Jeg har ikke spurt pasientene. Men hadde jeg vært innlagt i Skien, ville det frydet meg å være på et sykehus som skjønner at jeg er et menneske som har interesser utover det å bli frisk.

Dette nye fokuset på kultur har først og fremst meldt seg hos helseforetak med ny bygningsmasse. I kommunesektoren er nok bildet et annet, selv om det også her finnes hederlige unntak. Her har det nettopp skjedd en nedbygging av institusjonsplasser – og med nedbygging har også kulturen fått trange kår. Da tenker jeg ikke bare på billedkunsten, men like mye på det generelle kulturtilbudet til eldre.

En fagartikkel vi nylig trykket i Sykepleien viste at tilbudet til pasienter på sykehjem er høyst varierende. Noen steder er bingo, kassettmusikk og tv-en det nærmeste de eldre kommer en kulturopplevelse. Andre steder har ledelsen og personalet tatt riktig tak i utfordringene. De har skjønnet at eldre, syke og demente er mennesker som en gang har elsket musikk, dans, teater og fortelling. Å gi dem slike opplevelser igjen, er som å tenne på et bål av livslyst – jamfør de aksjonene som sykepleierstudenter i Kristiansand og andre steder i landet har stått for.

Å skape liv på en helseinstitusjon gjennom kunst- og kulturopplevelse, er først og fremst et lederansvar. Men sykepleiere kan også bidra. Artikkelen i Sykepleien viser at yrkesgruppen bare til dels vedkjenner seg en slik rolle. De føler at jobben er så krevende at det ikke er tid til annet. Det er lett å forstå. På den annen side er det slik at personalet og pasienter til sammen



TOPP KROPP: Det ligger i sakens natur å bli utfordret av «Dame på høye hæler». Kunstneren Skule Waksvik forstår seg på anatomi og har plassert henne slik at både indremedisinerne og patologene kan kaste et blikk på henne.

skal utgjøre et hjem – et sykehjem. Felles opplevelser – også kulturopplevelser – kan ha en positiv effekt for livsmiljøet på institusjonen. Kultur vil skape trivsel, og trivsel er helsefremmende. Det er også sykepleierens anliggende.

I april ble det nye operabygget i Oslo åpnet. Før het det at det var mye penger til en liten hobby for eliten. Ved åpningen var tonen en helt annen. Nå var det ikke sååå mye penger likevel. Og ifølge statsministeren skal den nye operaen sette Norge på verdens kulturkart. Og ikke minst: Den vil endre nordmenns syn på seg selv!!!

En slik konklusjon kommer litt overraskende, men eiere av helseinstitusjoner bør ha den i mente. Den kan virke dyrt å satse på en dame som bare står der i snøen. Men til slutt vil hun endre vårt selvilde. Og da har vi kommet langt.



Forsidefoto: Marit Fonn

Sykepleien

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

Ansvarlig redaktør

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

Markedssjef

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS

**Sykepleiens formålsparagraf:**

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

- 6 Ringer hjem fra operasjonsstua
- 9 **Vi bare spør:** Mari Trommald
- 10 Folk
- 13 Oppgjøret i gang
- 14 Krever bedre afp-avtale
- 16 Bedre stikk, færre innleggelses
- 19 Kartlegger klimautslipp
- 20 **Dokumentar:** Sykdom i arv
- 28 Anker likelønnsuttalelse
- 31 Flere får dele ut medisiner
- 32 **Tett på:** Harald Jesnes
- 36 Hør her: Fødselskamp
- 38 Sykepleierkongressen nærmer seg
- 40 **Fagtema:** Etter tsunamien
 - Hjelpearbeid ga mening
 - Venn i nød
- 48 **Bøker:**
 - Forfatterintervjuet: Iris Johanssen
 - Anmeldelser
 - Månedens bok
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Ole Martin Larsen
- 54 På veggen
- 56 Etterlyst: Smarte hoder
- 57 Slik søker du til Smartprisen
- 58 Definerer sykepleie
- 60 Fagnotiser
- 62 **Tema:** Ungdom på sykehus
 - Ikke barn, ikke voksen
 - – Trenger egne avdelinger
- 78 Minneord
- 80 Øyeblikket: En ren smertevisitt
- 82 Dilemma: Med mobil i lomma
- 84 Dilemmasvar
- 85 **Refleks:** Martine Aurdal
- 86 Siden sist
- 87 Meninger
- 90 Quiz
- 91 Før

Fag i utvikling:

- 42 Hjelpearbeid ga mening
- 68 Trenger tilpasset informasjon
- 71 Livskvalitet til hvilken pris?
- 74 Det hjelper å prate

- 92 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 116 Meldinger, skoler og kurs

120 NSF:

- Europeiske sykehus for etisk rekruttering
- Utdanningene på rett kjøll
- Frykter sommerferieavviklingen
- Lønnsoppgjøret på NSFs nettsider

- 122 **Lisbeth Normann** om sykepleierutdanningene

Tema: Tsunami-hjelperne

Tsunami-katastrofen i Thailand og Indonesia 1. juledag i 2004 skapte et enormt behov for hjelpearbeidere. En studie Sykepleien presenterer viser at de ble utsatt for tøff påkjenning, men også fikk verdifull erfaring.



Foto: : Fredrik Naumann/Santoro

Ringer hjem fra operasjons

Helsepersonell sender sms og tar private samtaler inne på operasjonsstua, mens pasienten ligger i narkose.

– Da jeg fikk høre at sykepleiere bruker sin private mobiltelefon inne på operasjonsstua, ble jeg forskrekket og lei meg på fagets og profesjonens vegne, sier Liv-Marie Eilertsen Loraas. Hun er leder i Landsgruppen for operasjonssykepleiere.

Loraas ble klar over problemstillingen etter et konkret tips om en sykepleier som hadde en privat samtale inne på operasjonsstuen, mens pasienten var i anestesi.

En ringerunde Sykepleien har gjort, tegner et bilde av at mobiltelefon inne på operasjonsstua er blitt et vanlig syn.

Taushetsplikt

– Jeg ønsker ikke å moralisere, men det er på høy tid at det kommer en åpen debatt omkring dette, sier Eilertsen Loraas.

– Vårt grunnlag som sykepleiere bygger på verdighet, respekt, omsorg og barmhjertighet. Sykepleieren skal ha fullt fokus når en pasient ligger på operasjonsstua for et alvorlig inngrep. Da kan hun ikke føre private samtaler, sier hun.

Eilertsen Loraas mener at privat mobiltelefon utstyrt med kamera også er problematisk i forhold til taushetsplikten.

– Sms ikke ok

– Hva med sms eller å sette telefonen på lydløs ringing?

– Nei. Mobiltelefon har ingenting på operasjonsstua å gjøre.

– Er det noen situasjoner hvor mobilbruk kan være helt nødvendig, for eksempel om man har syke barn hjemme?

– Nei. Dersom man har behov for å gi beskjeder, har man fasttelefon på stua som kan brukes til det.

– Et lederansvar

Eilertsen Loraas mener forsvarlig mobilbruk er et ansvar hver enkelt må ta. Men også ledelsen må sette en tydelig standard for hva som er akseptabelt.

– Burde det lages noen nasjonale føringer i forhold til mobilbruk på operasjonsstua?

– Vel, helsemyndighetene har det øverste ansvar. Jeg mener det bør være en systematisk rutine på at dette ikke foregår.

Lederen for operasjonssykepleierene har kontaktet Marie Aakre, leder for Rådet for sykepleieetikk, i forhold til denne problemstillingen. Aakre bekrefter at dette er et utbredt fenomen, og skriver i sin dilemma-spalte (se side 78) at bruk av privat mobil kan være både respektløst og faglig usikkert.

Ingen tilsynssaker

– Dette er ikke noe vi har sett reist som et spørsmål i tilsynssaker, ifølge Gorm Are Grammeltvedt, direktør for avdeling for tilsynssaker i Helsetilsynet.

– Er det faglig forsvarlig å benytte privat mobiltelefon til private samtaler eller til å sende sms inne på en operasjonsstue, med en sedert pasient til stede?

– Privat bruk av mobiltelefon i arbeidstiden er et spørsmål for arbeidsgiver. Private eiendeler på en operasjonsstue kan selvfølgelig være en hygieniserisiko. Ellers må personellet ivareta forsvarlig observasjon og behandling, kommenterer Grammeltvedt.

Muntlig avtale

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) er det lov til å bære privat mobiltelefon med seg på operasjonsavdelingen.



stua



FORSKREKKET: Liv-Marie Eilertsen Loraas, leder for operasjons-sykepleierne liker ikke trenden med at mobiltelefoner blir brukt i alle sammenhenger – til og med på operasjonsstua.

– Vi kontrollerer ikke lommene til folk.

Oversykepleier Liv-Inger Ernstsén, UNN

– Vi har lov til å ta med mobiltelefon, men vi har tatt opp muntlig at man ikke skal stå i private samtaler på operasjonsstua, sier avdelingsleder og oversykepleier Liv-Inger Ernstsén ved Operasjonsavdelingen ved UNN.

– Vi har hatt tilfeller hvor den private mobilen til kirurgen ringer inne på operasjonsstua mens vedkommende står i operasjon, og det har blitt diskusjoner om hvem som skal besvare den, sier avdelingsleder og oversykepleier Liv-Inger Ernstsén.

– Kan det være situasjoner hvor sykepleiere har legitim grunn til å ta med privat mobiltelefon på operasjonsstua?

– Vi kontrollerer ikke lommene til folk, og mange bærer mobilen med seg. Mange har barn som skal klare seg alene hjemme etter skoletid, og for dem er det en måte å kommunisere på. Vakttelefonen for sykepleiere og leger er det koordinerende operasjonssykepleier som svarer på, opplyser hun.

Steril vs usteril

– Er dette et tema dere diskuterer?

– Etter at det ble lov til å ta med seg mobiltelefon, hadde vi behov for å diskutere hvor og når den kunne brukes. Konklusjonen er at bruken skal minimeres, men i enkelte situasjoner må man være tilgjengelig, sier hun.

– Er det ok å sende sms fra operasjonsstua?

– Man kan selvsagt ta imot sms, men ikke drive å svare. Den som driver med steril assistanse kan ikke behandle mobilen, da gjør vedkommende seg usteril. Det er i tilfelle koordinerende sykepleier det hadde vært aktuelt for, men det skal ikke foregå slikt inne på stua.

– Uansett om du sender eller tar imot sms, vil det ta oppmerksomheten bort fra ditt egentlige arbeid, mener Ernstsén ved UNN.

Ikke greit

Brukerutvalget på UNN har så vidt leder Catryn Carlyle kjenner til, ikke fått noen henvendelser om mobilbruk blant sykehusansatte.

– Jeg synes ikke det er greit at ansatte buker privat mobiltelefon inne på operasjonsavdelinger eller på operasjonsstuer, kommenterer Carlyle i en e-post til Sykepleien.

– Som pasient ville jeg ikke likt at helsepersonell brukte mobiltelefonen sin mens de er i møte med pasienter uansett om det er en samtale eller sms, mener hun.

– Forstyrrende

Sykehuset Buskerud har regler for mobilbruk. Reglene, som ble revidert i 2006, henger oppslått på avdelingen.

– Ifølge reglene er det ikke lov til å ta med seg mobiltelefon inn på avde-

lingen i det hele tatt. Vi har visse soner hvor det ikke skal være mobiltelefon, og det gjelder blant annet på operasjonsavdelingen, sier operasjonssykepleier Beate Tandberg Skagen.

– Likevel hender det at telefonen ringer eller at noen sender private sms mens pasienten er på operasjonsstuen. Det er forstyrrende. Vi har ikke tatt opp dette temaet spesielt, men kanskje vi burde det, sier Tandberg Skagen.

Sklidd ut på Ullevål

Bea Breck er avdelingssykepleier på operasjonsavdelingen ved Ullevål sykehus.

– Har dere regler for mobilbruk?

– Ja. Men det har sklidd ut. Det har blitt mer vanlig med mobiltelefon, og det tekniske utstyret reagerer ikke lenger på mobiltelefoner.

– Det er mange som har privat telefon med seg på jobb – legene mer enn sykepleierne. Når jeg skal ha tak i en lege, står det oppført både internt calling-nummer og privat mobilnummer, sier hun.

– Er det problematisk på en operasjonsavdeling?

– Det er jo greit å få tak i folk, det er for eksempel slik at callingene ikke virker overalt. Men man skal ikke ta med mer av privatlivet sitt på jobb enn nødvendig.

Datatilsynet:

– Et arbeidsrettslig spørsmål

– I utgangspunktet høres dette ut som et arbeidsrettslig spørsmål. Men avhengig av hva mobiltelefonen faktisk brukes til, kan Datatilsynet komme på banen, sier Katrine Berg, seniorrådgiver i Datatilsynet.

Dersom man bruker mobilkameraet til å filme eller ta bilde av en

pasient, vil det for eksempel være et klart brudd på loven om personvern. Dersom en sykepleier sender en privat sms hjem, er det, betinget av at den ikke omhandler pasienten, ikke en overtredelse som er forankret i det samme lovverk.

– Dersom man ønsker å ta opp

bruk av mobiltelefon, kan det være en grei start å kontakte tillitsvalgte eller personvernombudet, sier hun. Av de regionvise helseforetakene, er det bare Helse Nord som har et slikt personvernombud.

Det finnes ingen mirakelkur, men det nytter å behandle. Det ser du av resultatene.¹⁾²⁾³⁾

Alzheimers sykdom – Hukommelsen svikter.
Språket forsvinner. Oppførselen forandres.

Ikke bare er det en alvorlig sykdom, det er en dobbel byrde å bære fordi personligheten dør før kroppen.

Ebixa® er ingen mirakelkur, men resultatene viser at det nytter å behandle.



Se preparatomtale og referanser på side 79

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

– Livet er verdt å huske!

Ebixa®
memantin

Mari Trommald

Alder: 46 år

Aktuell som: Viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst med ansvar for å lede hovedstadsprosessen.

BAKGRUNN:

Sykehusene i hovedstadsområdet må omstille seg og Mari Trommald trekker i trådene. 17. april vedtok styret i Helse Sør-Øst blant annet inndelingen i nye sykehusområder. Funksjonsdelingen er ikke bestemt.

Fikk du det som du ville på styremøtet?

– Jeg er veldig fornøyd. Vi fikk god tilslutning til å fortsette arbeidet.

Ansatte har kritisert det heseblevende tempoet. Hva sier du?

– Vi begynte allerede i fjor da Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen. Dette er også nasjonal helsepolitikk, og mye er gammelt nytt. Nå er det mulig å få til en helhetlig utvikling.

Forstår du dem som synes det går for fort?

– Noen sier «det går for fort», andre sier «nå må vi få gjort noe».

Hvordan orker du en sånn uriaspost?

– Jobben er veldig morsom! Jeg kan jo bidra til å forme helsetjenestens framtid – sammen med svært dyktige folk.

Får du tid til ungeflokken (fire barn fra 12 til 20 år)?

– Andre får nok mer oppmerksomhet enn dem. Men i familieråd sa de jeg skulle ta jobben.

Hva er det aller viktigst å få til?

– Gode lokalbaserte funksjoner, pluss god samhandling med kommunene. Her er det mye å vinne.

Hva frykter du mest å ikke få til?

– Jeg er veldig optimistisk.

Men ansatte og ledere på alle nivåer må involveres i prosessen. Det er et viktig suksesskriterium. Også på sikt. Vi er ikke ferdig til sommeren.

Du er lege. Hvordan er det å møte motstand fra sine egne?

– Stort sett bidrar de konstruktivt. Da får jeg heller leve med at ikke alle er enige.

Er sykepleierne mer medgjørlike enn legene?

– De er veldig gode samtalepartnere og er for endring til det beste. Vi har en god dialog.

Bedre enn med legene?

– Ha-ha. Jeg framhever gjerne sykepleierne. Det kan du tolke som du vil.

Forstår du frykten for å splitte gode fagmiljøer i iveren etter å slå sammen?

– Alle omstillinger har kostnader ved seg. Vi må bare være sikre på at gevinsten er større.

Hva med de omstillingstrøtte?

– Vi må informere godt og sørge for god medbestemmelse for de ansatte.

Hva er det beste argumentet mot omstilling?

– Kravene om å holde budsjettene i balanse er tøffe. Det kan være krevende nok alene.

Kan det dermed bli umulig?

– Nei, jeg har virkelig tro på omstilling. Vi må bruke muligheten vi nå har til å bli framtidsrettet. Vi kan ikke la være.

En evig optimist altså?

– Helt klart.

tekst **Marit Fonn**

foto **Helse Sør-Øst**





Foto: Stig Weston

Kongens gull til omstridt sykepleier

Sykepleieren Klara Lie får kongens fortjenstmedalje i gull den 25. april. Hun har et allsidig liv bak seg. Vi nevner et lite utvalg: helsesøster, høgskolelektor, forfatter, faglig veileder, representant i Frogner bydelsutvalg for Kristelig folkeparti, narkotikakonsulent i Oslo helseråd i 15 år, sjelesørger og styremedlem i organisasjonen «Til helhet». Den arbeider for at homofile skal endre seg og få en «seksuell gjenopprettelse» – det som før ble kalt helbredelse.

Tidligere leder i Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring, Tore Holte Follestad, er sykepleier og tillitsvalgt ved PRO-senteret i Oslo. Han synes medaljens bakside er såpass stor i dette tilfellet at den bør få en kommentar:

– Jeg stiller meg svært kritisk til at en som har påført så mange mennesker lidelse gjennom helbredelse av homofili skal få en slik medalje. Hun har en såpass stor autoritet som sykepleier at når hun fordømmer homofile som hun har gjort, gjør det stor skade, sier han.

Hospitalet til topps

Helse Bergens internblad Hospitalet er kåret til «Årets Interne Bedriftsblad 2007» av Kommunikasjonsforeningen.

Juryen sier blant annet: «Årets vinner har en lekker og innbydende design. Gjennom artiklene viser virksomheten åpenhet, og våger å ta tak i saker som kan være ubehagelige. Ansatte våger å stå frem med kritikk, tema belyses fra ulike sider samtidig som bladet gjenspeiler en virksomhetskultur med varme og omsorg».

På bildet ses fra venstre redaktør Linda Hilland, journalist Ragnhild Dårflot Olsen, fotograf og designansvarlig Ole-Christian Amundsen og ansvarlig redaktør Mona Høgli.



Foto: Helse Bergen

Dansende sykepleiere



Foto: Anne-Gudrun Klæth Lyngsmo

Kersti Haslund har arbeidsdager litt utenom det vanlige for tiden. Egentlig er hun sykepleier på Verdal Bo- og helsetun, men sammen med sykepleier Bjørg Aglen og danseensemblet Inclusive Dance Company, lager hun nå en danseforestilling om sykepleierhverdagen. Forestillingen er kalt Candid Candle etter inspirasjon fra

Florence Nightingale, the lady with the lamp.

Dansen handler om en mann som blir syk og kommer til sykehus hvor han gradvis blir verre.

– Vi viser ulike møter og situasjoner på sykehuset, noen er delvis absurde. Vi vil vise både sykepleierens nærhet, omsorg og travelhet, sier Haslund som synes det

Sykepleier høyt i Ap

Anestesisykepleier og stortingsrepresentant for Nord-Trøndelag, Gerd Janne Kristoffersen (55), har overtatt Anniken Huitfeldts gamle jobb som utdanningspolitisk talskvinne for Arbeiderpartiet, etter at Huitfeldt som kjent overtok etter Manuela Ramin-Osmundsen som barne- og likestillingsminister.

Kristoffersen har en lang politisk karriere bak seg og har blant annet vært ordfører i Verdal. Til Sykepleien sier hun at kjepphestene hennes er en heldagsskole med god tid til basisfag, fysisk aktivitet, mat og leksehjelp, og at samarbeidet mellom hjem og skole skal fungere bedre.

– Og sykepleierutdanningen?

– Mye bra i dag, men det kan bli enda bedre praksis der lærere og studenter deltar sammen i forskning og utvikling direkte knyttet til bedre kvalitet på tjenestene.

Vi siterer Thomas Hoff

– Det er nok mange som foretrekker og ser opp til kvinner i omsorgsykker, primært sykepleiere og tannpleiere. Det kan man kanskje finne en freudiansk forklaring på.

Thomas Hoff, førsteamanuensis ved psykologisk institutt i Oslo, om hvilke yrker kvinner bør ha for å imponere menn. Kilde: dinside.no

er spennende å uttrykke seg som danser for første gang.

Premieren blir på Avant Garden i Trondheim den 28. april, og i mai og juni vises forestillingen ti ganger i både Nord- og Sør-Trøndelag.

På bildet ses fra venstre Arnhild Staal Pettersen, Kersti Haslund og Luis Della Mea.

Effektiv?



Skånsom?



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

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



Alle tre er godkjente av
 Norges astma -og allergiforbund.



Dixin

- effektiv omsorg for hendene

Dessverre, malariamyggen tar aldri ferie!



MALARONE®

atovakvon/proguanil

gir effektiv beskyttelse (95-100 %)¹ mot *P. falciparum*-malaria for hele familien*

Effektiv mot *P. falciparum*-stammer som er resistente overfor andre antimalaria¹
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert¹

C Malarone «GlaxoSmithKline»
C Malarone Junior «GlaxoSmithKline»
Antimalariamiddel.

ATC-nr.: P01B B51

TABLETTER: Malarone: Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

TABLETTER: Malarone Junior: Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Malarone: Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av *P. falciparum*. Malarone Junior: Profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Behandling av akutt, ukomplisert *P. falciparum*-malaria hos barn ≥ 5 kg og < 11 kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av *P. falciparum* som er resistente mot et eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profylakse og behandling mot *P. falciparum*-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Offentlige retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offentlige retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

Dosering: Malarone: Profylakse: 1 tablett daglig til personer > 40 kg. Behandling: Voksne: 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Barn: 11-20 kg: 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. 21-30 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 31-40 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Malarone Junior: Profylakse: 1 tablett daglig i 3 dager. 9-10 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 11-20 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 21-30 kg: 2 tabletter daglig. 31-40 kg: 3 tabletter daglig. Behandling: Barn: 5-8 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 9-10 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Bør tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Ved oppkast den første timen etter inntak, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profylakse skal påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og 17 dager etter utreise fra området. Profylakse i malariaendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbyggere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 uker. Tabletten bør svelges hele. Kan også knuses og blandes i mat eller melk.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdstoffer. Kontraindisert som profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/minutt).

Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profylakse hos barn < 11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengde i blod følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lungeødem eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når *P. vivax*-malaria kun blir behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig eksponert for *P. vivax* eller *P. ovale*, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozitter. Ved residiv etter infeksjon med *P. falciparum* etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepende virkning på schizontene i blodet. Parasittforekomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GICR < 30 ml/minutt). Svimmelhet er rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem selv eller andre i fare dersom de er svimle.

Doseres etter vekt

Tablettstyrke	Vekt kg	Før avreise 1 dag	Under oppholdet daglig	Etter utreise 7 dager
Malarone 250/100	> 40	●	●	●
Malarone Junior 62,5/25	31-40	●●●●	●●●●	●●●●
Malarone Junior 62,5/25	21-30	●●●	●●●	●●●
Malarone Junior 62,5/25	11-20	●	●	●

Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk (for å oppnå maksimal absorpsjon).

Enkelt i bruk:

Start en dag før innreise til et malariaområde, en gang daglig under oppholdet og i en uke etter utreise fra malariaendemisk område.

Interaksjoner: Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmakonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet ved kombinasjon med indinavir pga. reduksjon av C_{min} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsatter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50 % og 34 % og bør derfor unngås.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Ingen kliniske data indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folattilskudd skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. Overgang i morsmelk: Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Vanligvis milde og av begrenset varighet. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone som profylakse mot malaria: Hodepine, mavesmerter og diaré. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone Junior som profylakse mot malaria: Hodepine, mavesmerter, diaré, kvalme og feber. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone eller Malarone Junior til behandling av malaria: Mavesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste. Uventede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod: Anemi, nøytropeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Endokrine: Anoreksi, hyponatremi. Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme, oppkast, diaré, maveintoleranse, sår i munnen, stomittitt. Lever: Forhøyet leverenzymverdi og amylasenivåer. Unormale leverfunksjonstester er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. Lufteveier: Hoste. Neurologiske: Hodepine, søvnløshet, svimmelhet. Øvrige: Feber, hårtap, allergiske reaksjoner inkl. utslett (urticaria), kløe, angioødem og isolerte tilfeller av anafylaksi.

Overdosering/Forgiftning: Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttebehandling gis. **Egenskaper:** Klassifisering: Kombinasjonspreparat med atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizonten i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonten av *P. falciparum*. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergetisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleinsyrer.

Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av mitokondrienes membranpotensiale. Proguanil, via metabolitten cycloguanil, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer deoksytymidylatsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakvons evne til å bryte mitokondriens membranpotensiale hos malariaparasitter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgrad og -hastighet, og øker AUC 2-3 ganger og C_{max} 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. **Fordeling:** Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (> 99 %), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75 % proteinbundet. **Halveringstid:** Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cycloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. **Metabolisme:** Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av CYP 2C19. **Utskillelse:** Atovakvon: Ubetydelig utskillelse i urin. Det meste (> 90 %) utskilles uforandret i fæces. Proguanilhydroklorid: < 40 % utskilles uforandret i urin. Metabolittene cycloguanil og 4-klorofenylbiguanid utskilles også i urin.

Pakninger og priser: Malarone: 12 stk. kr 352,80. Malarone Junior: 12 stk. kr 135,90. Sist endret: 01.02.2007

* Personer > 11 kg

Referanse: 1 McKeage K, Scott LJ. Atovaquone/Proguanil. Drugs 2003;63(6):597-623

GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no

Oppgjøret i gang

Bevæpnet med likelønnskommisjonens rapport, regjeringens velferdsløfter og sterk konkurranse om utdannet arbeidskraft, setter sykepleierne seg rundt forhandlingsbordet og krever et reallønsløft.

En landsdekkende undersøkelse fra TNS Gallup viser at åtte av ti menn unner kvinner større lønnstillegg enn dem selv for å oppnå likelønn. Nesten halvparten av mennene er villig til å avstå helt fra lønnstillegg, dersom pengene brukes til å bidra til likelønn. Det kan jo tyde på at norske menn er gentleman. Men tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at kvinner med utdanning fra videregående skole hadde en gjennomsnittlig månedslønn på 25 600 kroner i fjor. Mennene fikk mer: 27 600 kroner. Det betyr at kvinnene har hatt en lønnsvekst på 4,9 prosent i 2007, mens mennene økte lønna med 5,4 prosent.

Privat sektor

Det er LO og NHO som innleder oppgjøret. I år var det ekstra spennende fordi pensjonsordningen Avtalefestet pensjon (Afp) også skulle på plass. LO satte hardt mot hardt og nektet å akseptere en dårligere ordning enn den som eksisterer i dag.

Statsminister Jens Stoltenberg måtte ha flere samtaler med partene, før parten morgenvisten 2. april, kunne annonsere at de var enige. Streik var i første omgang unngått. Nå er avtalen på høring blant LOs medlemmer. Svaret er klart 24. april. I skrivende stund tyder mye på at flertallet vil støtte forslaget.

Offentlig sektor

4. april kom «damene» inn på arenaen. Da leverte Unio Stat, LO Stat og YS sine foreløpige krav til staten. De krever blant annet

at lønnsgapet mellom statlig og privat sektor kompenseres. Tre dager senere gjorde sykepleierne for alvor entre. Da leverte Unio sine krav til KS og Spekter. Sist ute var Unio og Oslo kommune 10. april. Frist for forhandlingene er natt til 1. mai.

Sykehusene

Unio krever høyere lønnstillegg enn resultatet i privat sektor, samt kompensasjon for etterslep og lønnsgap mellom kvinner og menn.

– Bare i siste tariffperiode har lønnsgapet økt med om lag en prosent for våre grupper, sier forhandlingsleder Lisbeth Normann. Andre krav til Spekter er:

- økt satsing på etter- og videreutdanning,
- at offentlige arbeidsgivere går foran og sikrer retten til helstilling,
- afp skal videreføres som en like god ordning som i dag, og tjenestepensjonene skal sikres.

Kommunene

I kommunesektoren er det Helga Hjetland fra Utdanningsforbundet som leder forhandlingene. Blant Unios krav til KS er:

- stort prosentvis generelt tillegg og ytterligere heving av minstelønnsatsene,
- god lønnsutvikling for lederne,
- større likeverd mellom partene i lokale forhandlinger,
- redusert bruk av deltid og styrket rett til heltid,
- bedre kompensasjon for ubekvem arbeidstid,
- innføring av ny minstelønnsats etter 16 år.

Store forventninger

Hva vil de godta? Sykepleien har spurt sykepleiere innen de forskjellige tariffområdene hvilke forventninger de har til oppgjøret.

Oslo kommune

Kristin Rødal (48) er sykepleier og tillitsvalgt ved Akerselva sykehjem. Hun legger ikke skjul på at forventningene er høye.

– Lønnsøkningen i det private ble høy, så det er klart forventningene er høye. Vi fortjener et betydelig lønnsloft. Det ville høynet statusen til oss som jobber i eldreomsorgen, og gjort det lettere med rekruttering.

- *Hvor mye bør lønna heves?*
- 50 000 kroner over ett par år.



Spekter

Katrine Halvorsen (35) jobber som sykepleier på Barneklubben ved Haukeland Universitetssykehus i Bergen.

– Vil du vite hva jeg forventer? Eller hva jeg ønsker? Det jeg ønsker er at tilleggene økes. I dag er de til å le av. Dersom vi får 5-6 prosent økning i grunnlønnen, pluss en drastisk økning i tilleggene, blir jeg fornøyd.

KS

Marwell Jormonen (64) er helsesøster i Vadsø kommune.

– Det var det da...? Nei, jeg vet ikke helt. Jeg skal snart gå av med pensjon.

– *Er afp viktig for deg?*

– For meg var det ikke aktuelt å gå av som 62 år. Økonomisk ville ikke det gått, derfor har jeg drøyd det til jeg blir 65 år.

Jordmoren tjener i dag litt over 300 000 kroner i året.

– Det synes jeg er lite. Jeg har videreutdanning i psykiatri, veiledning og pedagogikk samt helsesøsterutdanning og 20 års erfaring som det. Jeg mener jeg burde tjene 400 000 kroner i året. Minst!

Stat

Anne Grete Naustdal (42) er studieleder for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane.

– Forventningar til lønnsoppgjøret? Eg forventar at vi får ei lønnsauke som høgskulelektorar i sjukepleie. Vi begynner å ligge godt etter i lønnsutviklinga. Ei auke på 50 000 kroner ville vore rimeleg.



Krever bedre afp-avtale

Leder Anders Folkestad i Unio mener afp-avtalen som LO har forhandlet fram er altfor dårlig for ansatte med høyere utdanning i offentlig sektor.

Ett av Unios krav ved vårens lønnsoppgjør er en avtalefestet pensjon (afp) minst like god som i dag, og at tjenestepensjonene skal sikres.

Den anbefalte afp-løsningen mellom LO og NHO tar utgangspunkt i arbeidstakere som har 40 års opptjening i arbeidslivet. I dag er det de 20 beste årene som avgjør størrelsen på pensjonen. Videre har Stortinget bestemt at det ikke skal gis pensjonsopptjening for utdanning. Det vil særlig ramme Unios medlemmer med lang utdanning. Dessuten skal alle årene i yrkeslivet telle med når størrelsen på pensjonen bestemmes. Ansatte som jobber mye deltid, som for eksempel sykepleiere, vil tape på det.

Ikke god nok

Arbeidstakere med kortere opptjening enn 40 år vil bli de største taperne i den nye afp-løsningen i privat sektor, viser tall Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) har regnet ut for Dagens Næringsliv. En som er født i 1963 og som har 35 år i yrkeslivet i 2025, vil tape mellom 30 000 og 38 000 kroner i året i forhold til dagens afp-ordning. For personer født i 1963 eller senere vil også levealdersjusteringen gjelde fullt ut.

Gulroten er at det nå blir mulig å jobbe så mye man vil, uten å få reduksjon i pensjonen.

– Afp-løsningen mellom LO og NHO er ikke god nok for store grupper i offentlig sektor. Løsningen er i enda sterkere grad enn

før innrettet på menn i industrien med langvarige yrkeskarrierer, sier Anders Folkestad.

Kvinner taperne

I dag får en 62-åring som går av med afp full pensjon selv om han eller hun «bare» har jobbet i 35 år. De fem årene med afp fra 62 til 66 år gir nemlig også full opptjening i folketrygden. Det blir det slutt på hvis den nye afp-ordningen, som LO og NHO har framforhandlet, tar til å gjelde fra 2010.

Dette rammer særlig kvinner. Av dem som kan gå av med afp/tidligpensjon som 62-åring i 2010 vil seks av ti ha mindre enn 40 års pensjonsgivende opptjening i folketrygden, viser tall fra Nav. Tallene inkluderer pensjonsopptjening for omsorg.

Hva skjer videre?

Statssekretær Jan-Erik Støstad i AID har ledet en ekspertgruppe som har sett på problemstillinger i forbindelse med tilpasninger i afp i offentlig sektor og offentlige tjenestepensjoner i forhold til pensjonsreformen og afp i privat sektor. Gruppen foreslår tre hovedalternativer i det videre arbeidet:

- Både Afp og offentlige tjenestepensjoner behandles i hovedoppgjøret i 2008.
- Begge behandles først i mellomoppgjøret i 2009.
- Afp i offentlig sektor behandles i hovedoppgjøret i 2008 og offentlige tjenestepensjoner i mellomoppgjøret i 2009.

Ekspertgruppen mener det må være opp til partene selv å velge hvilke alternativ de vil gå for i det videre arbeidet.

Partene har frist fram til 1. mai.

Helseforetakene

I tillegg skal det forhandles om lønn. Her vil Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Utdanningsforbundet og Norsk Ergoterapeutforbund hver for seg forhandle direkte med helseforetakene. Øvrige Unio-forbund forhandler lokalt.

Disse lønnsforhandlingene vil ikke starte før i begynnelsen av mai. Det betyr at lønnsoppgjøret for de sykehusansatte neppe vil være ferdigforhandlet før i slutten av mai eller i begynnelsen av juni.

Men allerede nå er det klart at Unio krever høyere lønnstillegg i helseforetakene enn det foreløpige resultatet i privat sektor.

– Bare i siste tariffperiode har lønns-gapet mellom privat og offentlig sektor økt med om lag en prosent for våre grupper, sier forhandlingsleder for Unio-Spekter Lisbeth Normann.

Kommunene

For høyskoleutdannede ansatte i landets kommuner og fylkeskommuner gjelder et tonivåsystem med både sentrale lønnsoppgjør og lokale forhandlinger. Sentralt kan partene heve minstelønn, gi generelle lønnstillegg og avsette lønnsmidler til lokale forhandlinger. Det er streikerett på de sentrale lønnsoppgjørene. De lokale

forhandlingene foregår mellom arbeidstakerorganisasjonen og arbeidsgiver lokalt. Ved uenighet avgjøres tvisten gjennom organisatorisk behandling eller sentral nemnd.

Også i kommunesektoren vil kravene overstige rammen på 5,6 prosent som LO og NHO ble enige om.

– Vi forventer at lønns-gapet mellom privat og offentlig sektor blir mindre etter årets oppgjør. Ellers øker sjansen for at kommune taper kampen om denne arbeidskraften, sier forhandlingsleder for Unio-kommune Helga Hjetland.



NSFs Lisbeth Normann skal lede Unios forhandlinger med Spekter. Hun vil ha høyere lønnstillegg enn resultatet i privat sektor.

Gode tips til deg som arbeider med gravide og småbarnsforeldre

Anbefal sikre, velprøvde og effektive produkter som hjelper mot noen av de vanligste problemene under og etter graviditeten.

Les mer og bestill anbefalingsblokker på gravidhelse.no



Ca. 30 doser



Ved endetarmsplager

- Behandler og forebygger endetarmsplager
- Forebygger hemoroider og anale sprekker
- Bidrar til den naturlige tilhelingsprosessen
- Enkel og hygienisk å påføre



Ca. 100-150 doser



Ved hudproblemer

- Styrker, beroliger og gjenoppbygger huden
- Mykt skum som absorberes raskt og trenger dypt ned i huden
- Uten parfyme og konserveringsmidler
- Bra ved strekkmerker, ømme brystvorter ved amming og tørr hud
- Passer utmerket til barns følsomme hud



7 tuber



Ved illeluktende utflod

- Motvirker plagsom lukt og irritasjon i underlivet
- Gjenoppretter den naturlige balansen
- Kan brukes ved graviditet og amming
- *Lactal test* – enkel selvtest av bakteriell ubalanse



– Si til deg selv at dette klarer du.
Ta deg alltid tid til den tanken før du skal stikke.

Lisbeth Østby

Veneflon på sykehjem gir færre innleggelser

SKIEN: En dag var det ekstra mange sykehjemspasienter på Sykehuset Telemark med akutt forvirring. Da fikk Lisbeth Østby en idé. Nå lærer hun sykehjemsansatte å gi intravenøs behandling.

– Åhh, dette er vanskelig!

Sykepleier Cathrine Runshaug på Skien sykehjem har fått kollegaens hånd å øve seg på. Hun har akkurat bommet og trukket nålen ut igjen. Hun virker mer nervøs for sticket enn kollegaen som skal få det.

– Si til deg selv at dette klarer du. Ta deg alltid tid til den tanken før du skal stikke, råder sykepleier og kursleder Lisbeth Østby.

Å sette veneflon er en kunst. Man må treffe åra med rett vinkel, passe bestemt trykk og utstyret skal på uten for mye søl. Hendene må stokkes i riktig rekkefølge.

Runshaug trekker pusten. Dyp

konsentrasjon. Hun sikter inn og treffer perfekt. Et lettelsens smil løser opp det alvorlige ansiktet.

Lisbeth Østby hadde vært sykepleier i åtte år på Sykehuset Telemark og var vant til å se sykehjemspasienter med akutt forvirring, som ofte oppstår i forbindelse med sykehusinnleggelsen.

– En vakt var det ekstra mange av disse pasientene samtidig som det var mange fortvila pårørende. Da tenkte jeg at dette ville jeg gjøre noe med, forteller Østby.

Hun mente det måtte gå an å få de ansatte ved sykehjemmene til å forebygge og observere mer. Og at sykepleierne etter legens

ordinasjon kan gi intravenøs behandling ved vanlige diagnoser som urinveisinfeksjon, lungebetennelse og dehydrering. Da ville behovet for sykehusinnleggelser synke, og antallet eldre med akutt forvirring ville følgelig også gå ned.

Fire timers kurs

Som tenkt, så gjort. Østby tok kontakt med Tor Carlsen i praksiskonsulentordningen (PKO) i Telemark, fortalte om tankene sine og ba om råd om hvordan hun skulle gå videre. Det endte opp i en prosjektsøknad til Helse Sør-Øst, med tittelen «Intravenøs behandling på sykehjem – sam-

VENEFLOM-LYKKE: Cathrine Runshaug gruer seg for å sette veneflon på sin kollega, men klarer det fint på andre forsøk under veiledning av Lisbeth Østby.



handling med spesialisthelsetjenesten». Samtidig sendte hun en beskrivelse til Skien kommune og Sykehuset Telemark, fordi hun ønsket at de skulle eie prosjektet. Alle tre parter syntes ideen var god.

1. november 2007 startet prosjektet som skal vare i ett år. 290 000 blanke kroner har kommet fra Helse Sør-Øst.

– Jeg synes prosjektet tegner til å bli godt, med tydelige mål, klare og konkrete arbeidsoppgaver, brukbare målemuligheter og en entusiastisk og dyktig leder, sier Tor Carlsen som også er praksiskoordinator ved Sykehuset Telemark.



Østby kjører fire runder med fire timers-kurs på hvert av kommunens sju sykehjem, nattjenseten i hjemmesykepleien, rehabiliteringen og vikartjenesten for at alle ansatte skal få tilbud om å være med. Alle ansatte får en time teori om intravenøse væsker og væskebehandling, etterfulgt av en time for sykepleierne med praktisk øving på å legge inn venefloner. Neste gang Østby kommer, blir det en time teori for alle om de tre diagnosene urinveisinfeksjon, lungebetennelse og dehydrering. Her lærer man både å forebygge, observere og kjenne til tiltak som lege ordinerer. Deretter blir det nok en time ekstra

veneflontrening.

Underveis oppdaget Østby at Ullevål universitetssykehus har erfaring med et lignende prosjekt. Da hun hospiterte ved observasjonsposten der, fikk hun nyttige tips hun har tatt med seg videre.

Vinner mye

– Selv om sykepleiere i utdanningen vanligvis lærer å sette veneflon, blir mange usikre etter flere år på sykehjem. Noen har kanskje aldri lært det. Med dette prosjektet ønsker jeg å dytte sykepleierne litt i ryggen slik at de kommer i gang, sier Østby. Hun er videreutdannet i tverrfaglig veiledning, men har aldri

vært prosjektleder før. Så langt viser tilbakemeldingene gjennom tilfredshetskjemaer som deltakerne må fylle ut anonymt, at de er såre fornøyd. De opplever arbeidet sitt mer spennende og meningsfylt. Også nabokommunene Nome og Porsgrunn har meldt sin interesse for prosjektet, men foreløpig har Østby bare kapasitet og midler til å innlemme Nome i kursvirksomheten. I tillegg til undervisningen har hun oppfølging hver 14. dag og tilbyr hele tiden telefonveiledning.

Østby fører statistikk over alle sykehjemspasienter som blir lagt inn på sykehus. I tillegg registrerer de enkelte sykehjem sine in-

travenøstilfeller. Siden oppstarten i november har over 20 pasienter fått intravenøst og dermed sluppet sykehusinnleggelse.

– Først og fremst har jeg gjort dette for pasientene. Målet er å unngå akutt forvirring, men også at sykehjem skal beholde de sykepleierne de har og klare å rekruttere nye, sier Østby.

Hun legger til at gevinsten dessuten er færre korridorpasienter samtidig som det hele er pengebesparende. På et sykehjem var en pasient så takknemlig for å få intravenøs behandling på sykehjemmet at han gråt i senga. Han hadde opplevd flere innleggelse på sykehus tidligere

og visste hvilken påkjenning han nå slapp.

Legene kurses også

Som en ekstra støtte for sykepleierne er det inngått avtale med både ambulansetjenesten og en avdeling på sykehuset som står klar til å hjelpe hvis det skulle skje noe eller sykepleierne føler seg utrygge.

– Til tross for at de har hatt over 20 intravenøstilfeller, har de ikke benyttet ambulansen ennå, forteller Østby.

En overraskelse har det blitt etter at hun startet opp kursvirksomheten: Sykehjemslegene følte seg også usikre. Nylig arrangerte hun derfor også et kurs for dem og legevakten. Det viste seg at de lurte på hvilke væsker de skal gi og hvor fort det skal gå i intravenøs behandling. Tre overleger fra sykehuset underviste. Dagen etter rapporterte legene at de følte seg mye tryggere på jobb.

– Nå skal jeg laminere A3-ark med legegodkjente, praktiske råd om hva man gjør i de tre diagnositilfellene, basert på informasjon fra kurset. Det skal deles ut til leger og henges opp på alle sykehjem. Om det ikke blir 100 tilfeller med intravenøs behandling, har jeg i alle fall fokusert på forebygging, kompetanseheving og etikken rundt når det er riktig med intravenøs behandling, sier Østby.



BLODIG SUKSESS: Litt søl blir det når man etter et vellykket stikk har problemer med å stokke hendene i riktig rekkefølge.



PKO

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nasjonalt nettverk av allmennpraktiserende leger som fremmer samarbeid mellom sykehuset, fastlegene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, til gagn for den enkelte pasient.

I Helse Sør-Øst er det noen steder også ansatt sykepleiere og fysioterapeuter som jobber med PKO-grupper.

Hva som kan gå galt med veneflon:

Flebitt (årebetennelse): Det kan skje hvis man legger for stor veneflon i liten vene. Da irriteres åra. Derfor skal man velge liten veneflon i stor åre. Skulle det allikevel oppstå, fjerner man veneflonen og smører hirudoidsalve på huden.

Infeksjonstegn (rødhet, sekresjon, varme og hevelse): Det forebygges ved å utføre håndhygiene ved til- og frakobling, bruke treveiskran for å holde seg lengre unna innstikkstedet, observere innstikkstedet daglig og bytte veneflonen etter 3-5-dagers liggetid.

Trombose (blodpropp): Det forebygges ved å sette heparin Leo 100IE/ml når infusjonen er ferdig.

Hematom (blødning i hud): Dersom man ødelegger åra. Dette ordner kroppen opp i selv.

Hvis væsken går i vevet:

Infusjonen kan gå subkutant (ut i vevet) dersom veneflonen går ut av åra. Er det klare væsker og antibiotika, ordner kroppen opp selv, men veneflonen må seponeres.

Lungeødem: Kan oppstå når hjertet belastes for mye, noe som kan skje dersom væsken går for fort inn. Hvis det ikke er mer enn 100 ml per time, er det forsvarlig.



En helt annerledes konferanse?

- våre storslåtte skip tilbyr en unik konferansearena




ColorLine
FANTASYCRUISE

www.colorline.no/konferansekreise eller 815 00 860

Kartlegger klimautslipp

Alle ansatte i Helse Bergen har fått spørsmål om hvordan de reiser til, fra og i jobben.



Helse Bergen skal redusere utslippet av klimagasser, og har lagt transport, olje- og gassutslipp under lupen.

– Først skal vi kartlegge, så skal vi bruke dataene til å formulere realistiske mål og så foreslå tiltak, forteller miljøleder Linda Eide.

Det hele skal resultere i en klimahandlingsplan som skal foreligge til høsten.

Arbeidsbuss

Eide holder akkurat på med å sende en spørreundersøkelse til alle de 15 000 ansatte. De blir spurt om hvordan de kommer seg til og fra jobb og hvordan de reiser i jobben.

– Vi vet mange bruker bil til jobben, sier Eide.

Et spørsmål til dem som bruker bil er hva som skal til for at de velger andre alternativer. Og også om de har forslag til hva Helse Bergen kan bidra med for

at de skal velge mer miljøvennlige transportmåter.

– Hvis det for eksempel er 200 fra Fyllingsdalen som skal være på Haukeland før halv åtte hver morgen, kan det være aktuelt med arbeidsbuss. Jeg har allerede vært i kontakt med busselskaper, og de er interessert. Men alt avhenger av svarene vi får, sier hun.

Mer video

Når det gjelder reiser i arbeidstiden, er miljølederen opptatt av å kutte antall flyreiser til fordel for videokonferanser.

– I tillegg til at det blir færre flyturer, har det også en økonomisk gevinst, påpeker hun.

– Tapt arbeidstid, diett, og drosje til og fra flyplass kommer i tillegg til selve flybilletten.

Sykehuset er også i gang med å kartlegge transport av varer til sykehuset og avfall fra sykehuset.

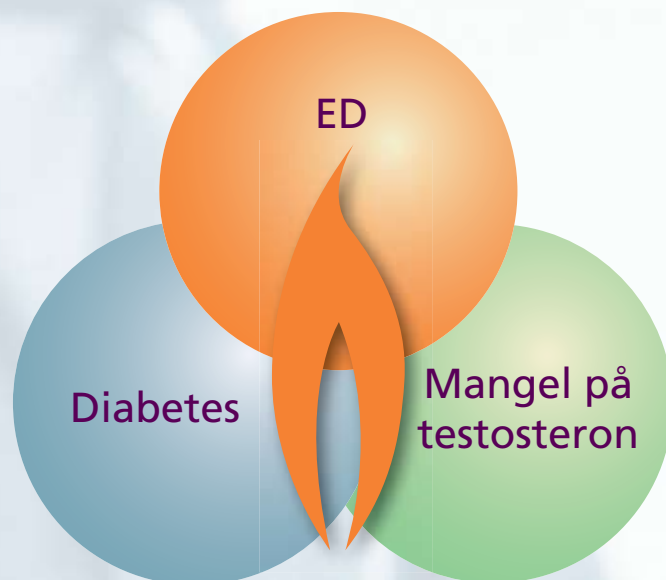
Århundrets tema

Klima var også tema for Verdens helseorganisasjon (WHO) sin verdenshelsesdag 7. april.

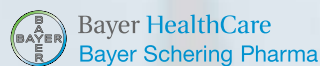
Klimaendringer vil skape større problemer med infeksjonssykdommer, vannmangel og mindre avlinger, og er også en helseutfordring. WHO understreker at mange problemer kan unngås eller begrenses dersom det handles raskt. Derfor mener generalsekretær Margareth Chan at klima er århundrets viktigste helsesak.



For mannens helse



- Erekttil dysfunksjon (ED) er ofte markør for annen sykdom¹
- LEVITRA - dokumentert effekt hos menn med diabetes²
- LEVITRA virker på 10 minutter for noen menn og innen 25 minutter for de fleste³



Se preparatomtale side 78

¹ Vinik et al, Diabetes reviews, Vol.6, Number 1, 1998
² Goldstein i et al., Diabetes Care 2003;26:777-783
³ Montorsi F et al. J.Sex Med 2004;1:168-178

Sykdom i arv

Anita og Anders Boge visste ikke at de var bærere av metakromatisk leukodystrofi. Ikke før sønnen Daniel var nesten tre år.

Når Daniel kommer til verden 4. juni 2001, er det ingen grunn til å tro at noe feiler den velskapt babyen. Fem timers fødsel, ingen komplikasjoner. Alt er vel. En vakker gutt, som får folk til å stoppe opp.

Daniel utvikler seg normalt og lærer seg å krabbe. At han er sein med å gå, bekymrer ikke foreldrene, barn utvikler seg jo så forskjellig. Helsesøster er heller ikke bekymret: «Det går seg til», sier hun når Daniel er godt over året. «Bare vent.»

Rundt juletid klarer han å gå fem-seks skritt. Men bare én gang. Daniel er halvannet år, og nå begynner foreldrene å bli urolige. I mars blir Daniel febersyk en ukes tid, og etterpå må han lære seg å krabbe på nytt. Gradvis skjønner Anita og Anders at noe ikke stemmer.

De bestemmer at han må i barnehage, så han blir stimulert. Det blir runder hos lege, Bup og fysioterapeut. Om høsten begynner han i barnehagen. Han er to år.

I starten er han redd og skeptisk, spesielt til de voksne. Men så

blir det oppdaget at han er døv på grunn av en vannansamling i øret. Når han får lagt inn dren i desember, går alt mye bedre.

Utpå våren blir han testet. De får høre at to og et halvt åringens mentale alder er ett år.

«Kanskje han er autist?» sier de i barnehagen.

«Nei da», blånekter foreldrene.

Utredet

Fredag 7. mai 2004 sitter den lille familien hos nevrologen på Rikshospitalet. Daniel er blitt utredet. Legens kroppsspråk avslører hva som kommer. «Det er svært alvorlig», sier han.

Anita synes synd på ham, han ser så hjelpeløs ut. Men ett spørsmål tvinger seg fram:

«Kommer han til å dø?» spør hun.

«Ja», svarer nevrologen.

De snakker ikke så mye om diagnosen, som fortsatt ikke er helt avklart. Noen nye prøver må tas først.





Jeg tenker mer og mer på hva som skal skje. Men lever livet fra dag til dag.

Anita Boge, mor



SØSTER: Anita med datter og sønn.

Diagnosen

Det første de gjør er å ringe familien. Selv om det føles uvirkelig, vil de fortelle. Anders ringer til søsteren. Anita vil helst snakke med faren, men han sover. Hun vet moren vil bli hysterisk, men forteller det likevel. Mormor kommer til. Det blir panikk i hele familien, og det ender med at Anita må trøste dem.

Anita, Anders og Daniel kjører hjemover fra sykehuset i fredagsrushet. Solen steiker og køen er

lang. Når de omsider stopper ved matbutikken, er de lystige og lekeslåss mens de handler.

Hjemme går de rett på nettet og søker etter informasjon. De ringer til Frambu, senteret for sjeldne funksjonshemninger. Der er Daniel allerede meldt. Når de kommer tilbake til Rikshospitalet 24. mai, har de fortsatt et lite håp, men egentlig vet de. Daniel har MLD.

En eller to i året

Metakromatisk leukodystrofi

(MLD) er en sjelden, arvelig neurologisk sykdom. I gjennomsnitt fødes ett til to barn med sykdommen i Norge hvert år. Rundt en av 100 er bærere av en feil i dette genet, som er på kromosom 22. De fleste vet det ikke.

Sykdommen skyldes mangel på enzymet arylsulfatase A. Dette fører til at cerebrosidsulfat, som finnes i nervesystemet, ikke omdannes og brytes ned som normalt.

Den vanligste formen kalles sen-infantil og debuterer ved ett

til to årsalder. De første tegnene er forsinket gange og koordinasjonsvansker. Musklene stivner. Språk, syn og intellektuelle ferdigheter går gradvis tapt, og barnet blir etter hvert fullstendig pleietrengende. Det fins ingen helbredende behandling.

Alt haster

Anita fjerner bildene av Daniel som står framme. Hun orker ikke se dem, de minner henne om det han ikke er. Anders og Anita gråter aldri samtidig, så de trøster hverandre.

Man blir aldri den samme etter å ha møtt disse ungene.

Spesialpedagog Torill Øverby Kvan



MAT: Daniel kan ikke lenger spise selv.

På Daniels treårsdag, noen uker etter diagnosen, samles familien i hagen hjemme i Heggedal i Asker. 17 personer er med på denne spesielle bursdagsfeiringen. Når Anders frir til Anita foran øynene på dem, må slekten gråte en skvett. De skulle jo aldri gifte seg, men nå haster plutselig alt. Daniel må være med og ingen vet hvor lenge han vil leve.

Anders tar straks permisjon fra elektrikerfirmaet. Anita vil fortsette i jobben som pleieassistent i psykiatrien på Dikemark, men det blir for strevsomt. Begge får omsorgslønn.

Den sommeren drar de til dyreparken i Kristiansand. De må rekke alt, for de regner med at tiden er knapp. De har fått høre at Daniel kanskje vil leve i ett år. Eller fem. Den yngste som døde av MLD i Norge var tre år, fikk de høre, den eldste ble 19.

Etter hvert slapper de mer av. Daniel har det fint i barnehagen, han har til og med fått bestekompis.

Recessiv arv

Vi er alle bærere av anlegg for genetiske sykdommer, sies det. Men i de aller fleste tilfeller får vi ikke vite noe om det. Anders og Anita er friske bærere av MLD, i likhet med én av hundre. Det ville de ikke fått vite, hadde det ikke vært for Daniel. Det var 25 prosent risiko for å få et barn med sykdommen.

Sjansen for å få et friskt barn var 75 prosent. Men to av tre friske barn er arvebærere. De har gransket sitt opphav og funnet ut at begge har slekt på Osterøy utenfor Bergen. De regner med at det er der bærerogenet kommer fra. Et såkalt krysningspunkt for MLD er et belte tvers over Trøndelag og Nord-Sverige. Der er sykdommen mer utbredt enn andre steder i landet.

Knapp på magen

Etter hvert slutter Daniel å krabbe.

Han blir sint og fortvilet når kraften i armene forsvinner, og han ikke lenger klarer å støtte seg. I barnehagen ligger han mest på golvet, før han får en egen stol. Daniel er tre og et halvt og kan fortsatt spise litt selv når han får operert inn en «mick-key» i magen. Anita synes det er trist at den fine, glatte huden skal perforeres på den måten, men knappen er nå nødvendig for at han skal kunne ta imot næring og medisiner. I gamle dager døde MLD-barna av mangel på mat.

Det blir litt kaotisk når foreldrene får motstridende gastrostomiråd på sykehuset, men det går seg til. Smerter og spasmer må lindres, og Anita og Anders blir medisinske eksperter.

– Lag et nytt barn!

Da Daniel fikk diagnosen, ble foreldrene med en gang anbefalt av nevrologen å lage et nytt barn, for å bote på tomrommet når Daniel forsvinner.

De vingler litt først. De kan jo risikere å få et barn til med samme diagnose. Hva da? En enkel celleprøve av morkaken vil gi svar på det.

På 17. mai tar Anita en graviditetstest. Positiv. Hun er ganske skjelven når hun drar for å ta morkakeprøven som må dyrkes i fire dager. Hun er hjemme når telefonen kommer fra Riksen. Fosteret er friskt. De slipper å ta valget. Men de vet hva de ville gjort med et annet svar, det ville blitt abort. De ville ikke hatt samvittighet til å la et nytt barn vokse opp med MLD.

Når Oline blir født 14. januar 2006, er Daniel blitt fire og et halvt. Om hun er bærer av brorens sykdom, vet ikke foreldrene. Det er Oline selv som skal avgjøre om hun vil vite om hun er bærer eller ikke. Men ikke før hun er 18 år.

Daniels søster er vilter og begynner tidlig å snakke. En gang hun

Vi er alle bærere av anlegg for genetiske sykdommer, sies det.

er syk, ser faren at hun sjangler, akkurat som Daniel gjorde. Han kjenner et stikk av uro, men det går fort over.

Oline er glad i storebroren sin. Hun klatrer på ham og steller med ham, slik hun ser foreldrene gjøre.

Et vendepunkt

Natten til 11. mars 2006 får Daniel et kraftig anfall. Han er på avlastning for tredje gang på Engløkka avlastningscenter. Det står om livet, og han blir kjørt til Rikshospitalet i ambulanse. Han har 39.8 i feber, 200 i puls og er grållilla i fjeset. Foreldrene blir spurt om han skal på respirator, for det kan bli nødvendig. De sier ja, men han overlever uten. Daniel blir på sykehuset helt til 17. mai. Da får han komme hjem, men bor så på Bråset sykehjem i seks uker. I løpet av tre måneder er Daniel døende tre ganger.

Anders og Anita bestemmer at Daniel ikke skal ha respiratorbehandling likevel. Det står i papirene at Daniel ikke skal gjenopplives. Legene tipper nå at han har fra et halvt til ett år igjen å leve. At han kommer til å bli skolegutt, er det ingen som tror. Men høsten 2007 har han sin første skoledag i dress og slips.

Daniel får egen leilighet i Øvre Gullhella aktivitetssenter, der han bor hver tredje uke. Han har eget

team som passer på ham, egen bil og egen mobiltelefon som følger den som har ansvaret for ham til enhver tid.

Når Daniel er i leiligheten, ringer Anita hver morgen og lurar på hvordan natten har gått. I desember blir det igjen dramatisk. Han blir innlagt på sykehus etter et anfall med spasmer og mørkt blod. Men han kommer seg og blir stabil igjen.

På skolen

Daniel er nå snart sju år. En dag i mars er Daniel på skolen for å være med når barna skal lage påskepynt. Han har ikke vært her siden nyttår, for han har ikke vært helt i form på grunn av jernmangel.

Daniel bor i leiligheten sin denne uken, men nå er foreldrene her for å treffe Sykepleien. Det er matpause og Daniel er i kantinen sammen med de andre barna. Høye stemmer gjaller i rommet.

Daniel ligger helt i ro i skallstolen sin. Hendene ligger knyttet på magen sammen med en påskekylling av papir og fjær. Pappa Anders stryker ham på hodet og setter seg ved siden av. Mamma Anita fingerer med håret hans og klapper ham på kinnet. Det surkler svakt når Daniel puster, ellers er han stille. De store, brune øynene er klare og alvorlige. Huden er glatt og lys, og det mørke, myke håret har en fin virvel på issen.

Henriette Lange har vært assistent for Daniel helt siden han begynte i barnehagen. Hun er ansatt i kommunen, men jobben hennes er der Daniel er, enten han er i leiligheten sin eller på skolen.

«Så fin gutt», hvisker mamma i øret hans og kysser ham. Når lyden i rommet blir ekstra høy, lukker han øynene. Han får sondeernæring via knappen på magen. Et måltid varer i tre timer. Om natten får han tilført vann, for han er plaget med nyregrus.

Demper spasmen

Det smeller i en dør og Daniel kniper igjen øynene. Henriette forteller at de andre ungene ofte tar kontakt med Daniel. De viser ham ting og spør hva han har på magen.

Plutselig skjærer han grimaser, men fortsatt uten lyd. Mor styrter til og trøster, hun vet at han har bitt seg i tungen eller leppen på grunn av spasmer. Noen ganger blør han. For å dempe spasmen, får han bakløflen, som foreldrene kaller en velsignelse. Noen får operert en pumpe under huden som doserer medisin direkte til ryggmargen, men Daniel får knuste piller intravenøst.

Daniel får åtte typer medisiner før frokost.

– Han får medisiner klokken 8, 13, 14, 16, 18, 20 og 24, ramser Anders opp.

Blant annet får han Botox mot spasmer. Han må også inhalere astma-medisiner.



Anders og Henriette diskuterer jerntilskudd. Siden Daniel har vært slapp i det siste, er det best å øke dosen, selv om jernet er hardt for magen.

Det er friminutt og Daniel får jakke på. Anita tar seg god tid med klem og kos til Daniel før vi går fra ham.

Fra dag til dag

Ti minutters biltur unna ligger leiligheten til Daniel. Hodeskaller går igjen i innredningen, som mønster i gardinene, på lampen og som figurer i hyllen. På veggen henger



I BARNEHAGEN: Daniel liker å ha barn rundt seg.

bilder av en yngre, blid og sitende Daniel i barnehagen, på tur i dyreparken og på MLD-treff.

En gang i året treffes familier med MLD-barn. Disse treffene har høy prioritet. Praktiske tips, som å bruke elektrisk tannbørste, er bare én av gevinstene.

– *Hva tenker dere om Daniels framtid?*

– Jeg skyver slike tanker fra meg. Jeg er positiv og sturer ikke, sier Anders.

– Jeg tenker mer og mer på hva som skal skje. Men lever livet fra dag til dag, sier Anita.

Hun er nøye med å si «ha det» hver eneste gang hun forlater sønnen. Det blir suss og klem bare hun skal på butikken. Hun vet at Daniels tilstand kan forverres når som helst.

– *Hvis det ikke fantes en test, ville dere tatt sjansen på å få et nytt barn da?*

Han: – *Godt spørsmål.*

Hun: – Skeptisk.

Livet er blitt utenkelig uten Daniel. Anders sier han har prøvd å forestille seg Daniel løpe rundt med andre unger på hans alder.

– Det er helt umulig. Man tilpasser seg.



Frambu

- Landsdekkende kompetansesenter for sjeldne funksjonshemninger (www.frambu.no). Statlig finansiert. Ligger i Ski kommune i Akershus.
- Møteplass for familier og fagpersoner.
- Arrangerer helseleir og kurs for brukere, familie og hjelpeapparat.
- Kartlegger, samler og systematiserer kunnskap fra praksisfeltet.
- Tilbyr lokal veiledning.

Flere med komplekse sykdommer

– Vi redder stadig flere barn med større og større komplikasjoner. Kommunene får flere utfordringer som krever samarbeid med sykehusene, sier sykepleier Kine Fonahn ved Rikshospitalet.

Fonahn er kontaktsykepleier for barn med nevrologiske lidelser på barnepoliklinikken. Rikshospitalet er Daniels lokalsykehus, og derfor har Fonahn og kollegene vært et bindeledd mellom sykehus og kommune.

– Fra en trygg base på sykehuset blir det en overgang å skulle være hjemme med ansvaret for barnet. Vi kan være en støtte når ansvaret overføres til kommunen, og vi tilbyr opplæring hvis det er behov, forteller hun.

Tøff uvisshet

Flere og flere barn lever med komplekse sykdommer i takt med den medisinske utviklingen. Mange trenger avansert utstyr for å klare hverdagen.

– Et problem er at kommuner ikke alltid har den nødvendige kompetanse. Vi kan hjelpe med å kartlegge hvilke behov som må dekkes for å få hverdagen til å fungere for familien. Foreldrene må ta et stort ansvar selv. Barna trenger ofte tilsyn 24 timer i døgnet. Det er viktig at kommunene stiller opp med tiltak som avlastar foreldrene.

Framtiden er uforutsigbar når man har et barn med en degenerativ sykdom.



ASSISTENTER: Daniel trenger tilsyn hele døgnet.

– Den uvissheten kan være tøffere enn å få en dårlig diagnose. Man vet ikke når det skjer endringer og hvilke plager som vil komme. Det er vondt å se ens eget barn gradvis bli sykere uten å kunne stoppe utviklingen. Det blir vanskelig å planlegge og å tenke framover.

Ansvaret for et kronisk sykt barn kan i perioder slite på forholdet mellom foreldrene.

– Og det er ikke alltid lett å skulle ta seg av de friske barna samtidig. Foreldre takler sykdom

forskjellig, og det kan være vanskelig å forstå den andres reaksjon. Men vi ser samtidig at foreldrene støtter hverandre.

Etiske dilemma

Med større mulighet for livsforlengende behandling, møter helsepersonellet stadig etiske dilemmaer. Hva er egentlig best for barnet og foreldrene? Når de en sjelden gang ikke finner en fornuftig løsning, tar de det opp i etisk komité.

– Vi har mange utfordringer.



Fremadskridende, nevrologiske sykdommer

Sjeldne, arvelige stoffskiftesykdommer som kan ramme hjernen allerede fra barneårene. Årsak er feil på arvestoffet. Over 500 sykdommer er beskrevet. Krever ofte omfattende medisinsk utredning. Sykdommene kan ikke helbredes. (se www.mld-norge.no og www.frambu.no)

Foreldre går på internett og finner mye informasjon. De ser muligheter, men ikke all behandling er dokumentert. Legene må stadig vurdere verdien av ulike metoder. Og foreldrene klarer ikke helt å slappe av fordi de alltid vil lure på om det fins en mulighet der ute, sier Fonahn.

Hun er ydmyk i møte med familien og imponert over hva de får til.



PÅ SKOLEN: Anders og Anita tolker Daniels signaler.

Innelåst i egen kropp

– Musklene svikter, men personligheten blir den samme, sier spesialpedagog Torill Øverby Kvan.

Kvan er Daniels kontaktperson på Frambu. Hun er kontaktperson for familier med barn som har fremadskridende sykdommer.

– Disse sykdommene kan ikke behandles, bare lindres. Men vi kan gi barna sekundær behandling, som å hjelpe dem å spise. Målet er å gjøre dagen så god som mulig, sier Kvan.

Mange av disse barna mister etter hvert talespråket.

– De er derfor avhengig av omgivelsene for å bli forstått. Å tolke kroppsspråk og mimikk bli utrolig vesentlig. De er innelåst i kroppene sine og har mye mer inni seg enn de klarer å formidle.

Det krever mye kroppslig nærhet,

og mye samarbeid. Kvan forteller om da Daniel hadde vært så lenge på sykehus og skulle flyttes over i stol etter mange uker i seng. Det krevde forberedelser.

– Pappa fortalte ham at han nå skulle ut av sengen sin og opp i stolen. Selv om Daniel ikke har ord, må vi rundt bruke språket til å kommunisere med samtidig som vi handler. Pappa sa: «Daniel, nå løfter vi deg.» Så løftet faren ham. Han sa: «Daniel, nå holder jeg deg.» Vi så på hele ham at dette var kjempespennende. Å komme ut av rommet etter så lang tid var virkelig en merkedag – vi burde heise flagg på slike dager, sier Kvan.

– Mange hadde ikke trodd han skulle komme hjem. Men Daniel er en seig fyr. Det er om å gjøre å ta en dag av gangen. Det kan vi lære av alle sammen. Man blir aldri den samme etter å ha møtt disse ungene. Det er en berikelse å jobbe med dem, mener Kvan.

Etter hvert som sykdommen utvikler seg, oppstår lammelser i alle muskelceller. Det går lenger og lenger mellom smilene. Musklene lystre ikke.

– Det hender jeg får telefon fra lykkelige foreldre: «Torill, i dag har han smilt!»

– *Hva skjer med den mentale tilstanden?*

– De har et byggesett av erfaringer og opplevelser. Personligheten deres blir der i all sin tid. Når det gjelder sorg og tap, er Daniel en meget klok gutt, og mer erfaren enn de fleste. De som er sammen med barna er ikke i tvil om at de kommuniserer med dem og det gjelder å ta vare på de gygne øyeblikkene.

Kvan er opptatt av at ingen fortjener å bli satt på vent selv om de har dødsdommen hengende over seg.

– Det er om å gjøre å leve mens man lever. Arbeidet med barn som har en fremadskridende sykdom er ikke noe man gjør alene. Her er det viktig å gjøre hverandre gode gjennom tett, tverrfaglig samarbeid.

Harstad: Knappt flertall for anke

Harstad kommune anker likestillingsombudets uttalelse om at avdelingssykepleiere og avdelings-sykepleiere skal lønnes likt. Det ble bestemt i formannskapsmøte 15. april.

Noralf Leitring (Sp) var av dem som stemte mot anke. Det ble fem stemmer for anke og fire mot.

– Arbeiderpartiet og Senterpartiet stemte mot, men de borgerlige har flertall og stemte for. Det var i tråd med KSs anbefaling, sier Leitring. Leitring mener det er vanskelig å sammenligne hva ingeniørene gjør opp mot hva sykepleierne gjør.

– Likevel er jeg enig i at arbeid av lik verdi bør lønnes likt. Prinsipielt er dette viktig for likestillingskampen. Harstad kunne vist seg som et godt eksempel og gått for lik lønn for arbeid av lik verdi i praksis, sier han.

Argumentene de borgerlige politikerne brukte under debatten, var at dersom man anker kan avgjørelsen bli mer bindende og dermed gjøre mer for likelønnskampen.

– Det blir uansett spennende å følge med på hva som skjer videre, sier Leitring.

Oppsiktsvekkende

Likestilling- og diskrimineringsombudet (Ldo) mener Harstad kommunen bryter loven når den lønner avdelingssykepleiere lavere enn avdelingsingeniører.

Fagforbundet i Harstad klaget inn saken for Ldo i 2006. De to avdelingssykepleierne fikk 355 000 kroner i lønn, mens tre avdelingsingeniørene tjente i overkant av 380 000 kroner.

Ldos uttalelse fikk hard medfart av arbeidsgivere og i avisspalter. (Se sitater)

Veien videre

Geir Helgeland er jurist i Likestilling- og diskrimineringsnemnda. Det er den som eventuelt kommer til å behandle saken dersom den kommer så langt.

– Det som skjer nå er at Harstad kommune ber Likestilling og diskrimineringsombudet (Ldo) behandle saken på nytt. Ombudet pleier da å sende saken til den andre parten i saken for å høre om den har noen kommentarer. Ombudet avgjør så om de vil trekke uttalelsen, eller la den stå, forklarer Helgeland.

Blir uttalelsen stående, sendes saken til klagenemnda hvor Helgeland sitter.

– Vi vurderer da saken og gjør et bindende vedtak i den ene eller andres favør. Partene kan eventuelt klage den videre. Neste skritt blir rettsapparatet, forklarer han. Helgeland understreker imidlertid at de ikke kan ta stilling til tariffsaker.

– Jeg vet ikke om denne saken kommer inn under den betegnelsen. Da er det i tilfelle Arbeidsretten som må inn i saken, sier han.

– Gretten

– For NSF er det en selvfølge at sykepleierens arbeid har minst like stor verdi som arbeid utført av mannsdominerte grupper med tilsvarende kompetansenivå, sier nestleder i NSF Unni Hembre.

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Normann,

reagerer kraftig på kritikken som har kommet mot Likestillings- og diskrimineringsombudets uttalelse.

– Her ser vi en liten, gretten samfunnselite som til fulle demonstrerer hvorfor likelønnsarbeidet står på stedet hvil. Mens de fleste er enige om at vi skal ha likelønn i Norge, er det påfallende hvor sterkt enkelte engasjerer seg i å snekre motforestillinger når en sak blir konkretisert, sier Normann.

En fin ting å si

Forhandlingsjef Per Kristian Sundnes i KS er overrasket over Ldos uttalelse.

– Vi har vært igjennom lignende saker i rettsapparatet mange ganger med NSF. Det som er nytt nå, slik jeg forstår det, er at markedsmekanismer ikke skal tas hensyn til, sier Sundnes. Prinsipielt mener han det er en fin ting å si.

– Men i virkelighetens verden er der et marked som påvirker lønnen, sier Sundnes, og legger til at han er for likelønn, og ikke har noe imot at sykepleiere får høyere lønn.

Dersom Ldo sin uttalelse blir stående, er han redd det kan føre til at alle tjenester som er avhengig av ingeniørkompetanse blir privatisert.

– Det er ikke nødvendigvis en god løsning, men for kommunene kan det bli eneste mulighet for å unngå å bryte loven, sier Sundnes.



To sykepleiere i Harstad kan ha gjort mer for like-lønn enn en hel kommisjon.

Marie Simonsen, Dagbladet 29.03.08

Det er urettferdig at sykepleiere får lavere lønn enn ingeniører, men det er også de fleste andre lønnsforskjeller.

Leder i Dagens Næringsliv 28.03.08

– Historisk tøvette kanskje.

Trygve Hegnar i Finansavisen 27.03.08 da NRK hadde kalt uttalelsen historisk.

Lik lønn for arbeid av lik verdi skal være en selvsagt rettighet i arbeidslivet. Men hva er «likt»? Det er her ombudet dessverre er på ville veier.

Debattinnlegg Jærbladet 31.03.08

– Denne saken skaper ingen presedens i arbeidslivet, men er likevel viktig.

Barne- og likestillingsminister Anniken Huitfeldt til ANB-NTB 27.03.08

Hvor trenger kvinner rynker?



HRT 039 © Mars 2008, Novo Nordisk Scandinavia AS/FotoScanpix

Vi kan gi svaret med en gang. Ja, det er i skjeden. Mens andre rynker har en tendens til å bli mer og mer fremtredende, blir rynkene i skjeden derimot mindre og mindre med årene. Ofte glattes de ut allerede fra 55-årsalderen.

Kvinnens underliv påvirkes da stadig sterkere av at kroppens østrogenproduksjon er minimal etter overgangsalderen. Hos mange gir dette seg utslag i tørrhet, svie og kløe i skjeden, smerter ved samleie – og utglatting av skjedens hudfolder.

Nesten hver annen kvinne over 60 år har ett eller flere slike symptomer¹. Symptomene kan behandles effektivt med Vagifem[®] vaginaltablett². Vaginaltablettene settes inn lokalt i skjeden med en engangsapplikator, enkelt og renslig³.

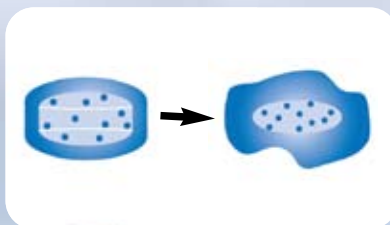
Vagifem[®] virker lokalt i underlivet, slik at østradiolnivået i blodet ikke vil overstige normalnivået for postmenopausale kvinner^{4,5}. Vagifem[®] har derfor ingen klinisk relevant effekt på andre organer^{4,5}.

Slik virker Vagifem[®] – det enkle og renslige alternativet

1. Tabletten settes inn i skjeden ved hjelp av en slank engangsapplikator



2. Tabletten fester seg på skjedeveggen, hvor den forvandles til en gele



3. Geleen avgir gradvis østradiol etter hvert som den løses helt opp



Se referanser og FK-tekst annet sted i bladet (s. 60)

Euro Sko introduserer
RYN Walking Technology
i Skandinavia



En mer aktiv gange med RYN Walking Shoes

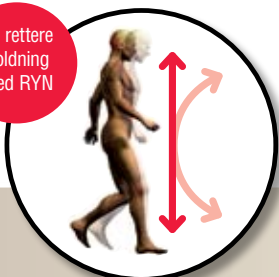
RYN – Koreas ledende skoprodusent – har over lang tid utviklet RYN-skoene. Skoene har egenskaper som kan forebygge mange fysiske plager.

Aktiviser muskler, øk forbrenningen, tren balansen!



RYN mod. 1806, damestr.

En rettere holdning med RYN



Ganglaget påvirker din fysiske form og velvære. God holdning er viktig, og måten vi går på er viktig for holdningen. Ryn-skoene gir deg en rakere holdning når du går. Både på jobb og i fritiden!

Stimulerer muskelvepumpen



RYN-skoene aktiviserer muskelvepumpen! Blod pumpes tilbake gjennom kroppen og til hjertet, og kroppens mange funksjoner reguleres. Blodet bringer oksygen og næringsstoffer ut i kroppen – og renser den samtidig for avfallsstoffer.

Såle i mange lag for best komfort.



RYN-skoene er meget komfortable! Sålene er bygget opp i flere lag med støtdempende, myke og pustende materialer. Airbag/luft i hælen. Skinn innersåle, overdel i polstret, myk tekstil – og skinn.

Introduksjonspris:

★ **1095,-**
ord. pris 1395,-

Forholdsregler:

Skoene er uegnet i bratte skråninger. Brukes ikke ved sykling eller kjøring av motorsykel. Skoene egner seg ikke for løping.

Vil du vite mer om RYN-skoene, er du velkommen til oss. Se også øvrig RYN-kolleksjon.
Forhandlerinfo: 69 24 17 00/www.eurosko.no

EURO SKO

Flere får dele ut medisiner

Både sosionomer, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsesekretærer og barnevernspedagoger skal nå få lov til dele ut medikamenter... dersom virksomhetsleder ønsker det.

1. mai i år trer den nye legemiddelhåndteringsforskriften i kraft. Tidligere sto det eksplisitt i forskriften at legemiddelutdeling skal gjøres av vernepleiere eller sykepleiere. I den nye forskriften er dette nå fjernet og erstattet med begrepet «helsepersonell».

– Nå er det virksomhetsleder som skal vurdere hvem de mener er kvalifisert til å dele ut, og administrere legemidler. Vurderingen skal gjøres individuelt, sier spesialrådgiver i fagpolitisk avdeling i NSF, Anne Marie Flovik. Det betyr at de som skal dele ut medisiner må ha en helsefagutdanning, men det står ikke noe om på hvilket nivå. Dermed kan en rekke nye yrkesgrupper nå



Anne Marie Flovik

få dele ut medisiner. – Det positive er kanskje at ufaglærte nå ikke kan dele ut medisiner, sier Flovik.

Feilkilde

Utdeling av legemidler er i dag et av områdene hvor helsepersonell ofte gjør feil. Feil legemiddel eller dose blir gitt, eller medisiner gis til feil pasient.

– *Hvorfor har departementet gjort dette?*

– Hvis jeg skal spekulere, tror jeg departementet senker kravene til kompetanse for å håndtere «pasienttrykket» som de vet kommer i årene fremover, sier Flovik. NSF har hatt en dialog med myndighetene de siste 10 årene for å rydde opp i legemiddelhåndteringsforskriftene.

– Vi har gjentatte ganger påpekt at legemiddelhåndtering ikke bare handler om å dele ut medisiner. Personell som skal gi syke mennesker medisiner må ha kunnskap om virkninger og bivirkninger. De må også kunne observere og ikke minst iverksette tiltak dersom det blir nødvendig, sier hun.

– Sikkerheten svekket

Det er virksomhetslederne som skal vurdere de ansattes formelle



IKKE FOR UFAGLÆRTE: Den som skal dele ut medisiner må ha en helsefagutdanning, ifølge den nye legemiddelhåndteringsforskriften.

og reelle kvalifikasjoner.

– I tillegg skal de delegere oppgaver når det gjelder håndtering av legemidler. Leger kan ikke lenger delegere oppgaver til annet helsepersonell, det er nå virksomhetsledernes ansvar. Dersom virksomhetsleder ikke har legemiddelkompetanse, må det tilknyttes en faglig rådgiver, sier Flovik. Den nye forskriften gjelder både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. – Virksomhetslederne i sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten må være spesielt oppmerksomme. De får et større ansvar for håndtering av legemidler, sier Flovik. Hun ber virksomhetsledere være spesielt oppmerksomme på sitt ansvar nå når ferievikarere skal på plass.

– Selv om helsepersonell fremdeles har et eget ansvar for at medisiner og utdeling gjøres på en sikker måte, er det virksomhetslederne som har ansvaret for at rutiner er på plass og at de følges, sier hun.

Det er heller ikke noe krav i

den nye forskriften om at virksomhetslederne må ha helsefaglig kompetanse.

– Slik vi ser det, er kravene til kompetanse redusert og sikkerheten rundt legemiddelhåndtering svekket, sier Flovik.

Bernt-utvalget

Flovik er spent på hva som skjer videre.

– I 2002-2003 kom Bernt-utvalget med sin innstilling om hvordan slå sammen sosialloven og kommunehelsetjenesteloven. Det kom mange reaksjoner under høringsrunden. Nå sender departementet forslaget ut på en ny høringsrunde før sommeren. Jeg har vel en liten mistanke om at legemiddelforskriften er laget slik at den passer inn i departementets høringsforslag om nytt lovverk i helse- og sosialtjenesten i kommunene. Men det gjenstår å se, sier hun.

Hele forskriften finner du hos lovdata: www.lovdata.no/tavd1/filer/sf-20080403-0320.html

Forhandleren

Denne mannen er våken om natten fordi han tenker på sykepleierne.

Sånn må det være. Ingen vår uten våkenetter når oppgaven er å jakte på kroner og andre goder for titusener av yrkesfeller.

Harald Jesnes er forhandlings-sjef i Norsk Sykepleierforbund (NSF). 7. april gikk startskuddet for lønnsoppgjøret i offentlig sektor, og det ble halv våkenatt. Neste morgen sitter han på sitt kontor med åpen dør.

– Intervju? Det blir ikke i dag, sier han surt.

Og legger til: – Jeg må spørre sjefen.

Samme kveld er han på tråden. – Jeg stiller, jeg! klukker han.

– Lisbeth sa jeg måtte. Men jeg liker det ikke, altså.

Det er forbundslederen som har beordret ham.

Mandagen etter svirrer det av jurister og rådgivere i sjettede etasje i Sykepleiernes hus i Oslo sentrum. Forhandlingsavdelingen er ferdig med sitt ukentlige avdelingsmøte. Der kommer Jesnes, som straks blir huket av en av advokatene.

– Må ha en avklaring her, sier advokaten og vifter med et papir. Det får han.

Jesnes går på kontoret. En seniorrådgiver kommer hakk i hæl. Hun vil snakke om fristen for en høringssak om bedriftssykepleiere. De blir enige.

– Prøver å få på plass uken, forklarer Jesnes.

– *Høringssaker tar mye tid?*

– Ikke tvil om det. Særlig pensjon. 7. mai er det særaldersgrenser. Folketrygden litt senere. Bedriftshelsetjenesten i juni. Og så er det den om vandelsattest for arbeid med mindreårige.

Under vinduene står en sofa med en solid hodepute oppi – parat for en sliten forhandler.

– Min jobb er å bistå med tydelighet og klarhet. Jeg har ikke detaljkompetansen, men mange dyktige medarbeidere.

Han teller: 18 årsverk, 19 ansatte, inkludert ham selv.

På skrivebordet ligger dagens Dagens Næringsliv ved siden av en kaffekopp. Overskriften er: «Kvinner vil tape på afp».

Jesnes savner noen papirer og romsterer i bunkene.

– *Hva er det om?*

– En sak som ikke skal omtales. Hum-hum.

Jesnes er hemmelighetsfull, mens han fortsetter å lete.

– Der fant jeg dem.

– *Få se, da?*

– Tror ikke du skal skrive om dette.

Han tygger litt på neste replikk før han har den:

– Synes ikke personalsaker som krever juridisk bistand skal på trykk, nei.

– *Du liker å pirre litt?*

Han omgår spørsmålet:

– En del saker hører ikke hjemme i pressen. Denne dreier seg om

en personlig tragedie. Men klart det er en utfordring med Sykepleien. Vi vil ikke utlevere våre strategier, samtidig som vi skal være åpne.

– Kan du ringe? Det gjelder krav.

Jesnes snakker til en telefonsvarer. Telefonen ringer like etter, men samtalen blir straks brutt.

– Hmmm. Hva skjer?

Jesnes fikler med sin hypermoderne telefon som ikke alltid lystrer sin herre.

Det ringer igjen. Nå går det bedre. Kravene gjelder sosiale bestemmelser.

– Du, det møtet i morra, skal vi si klokka 12? sier han og reiser seg.

Med telefonen til øret småløper han bortover gangen mens han roper:

– Kari, Kari ...

Kari Tangen, som er assisterende forhandlingssjef, sier hun sitter i telefonen, men Jesnes lar seg ikke avvise.

– Kan du klokka 12 i morra?

hoier Jesnes.

Tilbake på eget kontor, fortsatt med telefonen til øret, bankes avtalen klokken halv ni morgenen etter.

– Hvor mye bryr du deg om lærere og politi?

Han ser opp i taket. For sju år siden slo sykepleierne seg sammen med de to andre yrkesgruppene i

Navn: Harald Jesnes

Alder: 54 år

Hvorfor: Fordi han som forhandlingssjef i Norsk Sykepleierforbund spiller en viktig rolle for resultatene i sykepleiernes lønnsoppgjør.

en felles hovedorganisasjon, som nå heter Unio. Interne makt-kamper er sannsynlige, men ikke offentlige.

– Jeg er opptatt av fellesskapet. Unio er et virkemiddel for at sykepleierne skal nå sine mål. Ventet du at jeg skulle si noe mer?

Han humrer.

– Klart at det er en utfordring når det gjelder lærere og sykepleiere og avlønning. Men det er viktigere å se etter mulighetene enn problemene. Det er ikke sånn at lærerne har ekstremt god lønn. Det handler om å utnytte potensialet med sterke profesjoner som står sammen.

– *Klarer du å glede deg over lærerne hvis de gjør det bedre enn sykepleierne i lønnsoppgjøret?*

– Vil de gjøre det, da? Min jobb er å tilrettelegge for forbundsledelsen. Det er forhandlingssjefens rolle å skaffe best mulig beslutningsgrunnlag. De får beslutte om det er godt nok.

– *Skulle du ønske du var politiker?*

Han lener seg godt tilbake på kontorstolen, hodet skakker mot venstre.

– Byråkratiet er til for å serve politikerne. Det er jeg meget fornøyd med.

Fotografen dukker opp og tar Jesnes med bort i vinduslyset.

– Jeg bruker det venstre, opplyser fotoobjektet.





Han snakker om øyet sitt. Det høyre har han mindre kontroll på.

– Greit i forhandlinger, sier han muntert om skjelingen.

Fotografen instruerer: – Hvis du løfter ...

– Dobbelthaken, sier Jesnes.

Han er overraskende medgjørlig. Det er ikke alltid sånn når journalistene kommer. Jesnes er enig. Han forklarer til fotografen:

– Du vet, forhandlingssjef og journalister. Den kombinasjonen ...

Han lar poenget henge i luften.

To timer senere har Jesnes kastet jakken. Det har også spesialrådgiver Johs Bruvik. I henholdsvis hvit og lyseblå skjorte studerer de tabeller. Døren er fortsatt åpen.

– Bare kom, sier Jesnes.

Om tre kvarter er det møte med politisk ledelse. I ettermiddag er det møte i Unio om pengekrav. Bruvik er kommuneeksperten.

– To komma null, sier de.

– Tre komma sju ... grunnlønn ... vi kan legge en lavere D ... eller differensiere kronetilleggene ...

De gransker kolonnene i mange farger. Så kikker de på enda flere tall på pc-en.

Bruvik sier: – Vi kan dandere det meste. Men vi er vel ikke der ennå.

Jesnes: – Jeg må vente til Lisbeth har kommet.

Nå drar de fram kalkulatoren og Bruvik medgir at han ikke har regnet med to desimaler.

Jesnes: – Ok. Men greit å vite om det blir 1, 24 eller 1,26. Det høres lite ut, men totalt blir det veldig mye.

Bruvik går, telefonen ringer. Det er en av advokatene i avdelingen, og Jesnes er i godlune:

– Det er egentlig frist i morgen, men det skal ikke du bry deg om.

Han lener seg bakover og avslutter med «flott!»

– Kommer presset ovenfra i konflikt med personalansvaret i avdelingen?

– Vi er et sekretariat i en po-

litisk organisasjon. I perioder er arbeidspresset stort. Vi kan utrede mye i dag som ikke betyr noe i morgen.

– Det går rett i papirkurven?

– Det skjer jevnlig. De som liker å vite at i dag skal jeg jobbe med den og den arbeidsoppgaven, er på feil hylle her.

Men staben har lang fartstid og tung kompetanse. Flertallet er jurister og sykepleiere.

– Jeg prøver å ivareta dem. De synes nok jeg skulle vært mer til stede for dem.

Nå har uansett tariffoppgjøret prioritet én.

– Hjelper det deg i jobben at din kone er sykepleier?

– Nei.

Detaljer om jobben er ikke tema for ekteparet. Men Eva Jesnes, nå psykiatrisk sykepleier, influerte hans yrkesvalg. Da hun for over 30 år siden hadde praksis i akuttpsykiatrien, falt hun for pleiemedhjelper Harald. Han ble inspirert, vraket ideen om å bli sosionom og gjorde heller som henne. Det måtte bli psykiatri, tenkte han, men endret mening da han hadde praksis på hjerteovervåkingen på Sentralsykehuset i Akershus. Fra 1982 til 1988 jobbet han der. Han var også hovedtillitsvalgt.

I nesten tjue år har han jobbet i NSF's forhandlingsavdeling, de siste ni som sjef.

– Noe som har gjort spesielt inntrykk i disse årene?

– Sykehusreformen og streiken i 43 dager. Det var en voldsom belastning. Men ikke tvil om at den konflikten betyr mye for hvordan avtaleverket ser ut i dag.

Jeg er imponert over hvordan sykepleierne kan stå sammen. Sier ledelsen «go», er det «go».

– Har du slike bilder i hodet nå?

– Streik er i utgangspunktet et nederlag. Nei, jeg har ikke streik i hodet. Jeg er ute etter løsninger.

Han flirer skrått.

– Det er viktig å ha is i magen. Jeg tror det blir langt oppgjør, og

krevene både for de ute og oss. De tillitsvalgte har et stort ansvar.

– Nattevåk?

– Ikke før den 24. april.

Det hender han ikke er hjemme på en uke når det er lønnsoppgjør. Men Eva maser ikke. Tenker han har nok pes fra før. Kommer han hjemom, stryker hun gjerne skjortene hans.

– Har du noen gang vært uenig med politikerne?

– Det er ikke min jobb å være uenig. Når beslutningen er tatt, da er den fattet.

– Inni deg da?

– Det ville jeg ikke sagt til deg. Men takhøyden er god hos ledelsen, jeg kan si min mening. Og lager man saksgrunnlag i NSF, så har man innflytelse. Det er jo landets fjerde største organisasjon.

En av motpartene heter Spekter.

– For et navn. Det kan minne om mangt.

– Hva da?

– Tv-serier og agenter, kanskje.

Han feiger ut: – Nei, de får hete hva de vil. Navnet skjemper ingen, sier han og bedyrer at det turbulente forholdet mellom NSF og Navo – nå Spekter – har myknet.

Hans beste forhandlingstriks er å være ærlig.

– Ikke prøv å lure noen. Du lurer folk bare en gang.

At forhandlinger er et mystisk teknikkspill, er en myte. Det beste er å argumentere godt.

– Å forberede seg grundig er mye viktigere enn mange tror. Forberedelsene til tariffoppgjørene i NSF starter ett år før.

– Har du vært flink til å forhandle egen lønn?

– Ingen kommentar.

Han føyer til:

– Det er lettere å forhandle for andre enn seg selv.

– Hvor mye bør sykepleierne tjene?

– De tjener 100 000 mindre enn andre med samme kompetanse.

Det bør utliknes.

– Er du bevisst hvordan du virker på folk?

– Jeg er jo opptatt av hvordan jeg presenterer meg.

– Du har godt humør, men ikke alltid?

– Jeg kan være bestemt og sta.

– Og spydig?

– Jeg liker å bruke humor. Men ikke å trække på folk.

Han lander på at det beste i hans rolle er å være bestemt og romslig på samme tid.

– Mange vil mene at du har en kjedeligere jobb enn sykepleierne med pasientkontakt?

– Jeg driver veldig mye med samhandling mellom mennesker. Som leder skal jeg få folk til å fungere sammen. Det er ingen teknisk sak, det.

– Noe du vil si til landets sykepleiere?

– Nei, det kan forbundslederen si. Det er viktig med rolledeling.

Når oppgjøret er i havn, får fruene betalt tilbake. Når han slapper av med kokkelering på kjøkkenet, kan det hende hun tar en joggetur. Til høsten skal hun for andre gang løpe maraton i New York. Det er på ingen måte aktuelt for mannen. Han liker best å se på.

– Noen er lagd for komfort, andre for fart, mener han.

4 viktige ting å huske om Loette

- Lavdosert p-pille med 20mcg etinyløstradiol¹
- Gir ingen vektøkning²
- 35% reduksjon av acne-lesjoner med Loette¹
- Og selvfølgelig...





Navn: Bente Øien Hauge

Verv: Koordinator i Folkebevegelsen for lokalsykehusene, samt leder av den lokale aksjonen «Forsvar Lærdal sjukehus»

Ellers: Født to barn på fødeavdeling og har erfaring fra helsevesenet som pasient

– Fødestueforkjemperne har blitt budsjettknivenes allierte.

Bente Øien Hauge

Strides om mi for fødeavdeli

– Yess, tenkte Bente Øien Hauge da det ble klart at Nasjonalt råd for fødselsomsorg gikk av i protest i høst. – Synd, tenkte Reidun Karlsen. Nå kommer snart et nytt råd.

Skjønt protest og protest, fru Blom. Rådet som professor Pål Øian ledet, hang allerede i en tynn tråd. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hadde i et problemnotat foreslått å legge det ned og erstatte det med et råd som skulle være arena for dialog mellom brukere, representanter for tjenestene og helseforvaltningen. Øians råd var av faglig karakter, men med et politisk mandat: Det skulle bistå de regionale helseforetak i omstillingsprosessen med å gjøre flere av landets små fødeavdelinger om til jordmorstyrte fødestuer. Fødestuene kan ikke tilby keisersnitt, gi blodoverføring eller epidural. De fleste, men ikke alle, kan bruke CTG-apparat, vakuumpompe og tang.

Det hjalp neppe på det gamle rådets popularitet at NRK-programmet Puls sommeren 2007 avslørte at Sonjatun fødestue hadde unnlatt å melde om flere alvorlige svikt til Helsetilsynet, i perioden 2001–2005. Og tilsynslegen fra 2003 med ansvar for å melde om slike svikt var Pål Øian.

Det toppet seg med problemene i Lærdal, hvor rådet følte at HOD ikke støttet vedtaket om å gjøre fødeavdelingen om til vanlig fødestue. I dag drives den som såkalt «forsterket fødestue» med gynekologer i bakvakt, med mulighet for nødkeisersnitt.

Grensen for å kalles fødeavdeling er over 400 fødsler i året. Mye av stridens kjerne i denne saken handler om hvor absolutt dette tallet skal tolkes.

Bente Øien Hauge som slåss for lokalsykehusene synes det er tullede at det eneste kriteriet for å kalles fødeavdeling er dette tallet, og at det gamle rådet ikke godtok noe slingsringsmonn.

– Kriteriene bør heller gå på den reelle lokale kompetansen, avstand til andre sykehus, geografi og lignende, sier Hauge.

Jordmor **Reidun Karlsen** er ikke imot å ta slike hensyn, men er likevel enig med det gamle rådet her. – Et sted må grensen gå, og jeg synes den grensen som er satt lyder fornuftig. Man kan ikke forvente å få spesialister på alle fødestuer. Dessuten skal de ha noe å gjøre, det skal være økonomisk forsvarlig og det skal være faglig kontinuitet, sier hun.

Fødeenheten i Lofoten hvor Karlsen arbeider, har hatt et godt samarbeid med det gamle rådet og har blitt fremholdt som gulleksempel på at jordmorstyrte enheter kan ta rundt 70 prosent av de fødende.

– Dette tallet gjaldt i prosjektperioden. Helsetilsynet har i en rapport fra 2003 bemerket at det ble

nstemål nger

mindre så fort prosjektperioden var over, påpeker Hauge.

Mosjøen fikk fødestue for et par år siden. Der tar de ikke førstegangs fødende.

– Dermed tar Mosjøen kun 30 prosent av de fødende. Det samme tallet gjelder for Lærdal, sier Hauge.

Men når vi sjekker Lofoten-tallene for 2007 med jordmor Karlsen, ser gamle glansdager ut til å være tilbake: Enheten hadde 154 av totalt 206 fødsler i området i fjor. 52 ble sendt til Bodø, altså tok de imot rundt 75 prosent. På grunn av geografien (langt uti havgapet og minst fire timer til nærmeste sykehus) er enheten en forsterket fødestue. En kirurg og en gynekolog veksler på å være bakvakt. Det eneste fødekvinnene der ikke får, er epidural.

– Det beste med modellen er at vi får kontinuitet i tjenesten. Vi reiser ut og gjør svangerskapskontroller og kvinnene er vårt ansvar hele veien. Dessuten er det vår eksistens som gjør at akuttberedskapen består, sier Karlsen.

Hauge ser ironien i det:

– Uten å ville det har fødestuefor- kjemperne blitt budsjettknivenes allierte. Når de små fødeavdelingene blir gjort om til fødestuer, kan de ta vekk spesialiststillingene og spare penger, sier hun.

Karlsen medgir at fødeenheten i Lofoten har kunnet lempe litt på strenge seleksjonskrav fordi den er forsterket og har vært et pilotprosjekt:

– Vi har til og med hatt noen planlagte keisersnitt.

– Et sted må grensen gå.

Reidun Karlsen

Hauge mener en del jordmødre ikke skjønner fødestuemodellens begrensninger.

– I Lærdal skrøt en fødestuefor- kjemper av at de hadde tatt imot tvillinger, som om det liksom skal bevises hvor trygt det er å føde der. Tvillingfødselen kunne på grunn av dårlig vær ikke sendes til sykehuset med fødeavdeling som den skulle – det er jo egentlig et bevis på hvor skjør denne modellen er, sier hun.

Hauge frykter at med en streng tolkning av 400-grensen vil det skje mange flere fødsler i busslommer fremover.

Et nytt Nasjonalt råd for fødselsomsorg kommer i disse dager. Lederen er professor Tore Henriksen ved Rikshospitalet. Hva det nye mandatet skal være, er ennå usikkert.

– Jeg er glad for at brukerne og kommunehelsetjenesten skal med i det nye rådet. Dessuten forventer jeg at rådet bygger på faktisk kunnskap og ikke ideologi, sier Hauge og utdyper den ideologien hun mener det forrige rådet hadde: – Det tviholder på påstanden om at man kan forhåndsselektere for komplikasjoner ved fødsler selv om det faktisk ikke er vitenskapelig dokumentert.

– Selv om det ikke har vært faglig konsensus på å selektere, er det vårt viktigste verktøy på en fødestue og en kontinuerlig prosess fra graviditet til barnet er ute, repliserer Karlsen.



Navn: Reidun Karlsen
Stilling: Jordmor ved Nordlandssykehusets jordmorstyrte fødeenhet i Lofoten
Ellers: Født tre barn på jordmorstyrt fødestue

Sykepleierkongressen nærmer seg

Vil du oppleve både en Florence Nightingale-prisvinner fra Sverige og en adlet sykepleier fra Wales? Da kan du ta turen til Trondheim og høstens sykepleierkongress.

30. april går fristen ut for å sende postere, og 20. mai er fristen for å melde seg på sykepleierkongressen som er lagt til Trondheim den 17.–19. september. Den NSF-arrangerte kongressen har blitt en tradisjon hvert tredje år, og i år går den av stabelen for åttende gang. Nytt av året er at du ikke er nødt til å sette av tre hele dager, du kan velge å delta bare en eller to av dagene.

To store talere

Seniorrådgiver i NSF's fagpolitiske avdeling, Kirsten Aunaas, jobber med kongressen. Hun er spesielt stolt over at avdelingen har klart å kapre den svenske presidenten i Läkare Utan Gränser, Anneli Eriksson, til et av åpningsforedragene.

– Hun har fått International Council of Nurses sin pris «Florence Nightingale Award» for sitt arbeid, og skal snakke om sykepleie og internasjonalt hjel-

pearbeid i et globalt perspektiv, forteller Aunaas.

Blant stedene Eriksson har jobbet som sykepleier, er Moder Theresas klinikk i Calcutta, Tsjetsjenia, Øst-Timor, Burundi, Sierra Leone og Niger.

En annen foredragsholder Aunaas trekker fram er Dame June Clark, som ble adlet i 1995 for sitt arbeid med sykepleie. Hun er professor emeritus i sykepleie ved Swansea universitet i Wales i Storbritannia. De senere år har hun vært ansvarlig utvikler av et forskningsprogram for sykepleie i kommunehelsetjenesten. Clark har spesiell interesse for dokumentasjon og terminologi som skal beskrive sykepleierpraksis. I Trondheim skal hun foredra om «Continuity of Care».

Tre temaer

Konferansen skal handle om «livskraftig kompetanse». Det veksles mellom plenumsfore-

drag og parallelle sesjoner som bygges rundt tre temaer:

- Pasientmedvirkning.
- Kontinuitet og samhandling.
- Kunnskapsbasert praksis.

På det foreløpige programmet har foredragene pirrende titler som «Funky sykehjem» og «Alternativ til tvang». Parallellsesjonene kan bli vanskelig å velge blant, siden temaene virker overlappende. På dag to skal fire av sesjonene handle om henholdsvis den medvirkende, den erfarne, den autonome og den informerte pasient.

Konferansen er meritterende for sykepleiere som videreutdanner seg til klinisk spesialist. I 2005 fikk 62 prosent av deltakerne konferansen dekket av arbeidsgiver. Holder ikke det som argument for din arbeidsgiver, kan du søke diverse stipendordninger. I år har NSF avsatt en ekstra pott på 500 000 kroner som medlemmer kan søke om.



Anneli Eriksson er svensk president i Läkare Utan Gränser, har mottatt Florence Nightingale Award og kommer til sykepleierkongressen i Trondheim. Foto: Läkare Utan Gränser

**Behandling / forebygging av
ligge- og trykksår**

Wima-labben
Avlaster områder som er utsatt for
ligge- og trykksår
Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil
og varmeisolerende



Wima® produkter

Les mer om Wima-labben på vår nettside:
www.wima.no

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

Alkoholens positive virkninger

Sykepleiere i Lillehammer kommune kan takke alkoholkonsumerende hedmarkinger fra 1920-tallet for at de i dag kan få støtte til etterutdanning. Hvert år utbetales 90 prosent av rentene fra Lillehammer øl- og vinsamlags sykepleiefond som ble opprettet i 1922. I fjor ble 100 000 kroner fordelt på 24 sykepleiere. – Fondet består rett og slett av overskuddet fra alle øl- og brennevinsutvalg på Lillehammer den gangen. Jeg tipper det var et forsøk på å bøte på skadene som alkoholens virkninger kunne ha, sier Grim Syverud i Lillehammer kommune.

Søknadsfristen var i år satt til 1. april, og det var ingen aprilspøk.

Daihatsu Terios

Leveres med: firehjulstrekk, automatgir, ABS bremses, VSC antiskrenssystem, 8 kollisjonsputer, høydejusterbart ratt, RDS radio m/ CD, elektronisk bremsekraftforsterker, differensialspær, servostyring, og alt annet som garanterer en komfortabel kjøreopplevelse.

Nå fra kr **244.900,-***
Gjelder et begrenset antall biler.



**4WD ER
FREMDELES
INKLUDERT
I PRISEN!**

**Spar kr
15.000,-**

Daihatsu Sirion

Leveres med: ABS bremses, 6 kollisjonsputer, aircondition, RDS radio m/CD, elektronisk bremsekraftforsterker og servostyring. Sirion er den eneste i småbilklassen som kan leveres både med firehjulstrekk og automatgir.

Nå fra kr **174.900,-***
Gjelder et begrenset antall biler.



**Spar kr
10.000,-**

Utstyrsdetaljer kan avvike fra bildene

Vi har kuttet prisene på Sirion og Terios



DAIHATSU
INNOVATION FOR TOMORROW

*Leveret Drammen bilhavn. Årsavgift, samt leveringskostninger tilkommer. Gj.snittlig forbruk ved blandet kjøring: Sirion: 6,3-6,8 l/100 km. Terios: fra 7,9 - 8,5 l/100 km. Utslipp: Sirion: 148-159 g/km CO₂ Terios: 185-201 g/km CO₂. Importør: Nordisk bilimport AS i Berfel O. Steen-konsernet.

www.daihatsu.no

Tsunamiens ett

Jordskjelvet som rammet Sørøst-Asia 26. desember 2004 målte ni på Richters skala og er det fjerde største jordskjelvet som er registrert:

- Den påfølgende tsunamien tok livet av rundt en kvart million mennesker, 84 av disse var nordmenn
- Cirka 125 000 ble skadet. Cirka 1,8 millioner mennesker ble hjemløse
- 1 300 nordmenn deltok i hjelpearbeidet
- En vesentlig andel av hjelpearbeiderne var sykepleiere



erdønninger

Hundreogelleve hjelpearbeidere
forteller om livet etterpå. ▶▶





Av **Anne Lie Andreassen**,
Prosjektmedarbeider/
psykiatrisk sykepleier



Siri Thoresen,
Prosjektleder/forsker II,
begge Nasjonalt kunnskapssenter om vold og
traumatisk stress

Hjelpearbeid ga mening

Majoriteten av de som deltok i katastrofeinnsatsen etter tsunamien i Sørøst-Asia opplevde arbeidet som en verdifull erfaring personlig og profesjonelt.

En kombinasjon av ønsket om å hjelpe og faglig interesse var viktige motivasjonsfaktorer.

Sykepleiere utgjør en viktig og betydelig andel av de som rekrutteres til oppdrag i internasjonalt katastrofearbeid. Denne undersøkelsen viser at de som deltok på vegne av humanitære organisasjoner etter tsunamikatastrofen var en godt trent og erfaren gruppe. De hadde mange sterke opplevelser og utstrakt kontakt med rammede. Samtidig mener de aller fleste at oppdraget var meningsfylt og vellykket.

Norske hjelpearbeidere

Andre juledag 2004 ble store deler av Sørøst Asia rammet av tsunamikatastrofen, som førte til at mer enn to hundre tusen mennesker omkom. De aller fleste som døde var lokale innbyggere, men over 2400 turister mistet livet, blant disse 84 nordmenn. Norske myndigheter mobiliserte store ressurser til hjelpearbeidet etter tsunamien. Mange ulike virksomheter bidro, i tillegg til humanitære organisasjoner, både i katastrofeområdene og hjemme i Norge, blant annet politiet, helsepersonell, journalister, militært personell, og kirkelige ansatte. Totalt deltok flere enn 1300 personer, en vesentlig andel av disse var sykepleiere.

I denne artikkelen vil vi beskrive erfaringene til de som deltok i de norske humanitære organisasjoners innsats etter Tsunamikatastrofen. Opplevde deltakerne sterke belastninger, var de fornøyd med innsatsen, og fikk de god støtte underveis og etterpå? Resultatene vi her presenterer er basert på en spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle som deltok i hjelpearbeidet. I tillegg til å fokusere på faktorer som er kjent fra tidligere forskning tar vi også opp et par temaer som ikke tidligere har vært undersøkt i en slik sammenheng: Det å måtte avvise mennesker i nød, det å bli utsatt for ofres aggresjon, og det å forlate de rammede.

Sterke inntrykk

Hva opplever de som deltar i katastrofearbeid – og hvilken betydning har innsatsen for deres egen helse og velvære? Personell som deltar i katastrofearbeid sitter ofte igjen med sterke inntrykk etter å ha vært vitne til døde eller alvorlig skadde mennesker, løse revne legemsdeler, barn og voksne som er skilt fra eller leter etter sine kjære, og andre sanseinntrykk (hørsel, lukt, berøring). Mange må forholde seg direkte til katastrofeofre, deres slektninger og

pårørende, og kan bli berørt av deres fortvilelse. Noen kan også selv komme opp i farlige situasjoner. Tidligere forskning viser at eksponering for slike faktorer innebærer økt risiko for posttraumatiske stressreaksjoner (1,2,3,4). Samtidig viser andre undersøkelser at det å delta i katastrofeinnsats kan være en svært positiv opplevelse (5), og at det å oppleve oppdraget som meningsfylt og vellykket kan beskytte mot senere negative reaksjoner (6). Også sosial støtte, både under og etter oppdrag, har sannsynligvis beskyttende effekt (7,8). Man har antatt at trening og erfaring virker beskyttende, men dette er ikke overbevisende dokumentert (9).

Metode

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fikk i oppdrag av Sosial- og Helsedirektoratet å undersøke hvilke konsekvenser hjelpearbeidet etter tsunamikatastrofen har hatt for norsk hjelpepersonell. Fokuset for studien var å kartlegge hvilke betingelser som hadde sammenheng med god mestring av innsatsen. NKVTS gjennomførte en stor spørreundersøkelse av det norske personellet som ble mobilisert. Vi kontaktet

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
tsunamikatastrofen
katastrofearbeid
posttraumatiske stressrelasjoner
katastrofeinnsatsen



Flomkatastrofen i Sør-Øst Asia. Khao Lak, nord for Phuket er populært blant Skandinaviske turister og tusener døde da flodbølgen kom. Hjelpearbeidere forsøker så godt de kan å samle og identifisere likene. Foto: Fredrik Naumann/Samfoto

først arbeidsgiverne, som godkjente undersøkelsen og leverte lister over personell. Deretter ble det utført pilotintervjuer med nøkkelpersonell i den hensikt å sikre relevant informasjon om oppdragets art og utfordringer. Spørreskjema ble sendt ut per post og i web-utgave 9–10 måneder etter tsunamien. Studien var godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Deltagerne

Målgruppen for undersøkelsen var: humanitære organisasjoner, Politiet, journalister, ansatte i Utenriksdepartementet, Forsvaret, Den Norske kirke, helseteam fra de ulike helseforetak, og reiseselskap. Undersøkelsen inkluderte

både personer som ble sendt ned til et av katastrofeområdene, og personer som jobbet med katastrofeinnsatsen hjemme i Norge. Totalt 635 personer besvarte undersøkelsen. I denne artikkelen presenteres resultater bare for personell fra de seks humanitære organisasjonene som deltok, og bare for den gruppen som ble sendt ned til et av de katastroferammede områdene.

Vi identifiserte i alt 189 personer som ble sendt ned til Thailand, Sri Lanka og Indonesia etter katastrofen. I alt 123 personer besvarte undersøkelsen (svarprosent = 65 prosent). Av disse 123 var det 12 personer som befant seg i et av de katastroferammede områdene da tsunamien inntraff. Disse 12 var eksponert for andre typer farer og

utfordringer enn den store gruppen som ble sendt ned på et oppdrag, og er derfor ikke inkludert i analysene i denne artikkelen. Til sammen omtaler derfor denne artikkelen en gruppe på 111 personer. Disse 111 personene representerte 64 fra Røde Kors, 19 fra Flyktninghjelpen, ni fra Kirkens Nødhjelp, sju fra Forut, seks fra Redd Barna og seks fra Leger uten grenser (heretter omtalt som Humorg).

Mål

Fra det omfattende spørreskjemaet beskrives her bare de målinger som rapporteres i denne artikkelen.

- Demografiske variabler inkluderte kjønn, alder, sivilstand og utdanning.
- Eksponering for sterke opplevel-

ser: Groteske inntrykk, farlige opplevelser og kontakt med rammede (inkludert spørsmål om man måtte avvise noen som trengte hjelp, og om man ble utsatt for utskjelling/trakassering under katastrofearbeidet). Deltakerne ble først spurt om de hadde opplevd en rekke hendelser, deretter ble de bedt om å vurdere i hvilken grad dette var belastende for dem.

- Trening og erfaring.
- Støttetiltakene under og etter oppdraget: Hvilke tiltak organisasjonene gjennomførte og den subjektive opplevelsen av disse tiltakene i tillegg til opplevd støtte fra leder og kollegaer.
- Sosial støtte etter endt oppdrag: Crisis Support Scale (CSS).
- Etter hjemkomst: Opplevelsen av

- å komme hjem til familie og arbeid.
- **Motivasjon:** Deltakerne ble bedt om å oppgi viktigste årsaken til at de deltok i katastrofearbeidet.
 - **Egen vurdering av innsatsen:** Deltakerne ble bedt om å vurdere hvorvidt oppdraget var meningsfullt og vellykket.

Nærmere beskrivelse av variablene finnes i rapporten Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til tsunamikatastrofen (11).

Erfarne folk

Det var flere menn (60 prosent) enn kvinner (40 prosent) som deltok i katastrofearbeidet. Det var en voksen gruppe: Gjennomsnittsalderen var 47 år. Majoriteten (66 prosent) var gift eller samboer, og hadde barn (64 prosent).

Undersøkelsen viste at de som deltok i dette arbeidet var svært erfarne og godt trente. Nesten alle (95 prosent) hadde tidligere relevant yrkeserfaring, og majoriteten hadde tidligere trent på arbeidsoppgaver som lignet (81 prosent) og hadde tidligere deltatt i katastrofeøvelser (68 prosent). De fleste hadde lang yrkeserfaring (gjennomsnittlig ti år).

En katastrofe som tsunamikatastrofen kommer uventet, hjelpen haster, og dimensjonene er større enn de fleste tidligere har opplevd. Dette krever mye av evnen til å forberede personellet på oppdraget. Likevel svarte mer enn halvparten (59 prosent) at de ble nokså godt eller svært godt forberedt på de arbeidsoppgaver de ble stilt ovenfor.

Det var en del variasjon mellom organisasjonene når det gjaldt antall års yrkeserfaring: Røde Kors hadde personell med lengst erfaring (gjennomsnittlig 14 år), de andre noe mindre (Redd Barna og Flykteninghjelpen: sju år, og Forut, Leger uten grenser og Kirkens Nødhjelp: fire år).

Motivasjon for oppdraget

Hva er de viktigste årsakene til at folk er villige til å delta på denne type oppdrag? I denne undersøkelsen ble informantene bedt om å si seg enig eller uenig i tolv spørsmål om hvorfor de deltok i katastrofearbeidet. De hyppigst oppgitte årsakene til å delta var: Et ønske om å hjelpe andre mennesker (98 prosent), et ønske om å være til nytte (90 prosent), og profesjonell interesse (83 prosent). Faktorer som var lite viktig for denne gruppen var økonomi, plikt, sensasjons-søking, eller behov for arbeid.

Arbeidsoppgaver

For de fleste besto ikke arbeidet etter tsunamikatastrofen av klart avgrensede, men av en rekke ulike oppgaver som skulle løses. De arbeidsoppgavene som flest rapporterte var: Hjelp og støtte til

seg fast i hukommelsen» på en måte som er vanskelig å glemme. I denne undersøkelsen rapporterte mange om groteske opplevelser og inntrykk. De hyppigste var:

- Materielle ødeleggelse (99 prosent)
- Fortvilte lokale innbyggere (94 prosent)
- Påtrengende lukter og/eller andre sterke sanseintrykk (74 prosent)
- Forlatte barn (68 prosent)
- Overlevende med store skader (61 prosent)
- Omkomne enkeltpersoner (48 prosent)
- Mennesker som lette etter sine nærmeste (39 prosent)
- Døde barn (22 prosent).

Dette viser at personellet som arbeidet for humanitære organi-

- Politiske eller militære uroligheter (87 prosent)
- Jordskjelv (75 prosent)
- Fare/uro for giftige slanger, mørket, brann eller lignende (58 prosent)
- Fare/uro for å selv bli syk eller skadet (42 prosent)
- Fare for kriminelle handlinger (42 prosent).

De fleste som deltok i dette oppdraget var stasjonert i Indonesia og på Sri Lanka. Dette er områder som også før tsunamien var preget av politiske og/eller militære konflikter. Det er ofte politisk ustabile og fattige land som blir hardest rammet i katastrofer. Som vist over, opplevde majoriteten uroligheter eller faremomenter som de også måtte forholde seg til. Vi vet imidlertid ikke hvor akutt og overveldende disse faremomentene ble opplevd som. Den gruppen vi skriver om her var jo ikke eksponert for selve bølgen. Imidlertid kan uroligheter og fare komme som et tilleggsstress som bidrar til å redusere mestringskapasiteten.

Kontakt med rammede

Det er ofte en følelsesmessig sterk opplevelse å ha direkte kontakt med mennesker som har blitt rammet av katastrofer. Vi berøres av slike møter fordi vi setter oss inn i den rammedes situasjon, og til en viss grad kan identifisere oss med de sterke følelsene.

I bistandsarbeid inngår ofte et nært samarbeid med lokalt ansatte. Det gjaldt også i arbeidet etter Tsunamikatastrofen, hvor mange av de lokalt ansatte også var direkte rammet av katastrofen. Nesten alle hadde kontakt med rammede mennesker – både lokale og turister. De snakket direkte med (98 prosent), og samarbeidet direkte med (91 prosent) mennesker som hadde mistet noen av sine kjære.

Den nære kontakten med katastroferammede kan føre til at man blir personlig engasjert og følelsesmessig knyttet til ofrene.

rammede (78 prosent), transport/forsyning/vann/hus (64 prosent), planlegging/ledelse (62 prosent), medisinsk behandling (51 prosent), direkte kontakt med rammede (42 prosent), og ansvar for rammede barn (35 prosent). Andre oppgaver som ble nevnt var: Kontakt med pårørende, informasjonsformidling, bringe rammede i sikkerhet/til sykehus og førstehjelp.

Groteske opplevelser

I katastrofeområder kan man bli utsatt for synet og lukten av, samt bli tvunget til å berøre, lik og være vitne til groteske lemløstelser. Både synsinntrykk, hørselsinntrykk, lukter og berøring kan «brenne

sasjoner etter tsunamikatastrofen i stor grad har vært eksponert for sanseintrykk som har gjort sterkt inntrykk. De opplevelsene personellet selv betraktet som mest belastende, var det å se forlatte og døde barn.

Fare

Under katastrofearbeid kan man bli eksponert for potensiell risiko og faresituasjoner som kan være direkte eller indirekte forårsaket av katastrofen. Det å bli utsatt for overveldende fare for liv og helse og utvikling av posttraumatiske reaksjoner har en klar sammenheng. De faremomentene som hyppigst ble rapportert var:

I forbindelse med katastrofer vil behovet for hjelp, i hvert fall den første tiden, overstige tilgjengelige ressurser (12). Som vist, var et ønske om å hjelpe andre en viktig motivasjonsfaktor for å delta i innsatsen etter Tsunamikatastrofen. Det å måtte avvise hjelpetrengende mennesker kan derfor være en belastning for personellet. I denne undersøkelsen var det om lag en fjerdedel (23 prosent) som rapporterte at de (i noen grad eller høy grad) måtte avvise katastroferammede som trengte hjelp – for å kunne gjøre jobben sin.

Når hjelp og ressurser er mangelfulle kan det oppstå misnøye og frustrasjon hos de katastroferammede og deres pårørende. Dette kan gi seg uttrykk i aggressive utbrudd som verbal utskjelling og trakassering. I denne gruppen var det om lag en fjerdedel (23 prosent) som rapporterte at de ble utskjelt eller verbalt trakassert under hjelpearbeidet.

Den nære kontakten med katastroferammede kan føre til at man blir personlig engasjert og følelsesmessig knyttet til ofrene. Det å forlate de rammede kan for noen innebære opplevelse av skyld eller følelsen av å svikte. En tredjedel (35 prosent) rapporterte at de (i noen grad eller høy grad) opplevde det som belastende å forlate de rammede, og en fjerdedel (24 prosent) at de hadde kontakt med de rammede også etter at de kom hjem til Norge.

Støtte under og etter oppdraget

Støtte fra kollegaer og ledere under oppdraget, og støttetiltak etter oppdraget, regnes som viktige faktorer for god mestring av denne type oppdrag.

Opplevd støtte fra leder og kollegaer under oppdrag
Majoriteten rapporterte at de (i

noen grad eller høy grad) kunne få støtte og hjelp i sitt arbeid fra kollegaer (79 prosent) og fra nærmeste sjef (66 prosent). I tillegg mente de fleste at kollegaer (83 prosent) og nærmeste sjef (75 prosent) var villige til å lytte til dem dersom de hadde problemer i arbeidet, og at deres arbeidsresultater ble verdsatt av nærmeste sjef (84 prosent).

Støttetiltak under oppdrag

Organisasjonene iverksatte forskjellige støttetiltak under oppdraget. Om lag halvparten rapporterte at det ble arrangert møter der egne opplevelser kunne uttrykkes (debrief/defuse) (49 prosent) og/eller middager og lignende samlinger (48 prosent). Et mindretall hadde egen fagperson (psykolog/psykiater) (11 prosent). Det var til sammen 21 prosent som svarte at det *ikke* var noen tilgjengelige støttetiltak under innsatsen.

Støttetiltak etter avsluttet oppdrag

Denne undersøkelsen kan ikke vurdere effekten av ulike støttetiltak, men kan si noe om hvilke tiltak som ble benyttet, og i hvilken grad de som gjorde bruk av tiltakene opplevde det som nyttig. Av de 111 personene som deltok i undersøkelsen, svarte om lag halvparten at de etter avsluttet oppdrag hadde deltatt på individuell debrief (54 prosent) og/eller gruppedebrief ledet av kollega eller faglig leder (57 prosent). En tredjedel (32 prosent) hadde deltatt på andre tiltak, slik som psykologsamtaler, kollegastøtteordning, og bedriftshelsetjeneste. De som hadde deltatt var i stor grad fornøyde – de fleste mente at tiltaket hadde vært svært nyttig eller noe nyttig (77–83 prosent for de ulike tiltakene).

Tiden rett etter hjemkomst

Etter at katastrofeinnsatsen var avsluttet skulle deltakerne tilbake



Banda Aceh, 25. mars 2005, nesten to måneder etter tsunamien. Foto: Scanpix

til sine ordinære oppgaver hjemme i Norge. Dette kan være en slitsom periode for mange.

Om lag halvparten rapporterte at de i tiden rett etter hjemkomst hadde stort behov for søvn og hvile (45 prosent), og at de hadde lyst på fri fra jobben (46 prosent). Om lag en tredjedel mente at det var mye å «ta igjen» i familien (29 prosent) og på jobb (27 prosent). Mer enn en fjerdedel syntes at jobben hjemme var lite meningsfull (27 prosent),

og/eller rapporterte at de var urolige/rastløse i tiden etter hjemkomst (26 prosent).

Vurdering av innsatsen: meningsfullt og vellykket oppdrag!

Tidligere forskning har vist at det å oppleve oppdraget som meningsfylt og positivt er beskyttelsesfaktorer for innsatspersonell. I denne gruppen var det en gjennomgående positiv opplevelse av oppdraget: De aller fleste syntes arbeidet var

Det var ressurssterke, voksne mennesker som deltok i katastrofearbeidet.

meningsfullt (95 prosent) og vellykket (90 prosent), de mente at katastrofeinnsatsen var en verdifull erfaring for dem personlig (79 prosent) og profesjonelt (86 prosent). Tre fjerdedeler (77 prosent) ville anbefale en god venn å delta i tilsvarende katastrofearbeid, og svært få (4 prosent) ville helst ha vært katastrofearbeidet foruten.

Diskusjon

Målsetningen med undersøkelsen var å kartlegge opplevelser, belastninger og vurderinger av innsatsen hos de som reiste ut for humanitære organisasjoner etter Tsunamikatastrofen.

Resultatene viser at majoriteten av deltakerne ble utsatt for en rekke sterke inntrykk og opplevelser og hadde utstrakt kontakt med katastroferammede. Mange rapporterte stort behov for søvn og hvile og fortalte om rastløshet og uro i tiden etter avsluttet tjeneste. Resultatene tyder på at denne type innsats er en belastning, i hvert fall på kort sikt, og har en pris i form av slitenhet og utmattelse. Det kan være viktig å legge til rette for at personer som har deltatt i katastrofearbeid får en god overgangsfase før de starter opp på jobb igjen. Resultatene gir også støtte til å fortsette, og kanskje styrke, støttetiltakene som iverksettes etter avsluttet oppdrag.

Samtidig viser undersøkelsen at dette var en gruppe som var godt trent og forberedt. Det var ressurssterke, voksne mennesker som deltok i katastrofearbeidet. De fleste rapporterte om god støtte fra leder og kollegaer under innsatsen, og vurderte støttetiltakene i etterkant som nyttige. Nesten alle opplevde innsatsen som vellykket og meningsfull, og majoriteten mente at innsatsen hadde vært en verdifull erfaring både for dem personlig og i deres arbeid. Så selv om katastrofeinnsatsen kanskje har

vært en påkjenning, ser det også ut til at det er stor gevinst å hente for deltakerne i form av nyttige erfaringer, muligheten til å hjelpe andre mennesker og opplevelsen av å delta i en meningsfull og vellykket katastrofeinnsats.

Avisning av de rammede

Vi vil gjerne trekke fram noen temaer som ikke tidligere har vært belyst i denne sammenheng, og som berører innsatsarbeiderens relasjon til rammede og lokale samarbeidspartnere, nemlig det å måtte avvise mennesker som trenger hjelp, oppleve trakassering fra de rammede og det å forlate de rammede. I en katastrofe, der behovet for hjelp overstiger ressursene, vil innsatspersonell ofte ikke kunne gi hjelp til alle som trenger det, og måtte avvise mennesker i nød. Samtidig er den viktigste motivasjonsfaktoren for å delta i arbeidet, slik det var i denne studien, nettopp et ønske om å hjelpe. Vi antar at denne konflikten mellom ønsket om å hjelpe og å måtte avvise mennesker som trenger hjelp, vil kunne skape en følelse av utilstrekkelighet og dårlig samvittighet, som muligens kompenseres med overanstrengelse og ignorering av egne behov for søvn og hvile. I tillegg vil katastrofeofre som ikke får nødvendig hjelp kunne reagere med sinne og fortvilelse, som kan rettes mot innsatsarbeiderne. Dette er kanskje mange uforberedt på. I denne undersøkelsen var det en relativt stor andel som rapporterte at de måtte avvise mennesker som trengte hjelp, og at de ble utsatt for utskjelling eller verbal trakassering fra katastroferammede. Det er sannsynlig at personellet vil møte denne type utfordringer også i framtidig katastrofearbeid. Det kan være viktig å forberede og trene personellet på denne type utfordringer før oppdrag.

Skyldfølelse

Mange av deltakerne i denne undersøkelsen rapporterte at de opplevde det som belastende å forlate de rammede da de reiste hjem. Vi antar at dette gjenspeiler et sterkt engasjement og følelsesmessig tilknytning til de katastroferammede og til lokale samarbeidspartnere. Det kan være at det å forlate oppleves som et svik, som kan føre til skyldfølelse hos noe innsatspersonell som har ytt et viktig bidrag til mennesker i nød. Ett tiltak som muligens kan gjøre det følelsesmessig enklere å forlate de rammede, er å innføre seremonier eller andre tiltak. For eksempel å informere den som reiser hjem om hvilke konkrete planer som gjenstår i katastrofeområdet. Dette kan gi et perspektiv på det arbeidet man selv har vært med på og hvilket arbeid som fortsetter. Dersom man blir erstattet av en ny person som overtar oppgavene, kan dette skiftet markeres, og ansvaret blir overlatt til neste mann. Det kan også være nyttig å arrangere en avslutningsseremoni, som gir en tydelig markering av at oppdraget er slutt, og som gir mulighet for å overbringe formell takk og gi uttrykk for vemod og tristhet. Slike seremonier kan kanskje bidra til reduksjon av senere skyldfølelse.

Takk!

Vi vil gjerne takke deltakerne i undersøkelsen for at de tok seg tid til å besvare det omfattende spørreskjemaet.

LITTERATURLISTE

1. Armagan E, Engindeniz Z, Devay AO, Erdur B, Ozcakil A. Frequency of post-traumatic stress disorder among relief force workers after the tsunami in Asia: Do rescuers become victims? *Prehospital & Disaster Medicine* 2006; 21: 168–172.
2. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 1370–1376.
3. Marmar CR, McCaslin SE, Metzler T J, Best S, Weiss DS, Fagan J, Liberman A, et al. (2006). Predictors of post-traumatic stress in police and other first responders. In: Yehuda R.(Ed.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorders: A decade of progress*. US: Malden, MA, Blackwell Publishing, 2006: 1-18.
4. McFarlane AC. Long-term psychiatric morbidity after a natural disaster. *Med J Aust* 1986; 145: 561–563.
5. Tjøflåt I. *Nursing Practice in War-Zones and Wisdom acquired*. Vård i Norden 1997; 17(4): 47-9.
6. Litz B, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 178–184.
7. Orsillo SM, Roemer L, Litz BT, Ehlich P, Friedman M. Psychiatric symptomatology associated with contemporary peacekeeping: An examination of post-mission functioning among peacekeepers in Somalia. *Journal of Traumatic Stress* 1998; 11: 611-625.
8. Sutker PB, Davis JM, Uddo M, Ditta SR. Assessment of psychological distress in Persian Gulf troops: Ethnicity and gender comparisons. *Journal of Personality Assessment* 1995; 64: 415-427.
9. Alvarez J, Hunt M. Risk and Resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *Journal of Traumatic Stress* 2005; 18: 497–505.
10. Joseph S, Andrews B, Williams R, Yule W. Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology* 1992; 31: 63-73.
11. Thoresen S. Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til Tsunamikatastrofen. Rapport nr. 2/2007. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress 2007. ISBN 978-82-8122-012-6 / www.nkvts.no
12. Weisæth L. Collective traumatic stress: Crisis and catastrophes. In: Arnetz BB, Ekman R.(Eds.) *Stress in health and Disease*. Weinheim: Wiley, 2006.

Venn i nøden

For sykepleier Åge Wiberg var humor, lagånd og god kaffe med på å gjøre hjelpearbeidet etter tsunamien i Sørøst-Asia utholdelig.

I begynnelsen av 2005 pakket intensivsykepleier Åge Wiberg Bøyum kofferten og reiste til Indonesia for å bistå i hjelpearbeidet etter tsunamien 2. juledag 2004.

Han hadde allerede lang fartstid som hjelpearbeider. Tidligere hadde han deltatt i aksjoner i Nicaragua i 1987, Bam i Iran i 1994 og Rwanda i 1995. I ettertid har han vært i Kashmir i Pakistan (2005) og Bantul i Indonesia (2006).

Nå sitter han foran meg med en stor kopp svart kaffe i hånden.

Kaos

Åge Bøyum kom til Banda Ache i Indonesia sammen med 31 andre norske hjelpearbeidere fra Røde Kors og 150 tonn nødhjelp den 11. januar 2005. Banda

Ache ligger på nordspissen av Sumatra – det området som ble hardest rammet av tsunamien, med totalt rundt

200 000 døde. Ødeleggelsene antas å være 36 ganger så store som etter bomben i Hiroshima. Men i Banda Ache var det ingen turister, ettersom dette er et konfliktområde stengt for utlendinger.

– Det var fullstendig kaos overalt, forteller han.

– Flyplassen var som en parkeringsplass; flyene rygget frem og tilbake som biler. Og det var ingen som brydde seg om å se passene våre. Vi kjørte forbi stabler av lik som lå utenfor landsbyer og så hunder som spiste av døde mennesker. Lukten var svært gjennomtrengende. Hver gang jeg ser bilder fra katastrofeområder, kjenner jeg den lukten.

Konkrete mål

– Hva gjorde at du holdt ut?

– Vi drar ut for å gjøre en jobb og vi har helt klare, konkrete mål å forholde oss til. Det tror jeg er helt vesentlig. Erfaringen fra helsevesenet er også viktig. Man lærer seg å ikke ta all elendigheten inn over seg. Den evnen er helt nødvendig for å gjøre en god jobb.

Røde Kors sin hovedoppgave i Banda Ache var å reise et felt-sykehus, og etter at det var gjort, oppholdt hjelpearbeiderne seg for det meste der.

– Vi reiste lite rundt og så på ødeleggelsene. På den måten ble vi til en viss grad skjermet. Samarbeidet fungerte bra både oss i mellom og med indonesierne, vi ble tatt godt imot av lokalbefolkningen som var svært vennlig. På feltsykehuset var vi stort sett norske, så vi slapp de helt store språk- og kulturbarrierene. I tillegg til god lagånd hadde vi god humor oss imellom og god kaffe – den sumatriske kaffen er virkelig svært god. Viktige ting, tilføyer han.

Snuoperasjon

De hadde med seg et kirurgisk feltsykehus og var først og fremst forberedt på å ta imot mennesker med

Hver gang jeg ser bilder fra katastrofeområder, kjenner jeg den lukten.

bruddskader. Men denne antakelsen viste seg å være feil.

– Flesteparten av de vi tok imot hadde enten lungebetennelse (etter å ha svelget vann) eller måtte behandles for stivkrampe.

Bøyum tror grunnen til dette var at de med bruddskader enten allerede var behandlet ved lokale sykehus eller var døde.

– Vi måtte derfor skifte profil fra kirurgi til sårbehandling. Hovedintensjonen med organisert hjelpearbeid i slike situasjoner er å gjøre en god del for mange. Og det lyktes vi med.

Solidaritet

– Hva er egentlig drivkraften bak det å delta i hjelpearbeid?

– Et grunnleggende ønske om å hjelpe, og muligheten til å delta i arbeidet til en oppgående organisasjon. Og solidaritet, samt eventyrlyst og spenning. Det er i hvert fall ikke pengene som driver oss, legger han til.

– Vi tjener akkurat det samme som hjemme, men jobber mye mer. Vi får ikke noe risikotillegg, men så er også sikkerhetsopplegget rundt oss veldig bra. Det farligste vi utsetter oss for er egentlig sykdommer, som for eksempel mageinfeksjoner. Det er som regel slike prosaiske ting som slår oss ut og eventuelt tvinger oss til å dra hjem igjen, ikke de fysiske eller psykiske påkjenningene ved selve hjelpearbeidet.

Tomt etterpå

Til daglig jobber Bøyum som høyskolelærer ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Han innrømmer at det kan føles litt tomt å komme hjem etter slike reiser.

– Arbeidsforholdene i Indonesia var harde, vi jobbet kontinuerlig i 35–40 varmegrader i en sammenhengende periode på 5–7 uker. Du ser flatlagte byer og døde mennesker, men det gir allikevel dyp mening å være der. Du får føle verdien av grunnleggende sykepleie på kroppen. Sårbehandling, hygiene, ernæring og medikamentutdeling – det var det som reddet liv.

Vel hjemme igjen blir det viktig å prate om det man har opplevd.

– Det var litt tungt å ta fatt på hverdagen igjen. Den første tiden etter at jeg kom hjem ringte jeg ofte til en venn som deltok på samme ekspedisjon. Det føltes godt å prate med en som hadde vært med på det samme. På den måten fikk jeg også bearbeidet opplevelsene, sier Bøyum.

SNAKKET: Vel hjemme ringte Åge Wilberg ofte til en venn som også hadde vært i Indonesia.



**For mye fotball på TV? Jeg sier som Sølve Grotmol:
Det er for mange bøker på biblioteket også.**

Arne Scheie

Aldersgrense på bøker?

Nei. Derimot har jeg erfart at bøker kan treffe like ufiltrert som en film som var sterkere enn forventet. Jeg var 15 år da jeg hadde en skjellsettende leseropplevelse. Det var påske og det var kveld etter en lang dag på ski. Lakenene var nystrøkne. Men jeg manglet sengelektre.

Min søster, som studerte norsk, hadde imidlertid nok å by på. Det ble mitt første møte med «Av måneskinn gror det ingenting» av Torborg Nedreaas.

Jeg leste hele natten, brått rykket ut av min trygge, og inntil da, historieløse tilværelse.

Jeg går og leter etter et menneske, lyder innledningssetningen. Mennesket vedkommende leter etter er bokens navnløse kvinnelige forteller. Gjennom en hel natt gir hun sin historie, men i grålysningen er hun borte.

Historien hun forteller har ingen nåde, verken fra Gud eller mennesker. Det er fattigdom, svik og en tuberkuløs far som arbeider i gruvene. Fortelleren flykter fra hjemmet der hun opplever stygg stillhet i veggene, og begynner å leve sitt eget liv på siden av dette. Det er glimt av opplevd lykke, men mest av alt er det en beretning om smertelig alvor fra en tid da verken prevensjon eller fri abort var påtenkt. Sosialrealisme? Ja, sikkert. En forsvarstale for det uplanlagte barnets rettigheter? Ja.

Det som løfter historien langt utover alle klisjeer er språket, troverdigheten og inderligheten.

Lakenet på høyfjellshotellet var ikke mye nystrøket etter endt lesning!



Iris Johansson

Forfatterintervjuet:

Fra innsiden

Hadde ikke Iris Johansson vært autist, ville hun ikke fått brukt alle sine talenter.



Da Iris Johansson ble født i 1945, var det ingen som hadde hørt om autisme. Men menneskene rundt henne oppdaget fort at hun var et uvanlig barn.

«Hva var det som var galt med Iris?» skriver Göran Grip i forordet til boken hennes «*En annerledes barndom*».

«Hun er bare litt sent utviklet», sa legen på Ammehjelpen.

«Hun er utviklingshemmet», sa de andre. «Eller så er hun psykotisk. Plasser henne på en institusjon, så får hun lære seg folkeskikk.»

En dag tidlig i april kommer hun gående over Sehesteds plass midt i Oslo. Hun er i Norge for å snakke om boken sin.

Iris Johansson er en travelt opptatt veileder, både i Sverige og

i andre land. Hun har jobbet som frisør, vært forstander på ungdomshjem og studert fag som religionsfilosofi og psykologi. Hun har en kalender uten rom for fritid. På den måten holder hun angsten og trangten til tvangshandlinger unna. Hun gir seg selv et oppdrag, og utfører det. Sånn var det også med boken.

En dag for mange år siden gikk hun og vennen Göran Grip forbi en bokhandel, da han sa: «Tenk deg, Iris, når din egen bok står utstilt i dette vinduet!»

– Jeg tenkte ikke så mye på det da, men det var da boken begynte å ta form, forteller hun selv.

Hun skrev et utkast, og ga Göran Grip kopi. Så dro hun til Russland og glemte hele prosjektet. Da hun kom tilbake til Sverige, hadde lynet slått ned og datamaskinen var ødelagt. Hun hadde noen disketter, men på dem var det bare kruseduller. Hun tenkte: «En gang skal jeg skrive». Ti år etter ga hun Göran Grip en cd, og spurte om han ville grunnlese boken.

«Jeg ser du har brukt rånotatene», sa han. «Nei, de fins ikke lenger», svarte hun. Hun hadde glemt at Grip hadde fått kopi ti år tidligere. Mye av teksten i den nye versjonen var ordrett lik den gamle. Boken hadde ligget ferdig i hukommelsen.

Iris Johansson smiler skjævt. Boken hennes kom først ut i Sverige i fjor.

– Etter en måned ringte mitt svenske forlag og fortalte at første opplag ble utsolgt på litt over en

måned. «Så bra», sa jeg. Forlaget syntes ikke jeg var glad nok. «Men jeg vet jo ikke hva som er bra», svarte jeg.

Boken solgte 20 000 på ett år, det er nesten rekord for en fagbok i Sverige.

Det kunne være nærliggende å spørre hvordan det er å dele sin personlige historie med hele verden. Men det blir helt feil når forfatteren er autist.

– Jeg har ikke følelse for at det er privat, sier Iris Johansson.

– For meg er det liten forskjell på oppdragene jeg utfører. Jeg får et oppdrag, og så snurrer det rundt inne i hodet mitt til jeg får gjort det.

– *Kan du beskrive hvordan det er å være autist?*

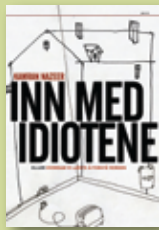
– På innsiden er det en tilstand av stillhet. Man har ikke lyst til noe, man vil ikke noe.

I det vide spekteret innenfor diagnosen autisme er Iris Johansson blant de rundt én prosent høytfungerende. Det som «koblet» henne til verden var en interesse for hva som foregikk mellom mennesker. I boken forteller hun at da hun som ung jente så to forelskede ungdommer ved kirkemuren, begynte hun å fundere på hva de drev med. «Hva gjør de», spurte hun i flere uker, til forvirring og irritasjon for dem rundt, særlig for de forelskede parene hun gikk helt inntil for å observere nøyere.

Følelser er noe hun har øvd på. Hun har ikke selv følelser, men oppdaget at det mennesker

om autisme

Anbefalt av Ragnhild
Busterud Holden,
sykepleier og leder av
Autismeforeningens
Fylkeslag Akershus



Kamran Nazeer: Inn med idiotene, eller Hvordan vi lærte å forstå verden

Tar opp autisters varierte livserfaring, og viser litt av den ujevne evneprofilen personer med autismediagnose har.



H. Martinsen, T. Nærland, K. Steindal, S. von Tetzchner: Barn og ungdommer med Asperger-syndrom

Vil bidra til at barn og unge med Asperger-syndrom og andre med autisme får egnete tilbud.



Skule Eriksen, Ellen Kleven, Tone Rugset (manus); Lisbeth Dreyer (foto/lyd); Kristin og de andre (dvd)

Filmen om Kristin viser hvordan nitidig trening kan gi gode resultater.

– På innsiden er det en tilstand av stillhet.

tenker, avspeiles i utseendet. Så hun leser ansikter. Og ved å lære seg ulike ansiktsuttrykk kan hun spille med. Nå vet hun hva ulike ansiktsuttrykk betyr, og er selv i stand til å bruke dem. Siden hun var ung jente har hun stått foran speilet og øvd på å vise følelser. Det gjør hun fremdeles flere ganger i uken.

Det som reddet barnet Iris var faren.

– Uten ham ville jeg antakelig vært et institusjonstilfelle, sier hun.

Faren var av bondeslekt, og oppvokst i et inkluderende og folksomt hjem. Han mente bestemt at alle mennesker trengte fellesskap med andre mennesker. Også Iris. Og han ga seg ikke. Han prøvde og prøvde å få kontakt med henne og å lære henne ting. Han observerte hennes tretten måneder eldre bror, som var et velfungerende barn, og visste hva han kunne forvente i en normalutvikling.

– *Boken din er veldig reflektert. Hvordan har du jobbet den fram?*

– Primært tenker jeg i fenomener, ikke hva som er godt eller dårlig. Sånn har jeg også skrevet boken, og da blir det refleksjoner.

Johansson er opptatt av at når barn oppfører seg annerledes, så må man forsøke å forstå hvorfor de gjør det. Ikke bare bruke belønning og straff som midler for å få dem til å oppføre seg «normalt».

– Hva er det som gjør at barnet har en slik oppførsel? Og hva er samfunnets problemer med det? Det må man spørre om.

Hun poengterer at autisme er en funksjonshemming. Et nevrologisk problem. Ikke en psykisk lidelse eller utviklingshemming.

– Har du en funksjonshemming, går det ikke an å passe inn. Du ber ikke en blind om å se nærmere, eller snakker til en døv som står med ryggen til. Som autist er du dårlig til å samarbeide og til å tilpasse deg. Det må man forstå og ta hensyn til. Her kaller vi det autisme.

I Russland, hvor jeg har veiledet mye, kalles de «de uvanlige barna». Der prøver man å forstå dem, og ser at det uvanlige ved dem er et funksjonshinder.

– *Hva ønsker du at norske lesere skal forstå?*

– Først og fremst er dette en beskrivelse av autisme som kommer innenfra. Det er gjort mye forskning «utenfra». Ikke at jeg er som alle autister, men jeg vil vise at når man møter mennesker med slike problemer, så skal man tenke: «Jaha, her er det et menneske som jeg må skreddersy forståelsen for».

I Sverige har boken ført til en

rekke henvendelser. Hun blir invitert til å dele erfaringene og tankene sine. På skoler, til fagpersoner. Og hun gjør det gjerne. Som høytfungerende autist, oppvokst med en særns dugelig og omsorgsfull far, har hun fått mulighet til å bruke sine talenter.

– Hadde jeg ikke vært autist, hadde jeg ikke fått brukt alle, sier hun rolig.

– Da hadde jeg brukt mer energi på å være sammen med mennesker. Det ser så morsomt ut.

tekst **Nina Hernæs**
foto **Stig Weston**



Iris Johansson

Aktuell med: En annerledes barndom. En autist forteller sin historie

Utdanning: Damefrisør, fritidsleder, svømmelærer, har lærerkompetanse for videregående skole og har blant annet studert psykologi, sosiologi og religionsfilosofi.

Yrke: Veileder og forfatter

Bosted: Ängelsberg i Sverige

Alder: 62 år



Skriv om barn i dag

De gode virkelighetsfortellingene for barn mangler, mener forlaget Gyldendal og bokhandler Norli. Derfor inviterer de alle skrivevillige til konkurranse om å lage den beste historien myntet på tiåringer. Tema: Hvordan det er å være barn i Norge i dag. Les mer på www.gyldendal.no

En viktig bok

Anmeldelse: Denne boken har fokus på de viktigste sykdommene sykepleiere og leger vil møte i et sykehjem. Det er en praktisk oppslagsbok.

I innledningen pekes det godt på hvordan den nye sykehjems pasienten best kan møtes og hvilke oppgaver helsepersonellet er tildelt av myndighetene. Før forfatterne går inn på de mer konkrete og vanlige sykdommene gis det en grundig innføring i medisinske og sykepleiefaglige utfordringer som akutte tilstander, akutt funksjonssvikt, depresjon, alkoholproblemer og trykksår. Ulike infeksjoner, plager som smerter, ødemer, kløe og svimmelhet behandles grundig. Ulike årsaksmuligheter presenteres, og det gis korte, men gode medisinske forklaringer på årsakssammenhengene. Alle utfordringene relateres til konkrete pasienthistorier på det

fiktive sykehjemmet Langåsen. Det gjør sykdommene gjenkjennelige slik sykepleieren og legen vil møte dem i praksis. Selv om det er lagt mest vekt på det medisinske, pekes det på hva som er sykepleierens viktigste oppgaver i forhold til hvert enkelt problem.

De naturlige funksjonene knyttet til avføring, urin, søvn og seksualitet beskrives godt. Det gjelder også sansesvikt, forbygging og livets avslutning. Kapitlet om livets avslutning legger stor vekt på sykehjems pasientens egne ønsker, og har gode innspill til hvordan legen og sykepleieren kan forberede seg til den viktige samtalen med pasienten i livets slutfase. Ritualene ved livets slutt, slik de praktiseres i ulike livssyn, er viktig å ta hensyn til. Det legges derfor vekt på at vi lever i et multietnisk land der også sykehjemmene vil ta imot pasienter fra andre

kulturer og land.

Selv om boken har fokus på sykehjemsmedisin gis det også grundig omtale av kommunikasjon, samarbeid, prosedyrer, legemiddelbruk, dokumentasjon, kvalitet, fagutvikling og juss. I hvert kapittel anbefales litteratur til fordypning og til slutt i boken er det en oversikt over aktuelle nettstedet.

Dette er en god bok. Fravær av illustrasjoner spiller liten rolle når forfatterne så godt og med enkelt språk formidler sin kunnskap på en engasjert måte. Dette er en bok i rett tid. Statusen ved det å arbeide i eldreomsorgen må heves. At det her er store utfordringer og spennende arbeidsoppgaver viser boken godt. Derfor bør den finnes på enhver post på ethvert sykehjem og brukes i høyskolene.



Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger

Av Anette Hylene Ranhoff, Gisle Schmidt og Unni Ånstad (red.)
Universitetsforlaget 2007
250 sider
ISBN 978-82-1500-627-7

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver og tidligere institusjonssjef

Homøopati som vekker interesse

Anmeldelse: Helle C. Skjønsberg klarer på en glimrende måte å gjøre homøopati forståelig. Hun forklarer dens særpreg og hvordan den representerer noe helt annet enn skolemedisin.

Hos legen blir barnet behandlet ut fra den eller de plagene eller lidelsene det har. Hos homøopaten er hele barnet viktigst og det blir behandlet med alle dets plager, symptomer og reaksjoner. Homøopaten vektlegger det som er karakteristisk for det enkelte barn. Skjønsberg redegjør på en svært god måte for forskjellen på en homøopatisk og en skolemedisinsk diagnose.

For homøopater er symptomer kroppens språk. Hvordan en person reagerer på stress, sorg, skuffelser eller gleder er symptomer, som uttrykker seg med ulik kraft og intensitet. Symptomer er signaler på hvordan vi har det og et resultat av sykdom. Man ønsker å bli kvitt sykdommen, mens skolemedisinsk behandling søker å fjerne symptomene og ikke selve årsaken. Siden sykdom-

men er årsaken til symptomene, vil den finne andre uttrykk dersom man fjerner dem. Da kan det oppstå nye og ofte mer alvorlige symptomer. Det viser hun blant annet med eksempelet Lise. Hun fikk som ettåring eksem, som ble slått tilbake med sterk kortisonsalve. Så fikk hun astma med så sterke anfall at hun måtte på sykehus og måtte behandles med medisiner vinterstid. En vinter trengte hun ikke medisiner, men da ble hun plaget med angst om natten. Sett med homøopatens øyne er disse tre tilstandene samme sykdom. Etter tre måneders homøopatisk behandling ble Lise ifølge faren kvitt problemene.

Boken har flere pasientkasus som viser hvordan homøopatisk behandling kan hindre at barn slipper å legge inn dren, fjerne mandler eller falske mandler. Barna unngår også store mengder antibiotika. Helle C. Skjønsberg fraråder i de fleste tilfeller selvbehandling og anbefaler å kontakte en seriøs homøopat.

Når det gjelder vaksinasjon gjør hun et hederlig forsøk på å være nøytral, men hun er nok skeptisk. Hun gir gode ernæringsråd, men det er ingen anbefaling av bruk av nøtter og frø i stedet for melk for vegetarianere. Hun skriver meget godt om samspelet mellom barn og voksne og viktigheten av ro og at barn ikke blir overstimulert. Hun viser god psykologisk innsikt.

Bokens aller største styrke er at Skjønsberg ved å gå gradvis frem når det gjelder homøopaten som behandlingsmåte, skaper interesse og motivasjon hos leseren. I tillegg har hun et usedvanlig godt språk, slik at boken er lettlest. Boken har et kapittel om det naturlige husapotek, et godt register og en oversikt over nyttige nettsider.

Selv om denne boken er et par år gammel, er den et must for foreldre som er opptatt av naturlig behandling. Den vil også være nyttig for ansatte i barnehage, skole, helsevesen og studenter, og bør deles ut på helsestasjonen.



Friske barn

Av Helle C. Skjønsberg
240 sider
Aschehoug, 2006
ISBN 978-82-0323-385-2

Anmelder: Thore K. Aalberg cand.polit. og homøopat

Månedens bok

Av Jakko Seikkula og Tom Erik Arnkil, 180 sider, Universitetsforlaget, 2007, ISBN 978-82-150-1114-1

Anmelder: Hjørdis Fodstad, førstelektor

Lærerik og krevende

Nettverk som metode i psykisk helsevern kan ha fruktbare resultater. Det viser denne boken.

Anmeldelse: Jeg hadde stor glede av Jakko Seikkulas bok *Åpne samtaler* fra 2007, som nærmest er blitt en klassiker ved psykiske kriseintervensjoner. Den finske psykologen har sammen med en gruppe fagfolk oppnådd enestående resultater i møter med personer med alvorlige psykiske lidelser. Seikkula selv mener de positive forandringene først og fremst skjedde gjennom nettverket, språket og samtalen. Innleggelsene ble som hovedregel unngått, og flere med psykose kom raskere tilbake i jobb ved bruk av sosialt nettverk som metode ved utbrudd av psykose.

Professor i sosialpolitikk Tom Erik Arnkil var for meg en ukjent forfatter. I Finland leder han en forskningsgruppe som fokuserer på å videreutvikle dialogiske metoder mellom personlige og profesjonelle nettverk på det psykososiale feltet. Han ser på virvaret når mange skal hjelpe og utvikler løsningsmetoder for situasjoner som blir fastlåst.

Forfatterne har sammen skrevet en bok om hvordan man kan få de ulike profesjonelle til å samarbeide fruktbart med brukeren og hennes/hans personlige nettverk for å fremme helbredende prosesser. De søker å integrere sine synspunkter og perspektiver.

Dialog er en måte å tenke sammen på, der gjensidig forståelse skapes mellom deltakerne som noe som overskrider en enkeltpersons muligheter.

For å oppnå dette må partene fokusere på svarene – å lytte og bli hørt, skriver forfatterne. De mener at nettopp når kriser oppstår, – der bekymringene er sterke og nettverkene kjører seg fast, klientene er mest misfornøyde –, nettopp i disse situasjonene er behovet for dialog størst, og her kan den gjøre størst nytte.

Boka blir levende ved at det gis eksempler på nettverksmøter som mislyktes, og hvordan man kan unngå fallgruvene når nettverket samles. Det er også gode beskrivelser og analyser av nettverksbasert psykisk helsehjelp som lyktes.

Et eget kapittel heter «Dialogens

helbredende faktorer». Seikkula framhever kunsten å respondere. Responsen kan skape godt behandlingsresultat, mens resultatet uteblir der teamet mislykkes i å svare på det som pasienten sier.

Arnkils foregripende/antesiperende dialoger passer bedre i mindre akutte situasjoner enn i forskningsområdet til Seikkula. Hos Arnkil er situasjonene mer «kroniske» enn akutte, med bekymringer som sliter på tilliten til alle involverte. Det gjelder å sette

brukerens hverdagsliv i sentrum når nettverket skal planlegge samarbeidet. Metoden kalles «å huske framtiden», og ble etablert for å skape en bredere forståelse i bekymringsfulle situasjoner.

Samtalelederne har en slags servicefunksjon. De er ansatt som tilretteleggere, det vil her si å fremme dialogen. Ledernes hovedoppgave er å gjøre det lettere for hver og en å bli hørt og å lytte.

Seikkula og hans kolleger kan vise til forbløffende psykososial bedring og mestring ved oppfølgingsstudier av pasientene, og en betydelig reduksjon av behovet for nevroleptika. Resultatene er svært forskjellige fra praksis og re-

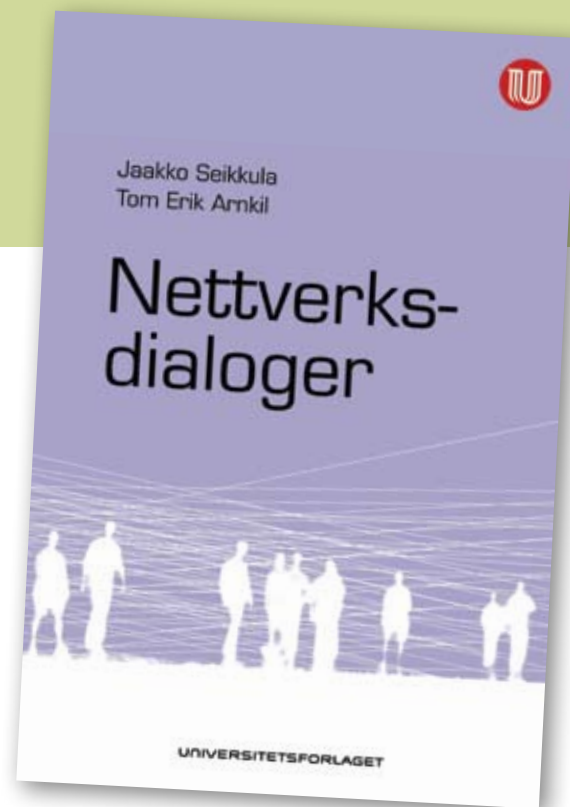
Seikkula og hans kolleger kan vise til forbløffende psykososial bedring og mestring.

sultater som vanligvis danner grunnlag for anbefalt psykiatrisk behandling.

Forfatterne mener de viktigste elementene i psykososial behandling kan gå tapt i tradisjonelle kontrollsettinger, som har blitt selve målestokken på resultatanalyse. Forskningsdesign som går ut på å studere intervensjoner fra en part overfor en annen part, blir høyere verdsatt enn andre. Dermed avvises gjensidighet, responsivitet og dialog til fordel for monologisk tilnærming. Nesten alle undersøkelser

publisert i psykiatriske tidsskrift er basert på eksperimentell forskning. Også innenfor sosialt arbeid stiller man generelt krav om bevis på årsak-virkning-forhold. Publiseringsskemaene er snevret inn, slik at bare én type forskning anerkjennes. Når målet er å finne universelle årsaksrelasjoner er lokale faktorer uinteressante. Forfatterne viser hvordan arbeidet med å produsere gyldig kunnskap gjennom å rense den for kontekst skaper mindre gyldig kunnskap enn forskning som er sterkere bundet til konteksten. Seikkula og Arnkil kritiserer således den dagsaktuelle debatten omkring evidensbasert forskning og forskningsdesign for å være for ensidig. De etterlyser en bred evidensbasert forskning. *Dette forutsetter blant annet samtaler over paradigmatgrensene og ikke bare innenfor de ulike miljøene. For å overskride grenser er det behov for arenaer for møter og dialoger, skriver de.*

Språket i boken er ikke helt godt. Jeg vet ikke om det skyldes forfattere i tidsnød eller problemer med oversettelsen. Arnkils begrep «foregripende/antesiperende dialoger» virker på meg tungt. Kunne dialoger om forventninger til framtiden være bedre? For øvrig er dette en aktuell og noe krevende bok for helse- og sosialtjeneste, utdanningssektor og de som arbeider innenfor videreutdanning og master i psykisk helsearbeid.





Hvilken kronisk sykdom lider Kurt Wallander av i Henning Mankells krimbøker?

Svar: Diabetes



Mat mot kreft

Omtale: Riktig kosthold kan forebygge kreft, og i denne boken får du vite hvordan. Blant annet ved å spise brokkoli, kål og løk. Forfatterne er kreftforskere, og boken er oversatt til 25 språk.

ISBN 978-82-48-907-53-4

Den sunne maten

Av Dr. Richard Béliveau og Dr. Denis Gingras, oversatt av Bente Christensen



Klare seg selv?

Omtale: Denne boken skal gi kunnskap om hvordan man kan bidra til at funksjonshemmede får en sosial og selvstendig fritid. Fire hjelpetrengende unge jenter forteller om erfaringer med et selvstendig liv på fritid.

ISBN 978-82-05-32981-2

– Faglige utfordringer i arbeidet med unge funksjonshemmede

Av Marit Kollstad



Når det haster

Omtale: Dette er annen utgave, og inneholder blant annet de seneste retningslinjene for hjerte- og lungeredning og oppdatert kunnskap om behandling av skade og sykdom. Belyser hva sykepleiere og andre hjelpearbeidere må kunne om akuttmedisin utenfor sykehus.

ISBN 978-82-05-33537-0

Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus

Av Jan Erik Haugen og Øistein Knudsen jr.



Til den andres beste

Omtale: Fem fagfolk fra ulike fagfelt tar for seg veiledningsetikk. Utgangspunktet er at veiledning i seg selv er et etisk prosjekt, og at veileders oppgave er å gjøre det gode og rette for den andres skyld.

ISBN 978-82-05-38084-4

En bok om veiledningens etikk

Av Solveig Botnen Eide, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland



Sterk kropp

Omtale: Konkrete råd om hvordan man kan bli sterk på de rette stedene, er hva denne boken tilbyr. Forfatteren er fysioterapeut, og hun har samlet råd fra manuellterapeuter og fysioterapeuter. Både for dem som er friske og dem med smerter.

Hva du selv kan gjøre

Av Anne Kristiansen Rønning, Morten Hackmann (illustrasjon), Bente Skarvik (illustrasjon)



Fødselsforberedelse

Omtale: Jordmor Ingrid Randen har laget et program som skal hjelpe gravide å forberede seg på fødselen. Hun ønsker å formidle trygghet, omsorg og motivasjon. Den første cd'en i programmet heter «Avslappet fødsel».

Les mer på www.jordmorhjelp.no

Hjelp til gravide Møte og samhandling.

Av Ingrid Randen



Hva leser du nå?

Akkurat nå er jeg ferdig med *Kjønn og modernitet* av Jorun Solheim. Den valgte jeg fordi **Runar Bakken** jobber mye med kjønn og sykepleie, sier Runar Bakken selv blidt på telefon fra Høgskolen i Telemark.

Han valgte boken fordi forfatteren en gang ga han den lykkeligste julen han har hatt.

– Mens jeg skrev på den første boken min, *Modermordet*, leste jeg Finn Skårderud *Uro*, og han viste til Jorun Solheims

forrige bok *Den åpne kroppen*. Dette var like før jul, og jeg skaffet meg den til ferien. Jeg husker jeg gikk fra sengen, til kjøkkenet, til stua. I slåbroken. Mens jeg leste og leste, forteller han.

– Noen forfattere får man et sånt intenst forhold til, og Jorun Solheim skuffet meg ikke med denne siste boken heller, for å si det sånn.

Boken som bare måtte skrives

I «Mellom to stoler» retter **Ole Martin Larsen** et kritisk blikk mot norsk narkotikapolitikk.

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Det føltes nærmest som en plikt, og da snakker jeg som journalist. Jeg er bosatt i Danmark og ønsket å vise norsk narkotikapolitikk sett fra sidelinja. I Danmark går man til systemet og ber om hjelp. En behandlingsgaranti lover deg hjelp i løpet av 14 dager. I Norge får du tilbud om individuell plan, noe som ofte resulterer i at folk dør før de får hjelp. Det er jo helt på trynet å tilby individuell plan til et menneske som er hekta på heroin. Han eller hun har jo bare én ting i hodet, og det er hvordan skaffe stoff. De er ikke i stand til å sette seg ned å diskutere fremtiden. Først må de settes på medisiner så de blir kvitt abstinensene. Men i Norge er narkotikapolitikken belemret med så mye moralisme og jus. Jeg har skrevet for tidsskriftet *Rus* og samfunn (tidligere *Rus* og avhengighet) i mange år, så dette er et område jeg kjenner til og har vært opptatt av lenge. Narkomani er en sykdom som må behandles på linje med andre sykdommer. Det er ikke kunnskapen det står på, men viljen til å ta tak i problemet.

2 Hva liker du best ved boken?

Jeg er veldig imponert over alle kildene mine. For meg var det nærmest en åpenbaring å oppleve



9 spørsmål til Ole Martin Larsen

hvor takknemlige folk var for å få snakke om dette emnet. I tillegg bygger boka på et bredt faglig grunnlag, det er jeg også fornøyd med. Jeg tror boka gir et øyeblikksbilde av situasjonen i Norge i dag.

3 Hva syns du boken mangler?

Jeg skulle ønske at jeg hadde hatt et par måneder ekstra til finpussing av teksten. Rent stilistisk. Men jeg hadde press på meg for å få den ut. Flere av dem jeg har intervjuet står på terskelen til å begynne med heroin igjen, og jeg håpet at utgivelsen skulle bidra til å sette søkelyset på disse problemene. Men foreløpig har ikke boka skapt noe særlig debatt. Kanskje emnet er for farlig?

4 Hvem bør lese boken?

Jeg har tenkt ganske bredt. Jeg har valgt et enkelt språk fritt for tunge fagbegreper, slik at den skal kunne leses av mange. Folk som er generelt samfunnsinteresserte. Men kanskje primært de som møter narkomane gjennom jobb, for eksempel leger, sykepleiere og sosionomer. Jeg tror mange av disse har fordommer. Jeg har fått positive tilbakemeldinger fra pårørende som setter stor pris på boka og som kjenner seg igjen.

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

Metadonmakt av Evy Frantzen. Den handler om hvordan behandling av narkomane begynte i Norge

på slutten av nittitallet. Burde vært på pensum på sykepleieutdanningen. Det samme gjelder *Den gode fiende* av Nils Christie. Den diskuterer jeg mye i min egen bok.

6 Og siste skjønnlitterære?

Fedrelandet av Robert Harris. Suveren krim med en fantastisk setting. Handlingen er lagt til 60-tallet og forutsetter at nazistene har vunnet krigen.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Dette er den første boka jeg har skrevet. Det som inspirerte meg til å skrive akkurat denne boka var opprøret jeg føler over hvordan narkomane blir behandlet i Norge.

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

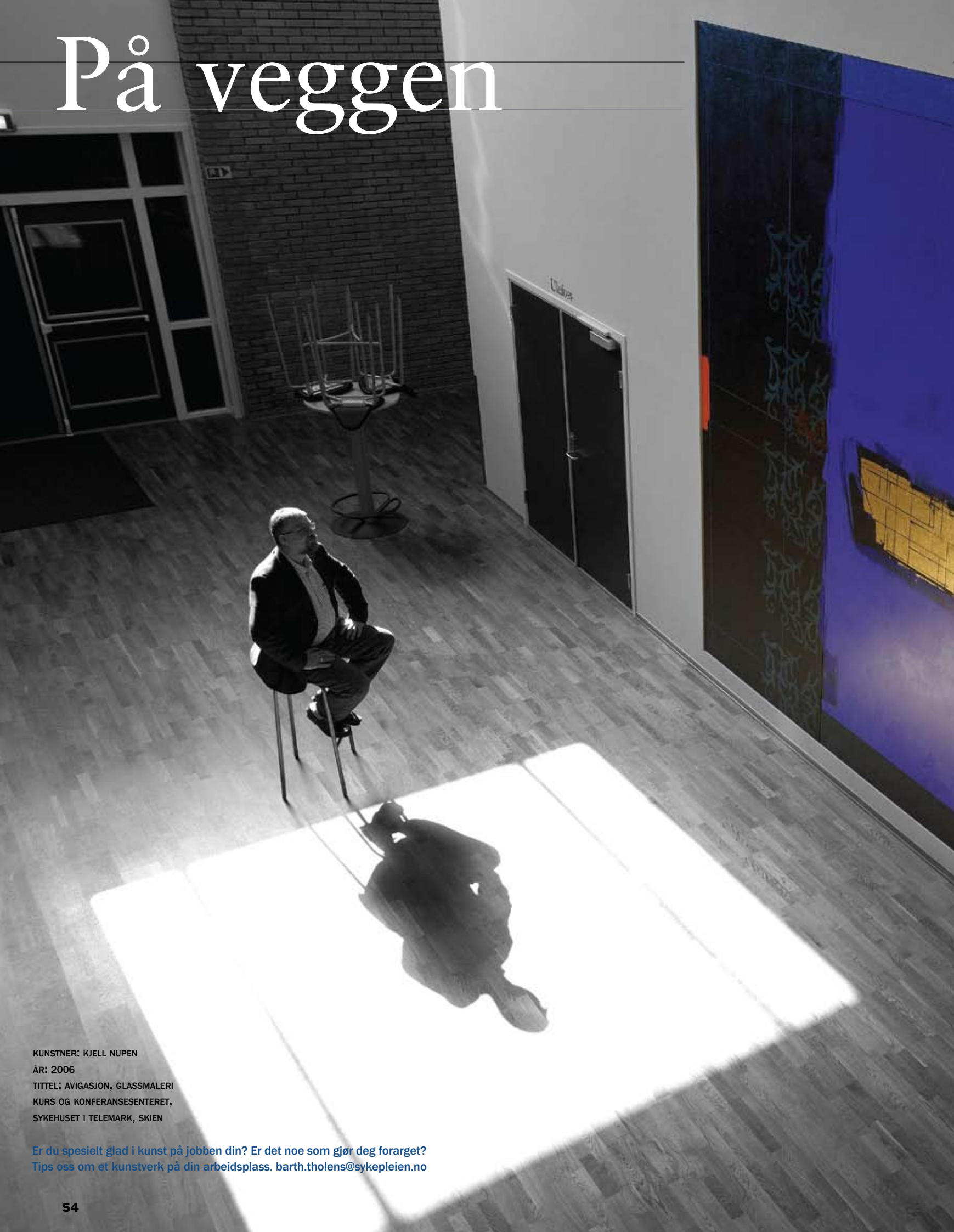
Jeg skulle gjerne likt å skrive en bok om fem år med tittelen: «Norsk narkotikapolitikk. Et globalt forbilde».

9 Blir du rik av boken?

Nei. Boka har tvert imot satt meg brutalt tilbake økonomisk. Det har vært hardt, men føltes helt nødvendig.

tekst Susanne Dietrichson

På veggen




KUNSTNER: KJELL NUPEN

ÅR: 2006

TITTEL: AVIGASJON, GLASSMALERI
KURS OG KONFERANSEENTERET,
SYKEHUSET I TELEMARK, SKIEN

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

SYKEHUSET I TELEMAR, SKIEN



5,6 ganger 4 meter! Kjell Nupens maleri «Navigasjon» er ikke noe småtteri. Maleriet, et av de største Nupen har laget, har en mektig, symbolladet utstråling. Her er både tradisjonen og det moderne representert. Her er livets reise, båten på et knallblått hav. Her er de strengt geometriske formene, side om side med «rosemalte» border. Og den strenge orden til tross, her er det også små avvik og rariteter som får oss til å undre.

– Det er bare helt enormt, sier Ove Fevåg, psykiatrisk sykepleier og spesialkonsulent i administrasjonen på sykehuset i Skien. Han sitter på en høy krakk og lar seg villig dominere av det voldsomme verket. Båten i midten av bildet, malt med gullmaling, kommer nesten ut av maleriet når vårsola får tak i den, gjennom et stort og høyt vindu på det nye konferansesenteret til sykehuset. Effekten er nesten magisk.

Det hender Ove Fevåg (50) tar en tur innom sentret bare for å se på «Navigasjon». Maleriet gjør ham rett og slett rolig. Men også nysgjerrig. Hvorfor legger Nupen inn den oransje flekken til venstre, men ikke til høyre? – Det er få sentrerte kunstverk som er særlig spennende. Men her bryter Nupen balansen gjennom små detaljer.

Ove Fevåg kan nesten ikke sitte stille, så fornøyd er han med Sykehuset Telemarks satsning på kunst.

– Her er det ikke det samme kunstsammensuriet som vi ser på andre sykehus. Der er politikken gjerne «Har vi en spiker, finner vi et bilde», mener Fevåg.

TIDEN OG VEIEN ► 1. september 2008: Frist for innsending av forslag ► November 2008: Presentasjon av godkjente forslag i Sykepleien ► Desember 2008:

Etterlyst: Smarte hoder

Nå går startskuddet for Sykepleiens Smartpris 2008.

Hele 250 000 kroner skal fordeles blant sykepleiere som har funnet fram til nye, smarte løsninger i helsetjenestene. I tillegg til Innovasjon Norge er nå også KS med på å premiere **hoder som kan tenke nytt**.

Fra og med NÅ og fram til 1. september 2008 kan sykepleiere sende inn forslag på nye løsninger og ting de selv har «funnet opp», gjerne i samarbeid med annet helsepersonell. Det kan være løsninger eller praktiske innretninger som har gjort pleiejobben mer effektivt og som kan føre til forbedringer og gevinster i helsetjenestene.

Har du stått bak slik nye løsninger, er det nå bare å få skrevet ned en søknad for å være med blant kandidatene til Smartpris 2008. Også løsninger som ikke er helt ferdig utviklet er velkomne. Selv hvis ideen bare er inne i hodet ditt, kan den bli vurdert av juryen, bare den er god nok. Da er det imidlertid viktig at ideen blir godt begrunnet i en skriftlig søknad.

Tredje år med Smartpris

Smartprisen ble lansert av tidskriftet Sykepleien i 2006. Den gang ble over 20 kandidater vurdert. Vinneren, som ble kåret av våre lesere, var sykepleiere ved

Haukeland sykehus i Bergen. De hadde utviklet et perforert stålrør for håndtering av morsmelk.

I fjor inngikk Sykepleien et samarbeid med Innovasjon Norge, som var med på å kvalitetssikre de innsendte forslagene. Dette resulterte i tre priser. Lesernes pris på 100 000 gikk til Rikshospitalet for en plastkortversjon av prosedyrer for ansatte ved barneenheten. Fagjuryen delte ut 2 priser: 50 000 kroner gikk til en helsestasjon i Bærum for deres arbeid med samtalegrupper for skillsmissebarn. Et tilsvarende beløp gikk til Kari Grov på Stord. Hun har utviklet en idé om en ny urinpose for mannlige pasienter. (se egen sak)

KS er med

I år blir antallet priser utvidet fra tre til fire. Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon KS stiller 50 000 kroner til disposisjon til en kandidat fra kommunehelsetjenesten. Vinneren skal kåres av fagjuryen.

Innovasjon Norge vil som før bidra til å kvalitetssikre forslagene. Det er viktig at forslagene representerer noe vesentlig nytt i forhold til det som er kjent fra før. Innovasjon Norge vil også veilede og hjelpe kandidater med tanke på et eventuelt markeds-potensial for nye løsninger/produkter. Det gjelder for eksempel utvikling av prototyper eller arbeidet fram til et patent.

I en avtale som Sykepleien, KS og Innovasjon har inngått heter det at formålet med prisen er «å synliggjøre nye løsninger på praktiske utfordringer innen helsesektoren. Prisen skal bidra til mulig verdiskapning i helsesektoren gjennom innovasjon».

Lav terskel

Terknelsen for å sende inn forslag er lav. Sykepleiere må være med blant de som har utviklet ideen, men de kan gjerne inngå i et team som består av flere andre yrkesgrupper. Erfaring viser at de beste ideene ofte utvikles i slike team.

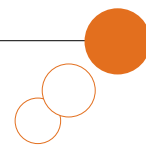
Det er heller ingen forutsetning at løsningen skal representere høyteknologiske nyvinninger. Stålrøret som vant i 2006 var laget ved hjelp av teknikerne «i kjelleren» på Haukeland. Det var først og fremst selve ideen som var smart, kostnadsbesparende og praktisk.

Prisene

Også i år ønsker Sykepleien å involvere sine lesere i en avstemning om hvem som skal få hovedprisen på 100 000 kroner. Avstemningen skal foregå på nett etter at alle forslagene er blitt presentert samlet i Sykepleiens november-utgave. I fjor deltok 2000 sykepleiere i denne avstemningen.

De øvrige prisene på 50 000 kroner hver deles ut av en fagjury. Her deltar representanter fra NSF, KS og Innovasjon Norge, i tillegg til en rekke uavhengige fagpersoner.

Prisene deles ut i januar på et større arrangement.



Slik søker du

1 Forslag sendes til smartpris@sykepleien.no eller til Sykepleien, postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo, merket «Smartpris».
Frist 1. september 2008.

2 Med påmelding skal følge **en presentasjon** som bl.a. skal inneholde en beskrivelse av ideen/løsningen:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilken nytteverdi har ideen/løsningen?
- Hvilke andre fordeler har ideen/løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?

• Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)

• Det anbefales at det legges ved en uttalelse fra en relevant fagperson som kan gå god for forslaget.

3 **Vurderingskriterier:**

- Løsningen må være selvutviklet. Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Kandidater må dokumentere eller argumentere for at de er først ute med dette.
- Kandidater kan foreslå seg selv, sin avdeling eller andre.

4 Alle bidrag til konkurransen behandles konfidensielt. **Bidragene vurderes av en fagjury** som skal bestå av bl.a. helsefaglig personell, personer med kompetanse innen forretningsutvikling og en representant fra Kommunenes Sentralforbund. Alle bidragsytere vil få skriftlig tilbakemelding.



Disse vant i fjor:



Beste urealiserte ide:

Kar-i-posen

Kari Jaastad Grov, Stord, fikk fagjuryens premie på 50 000 kroner for ideen om å utvikle en urinpose for menn som ikke kommer opp av seng eller rullestol på egen hånd. Posen har bleieliknende materiale på innsiden.

DRØM: – En drøm har gått i oppfyllelse, mente Kari Jaastad Grov da hun mottok prisen for beste urealiserte ide.

Lesernes vinner: KORTversjon

Kirsten Ladegård og Nina Lindberg ved Barneenheten, Rikshospitalet fikk ideen til perforerte kort i A6-format med kort og punktvis informasjon om forskjellige prosedyrer og rutiner i avdelingen. Sykepleiens lesere premierte ideen med 100 000 kroner.



HOVED-VINNER:
Tone Anette Aase, Kirsten Ladegård og Nina Lindberg mente at ideen deres kunne brukes på mange avdelinger.

Fagprisen: Samtalegrupper for skilsmissebarn

Fjorårets fagjury tente aller mest på en idé utviklet ved Bekkestua helsestasjon i Bærum. Grupper med barn som i skoletiden møtes for å snakke om spørsmål rundt skilsmisse. Hilde Egge og Tordis Labraaten sto bak ideen.

FOR BARN: Anne Korsvold, Hilde Egge, Solfrid Lien Hoff, Tordis Labråthen, Ellen Habberstad, Olaug Lerøy, Anne-Merete Bjørkholen og Hilde Mostue utgjorde teamet bak samtalegruppene for barn.

Definerer sykepleie

– Sykepleiere over hele verden må bruke samme begreper, mener Amy Coenen. Det vil gi bedre pasientsikkerhet.



Hun mener nøkkelen til et felles språk er ICNP, det vil si International Classification for Nursing Practice. Dette er et klassifikasjonssystem for å beskrive fenomener, handlinger og resultater i sykepleie.

Deler kunnskap

Amy Coenen, direktør for ICNP, var i Norge i mars for å forelese om terminologia og dokumentasjon. Det er *International Council of Nurses* (ICN) som har tatt initiativ til ICNP. ICN har 129 medlemsland, deriblant Norge gjennom Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Seksti sykepleiere, de fleste fra NSF's faggruppe for ikt og dokumentasjon, kom og hørte på henne.

Til Sykepleien poengterer Coenen at ICNP er et verktøy for å dokumentere praksis.

– Det er universelt, og gjør det mulig å dele kunnskap på tvers av nivåer og landegrensar, fra sengekant til toppledelse, sier hun.

Brukes i dag

For å ta det helt enkelt: ICNP handler om at alle begreper, også begreper sykepleiere bruker hele tiden i dag, får en definisjon. Det kan være begreper som obstipasjon, motivasjon, støtte og bruk av rullestol.

Det skal sikre at når en sykepleier ett sted dokumenterer at pasienten er obstipert, så forstår sykepleieren på et annet sted akkurat hva begrepet innebærer. Tanken er at når begrepene som ligger til grunn er de samme, kan man utvikle data som igjen kan bidra til å forbedre sykepleie.

Øversettes til norsk

Det fins flere klassifikasjonssystemer for sykepleie. For eksempel NIC og NANDA, som begge brukes i norsk helsevesen i dag. Seniorrådgiver Kathy Mølstad i NSF har vært med å øversette begge disse til norsk. Nå er hun i slutfasen med å øversette ICNP. Når den er ferdig, legges

øversettelsen ut på ICN sine hjemmesider, slik at den er tilgjengelig og gratis for alle.

Hun peker på at ICNP er fleksibel:

– Det skal være et språk som er lett å øversette. For å ta hensyn til ulike lands kulturelle særegenheter er hensikten at man kan bruke synonymer og også sette sammen begreper for å lage utsagn. For eksempel «evne til å beskytte», som er satt sammen av begrepene evne og beskytte. «Evne til å håndtere behandlingsregime» er et annet eksempel.

Meningen er også at alle sykepleiere skal kunne påvirke ICNP og lett kunne kontakte redaksjonsutvalget. For eksempel har flere av Mølstads innspill blitt tatt inn i ICNP, og hun regnes nå som medutvikler.

Ingen byrde

NSF har ikke tatt stilling til om

ICNP skal anbefales norske sykepleiere. Men det er opprettet et terminologiråd, som innen mars 2009 skal komme med et forslag til overordnede prinsipper i forhold til bruk av terminologi i dokumentasjon.

Coenen viser til at den «tause kunnskapen» ikke er et særnorsk fenomen. All forskning viser at sykepleie ikke blir godt nok dokumentert.

– *Hva bør norske sykepleiere vite om ICNP?*

– At det å kunne kommunisere hva de gjør gir dem et verktøy. Både til neste skift, for å sikre kontinuiteten i sykepleien, og også ut til samfunnet. Ved å vise hva de gjør vil sykepleierne også få mer makt, tror hun, og legger til:

– Dette vil samfunnet forvente. Verden globaliseres, og da må vi ha en terminologi for å kunne snakke med sykepleiere andre steder i verden.



SNAPPER SAMME SPRÅK: Kathy Mølsted (t.v.) holder på å oversette ICNP til norsk. Amy Coenen vil at hele verden skal bruke systemet.

– Men hvor mye må de lære seg om ICNP?

– Jeg tror ikke de trenger å kunne så mye. Helseinformatikksystemer som dette bør være noe som understøtter sykepleiernes praksis. De skal ikke være til byrde. Jeg tror vanlige sykepleieres bidrag må være å tilpasse systemene til klinisk praksis. Informasjonssystemer kan være vanskelig tilgjengelige fordi klinikere ikke har vært med på å utvikle dem.

Kathy Mølsted supplerer:

– Det er som med pumper og annet medisinsk-teknisk utstyr. Man trenger ikke vite hvordan de er skrudd sammen, men man må kunne bruke dem.

Blir aldri ferdig

Første versjon av ICNP var ferdig i 2005, så akkurat nå er det å oversette en stor jobb.

– Noe jeg synes er morsomt, er at den spanske oversettelsen av

ICNP er felles for landet Spania og landene i Latin-Amerika. Til tross for store kulturelle forskjeller, kom de til enighet om at de kunne bruke de samme begrepene innenfor sykepleie, forteller Coenen.

– Hva er de største utfordringene?

– De er mange. En er at systemene stadig er i forandring. Vi må omstille oss og forstå at siden ICNP er et fleksibelt system, vil det alltid være mulig å forandre. Det blir aldri ferdig. Det er en utfordring, men også en mulighet. Det er som med sykepleiekunnskap; er det ikke dynamisk, gjenspeiler det heller ikke virkeligheten.

– Ditt viktigste budskap til norske sykepleiere?

– Ikke vær redde. Sett dere heller inn i hvorfor systemer som dette kan være viktige for dere, oppfordrer Amy Coenen.

Les mer: www.icn.ch/icnp

Health+Workers
www.Health-Workers.com

Nye sommerfarger

Mange nye modeller og farger er ankommet. Denne sommeren er det sjokoladefargen som gjelder.

Tunikaer fra
kr 299,-

Bukser fra
kr 299,-



Clogz ...til nedsatt pris

Lett og luftig. Sklisikker og setter ikke merker. Luktavstøtende og antibakteriell. Kan vaskes på 30°C og med klorin. **Nå kun kr 249,-**



Ny katalog ...kommer snart!

Den splitter nye katalogen vår er snart klar for utsendelse. Friskere og stiligere arbeidstøy enn noen gang før!

Forhåndsbestill i dag!
GRATIS KATALOG
www.Health-Workers.com
Til 33 48 60 50.

Bestill på www.Health-Workers.com
Ordretelefon 33 48 60 50

For få vasker gir syke skolebarn

Hvis barn vasker hendene på skolen, vil det føre til mindre omgangssyke, og igjen til mindre fravær både blant skolebarn og deres foreldre. Det mener den danske sunhedsplejersken Inge Nandrup-Bus, som er i gang med å undersøke påstanden.

Utfordringen er ikke å få barna til å vaske hender, det opplever hun at de synes er gøy. Problemet er at skolene har for få vasker. I tillegg mener hun at voksne har for liten forståelse for hvor viktig håndvask er. Hun sier til *Sygeplejersken* at før antibiotikumets tid hadde man respekt for håndhygiene, fordi man da kunne dø av infeksjoner. Nå bruker man medisin og blir frisk igjen.



Skal sikre lik behandling av senaborter

En ny håndbok skal sikre abortsøkere lik behandling. Boken er myntet på medlemmene i abortnemndene. Den oppsummerer det rettslige grunnlaget for nemndarbeid, retter oppmerksomhet på viktigheten av nemndmøte og beskriver viktige erfaringer fra abortnemndenes arbeid.

Håndboken er utgitt av Helsedirektoratet i samarbeid med representanter fra fagmiljøer med særlig kompetanse på reproduktiv helse og abort.

Boken finnes også i en elektronisk utgave, hvor endringer i abortloven og annet relevant regelverk vil bli løpende oppdatert.

Forurenset heparin tar liv

Siden januar 2007 er 62 dødsfall i USA knyttet til bruk av forurenset heparin, fremstilt av ingredienser importert fra Kina. Dødsfallene skyldtes hypotensjon eller allergiske reaksjoner. Heparin fra flere produsenter er tilbakekalt både i USA, i Tyskland, Danmark, Frankrike, Italia og Spania.

British Medical Journal

Faste til besvær

Å faste før undersøkelse eller operasjon går greit, viser en undersøkelse sykepleierstudenter ved Høgskolen i Bergen har gjort. De har intervjuet eldre pasienter på sykehus. Men blir operasjonen utsatt, kan det føre til tørste, kvalme, slapphet eller irritabilitet.

forskning.no

C Vagifem «Novo Nordisk»

Østrogen

VAGINALTABLETTER 25 µg Hver vaginaltablett inneholder: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 25 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel. Atrofisk vaginitt, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Dosering:** Fores dypt inn i skjeden vha. applikator. Startdose: 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Vedlikeholdsdose: 1 vaginaltablett 2 ganger i uken. Behandlingen kan startes når som helst. Hvis en dose glemmes, skal den tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. Ved oppstart og ved behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose og korteste varighet brukes. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Under behandling, spesielt de første 2 ukene, kan det sees en svak absorpsjon, men da plasmaøstradiolnivåene etter de første 2 ukene vanligvis ikke overskrider postmenopausale nivåer anbefales ikke tillegg av gestagen. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Nytt/risikoforholdet bør vurderes grundig minst én gang årlig, og HRT (hormonell substitusjonsterapi) bør bare fortsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en ny generell klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) skal foretas før behandlingen initieres eller gjeninnsattes. Under behandlingen bør pasienten følges opp regelmessig. Kvinner bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. mammografi bør foretas i.h.t. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Systemiske effekter kan ikke utelukkes. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten overvåkes nøye: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, tidligere eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelittiasis, migræne eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Pga. lokal administrering og små doser, er forekomsten og alvorligheten av forholdene nevnt over mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller nedsatt leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrenelignende hodepine og graviditet. **Endometriehyperplasi og endometriekreft:** Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før oppstart av behandling. Risikoen for endometriekreft avhenger av både varighet og dose østrogen. Preparatet synes ikke å være forbundet med økt risiko for endometriehyperplasi eller uterus cancer. Østrogensubstitusjonsbehandling bør ikke forskrives i mer enn 1 år uten at generell legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. **Brystkreft:** Systemisk østrogenterapi kan øke risikoen for brystkreft. Relativ risiko for brystkreft er større når et gestagen er tillagt enten sekvensielt eller kontinuerlig og uavhengig av type gestagen. **Venøs tromboemboli:** Systemisk HRT er forbundet med en høyere relativ risiko (2-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten er mer sannsynlig i det første året av behandlingen. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombofili har en økt risiko for VTE. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, bør det vurderes om det er mulig å avslutte HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før ingrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobil igjen. Slag: Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogener og medroksprogesteronacetat, men det er ukjent hvorvidt dette også gjelder andre HRT preparater. **Oværiekreft:** Langtidsbehandling (minst 5-10 år) med HRT med østrogen alene hos kvinner som har fjernet uterus har i noen studier vært forbundet med økt risiko for ovariekreft. Det er usikkert om dette også gjelder ved langvarig kombinasjonsbehandling. Østrogener kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor overvåkes nøye i de første ukene av behandlingen. Pasienter med terminal nyreinsuffisiens bør overvåkes nøye, da det må forventes at sirkulerende nivåer av de aktive stoffer vil øke. Det foreligger indikasjoner på økt risiko for mulig demens hos kvinner ved start av kontinuerlig kombinasjonsbehandling med konjugert østrogen og medroksprogesteronacetat etter fylte 65 år. **Graviditet/Amming:** Skal ikke brukes ved graviditet eller amming. **Bivirkninger:** Vanligst forekommende er utflod og vaginalt ubehag. Østrogenrelaterte bivirkninger som brystsmerte, perifert ødem og postmenopausale blødninger forekommer fortrinnsvis i begynnelsen av behandlingen. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, mavesmerter, utsplitt mage eller mavebesvær, dyspepsi, oppkast, flatulens. Neurologiske: Hodepine. Urogenitale: Genital candidiasis eller vaginitt, vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Øvrige: Brystødem eller brystforstørrelse, brystsmerte eller brystømhet, perifert ødem. Svært sjeldne: Brystkreft, endometriekreft, hypersensitivitet NOS, væskeretensjon, insomnia, depresjon, forverret migræne, dyp venetrombose, diaré, urticaria, erytematøst utslett, ikke spesifikt utslett NOS, utslett med kloe, genital pruritus, endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginal sårhet, manglende effekt, vektøkning, økt østrogennivå i blod. Bivirkninger i forbindelse med andre østrogenbehandling: Hjerteinfarkt, kongestiv hjertesykdom, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, pruritus, vaginal candidiasis, risiko for å utvikle endometriekreft, endometriehyperplasi eller økt størrelse av uterine fibroider, epilepsi, libidoforstyrrelser, forverring av astma og muligens demens. **Overdosering/ Forgifting:** Ingen tilfeller av overdosering er rapportert. **Behandling:** Symptomatisk. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. Vaginaltablettene er en filmdrasjert hydrofil matrikstabledt som adhereres til vaginalslimhinnen. Ved hydrering dannes en gel og det skjer en langsom frigivelse av østradiol. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er avhengig av østrogen. Østrogen øker antallet overflateceller og intermedieære celler sammenlignet med basalceller. Østrogen opprettholder skjeddens pH på ca. 4,5. Dette fremmer normal bakterieflora, hovedsakelig Lactobacillus Dederleini. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mavearmkanal. Ved vaginal administrering unngås «first pass»-metabolisme. Maks. nivåer etter enkelt dose er ca. 175 pmol/liter (47-51 pg/ml). Etter 14 dagers behandling detekteres bare marginal absorpsjon av 17-β-østradiol med gjennomsnittlig nivå innenfor det postmenopausale området. Gjennomsnittlig konsentrasjon av 17-β-østradiol ved hvert målingstidspunkt lå i det normale postmenopausale området. Ingen akkumulering av østron over en 12 ukers periode med administrering. **Metabolisme:** Metaboliseres til sulfat- og glukuronidkonjugater. **Utskillelse:** Via urin.

Pakninger og priser: (pr. 06.11.2007): Enpac: 15 stk. 144,70.

Sist endret: 26.10.2005

1) Stenberg A, Hejmer G, Ulmsten U et al. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. *Maturitas* 1996; 24: 31-6. 2) Mettler L, Qlsen PG. Long-term treatment of atrophic vaginitis with low-dose østradiol vaginal tablets. *Maturitas* 1991; 14: 23-31. 3) Dugal R et al. Comparison of usefulness of østradiol vaginal tablets and østradiol vaginal gels for treatment of vaginal atrophy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 293-7. 4) Nilsson K, Hejmer G. Low-dose østradiol in the treatment of urogenital østrogen deficiency - a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Maturitas* 1992; 15: 121-27. 5) Weisberg E et al. Endometrial and vaginal effects of low-dose østradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet. *Climacteric* 2005; 8: 83-92

Grethe, 78 år. Tørr hud og pensjonert laborant.



NYHET

**EXTRA
HUDCREME**

Uden parfume
Utan parfym

Dokumentert
MILD
Fuktighetstest



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

Ikke barn – heller ikke voksen



Ungdom i sykehus

Unge i alderen 10-19 år hadde litt over 38 000 døgnopphold og nesten 285 000 polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i 2007.

Kilde: SSB

RIKSHOSPITALET/ULLEVÅL I OSLO:

– Sykepleierne har en ledig tone og kan prate om andre ting enn sykdom. Det er viktig for 16 år gamle Christian Walstad.

For to uker siden byttet han ut den ene hoften. Nå står kofferten ferdig pakket ved siden av sengen på revmatologisk avdeling på Rikshospitalet. Om et halvt år kan han begynne å tenke på fotball igjen.

På sykehuset synes han det har vært hyggelig.

– De kommer og sjekker hele tiden og passer på at alt er fint, sier han.

Fra biblioteket har han fått låne dvd-spiller, filmer og Nintendo DS. Han har holdt kontakten med venner via mobilen og hatt masse besøk.

– Noe du savner?

– Katta mi, det er vel det eneste.

Hjerne i utvikling

Men ikke alle er like fornøyde. Det vet barnesykepleier Liv-Grethe Kristoffersen ved Lærings- og mestringscenteret for barn, unge og deres familier ved Ullevål universitetssykehus. Hjertet hennes har lenge banket litt ekstra for ungdom.

– De utgjør et lite antall, men en stor utfordring, sier hun.

– Det spesielle er at de er i et tiår med endring.

Kristoffersen er opptatt av at ungdomstiden ikke er én tid, men at den psykologiske utviklingen kan deles i tre faser. I faglitteratur kalles ungdomstid for *adolescencia*, egentlig fra latin og *adolescencia*, som betyr å vokse opp. Denne perioden strekker seg fra 10-21 år, og deles opp i tidlig, midtre og sen adolescence eller ungdomstid. Mens familien er sentrum i tidlig adolescens (10-13), er utprøving av egen identitet viktig i midtre (14-16), mens i sen adolescence (17-21 år) «lander» ungdommen mer.

– Gjennom hele perioden formes identiteten ved at de eksperimenterer rundt hvem de vil være, forteller hun.

Heldigvis skjer ikke all denne utprøvingen i virkeligheten, noe foregår kun som tanker.

– Men den kognitive utviklingen og forståelsen av tidsbegrepet er ikke ferdig før i sein ungdomstid, og det er viktig å være oppmerksom på.

Please!

Liv-Grethe Kristoffersen mener at tilnærmingen derfor først og fremst må rettes mot at pasienten er ungdom, så mot diagnosen. Hun viser til at ungdom med noen typer kroniske sykdommer har høyere risiko for sykkelighet og død fordi de ikke alltid er i stand til å følge opp sykdommen sin. Noen eksperimenterer også i forhold til den.

Helsepersonell synes de informerer, men opplever likevel at ungdom dropper medisiner eller lar være å ta forholdsregler.

Det betyr ikke at man skal slutte å informere. Men heller tilpasse måten informasjonen gis på og knytte den til tema og mål som opptar ungdom.

– Vi tenker lett brosjyrer. Men ungdom vil heller lære via internett, video og tilpassede illustrasjoner, sier Kristoffersen.

Helsepersonell må treffe ungdom «der de er». For eksempel er det ikke sikkert de har spørsmålene klare til avtalt tid på et legekantor. Tankene kan like gjerne komme

HEI OG HADET:
Christian Walstad
liker at sykepleierne
kommer innom ofte.



– Å lære dem å ta veivalg er viktig.

Grethe Hafstad

midt på natten. Da hun og en barnelege tidligere besvarte spørsmål på nettsiden «Astmasurf», var det typiske at de var sendt rundt midnatt og med halehenget: «Please, svar fort!»

Vil og vil ikke være som dem

Ungdom kan også forvirre ved at de virker friske, gjerne hvis man er vant til å forholde seg til syke eldre.

Når de ikke følger opp, kan man spørre om problemet er hos ungdommen eller hos helsevesenet. For eksempel at polikliniske konsultasjoner på dagtid passer dem dårlig, fordi de uansett grunn får fravær fra skolen.

– Det kan også være lurt å minne om timeavtaler på sms, erfarer hun.

Kristoffersen peker på at samfunnet har et paradoksalt forhold til ungdom.

– På den ene siden går 40-åringene i trange jeans og vil gjerne se ut som dem, på den andre siden

er toleransen for deres særegenheter lav.

Savner venner

Thomas Omvik Johansen har hatt cystisk fibrose siden han var barn. Han har vært mye på sykehus, særlig etter at han på ungdomsskolen fikk trøbbel med en gjenstridig mycobakterie. Da han skulle begynne i andre klasse på videregående, var han på skolen én dag, så lå han sju uker på barneinfeksjonsposten på Ullevål.

Der har han hatt det bra. Han synes primærsykepleie er veldig kjekt, og har blitt godt kjent med flere av sykepleierne. Han stikker stadig innom dem når han er til kontroll.

Legen har vært flink til å kommunisere at han etter hvert må ta ansvar selv. Fra nyttår ble han overført til voksenavdeling.

– Jeg er gradvis blitt behandlet som mer voksen og fått bestemme selv, sier han.

– Før eller senere måtte jeg

flytte, og det var greit å gjøre det da jeg ble 18.

Det han savner på sykehuset, er venner. Fordi Ullevål har regionsfunksjon for pasienter med cystisk fibrose, må han til Oslo.

– Men jeg bor i Moss, og da er det ikke så lett for venner å komme på besøk.

Internett ville løst mye, tror han.

– For eksempel med MSN er det lettere og billigere å holde kontakt, og bruker vi webkamera, kan vi se hverandre også.

Han trekker også frem gevinst i forhold til skolen.

– Fronter brukes mye, både til å levere oppgaver, legge ut ukeplaner og beskjeder.

Så langt har han og moren ordnet tilgang til internett ved å koble seg opp via mobil og andre løsninger.

– På barnesenteret skal de få internett ved noen senger, og det er kjempebra. Men på voksenposten er det ingenting, sier han.

På Rikshospitalet

«Ingrid» inne i et rosa hjerte. Og «Robin du er kul» pryder tavlen på Rikshospitalets ungdomsrom. I en gedigen sofa sitter Hilde Mogan, Grethe Hafstad og Mona Røisland. Ingen av dem ungdommer, men alle tre er opptatt av å ruste ungdom best mulig når de må forlate den trygge barneavdelingen.

Barne- og ungdomsseksjonen ved revmatologisk avdeling har lang tradisjon for å ivareta ungdom. Tidligere var den del av gamle Oslo sanitetsforenings revmatisesykehus, som en gang huset landets eneste rene somatiske ungdomsavdeling. Da spesialsykehuset ble nedlagt, og kompetansen overflyttet det nye Rikshospitalet på Gaustad, ble den rene ungdomsavdelingen borte, men en oppmerksomhet mot ungdom beholdt.

Da en kartlegging for noen år siden viste at ungdom ikke var godt nok forberedt på å flytte



Anbefaler retningslinjer

Revmatologisk avdeling på Rikshospitalet og Nasjonalt kompetansesenter for barne- og ungdomsrevmatologi har laget anbefalte retningslinjer for ivaretagelse av barn og ungdom på barne- og ungdomsseksjonen, overføring derfra og mottak og oppfølging av ungdom og unge voksne ved voksenavdelinger.

Se www.rikshospitalet.no/nakbur

HAR EN PLAN: Hilde Mogan (t.v.), Grethe Hafstad og Mona Røisland.



Rettigheter

Frem til 18 år: Rett til å ha med én foreldre. Rett til skolegang, trenet personale og tilrettelagte omgivelser.

Fra 12 år: Rett til å si sin mening og har medbestemmelse i alle spørsmål som angår egen helse.

Frem til 16 år: Foreldrene har rett til informasjon om behandling. Kan i visse tilfeller holdes utenfor.

Fra 16 år: Regnes som myndige. Bestemmer selv over egen helse og behandling.

over til voksenavdeling, begynte seksjonen å jobbe systematisk med overføringen.

Stort ansvar

– Vi har alltid vært opptatt av å lære opp ungdom, forteller Hilde Mogan, assisterende avdelings-sykepleier.

Hun har blant annet ansvar for ungdomshelgene, et tilbud om å være på sykehuset en hel helg for både å lære og å møte annen ungdom i samme situasjon.

Grethe Hafstad, kontaktsykepleier for barn og ungdom med revmatisme, forteller at det å plutselig måtte ta ansvar for egen sykdom er utfordrende. Derfor har de en plan for overføringen, og begynner gjerne å forberede ungdommene når de er 13-14 år.

– Å lære dem å ta veivalg er viktig, sier hun.

Vanskelige valg

De er opptatt av å hjelpe ungdom i å bli selvstendige i forhold til egen sykdom.

Et eksempel:

– For revmatikere er det vanlig å gå på cellegiften Methotrexate, som passer dårlig sammen med

alkohol. Samtidig anbefales det ofte å ta medisinen nettopp i helgen, fordi bivirkninger som kvalme ikke skal gå ut over skolearbeidet i ukedagene.

Da må de få kunnskap, kjenne konsekvensene og så bestemme selv.

Mona Røisland, koordinator for Nasjonalt kompetansesenter for barne- og ungdomsrevmatologi, supplerer:

– Historisk sett har helsepersonell vært lite flinke til å snakke til dem det gjelder. Det gjelder også ungdom.

Også foreldre

En klassisk situasjon i konsultasjon med ungdom er at mor eller far svarer på spørsmålene fra helsepersonell.

– Noen ganger kan det være greit å sende foreldrene ut. For eksempel ta halve konsultasjonen med foreldre og halve uten.

Hafstad peker på at ungdom faktisk har rett til egen tid med helsepersonell. Det overrasker ofte foreldrene.

– Naturlig nok har mange foreldre behov for å kontrollere at ungdommene «tar seg av» sykdommen sin. Å slippe denne kontrollen kan være skummelt. Mange er bekymret eller har fantasier om hva som kan skje. Å stå på sidelinjen og se ungdommen sin gå på trynet uten å gripe inn, kan være tøft. Derfor må vi jobbe med foreldrene parallelt som vi hjelper ungdommene å stå på egne bein, understreker hun.

Sunt å flytte

– *Hva synes dere om at de overføres når de er 18?*

– Litt tveegget, sier Hafstad.

– Men for de fleste er det positivt. De som har vært syke siden



HJERTE FOR UNGDOM: Liv Grethe Kristoffersen vil ha ungdom på dagsorden i sykehus.

de var små, har det veldig trygt og godt på en barneavdeling. For dem kan det rett og slett være sunt å flytte. Jeg har sett at noen har hatt en kjempeutvikling etterpå. Samtidig har noen behov for å være litt lenger i barneavdeling.

På Rikshospitalet er det mulig å bli fulgt opp av barnerevmatolog til man er 23. Men det er også et kapasitetsspørsmål.

– Jeg synes ikke vi skal forlenge tiden på barne- og ungdomsavdelingen, heller bør voksenavdelingene skoleres om ungdom så de legger best mulig til rette for dem. Generelt mangler det bevissthet om årene før unge kommer i etableringsfasen, erfarer Mona Røisland.

– Vi har fått høre at vi skjømmer dem bort litt, sier Mogan.

Fra leirskole til gamlehjem

Sesilie Halland, styremedlem i Norsk revmatikerforbund og tidligere leder av Revmatiker-

forbundets barne- og ungdomsorganisasjon, er også opptatt av overgangen mellom barne- og voksenavdeling.

– Jeg husker selv da jeg ble lagt inn på Revmatismesykehusets ungdomsavdeling; noen var nettopp flyttet til voksenavdeling, men hang stadig rundt hos oss. Fra å ha vært på en litt kul ungdomsavdeling havnet de plutselig på rom med 80-åringer.

Halland tror heller ikke helsepersonell i dag er flinke nok til å legge unge på samme rom.

Selv fikk hun barneleddgikt som 13-åring. I dag er hun 29 og regner seg selv som heldig. Hun fikk diagnosen tidlig, har hatt god effekt av medisiner og har lite plager på grunn av sykdommen. Men å få en kronisk sykdom var likevel tøft.

Gav opp hobby

– Jeg var midt i puberteten og spilte håndball. «Du får ikke ha idrett ▶▶

– Da jeg var 13 sa revmatologen: «Du må ikke bli gravid og ikke drikke alkohol». Punktum.

Sesilie Halland

på et halvt år», var beskjeden jeg fikk fra revmatologen. Sånt sier man heldigvis ikke lenger. For meg den gangen innebar det at jeg måtte slutte med det jeg drev mest med. Det skapte en redsel for å være fysisk aktiv og påvirket meg i mange år.

Halland, som er fra et lite sted på Sunnmøre, hadde ingen andre unge å dele sykdomserfaringer med. Den første tiden etter diagnosen lå hun mye på sofaen, i den grad at hun fikk broren til å løpe og hente ting for seg. Etter et halvt år ble hun lagt inn på Revmatismesykehuset i Oslo for første gang. Der så hun unge revmatikere i rullestol, og ble først redd. «Skal det bli sånn» tenkte hun. Men så fant hun ut at hun kanskje tross alt var heldig, hun var ikke like dårlig som dem. Samtidig begynte hun å engasjere seg i Revmatikerforbundet. Da begynte ting å gå bedre. Etter hvert tok hun opp treningen, men har aldri spilt håndball igjen.

Mange mennesker

Halland mestret det å bli kronisk syk som ung, men hun vet om andre unge som aldri har kommet over det, og som preges av sykdommen sin.

– Mange som har fått barneleddgikt som veldig små, sier at de er glad de ble syke som barn, så de slapp å få det i ungdomstiden, forteller hun.

– Hvilke utfordringer møter du som ungdom i sykehus?

– Det jeg husker som forvirrende, var møtene med så mange faggrupper. Revmatolog, kirurg, sosionom, ergo- og fysioterapeut. Gjerne alle i løpet av én dag, og de kom én og én og spurte om det samme. Flere snakket også over hodet på meg. Fysio- og ergoterapeuten skjønnte jeg vitsen med, for de var så konkrete, men hva de andre egentlig skulle, var mer diffust. Ingen hadde heller forberedt meg på å møte dem. Det tror jeg sykepleierne er flinkere til i dag.

Å være på en ren ungdomsavdeling, det likte hun.

– Jeg husker kule sykepleiere, som var flinke til å ta seg av oss, og som gjerne satte seg ned sammen med oss og så på tv om kvelden.

Forklar hvorfor

For henne ble det egentlig aldri noen overgang til voksenavdeling, fordi hun utover i ungdomstiden ble såpass frisk. Men hun ser klart viktigheten av å bli forberedt på at man etter hvert selv må ta over ansvaret for egen sykdom.

– På en måte blir du litt voksen av å være syk, fordi du er nødt til å ta ansvar. Samtidig blir du vant til å ha et støtteapparat rundt deg. Å måtte ta hele ansvaret selv kan komme litt brått.

En annen utfordring er informa-



VÆR REALIST: Sesilie Halland mener helsepersonell må innse at ungdom vil gjøre som vennene sine.

sjon om konsekvenser av sykdom og medisiner.

– Da jeg var 13 sa revmatologen: «Du må ikke bli gravid og ikke drikke alkohol». Punktum. Jeg skjønnte ingenting.

Hun mener helsepersonell må være realistiske når de gir råd. For eksempel vite at ungdom drikker.

– En ting er å være syk, sier hun.

– Da er man allerede litt utenfor. Og så får man ikke drikke heller.

Hun synes man må ta unge for det de er og se at de er i en fase hvor de opplever identitetsforvirring samtidig som de står overfor mange veivalg.

– I forhold til graviditet, forklar hvorfor. Da jeg fikk beskjed om ikke å bli gravid, tenkte jeg: «Men hva skjer? Dør jeg? Fins det i det hele tatt noe håp dersom jeg skulle bli det?»

Hun anbefaler å spørre ungdom om det de er opptatt av.

Et eksempel er sex. Som revmatiker lurert man kanskje på om sykdommen gir noen fysiske begrensninger. Men det er ikke tema. I stedet sjekkes funksjonsnivå gjennom spørsmål som «har du klart å vaske gulvet?»

– Lite relevant for en 17-åring.

Ta sjansen

På Ullevål har Liv-Grethe Kristoffersen følgende tips til sykepleiere som møter ungdom i sykehus:

– Spør dem!

Hvordan ønsker de å lære om egen sykdom? Vil de være i grupper? Hva vil de vite mer om? Når på dagen passer det best? Bør det være en blanding av aktivitet eller foredrag? Skal venner være med?

– En enkel metode som involverer brukerne i et likeverdig samarbeid. På den måten kan også vi spille inn tema, sier hun.

– Tema vi vet det er viktig at ungdom har kunnskap om.



Lær mer

BOK: Ungdomsmedisin av Kristina Berg Kelly
Ungdomsmedisin av Ole Rikard Haavet
Mer om hvordan de jobber med ungdom med revmatisme kan etterspørres på ungdomsrevma@rikshospitalet.no
Mer om brukermedvirkning blant barn og ungdom fins på www.mestring.no



Konferanse til høsten

I november arrangeres den første nasjonale konferanse om ungdomsmedisin. Arrangør er blant andre Barnesykepleierforbundet og Barnelegeforeningen. Aktuell både for primær- og spesialisthelsetjeneste, for dem som jobber med barn og de som jobber med voksne.

– Trenger egne avdelinger



Ungdom trenger å møte andre i samme situasjon, mener André Grundevig (bildet) i Barnesykepleierforbundet NSF.

Han peker på at forskriften ikke følges i forhold til ungdom i sykehus.

– Ifølge den er ungdom barn til de er 18 år. Det innebærer at de har krav på tilrettelegging. Men de fleste unge under 18 legges inn på barneavdelinger, som er tilrettelagt for barn mellom fire og seks år, sier han.

– Du tilbyr ikke en ungdom en lekestue, det gjør du bare ikke. Med musikk fra Postmann Pat og Ole Brumm på veggen.

Grindvolds erfaring er at ungdom på sykehus isolerer seg.

– Jeg spurte en ungdom hvorfor hun bare var på rommet. «Jeg orker ikke de drittungene», svarte hun.

Grindvold skjønte henne godt.

– På en barneavdeling er det ingenting som får frem gnisten i ungdom.

Ikke bare enkelt

Grundevig understreker også at det å jobbe med ungdom er krevende.

– De har et språk som voksne, samtidig som de ikke har det. De kan fort virke avvisende, selv om de ikke er det. Det kan være vanskelig for sykepleierne, som kan føle seg avvist. «Han liker meg ikke», kan de si. Det er ikke nødvendigvis riktig, men man må tørre å stå i møtet med ungdom. For eksempel være forberedt på å svare dem om ting de er opptatt

av. De kan være temmelig direkte. Jeg har plutselig fått spørsmål som: «Nå når jeg har fått pose på magen, tror du jeg kan få meg et kvinnfolk, da?»

Treffer andre

Grundevig ønsker seg egne avdelinger for ungdom på alle de store sykehusene, hvor de kan møtes.

– For eksempel ungdom med kreft. Vennene deres skjønner ikke hva de går gjennom, men på en ungdomsavdeling kan de kanskje møte en eller to andre som skjønner. En annen som heller ikke har hår.

– *Hva med egne ungdomssykepleiere?*

– Det kunne godt vært en til-

leggsutdanning for barnesykepleiere som har interesse for ungdom.

Grundevig understreker hvor viktig det er å følge med på hva ungdom er opptatt av.

– Jeg som jobber på barneavdeling må vite hva som går på barne-tv. Det handler også om å være faglig oppdatert.

– *Hva gjør Barnesykepleierforbundet i forhold til ungdom?*

– Ikke noe konkret for øyeblikket. Men vi er veldig bevisst på å skille mellom barn og ungdom når vi for eksempel deltar i høring. Vi snakker alltid om barn og ungdom. På den måten prøver vi å få frem ungdomsperspektivet, sier André Grundevig.

– En gyllen mulighet

– I likhet med andre grupper, skal det tas hensyn til ungdoms spesielle behov i sykehus.

Det sier avdelingsdirektør Cecilie Daae i Helsedirektoratet.

– Mitt inntrykk er at dette er noe helsetjenestene er veldig klar over, særlig i forhold til overføring mellom barne- og voksenavdeling. Hvis ikke dette

blir ivaretatt, vil vi gjerne høre om det, oppfordrer hun.

– Gjør dere noe spesielt i forhold til ungdom i sykehus?

– Vi har ingen spesielle tiltak rettet mot dem.

– Ser dere noen særlige utfordringer?

– Ja, i likhet med mange andre grupper. Jeg tenker at

ungdom skal være minst mulig i sykehus, og mest mulig til stede i sitt eget liv med venner, familie og skole. Samtidig skal de selvfølgelig ha tilbud om spisskompetanse når de har behov for det.

Daae peker på at ungdomstid, som både er sårbar og foranderlig, er et gyllent tidspunkt

for å legge til rette for et godt voksenliv.

Hun mener ikke at ungdom trenger å være på egne avdelinger.

– Heller sørge for at ungdom blir godt tatt vare på og får oppfylt rettighetene de har på vanlige avdelinger, sier hun.



Stine Skorpen
Prosjektleder, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Økende levealderaldre gjør at personer med utviklingshemning får kreft hyppigere enn tidligere.

Trenger tilpasset

Mennesker med utviklingshemning har mindre ressurser enn folk flest til å takle den store belastningen det er å få kreft.

Det finnes mange problemstillinger rundt personer med utviklingshemning som får kreft. I denne artikkelen vil jeg begrense meg til å ta med det jeg føler er det viktigste, nemlig informasjon. Mange ønsker å skåne sine pårørende for sannheten. Ordet kreft skal ikke nevnes. Det er en stor feil. Vi har alle krav på å få vite sannheten, og vi som er helsepersonell har en stor oppgave med å forklare pårørende hva vi utsetter pasienten for ved å ikke fortelle sannheten.

Prosjekt i Vestfold

«Kreft hos eldre mennesker med utviklingshemning» er tittelen på et pågående prosjekt som blir gjennomført i Vestfold. Prosjektet er et samarbeid mellom «Utviklingshemning og aldring», som er en avdeling knyttet til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og Kreftforeningen, avdeling Vestfold. Prosjektet er ettårig og finansiert via midler fra Helse og Rehabilitering.

Bakgrunnen for prosjektet er at flere personer med utviklingshemning blir eldre enn tidligere og dermed havner i risikogruppen for å utvikle kreft. I de siste årene er det blitt rapportert mange tilfeller av for sent oppdaget kreft.

Personer med utviklingshemning vil ha behov for spesielt tilrettelagt informasjon om sykdommen og om hva de skal igjennom av undersøkelser og

behandling. Det er ikke tidligere laget noe informasjonsmateriale som omhandler kreft beregnet på personer med utviklingshemning, heller ikke til deres pårørende og personale.

Prosjektet har som mål å gi fagpersoner, pårørende og personer med utviklingshemning teoretisk og praktisk kunnskap som kan bidra til god forebygging, behandling, pleie, omsorg og rehabilitering ved kreft hos voksne og eldre. Ut av prosjektet skal det komme flere bøker til de ulike målgruppene.

Personer med utviklingshemning

Omlag 1 prosent av landets befolkning har en utviklingshemning og av disse mottar 21000 kommunale tjenester.

Personer med utviklingshemning er mer ulike enn like. De har ulike kommunikasjonsferdigheter, og kommuniserer på alternative måter. Mange har et langt liv i avhengighet av andre, noe som kan prege deres liv og føre til redusert selvbylde.

Begrepet «psykisk» utviklingshemmet, bruker vi ikke lenger. Ordet «psykisk» er fjernet, fordi personer med utviklingshemning ikke trenger å ha en psykisk sykdom.

Målgruppen for prosjektet er eldre med utviklingshemning. Frem til utvikling av institusjonene i 1991 (HVPU-reformen) levde mange i en institusjon, hvis de ikke bodde hjemme hos forel-

drene sine. Nå bor de i egne boliger, i ulike bofellesskap eller i omsorgsboliger. Institusjonslivet har satt spor i mange, og vonde minner kan bli aktivert under et sykehusopphold.

Eldre med utviklingshemning er sårbare av flere grunner. Siden de sjeldent blir gift eller får egne barn, har mange lite eller ingen familie igjen. På grunn av flytting fra institusjoner til ulike boliger og stadige skiftninger av personale, har de opplevd mange brutte relasjoner. Mange har redusert evne til problemløsning og planlegging. De har også redusert evne til abstrakt tenkning og mindre sosial forståelse og ferdigheter. Mange har også tilleggshandikap som lammelser, epilepsi, syns- og hørselsnedsettelse og atferdsforstyrrelser for å nevne noe.

Med dette som utgangspunkt har de mindre ressurser enn folk flest til å takle den store belastningen det er å få kreft.

Forekomst

I Norge er det ikke forsket på kreft hos personer med utviklingshemning. Jeg har søkt på Internett etter informasjon om kreft hos målgruppen, og om noen kreftformer er vanligere enn andre. Det er søkt i ulike databaser som AMED, Ovid MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsykINFO for tidsrommet 1996–2007 på blant annet søkeord som «Learning

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
utviklingshemning
informasjonsbehov
tilleggshandikap

informasjon



TILRETTELAGT INFO: Det er ekstra vanskelig å informere personer med utviklingshemning om deres kreftsykdom. Illustrasjonsfoto: Paul Sigve Amundsen / Samfoto

Disability and cancer». Det er gjort mange undersøkelser i denne perioden i ulike land. I rapporten «Cancer & people with learning disabilities. The evidence from published studies and experience from cancer services» (1), har forfatterne gått igjennom en rekke undersøkelser om utviklingshemning og kreft. De finner at det er få eller ingen av undersøkelsene som

har sammenlignet sine utvalg med grupper av befolkningen uten utviklingshemning, og de er derfor ikke valide. James Hogg med flere konkluderer med at personer med utviklingshemning får kreft på lik linje med resten av befolkningen. Det vil si at antall krefttilfeller øker med alder. Det eneste som skiller seg ut fra befolkningen for øvrig er en overhyppighet av barneleukemi

hos barn med Downs syndrom.

I England antar man at cirka en av ti med utviklingshemning dør av kreft (2), noe som er lavere forekomst enn for befolkningen forøvrig.

Økende levealder gjør at personer med utviklingshemning får kreft hyppigere enn tidligere. Kreftregisteret registrerer ikke om pasienten har en utviklingshemning, og det er behov for

mer forskning for å gi et bedre grunnlag til å si noe om forekomsten av kreft i Norge.

Økende alder og aldringsprosessen

En ny norsk undersøkelse viser en kraftig økning av levealder for personer med Downs syndrom fra 13 år i 1970 til 50 år i 2004. Andelen av personer med Downs syndrom som blir 40 år og eldre vil øke med 100 prosent frem

til 2045 (3). For personer med utviklingshemning som ikke har Downs syndrom er tallene usikre, men graden av utviklingshemning er en viktig indikator for forventet levealder. Personer med lettere grad av utviklingshemning har en forventet levealder lik befolkningen, mens de med moderat til alvorlig grad har 7 til 25 prosent kortere forventet levealder. Bedre opplæring fra de er små, bedre boforhold, og bedre medisinsk oppfølging er noen av mange grunner til et lengre liv.

Hva kan vi om utviklingshemning?

I England har de en egen utdanning som heter «Learning disability nurse», på norsk vil det bli «sykepleier for utviklingshemmede». I Norge har vi atskilt

Alle som har jobbet med kreftpasienter vet hvor vanskelig det er å informere om kreft.

sykepleie- og vernepleieutdanning. Sykepleiere har generelt for lite spesialkunnskap om personer med utviklingshemning. Mens vernepleiere, tror jeg, kan for lite om sykdommer og om behandlingsrutiner i helsevesenet. Det er ikke meningen at ulike yrkesgrupper skal ha spesialkunnskap om andres spesialfelt, men poenget er at vi må vite nok om hverandre slik at vi best mulig kan utfylle hverandre i behandling og pleie.

En undersøkelse hvor det deltok 47 sykepleiere som jobber med palliasjon i England, konkluderer med at det er behov for spesialkunnskap for å kunne gi god nok sykepleie til personer med utviklingshemning (5).

Den norske Lægeforening har utviklet et nettbasert gratis kurs for allmennleger som heter: «Allmennlegens møte med utviklingshemmede» (6). Her kan

hvem som helst logge seg på som uregistrert bruker og ta kurset. Jeg vil absolutt anbefale dette også for sykepleiere.

Kreftkoordinator for mennesker med utviklingshemning

I et forsøk på å gjøre noe med at vi i Norge ikke har spesialutdannede sykepleiere for å ta seg av mennesker med utviklingshemning som får kreft, tok jeg kontakt og innledet et samarbeid med Nina Firing, leder for Palliativt team på Kreftpolikliniken ved Sykehuset i Vestfold (SIV), avdeling Tønsberg.

Hun hadde allerede oppfanget signaler fra en stor Europeisk konferanse (7), om at personer med utviklingshemning, kreft og palliasjon var satt på dagsorden. Nå er 20 prosent av en

kreftsykepleiestilling avsatt til å jobbe som en «kreftkoordinator for personer med utviklingshemning». Kreftsykepleieren som har tatt utfordringen har fra før erfaring med og interesse for fagområdet. Jeg har utarbeidet et forslag på en arbeidsinstruks for denne stillingen som de har godkjent og vil prøve ut.

Modellen er ennå ikke testet ut i praksis. Siden vi utarbeidet instruksjonen har det ikke blitt innlagt noen pasienter innen denne kategorien. Målet med stillingen er å bedre kvaliteten på behandling og pleie til pasienter med utviklingshemning. En slik stilling vil også avlaste annet personale i avdelingen hvor pasienter er innlagt.

Informasjon om sykdom og prognose

I artikkelen «People with intellectual disabilities and their

need for cancer information» av Irene Tuffrey-Wijne med flere (8), refereres det til en rekke undersøkelser som viser: «Uten informasjon, er det ikke mulig for mennesker som har fått kreft å bli fullstendig involvert i egen behandling og pleie» og videre: «det er ingen grunn til å tro at personer med utviklingshemning har noe mindre behov for informasjon enn befolkningen for øvrig».

De må få en sjanse til å kjempe mot sykdommen eller å forberede seg på en forestående død på sin måte. Unnlater vi å fortelle dem sannheten gjør vi et overgrep mot dem.

Alle som har jobbet med kreftpasienter vet hvor vanskelig det er å informere om kreft. Det er enda vanskeligere å informere personer med utviklingshemning om deres kreftsykdom. Helsepersonell må jobbe tett med den eller de som kjenner pasienten best for å legge opp en strategi for hvordan formidle budskapet på best mulig måte.

Bøker

Prosjektet har resultert i to bildebøker, en til menn og en til kvinner, som viser gangen fra besøk hos fastlegen ved mistanke om sykdom og frem til vedkommende er ferdig behandlet for kreft. Bøkene inneholder fotografier og enkel tekst. De er beregnet for sykehus, legekantor, bofellesskap og så videre. De kan brukes for å forberede seg på en sykehusinnleggelse, under en sykehusinnleggelse for å forklare prosedyrer eller undersøkelser, eller etter en behandlingsperiode for å bearbeide opplevelser.

Bøkene er utarbeidet i tett samarbeid med personer med utviklingshemning, og de stiller som fotomodeller. Det er brukt profesjonelle fotografer og eksperter på det å formulere enkel tekst. Bøkene kan lastes ned fra www.aldringoghelse.no eller bestilles fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Litt senere i år kommer det en bok om kreft som er beregnet for pårørende og fagpersoner. Den vil inneholde litt generell kunnskap om kreft og mest om det som er spesielt i forhold til kreft hos personer med utviklingshemning. Temaer boken vil dekke er informasjonsbehov, hvordan kommunisere om kreft, det å være pårørende, hvordan oppdage sykdom, informert samtykke og samtykkekompetanse, smerter og smertelindring.

Torsdag 10. april 2008 arrangeres en dagskonferanse om temaet i Kreftforeningens lokaler i Oslo.

Litteratur

- Hogg J, Northfield J, Turnbull J. Cancer & people with learning disabilities. The evidence from published studies and experience from cancer services. Worcestershire, United Kingdom: British Institute of Learning Disabilities; 2001. Report No.: ISBN 1 902519 73 6 Contract No.: Document Number.
- www.intellectualdisability.info/mental_phys_health/cancer_id.htm, 28/11-07.
- Larsen, FK, Kirkevold, Ø. (2008) The aging population of persons with Down syndrome in Norway. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 5: 26 – 27.
- www.downsyndrom.no/sitefiles/1/Kopi-Aldringsprosessendo.pdf, 21/11-07.
- Tuffrey-Wijne I, Hollins S, Curfs L. Supporting patients who have intellectual disabilities: a survey investigating staff training needs. Int J Palliat Nurs 2005 Apr;11(4):182-8.
- <http://lupin.legeforeningen.no/>, 2/1-08.
- Congress of the European Association of Palliative Care, Budapest, Hungary; June 7–9, 2007
- Tuffrey-Wijne I, Bernal J, Jones A, Butler G, Hollins S. People with intellectual disabilities and their need for cancer information. Eur J Oncol Nurs. 2006 Apr;10(2):106-16.



Fritz Nilsen
Phd stipendiat ved Handels-
høgskolen i Bodø



Ova Jakobsen
Professor ved Handelshøg-
skolen i Bodø

Livskvalitet til hvilken pris?

Økonomiske begreper som effektivitet, lønnsomhet og konkurranse truer grunnleggende menneskelige verdier som tillit, ansvar og respekt.

Et godt liv kjennetegnes av at individet får anledning til å utvikle et vidt spekter av sine evner.

Identitet, mening og ansvar er begreper som får aktualitet i et levende samspill mellom integrerte mennesker. Når vi i økende grad reduserer oss selv til kunder på helsemarkeder styrt av markeds- mekanismer og prismekanismer, står vi i fare for å havne i en tilstand der vi passivt tilpasser oss utviklingen i stedet for å ta styringen selv!

Familieprosjektet

I denne artikkelen argumenterer vi for at innføringen av økonomiske styringsmodeller i helsevesenet har ført til at økonomiske begreper som effektivitet, lønnsomhet og konkurranse har fortrent humanistiske verdier som respekt, ansvar og tillit. Problemstillingen blir eksemplifisert gjennom Familieprosjektet (Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, Aker Sykehus) som fokuserer på familier som har barn med nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom (1). Familieprosjektet skal gjennom desentraliserte dialog-

baserte læringstilbud bidra til økt livskvalitet for familier i målgruppen. Søkelyst rettes mot samspillet mellom individer mer enn egenskaper ved den enkelte.

Økt fokus på familier som har barn med nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom førte til at Familieprosjektet ble opprettet i 2001 (1). Familieprosjektet er av Arbeids- og inkluderingsdepartementet lagt til Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, Aker Universitetssykehus HF.

En viktig oppgave i Familieprosjektets virksomhet er å planlegge, gjennomføre og evaluere desentraliserte tiltak som bidrar til at denne gruppen får hjelp til å mestre utfordringer i hverdagen på en mest mulig hensiktsmessig måte. Ved å opprette møteplasser for dialogbasert samhandling mellom familier i målgruppen og fagpersoner fra ulike profesjoner legges grunnlaget for utvikling av relasjoner og samspill som skal bidra til mestring og økt livskvalitet i hverdagen.

Økonomiske styringsmodeller

Innføringen av økonomiske styringsmodeller i norsk helsevesen har ført til at fokus dreies i retning av kortsiktige lønnsomhetsmål. Forskning vedrørende mestring har i overensstemmelse med denne utviklingen vært individfokusert (2). Det vil blant annet si at effekten av ressursbruk på familierettede læringstilbud blir målt gjennom objektive velferdskriterier på individnivå. Konsekvensen er at familierettede tiltak som fremmer livskvalitet på lang sikt står i fare for å bli ofret dersom verdien av tiltakene bare måles langs en økonomisk verdiskala. Dersom vi endrer perspektiv og betrakter mestring som et resultat av sosialt samspill mellom individer må det derfor utarbeides nye metoder som fanger inn virkningene på familiens livskvalitet.

Nytte eller livskvalitet

Familierettede læringstilbud skal bidra til å forbedre evnen til å mestre hverdagen for familier med barn som har nedsatt funksjons-

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

styringsmodeller
effektivitet
lønnsomhet
konkurranse

evne og/eller kronisk sykdom. Det er en utbredt enighet om at livskvalitet forutsetter mer enn tilfredsstillende av materielle behov (3). Formuleringen «evnen til å mestre hverdagen» kan forstås på tre nivåer:

- Et behagelig liv – med størst mulig nytteoverskudd
- Et godt liv – mulighet til å utnytte mest mulig av sitt potensial
- Et meningsfullt liv – bidra til å virkeliggjøre verdier utenfor seg selv

«Et behagelig liv» bygger på at individet får tilfredsstillende sine grunnleggende behov og at hverdagen preges mer av behag enn av ubehag. På dette nivået er det viktig at målgruppen «får informasjon om barnets diagnose og funksjonsnedsettelse, om tjenestetilbudet, om rettigheter og at det skapes muligheter for å møte andre i samme situasjon» (4). Denne definisjonen har mye til felles med økonomiens kostnad-/ nytteanalyser. Målsetningen er å skape så mye nytte som mulig innenfor en gitt budsjettamme.

«Et godt liv» kjennetegnes av at individet får anledning til å utvikle et vidt spekter av sine evner. Forutsetningen for autentisitet er at menneskene gis anledning til å utvikle sitt iboende potensiale optimalt gjennom aktiv handling innenfor et sosialt fellesskap. Et autentisk liv er et liv i stadig utvikling i et gjensidig forpliktende samspill med omgivelsene. Det er i denne sammenhengen viktig at familien utvikler kunnskap og kompetanse som bidrar til å oppdage og bli kjent med utviklingspotensialet, og at de blir i stand til å utnytte mulighetene optimalt.

«Et meningsfullt liv» inneholder i tillegg til de to første nivåene muligheten til å engasjere seg i oppgaver som overskrider selvet. Det vil si at individet gis mulighet til å bidra i handlinger som kommer andre mennesker til gode. Det meningsfulle liv forutsetter dermed at personen inngår som en medansvarlig deltaker i sosiale prosesser.

Det vil blant annet si at formålet med å delta i gruppeprosessene ikke bare er motivert ut fra ønsket om egen gevinst, motivasjonen er i minst like stor grad basert på ønsket om å bruke sin kunnskap og sine erfaringer til beste for de øvrige deltakerne i gruppen.

For å oppnå målsetningen om forbedret evne til å mestre hverdagens utfordringer mener vi at alle de tre nivåene i livskvalitetsbegrepet bør inngå. Utviklingen fra et behagelig til et meningsfullt liv innbefatter endringer langs flere dimensjoner. Mens et behagelig liv fokuserer på nytte som et middel til individuell behovstilfredsstillelse er et meningsfullt liv mer orientert mot egenverdien av å delta og bidra i meningsfulle sosiale prosesser.

Markedstenkning

En konsekvens av at økonomiske begreper og modeller har fått økt innflytelse i helsevesenet er at virkemidler som «konkurransesetting», «outsourcing», «privatisering» og «benchmarking» stadig oftere blir brukt for å få helsesektoren til å fungere knirkefritt, det vil si mest mulig effektivt og lønnsomt. De nye begrepene bidrar til at «kvantitet» kommer i fokus mens «kvalitet» skyves i bakgrunnen. Virkningen blir at verdimesig mangfold forvandles til endimensjonale monetære (penger) størrelser. I kjølvannet av denne utviklingen er sykehus blitt til helseforetak, pasienter er forvandlet til brukere/kunder og ansatte blir betraktet som en økonomisk ressurs. Endringen av fokus påvirker ikke bare prioriteringene i helsevesenet, den virker også inn på de menneskene som blir berørt. Når effektivitet, konkurranse og økonomisk lønnsomhet overtar plassen for tillit, forpliktelse og verdighet blir menneskene berørt på et dypere plan.

I følge Nafstad (6) vektlegger moderne markedsøkonomi «egeninteresse og rollen som konsument og forbruker snarere enn å legge vekt på medborgerlig ansvar og plikter i samfunnet».

Familieprosjektet skal gi økt livskvalitet til familier som har barn med nedsatt funksjonsevne.

Med bakgrunn i at vi mennesker ser ut til å være i stand til å tilpasse oss de fleste endringer, bare tilstanden varer lenge nok, kan vi lett komme i en situasjon hvor vi aksepterer markedstenkning innen helsesektoren uten å at vi blir oppmerksomme på de problemene som følger i kjølvannet av økonomiseringen.

Verdikonflikt og virkelighetsoppfatning

Dersom familierettede læringstilbud blir vurdert med basis i økonomisk lønnsomhet vil verdier knyttet til «mening» og «livskvalitet» falle ut samtidig som nytte kvantifisert gjennom økonomiske kostnads/nytteanalyser blir prioritert. Resultatet er at individuelle velferds mål knyttet til «et behagelig liv» blir mer synlige samtidig som verdier knyttet til «et meningsfullt liv» forsvinner bak et tåketeppe. Årsaken er at «behag» og «ubehag» lettere lar seg registrere gjennom kostnad-/ nytteanalyser enn «mening», som bare blir synlig gjennom deltakelse over tid i sosiale prosesser.

Ut fra denne vurderingen er det ikke urimelig å hevde at uenighet om ressursprioriteringer kan skyldes at beslutningstakere og brukere ser virkeligheten ut fra ulike perspektiver. På den ene siden har vi sannsynliggjort at økonomiske kostnad-/nytteanalyser bidrar til økende fokusering på og vektlegging av «resultater, måloppnåelse og budsjettkontroll» (5) og på den andre siden har vi argumentert for at «mestring» ikke kan isoleres fra relasjonelle begreper som «prosess» (utvikling av potensiale) og «mening» (sosiale



verdier). Begrepet «mestring» blir nesten tomt for innhold dersom det settes inn i en endimensjonal økonomisk verdiskala.

For å håndtere dette utfordrende dilemmaet er etablering av dialoggrupper et interessant virkemiddel.

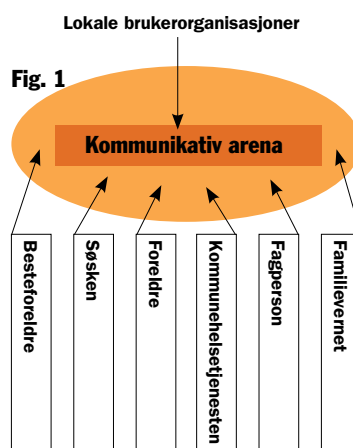
Etablering av dialoggrupper

I Stortingsmelding nr. 26 (1999–2000) (7) blir det påpekt at økt medvirkning vil endre både pasientrollen og ekspertrollen i fremtiden. Fokus rettes mot nettverk bestående av integrerte og ansvarlige deltakere i stedet for individuelle aktører styrt av strategisk eller instrumentell rasjonalitet (8). Familieprosjektets satsning på etablering og utvikling av dialoggrupper, som et virkemiddel for å fremme selvutviklende og meningsbærende samspill, passer godt inn i dette perspektivet. En viktig forutsetning er at brukers kunnskap og erfaring er likeverdig med fagkompetanse.

Ved å sidestille brukerens



Begrepet «mestring» blir nesten tomt for innhold dersom det settes inn i en endimensjonal økonomisk verdiskala.



og fagpersonens kunnskap og erfaring, ønsker man å stimulere til at deltakerne i dialoggruppene får inspirasjon og relevant informasjon. Dette kan bidra til å utvikle de dimensjonene som er viktige i relasjon til livskvalitet og mestring i familiene. Fokus på brukermedvirkning bidrar til at oppmerksomheten retter seg mer mot deltakernes potensialer og muligheter, både som individer og gruppe, enn mot sykdom og diagnoser. Ved å gi foreldrene mulighet til å fortelle sin historie og dele erfaringer med andre foreldre og ulike fagpersoner, initieres prosesser som kan bidra til at den enkelte utvikler relasjoner basert på deltakelse og innlevelse som overskrider egne problemstillinger.

Opprettelsen av dialoggrupper er hensiktsmessige virkemidler for å samordne interesser og synspunkter gjennom utvikling av relasjoner mellom de ulike aktørene. For at prosessen skal bli vellykket må følgende kriterier

være tilfredsstillende: Det bærende element i dialogen er en utveksling av menings-elementer, mellom to eller flere personer eller en refleksjon av menings-elementer på et indre plan hos den enkelte. Det sentrale er at dialogen stimulerer bevisstheten gjennom krysning av perspektiver. Dialogen forutsetter derfor både egen aktivitet og meningsdannelse og evne til å ta den andres standpunkt eller perspektiv.

Dialoggrupper (kommunikativ arena) er velegnet i situasjoner der flere ulike verdier og perspektiver møtes (9). Familieprosjektet preges både av perspektiv og verdimangfold og tilfredsstillende dermed forutsetningene. Ved å etablere dialoggrupper legges forholdene til rette for kommunikativt samspill mellom de ulike deltakerne (jfr. figur 1).

Gjennom deltakelse i dialoggrupper stimuleres deltakernes kreativitet gjennom øvelse i å betrakte virkeligheten fra ulike perspektiver. Perspektivmangfold

det bidrar også til å utvikle deltakernes empatiske evner. Gjennom felles bearbeiding av, og refleksjon over, egne og andres historier legges også grunnlaget for felles verdier og identitet.

Avslutning

Det er viktig å være bevisst at resultatet av en ekspanderende markedstenkning kan bli at vi fratar oss selv ansvaret for utviklingen og gjør oss selv til slaver av de upersonlige markedskreftene. Før vi vet ordet av det kan vi komme i en situasjon der vi opplever det som uproblematisk at kostnad-/nytteanalyser er det avgjørende kriterium for prioriteringer i helsevesenet. For å unngå at familierettede tiltak basert på livskvalitet og fellesverdier blir nedprioritert til fordel for tiltak med høy kortsiktig nytte er det derfor nødvendig å motivere beslutningstakerne til å bevege seg i en retning som gjør at de får øye på disse sentrale delene av livskvaliteten.

Litteratur

1. Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (2002), Statusrapport 30. mai 2002, Aker Universitetssykehus HF, 0514 Oslo. Lastet fra internett 03.05.07 <http://www.aker-universitetssykehus.no/LMS/rapporter/statusrapp%202002.pdf>
2. Grøholt EK, Nordhagen R, Heiberg A. Mestring hos foreldre til barn med funksjonshemninger, Tidsskr Nor Legefor 2007; 127(4): 422-6.
3. Bentsen SB. Kroniske smerter og livskvalitet. Tidsskr Sykepl 2004; 17: 42-45.
4. JArbeids- og Inkluderingsdepartementet - St.prp.nr 1, (2004-2005), <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/regpubl/stprp/20042005/stprp-nr-1-2004-2005-2.html?id=290970>
5. Nakrem S. Moderniseringens fallgruver. Tidsskr Sykepl 2004; 6: 30-35.
6. Nafstad E. (2005), Forholdet mellom individualisme og fellesskap: En utfordring for positiv psykologi. Tidsskrift for den Norske Psykologforening 2005; 42: 903-8.
7. Helse og Omsorgsdepartementet, St. meld. Nr.26 (1999-2000), Om verdier for den norske helsetenesta, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-1.html?id=192851>
8. Ims K, Jakobsen O. (2005), konkurranse eller samarbeid, vurdert i lys av mekanisk og organiske perspektiver på økonomi, working paper No. 1/2005, Handelshøgskolen i Bodø.
9. Ingebrigtsen S, Jakobsen O. Økonomi, Natur og Kultur. Abstrakt forlag AS, 2004.



Hilde Egge
helsesøsterr/prosjektleder PIS,
Helsekontoret barn og unge

Vi ønsker at elevene skal lage seg positive bilder av fremtiden.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
skilsmissebarn
samlivsbrudd
samtalegrupper
samtalebilder

Det hjelper å prate

Samtalegrupper skaper samhold og økt selvtillit for skilsmissebarn.

Årlig opplever 25–30 000 barn samlivsbrudd, og 25 prosent av alle barn i Norge under 18 år bor kun med en av foreldrene sine (SSB 2007). Forskning viser at skilsmissebarn har dobbelt så høy risiko for å få problemer som andre barn (1). Ved samlivsbrudd blir barnas livsforhold betydelig endret. De mister den daglige kontakten med en av foreldrene. De skal venne seg til å være sammen med en av foreldrene av gangen, og må lære seg å leve med savnet av den andre. Økonomiske og sosiale betingelser endres, og mange må flytte. Enkelte barn er skrevet inn ved to skoler, andre forteller om sine tre hjem, alt for å tilpasse seg foreldrenes nye liv. De må innrette seg etter nye familiesituasjoner med nye regler og rutiner, nye ste- og halvsøsken. De befinner seg konstant i ei lojalitetsklemme. Dette gjør skilsmissebarna til en sårbar gruppe.

Mange helsesøstere opplever å få besøk på kontoret av barn som trenger å bli sett, som er lei seg fordi de to de er mest glad i ikke klarer å være glad i hverandre. De kommer med hodepine og magevondt, de klarer ikke å henge med på skolen, har dårlig selvtillit, er triste og slitne på grunn av all flyttingen mellom foreldrene. De klager over foreldre som ikke klarer å la være å krangle, som slår hverandre, som anmelder hverandre. Til tross for at de er mange med skilte foreldre føler de seg nokså

alene, for hvem kan de egentlig ta opp dette med uten å føle seg illojale?

Hvorfor grupper?

Nå pensjonert helsesøster og psykiatrisk sykepleier Tordis Labråten, opplevde en økning av slike besøk på sin skole i 97–98. Hun fikk ideen om å la elevene få se at de er flere i samme båt slik at de kunne søke trøst og oppmuntning hos hverandre (2). Å samle individer som kan identifisere seg med hverandres livssituasjoner og dra veksler på hverandres erfaring, er en mye brukt og anerkjent metode når det gjelder problemløsning. Deltagerne kan hjelpe både seg selv og hverandre ved å dele følelser og opplysninger, ved å sammenligne holdninger og erfaringer, ved å støtte hverandre i å eksperimentere, ta risiko og endre, ved å utveksle ideer, forslag og løsninger, ved å gi hverandre motforestillinger og ved å utvikle personlige forhold seg imellom (3).

Labråten utviklet sammen med PP-rådgiver på skolen, Lone Dragland, et program for disse barna gjennom seks samlinger. Erfaringene var svært gode. Elever som var stille og vanskelig å komme inn på i en til en-samtaler, åpnet seg gradvis mer og mer i små grupper. Gruppelederne kunne se hvordan skuldre senket seg og hoder løftet seg etter at de hadde fått lagt fra seg mye av det de gikk og bekymret seg for i gruppa. De fikk oppleve at

det var flere som tenkte og følte akkurat som dem selv og de fikk nye venner. De fikk også økt tillit til de voksne gruppelederne. Dette gjorde det lettere å oppsøke disse i ettertid for mer private anliggender som ikke egnet seg som tema i gruppen.

Opptrappingsplanen for psykisk helse

Helseleder Anne Korsvold ønsket å videreføre ideen til alle skolene i Bærum, og søkte i 2004 «Opptrappingsplanen for psykisk helse» om midler til dannelse av et prosjekt med dette som formål. Søknaden ble innvilget, og PIS-prosjektet (Plan for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn i skolen) var en realitet. Bevilgningene gjorde det mulig å nedfelle ide og erfaringer i et skriftlig materiale. Grafisk designer Bente Lunke har hjulpet oss med utformingen.

Skal skilsmissen snakkes om?

I følge Raundalen og Schultz (4), er det en svært tvilsom holdning å forutsette at det er «tomt» inni barnet bare fordi det ikke kommer noe ut av det. «Alle våre alvorlige samtaler med barn mot sier en slik konklusjon», hevder de. De understreker også at ting ikke blir farligere fordi vi snakker om det. Å finne ord, setninger og fortellinger som rydder, ordner og arkiverer det som har hendt som en håndtert fortid kan ha en terapeutisk effekt.

«Når mennesker opplever

psykologiske vanskeligheter, så er det nettopp noe av problemet at de mangler ord for eller ikke klarer å sette ord på den erfaringen som ligger bak opplevelsen», sier Øvreide (5).

Forebyggende tiltak

Helsesøstere skal ikke være barnas terapeuter. En terapeut har hele tiden kontrollen, og skal løse barnet gjennom et opplevd traume, ofte via konfrontasjon, med påfølgende behandling (4,6). Vi skal derimot arbeide terapeutisk, det vil si at barnet skal få anledning til å fortelle om det de ønsker i sitt tempo. Barnet skal ha kontroll over hva de vil fortelle, og ikke presses (4,6).

Samtalebilder er et eksempel på en slik metode. I vårt opplegg for samtalegruppene i barneskolen bruker vi billedboka *Even og Skilsmissen* av Kirsti Haaland og Inger Landsem opp til femte klasse, og anbefaler den også til bruk i barnehagene (7). Boken illustrerer godt de ulike fasene i en skilsmisse, og er veldig gjenkjennelig for barna. Den har dessuten morsomme tegninger som gjør at barna synes den er «kul».

For de litt eldre barna, til og med sjuende klasse, bruker vi historier om mennesker, men temaene er de samme; oppbruddet, flyttingen, samværsordninger og ferier, stefforeldre og nye søsken. Som gruppeledere er det viktig å være klar over egne begrensninger, og i samarbeid med foreldre

(og barn) henvise familier som trenger omfattende hjelp til det øvrige hjelpeapparatet.

Tiden leger ikke alle sår

Det er lett å tenke at ting går seg til etter hvert, og at barna venner seg til sin nye situasjon, bare de får litt tid på seg. Dr. psychol. Ingunn Størksen fant i sin doktoravhandling at gutter som hadde opplevd samlivsbrudd hadde like mye problemer ved 18 års alder som da de var 14, mens problemene hos jenter var økende (1).

Helsesøstere på ungdomsskolene kunne dessuten fortelle at de også hadde mange besøk på kontoret av elever som syntes det var vanskelig med skilte foreldre.

De var slitne av flytting gjennom mange år, det var vanskelig å finne tid til helgebese hos den forelderen de ikke bodde fast hos. Det ble pinlig med foreldre som gikk i klesskapet deres når de skulle på byen, og som etterpå brukte dem som sjelesørgere over ulykkelige kjærlighetshistorien. Mange grudde seg dessuten til konfirmasjonsfeiringen. Det var et tydelig behov for grupper også i ungdomsskolen.

Grupper i ungdomsskolen

Metodene i ungdomsskolegruppene baserer seg på Antonovskys salutogenesiske tenkning. Han ønsket å flytte fokus fra stressfaktorer til ressurser. Han kom fram til at det var viktig for menneskets mestring av livet å oppleve tilværelsen forståelig, meningsfull og overkommelig, og at det framkom en sammenheng mellom disse tre aspektene (8).

Vi bruker «pedagogisk sol» for



SAMHOLD: I samtalegruppene opplevde elevene at det var flere som tenkte og følte akkurat som dem selv. Illustrasjon: Bente Lunke

å prøve å forstå hvordan samlivsbruddet kunne skje, «livslinje» for å få oversikt over tilværelsen, og kanskje finne mening i den, og «nettverkskart» for å kartlegge elevenes menneskelige ressurser. Og i fellesskap finne ut hvordan de eventuelt kan utnytte disse bedre hvis de ønsker. På siste møte står tanker om framtiden i fokus. Flere er blant annet engstelige for å stifte familie, da de er redde for å skulle påføre sine egne barn den smerten de selv har måttet leve med. Vi ønsker at elevene skal lage seg positive bilder av fremtiden, og forstå at de kan være med på å påvirke tiden som ligger foran dem.

Samarbeid med skolen

Gruppene foregår i skoletiden, gjerne med en med-gruppeleder fra skolen. Disse er til stede på skolen i mye større grad enn helsesøster, og dermed lettere tilgjengelige for elevene dersom de skulle ha behov for å prate med noen utenom gruppene. Ved å ha gruppene på skolene, blir tiltaket ufarliggjort, det blir et gruppetilbud på lik linje med mange andre grupper som foregår i skoletiden, og vi slipper å konkurrere med ulike fritidstilbud på ettermiddagstid. Elevene er heller ikke avhengig av transport. Dette krever et godt samarbeid med skolen, og at skolen ser behovet for et slikt tiltak.

Målsetting

Målet med gruppene er at elevene skal se at de ikke er alene. De skal bli flinkere til å snakke med foreldre, venner og eventuelt andre voksne om det som er vanskelig. De skal forstå både seg selv og foreldrene bedre, kunne finne fram til det som er positivt ved samlivsbruddet, og de skal se at de kan være til hjelp for andre elever i samme situasjon. Gruppene skal kunne være et fristed hvor de slipper å være bundet av lojalitetshensyn. Dette håper vi vil være med på å redusere utvikling av psykosomatiske symptomer,

gi økt konsentrasjon og bedre trivsel på skolen, og gjøre elevene mindre utsatt for rus og kriminalitet. Ved at elevene får hjelp og støtte til å bearbeide krisen og reagere følelsesmessig, kan dette bli en livserfaring som øker evnen til mestring senere i livet. De utvikler en psykologisk beredskap.

Evaluering

Av de 167 evalueringsskjemaene prosjektleder har mottatt fra barn og unge i Bærum, har alle vært positive. Mange poengter verdien av å se at det er flere som har det som dem, de synes det er godt å være sammen med andre som har skilte foreldre. En hevder å ha følt seg reddet, andre synes det har vært supergøy, og er glade for å ha fått flere venner. Flere hevder de har fått bedre selvtillit, at de skjønner litt mer, de har fått orden på tankene og forstår bedre hvordan andre har det. En av ungdommene sier hun har fått ut masse som hun har holdt inne i seg, en annen at hun har



inn svarskjemaer, sier at barna er glade for å komme i samtalegrupper. «Det er viktig at de har et sted å komme med sine tanker og problemer.» «Det er tydelig at mine elever trenger mye oppmerksomhet og støtte. De trenger noen å snakke med.» «Mange barn får nok snakket altfor lite om dette hjemme.»

Gruppelederne

I prosjektet ønsket vi også å høre hvilke erfaringer gruppelederne hadde gjort seg. 19 helsesøstere og sju skoleansatte svarte. 21 syntes det hadde vært lett å vinne gehør hos skolens ledelse, og

en tett kontakt som er et godt utgangspunkt for videre oppfølging. 14 gruppeledere har henvist gruppedeltagere videre til BUP, PPT, Barnevern, Familievern og Psykisk helse for Barn og Unge. En skriver at dette arbeidet gjør skolehelsetjenesten meningsfull.

Mer om evalueringene kan leses på www.pis.no. For nærmere informasjon om prosjektet: hilde.egge@baerum.kommune.no

Helsesøstre skal ikke være barnas terapeuter.

kommet nærmere noen. 93 svarer at de synes det er blitt lettere å snakke med foreldre og venner om det som er vanskelig rundt skilsmisken. 53 svarer at de synes det er lettere å konsentrere seg om skolearbeid. Alle som er blitt spurt om det, vil anbefale tilbudet til andre.

Foreldrene (53 svarskjemaer) hevder at barna deres er blitt mer selvsikre, roligere, og bevisste på ulike problemstillinger. De tør å si fra om ting som er vanskelig, er blitt flinkere til å sette ord på tanker og meninger, er lettere til sinns og mer åpne. En forelder skulle gjerne se at alle barn kunne få samme tilbud, en annen forteller at hennes barn er litt stolt over å gå i gruppa.

De 24 lærerne som har levert

18 syntes det var lett å motivere seg selv for tiltaket. Det hadde også vært greit å vinne gehør for tiltaket hos foreldre (15) og å rekruttere barn (16), samt å fylle tiden på gruppesamværene (18). Det vanskeligste med å sette i gang, var å finne tid til gruppene i en stresset arbeidssituasjon (13).

Når det gjelder utbytte som gruppeleder understreker mange hvor meningsfylt oppgave dette er, og at de får mange positive tilbakemeldinger fra barna. De har fått større innsikt i hvordan barn og unge opplever foreldrenes samlivsbrudd, hvor vanskelig det kan være å være barn i store konflikter, men også hvor fint det kan gå når foreldrene setter barnet i fokus. Gruppene er en måte å nå flere barn på, og de skaper

Litteratur

1. Størksen I. Parental Divorce: Psychological Distress and Adjustment in Adolescent and Adult Offspring. University of Oslo: Department of Psychology Faculty of Social Sciences, 2006.
2. Labraaten T. Samtalegrupper for elever som har opplevd samlivsbrudd, Sykepleien nr. 2, 2001
3. Heap K. Gruppetilbud for sosial-og helsearbeider. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
4. Raundalen M, Schults JH. Krisepedagogikk (s.145). Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
5. Øvreide H. Samtaler med barn. (s.77), Høyskoleforlaget, 2002.
6. Holmsen M. Samtalebilder og tegninger (s.52), NKS Forlag, 2007.
7. Haaland K, Landsem I. Even og skilsmisken. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
8. Antonovsky A. Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag, 2000.

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablettene er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntreffer en bortfalsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringsplan skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondom eller sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Medisineringsplan bør starte dagen etter den vanlige tablettfri perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i første trimester: Medisineringsplan kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-pillere ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulære, arvelig eller ervervet tromboflebitt, migræne/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-pillere i kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelser bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuell. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-pillere. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-pillere må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-pillere er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (ischemi og blødningslag, transitorisk ischemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-pillere med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-pillere og som har migræne (spesielt migræne med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkøleddene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-pillere er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbarnene det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venos tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier. Eksempler på risikofaktorer for venetrombose og tromboembolier er: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-pillere avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-pillere er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-pillere, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-pillere. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-pillere bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-pillere må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvise eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukosetoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-pillere, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-pillere kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasii eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell adferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migræne eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-pillere seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migræne (spesielt migræne med aura) som bruker kombinasjons-p-pillere kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-pillere. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen returnerer til normalt. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-pillere, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot HIV-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Utsettelse av menstruasjonsperioden: Menstruasjonsperioden kan utsettes ved først å ta de røde tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Nedsatt serumkonstrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjonsperiode, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillene. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermedrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelsen som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamentet som inducerer tarmoverføringstilstander redusere hormonkonsentrasjonen i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamentet som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylobutazon, fenoytin, griseofulvin, topiramet, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonstrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-pillere. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-pillere øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt. **Graviditet/Amning:** Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. **Overgang i placenta:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt andre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amning. **Bivirkninger:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse trombotiske og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk ischemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginitt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migræne, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarinsomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikose vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedem, forverring av systemisk lupus erythematosus. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. **Behandling:** Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. **Egenskaper: Klassifisering:** Monofasisk østrogen/progestogen kombinasjons-p-pille. Lavdosepreparat. **Virkningsmekanisme:** Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjon av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervixslimhinnen (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdoserende p-pillere (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). **Absorpsjon:** Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert etter oral administrering. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mave-tarmtraktus, men pga. «first pass»-metabolisme i tarmmucosa og lever, er biotilgjengeligheten til etinyløstradiol mellom 38% og 48%. **Proteinbinding:** Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG (kjønnsormon-bindende globulin). Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men inducerer SHBG-syntese. **Halveringstid:** Halveringstiden for levonorgestrel er ved «steady state» ca. 36 timer, for etinyløstradiol ca. 18 timer. **Metabolisme:** Levonorgestrel og etinyløstradiol metaboliseres i lever, etinyløstradiol hovedsakelig via CYP 3A4. **Utskillelse:** Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%) og ca. 16-48% blir utskilt i fæces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca 60% blir utskilt i fæces. **Andre opplysninger:** Bruk av p-pillere kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever, thyroidea, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipidlipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratierverdier. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. kr 237,20. 6 x 28 stk. kr 443,40. **Sist endret: 04.01.2007**

Referanser:

1. Loette SPC (Summary of Product Characteristics), SLV 2006-10-04. 2. Coney P, Washenik K, Langley RG, DiGiovanna JJ, Harrison DD. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: two randomized, placebo-controlled trials. Contraception. 2001 Jun;63(6):297-302. 3. legemiddelverket.no (Microgynon SPC).

Wyeth

Drammensveien 145b, 0277 Oslo
P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo
Tel: 40 00 23 40 • Fax: 40 00 23 41
wyeth@online.no • www.wyeth.no

LOETTE 
LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

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. Innsattende 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 amylnitritt. 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 stabil angina pectoris eller alvorlig hjertesvikt (NYHA III eller IV)). Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir). I tillegg er ketokonazol og itrakonazol (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 vasodilaterende egenskaper som gir mildt og forbigående blodtrykkssfall. 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, kaveros fibrose eller Peyronis sykdom, eller hos pasienter med lidelser som predisponerer 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 IA (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 blødningsforstyrrelser eller aktivt mavesår etter vurdering av fordel/risiko. Pasienter bør gjøre seg kjent med hvordan de reagerer på vardenafil for de kjører bil eller bruker maskiner. Interaksjoner: Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir, itrakonazol og ketokonazol (oral form)) bør unngås, da dette gir sterk økning i konsentrasjonen 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 doseringene 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 plasmamønstre 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 rødme og hodepine. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme. Luftrøst: Nesetetthet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Unormale leverfunksjonsprover, økt GGTP (gammaglutamyltranspeptidase). Hud: Fotosensitivitetsreaksjoner, ansiktssødem, utslett. Luftrøst: Dyspné, epistakse. Metabolske: Økt kreatininkinase, myalgi, ryggsmerte. Sentralnervesystemet: Somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon, postural hypotensjon, takykardi, hjertebank. Syn: Synsforstyrrelser, inkl. økt lysfølsomhet, kromatopsi, rennende øyne, konjunktivitt, tåkesyn. Sjeldne (<1/1000): Luftrøst: 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 ryggsmerte (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. Virkningsmekanisme: Øker kraftig effekten av endogent nitrogensyd i corpus cavernosum ved å hemme PDE5. Når nitrogensyd frigjøres som følge av seksuell stimulering, fører hemming av PDE5 til økt 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, prostatakomerte pasienter, pasienter med ryggmargsskade, pasienter på samtidig behandling med antihypertensiva 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 feces. 2-6% via urin. Clearance av vardenafil er redusert hos eldre >65 år og hos pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Pakninger og priser: 5 mg: Enpac: 4 stk. kr 298,70. 10 mg: Enpac: 4 stk. kr 337,80. 12 stk. kr 944,80. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 378,00. 12 stk. kr 1065,20. Sist endret: 03.03.2007

Elisabet Skjelstad Monssen

Elisabet Skjelstad Monssen døde 20. januar 2008. 8 dager senere tok vi avskjed med henne i Østre Krematorium. Da hadde hun bodd i Oslo i 2 1/2 år.

Hit flyttet hun med sin Sverre for å komme nærmere sine barn og barnebarn, danse salsa og gå på malekurs, utstillinger, konserter; for å få den aktive pensjonisttilværelsen som hun hadde planlagt i mange år.

Tilværelsen som pensjonist ble dessverre altfor kort. Etter å ha fått kreftdiagnosen i mars 2007, ble dagene i stedet fylt av sykehusopphold, operasjon og påfølgende cellegiftbehandlinger.

Elisabet fikk et langt og aktivt sykepleierliv. Hun ble utdannet ved Røde Kors sykepleierskole i Trondheim i 1963. De første årene etterpå arbeidet hun ved Barneklivnikken, Rikshospitalet og som bedriftssykepleier. Hun og Sverre fikk to jenter, Trine og Hege, i denne tiden, før de flyttet til Søndre Land. Her bodde de i halvannet år.

I 1970 flyttet familien til Målselv. Her fant de seg fort til rette, og fikk en datter til: Mette.

I Målselv ble Elisabet værende hele resten av sitt yrkesaktive liv. Først arbeidet hun som sykepleier ved legekontoret. I disse årene ble hun meget godt kjent med bygda – befolkning, familieforhold og sosiale nettverk, noe som siden ble til stor hjelp i hennes helsesøstervirke.

Hun tok helsesøsterutdanning i 1975/76 i Tromsø, det første kullet som ble utdannet her. Hun fikk umiddelbart stilling som helsesøster i Målselv, og ble etter hvert ledende helsesøster, en stilling hun hadde helt til hun gikk av med pensjon i 2005.

Elisabet var også en samfunnsengasjert person. Hun hadde flere verv innenfor det offentlige systemet. Hun var hele tiden aktiv i Norsk Sykepleierforbund. I to perioder, fra 1991 til 1995 satt hun i styret for Landsgruppen av helsesøstre. Hun mottok som den første «Helsesøster i farta»- faggruppa av helsesøstre i Troms sin utmerkelse.

Som helsesøster hadde hun en unik evne til å ha overblikk, være fremtidsrettet, og til å se de

store, samfunnsmessige utfordringene. Men den største egenskapen var at hun hadde en egen evne til å se og møte hver person – liten eller stor – med positiv oppmerksomhet og et godord på veien. Det ga menneskene hun møtte trygghet og varme i hverdagen. Ei mor sa det slik: «Jeg kunne synes at mine unger var de verste i verden. Men etter å ha vært på helsestasjonen var de blitt de fineste, beste og flinkeste ungene som fantes! Og jeg – ei stolt mor!»

Slik ga Elisabet faglig dybde til det som står i veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten om å gi foreldre opplevelse av mestring. Og det lenge før veilederen var tenkt, skrevet og utgitt!

Som ledende helsesøster gjennom mange år har Elisabet vært med å prege oss alle; medarbeidere, studenter – alle som i løpet av yrkeslivet var innom helsestasjonen i Målselv. Vi er takknemlige for å ha fått arbeide nært henne og lært av hennes visdom. Det er mange helsearbeidere i Målselv og rundt om i landet som er formet av Elisabets måte å arbeide på, og slik vil hennes kunnskap bli ført videre.

Som sjef og medmenneske var Elisabet en utrolig raus person. Hun var alltid lyttende og støttende, og vi som arbeidet sammen med henne opplevde det samme som foreldrene, nemlig oppmuntring, støtte og personlig vekst. Helsestasjonen var mer for oss enn en arbeidsplass. Vi trivdes så godt i lag – vi gleda oss hver dag til å gå på jobb!

Under bisettelsen i Oslo tegnet prost Hans Erik Holm – som for øvrig kom ens ærend fra Målselv – et bilde av Elisabet som vi alle kjente igjen. Han sa blant annet: «Selv om Elisabet er borte, sitter ettervarmen igjen overalt hvor hun har vært og hos alle hun har møtt».

Vi er fylt av takknemlighet over å ha fått lov til å arbeide sammen med Elisabet, være hennes kollega og venn. Vi føler med og tenker på Sverre og døtrene Trine, Hege og Mette med familier.

På vegne av kolleger ved helsestasjonen i Målselv, Ruth Tollefsen og Inger Anne Rundberg.

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kalium-sorbat (E 202), sorbitol, rensset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfallet eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametofan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag i.h.t. vanlig opptitringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Det finnes ikke data om bruk av memantin hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmodytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametofan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortiazid eller kombinasjonspreparater med hydrokortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk:** Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. **Øvrige:** Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfallet er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** **Symptomer:** Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid:** Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNING OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 798,70. Tabletter: 30 stk. kr 528,60. 50 stk. kr 792,10. 100 stk. kr 1549,80. Sist endret: 29.10.2007

REFERANSER:

- 1) Gauthier S et al: Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20;
- 2) Reisberg B et al: N Engl J Med 2003, Vol 348: 14; 1333-1341.
- 3) Winblad B et al: Int J Geriatr Psychiatry 1999, Vol 14; 135-146.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

Hvordan skal man være skapt for å jobbe i pleien?

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

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

Nå lanserer vi et løfteprogram utviklet for pleiere.
www.etac.no/lofteprogram

etac

Kilde: Arbeidsmiljøstatistikk rapport 2006:2

En ren smertevisitt

Avansert teknikk skal virke som forventet, mener smertesyepleier Eva Undall.

Undall er på en av sine mange runder. Her strekker hun seg mot pumpen som henger over pasientens seng. Det er hans første postoperative dag, og han har epiduralkateter og pasientkontrollert analgesi via en smertepumpe. Det går kontinuerlig infusjon med smertestillende, men i tillegg kan han gi seg selv en ekstra dose ved behov. Da trykker han på dose-ringsknappen én gang.

Det er tirsdag 8. april på Sykehuset Telemark i Skien. Undall, utdannet intensivsykepleier og leder for smerteenheten, har truffet pasienten før. Da var han nyoperert, og hun informerte om valgt smerteregime. Nå undersøker hun hvordan det fungerer i praksis.

Med trente fingre henter hun frem registreringen over hvor mange ganger han har trykket og hvor mange ekstra doser han faktisk har fått. Hvordan disse to tallene samsvarer gir utgangspunkt for dialog. Regimet er lagt opp sånn at pasienten kan ha behov for noen

ekstra doser gjennom døgnet. Men har pasienten for eksempel trykket veldig mange ganger på kort tid, kan det tyde på at epiduralkatetret ikke ligger riktig plassert eller at grunninfusjonen ikke er riktig innstilt.

Målet er ikke smertefrihet, men smertelindring. Pasienten skal kunne hoste skikkelig og bevege seg uten å grue seg på forhånd. Denne pasienten får til forventet aktivitet og sier selv han har det bra. I tillegg viser pumpen at antall trykk samsvarer med antall ekstra doser.

Eva Undall opplever at pasienter setter pris på at hun kommer for å vurdere smerte. Det skaper trygghet, som igjen gir pasienten større grad av mestring.

Men smerte og smertelindring er ikke statisk. Dosering kan trappes opp og ned. Her velger hun å avvente. Det er pasientens første postoperative dag. Han er så vidt kommet i gang med rehabiliteringen. I morgen gjøres en ny vurdering.





Marie Aakre om å ta privatlivet inn på jobben

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Med mobil i lomma

Er det å snakke i mobil og sende sms fra operasjonsstua forenlig med god sykepleie?

Rådet for sykepleieetikk er gjort kjent med at det er blitt vanlig å bruke mobiltelefon daglig både til sms og samtaler på operasjonsstua mens pasienten ligger i anestesi. Privat mobiltelefon har blitt noe som hører med i lomma på det daglige arbeidsantrekket, uavhengig av om det er spesielle behov for tilgjengelighet eller kontakt.

Betent

Er dette forenlig med god praksis? Rådets medlemmer har drøftet temaet med sykepleiere ulike steder, noe som ble litt «å bevege seg inn i løvens hule». Flere steder har det gradvis blitt naturlig å ha mobiltelefonen på seg. Dette gjelder både i sengeposter, på poliklinikker, operasjonsstuer og ved intensive overvåkingsenheter. Saken er et arbeidsgiver-spørsmål, men det reiser også både faglige og etiske spørsmål.

Involverte parter

Saken kan berøre mange parter. Vi tenker primært på pasienter og pårørende og tilfældige tilstedeværende, sykepleierne selv, deres kolleger og deres private familiemedlemmer og nettverk. Saken berører nærmeste leder, arbeidsgiver og også dannelsesarbeidet i møte med studenter i avdelingene.

Noen etiske betraktninger

Spørsmålet handler om sykepleierens oppmerksomhet. Hvem er hun til for, hva ønsker hun å bety for den hun er til for? I en situasjon der den syke er under anestesi og helt avhengig av sykepleierens faglige engasjement, observasjoner, tilgjengelighet og oppmerksomhet kan det være både respektløst, lite omsorgsfullt og faglig usikkert å kombinere rollen med privat kommunikasjon via mobiltelefon.

Det vi gir oppmerksomhet gir vi kraft. Det er alltid et spørsmål om hvor mye og

hvor sterkt vi som profesjonelle yrkesutøvere bør uttrykke våre JEG i arbeidssituasjonen. Hverdagskultur handler mye om den rett de ansatte har til å uttrykke hva som formidles til hvem på hvilken måte til hvilken tid. Det hører med til profesjonelt arbeid å sette en moralsk standard, som bør omhandle skillet mellom det private rom og det profesjonelle.

Den Annen

I yrkesetiske retningslinjer heter det om sykepleieren og pasienten at *sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.*

Det kan være krenkende at hjelperens oppmerksomhet stadig er på eget privatliv og personlig nettverk. Alt som trekker oppmerksomheten fra den Annen kan bli til distraksjon. I lys av helhetlig omsorg i en operasjonsavdeling eller intensivavdeling kreves det en særlig konsentrert oppmerksomhet både på observasjoner av pasient og teknologi. Dette bør ikke forstyrres av unødige distraksjoner. De yrkesetiske retningslinjene sier også at *sykepleieren ivaretar pasientens rettigheter, sikkerhet og verdighet ved bruk av teknologi og vitenskapelige framskritt.* Pasienten har rett til å forvente sykepleierens fulle oppmerksomhet og ansvarlighet når hun er i jobb. Dette er også en rett arbeidsgiver har rett til å forvente.

Faglig sett stiller vi også spørsmål ved om ikke private mobiltelefoner opp og ned i lomma i en operasjonsstue eller overvåkings-situasjon er en hygienisk utfordring.

Taushetsplikt

Sykepleieren skal også ivareta pasientenes rett til vern om fortrolige opplysninger. Telefonsamtaler kan lett medføre brudd på taushetsbelagt informasjon når hvem som helst kan

ringe til en ansatt inne på en operasjonsstue eller andre steder der det pågår behandling og pleie. Mye av sykepleiers arbeid foregår i et fortrolighetsrom. Alt av lyd som skjer i rommet og rundt sykepleieren kan formidles som et medbudskap ut til uvedkommende. Vi bør heller ikke glemme at det nå er mulig å ta bilder med de fleste mobiltelefoner som lett kan sendes til andre. Vi kan ikke unnlate å peke på at dette kan bli en unødig fristelse og uverdigg handling.

Pårørende

I yrkesetiske retningslinjer heter det også at *sykepleieren viser respekt og omsorg for pårørende.* I sårbare situasjoner er omsorgen for pårørende ofte avhengig av den tilstedeværelse og tilgjengelighet sykepleieren tilbyr både den syke og de nære pårørende. Troverdighet i rollen betinger at de pårørende merker hvor fokus er i situasjonen

Mange flere av hovedpunktene i yrkesetiske



Månedens dilemma

Hvilke normer og retningslinjer har dere for mobilbruk der du arbeider? Har dere kultur for å drøfte tema om mobilbruk åpent i personalgruppen?

Send din mening til 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 trykkes i neste nummer.

Frykten for å moralisere kan lett legge lokk på nødvendige refleksjoner.

retningslinjer kan berøres av denne saken. Dette gjelder både sykepleieren og profesjonen, sykepleieren og medarbeidere, det veiledningsansvar sykepleiere har for alle som deltar i utøvelse av pleie og omsorg og sykepleierens normative ansvar for den profesjonalitet, den hverdagskultur og faglige etiske standard som utvikles i avdelingen.

Mulige handlingsalternativ

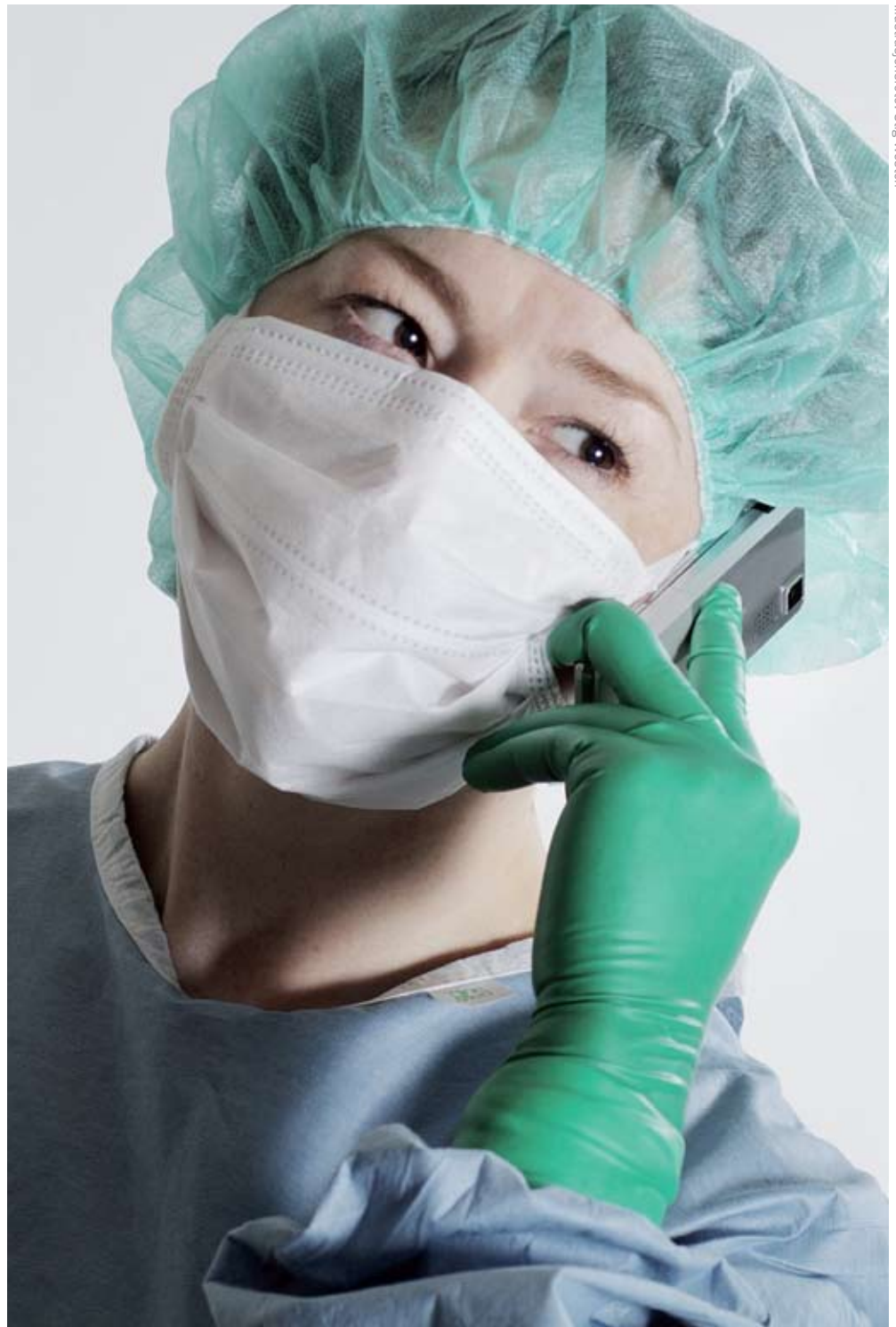
Mobilbruk i praksis er noe nytt, og det er prisverdig at temaer blir belyst og drøftet. Frykten for å moralisere kan lett legge lokk på nødvendige refleksjoner og normative drøftinger. Vi er kjent med at mange sykepleieledere finner dette tema vanskelig å ta opp. Vi mener det er et lederansvar å bygge hverdagskulturer som skjermer yrkesetiske retningslinjer: Vi vet at spørsmålet om mobilbruk enkelte steder har blitt hentet frem av tydelige ledere, praksisveiledere eller andre. Gjennomføring av etiske diskurser i personalgruppen er bevisstgjørende og vil kunne bidra til felles holdning og innsikt i de mulige uheldige ringvirkninger en utbredt praksis kan få.

Det er viktig at utdanningsinstitusjoner reiser diskusjonen med studentene, da dette i seg selv kan påvirke og stille spørsmål til holdninger og kultur i praksisfeltet.

Det finnes fortsatt fasttelefoner i alle enheter i helsetjenesten, og alle ansatte har mulighet for å bli kontaktet ved spesielle behov. Det er også mulig å hente frem mobilene fra garderobeskapet i matpauser.

Vi mener institusjonens retningslinjer og normer bør omfatte mobilbruk for ansatte, og at det hører med til sykepleieres mandat å bidra til det.

KANSKJE EN EKSTREMT SITUASJON: Men bruk av mobil på operasjonsstua vekker debatt.



Illustrasjonsfoto: Stig Weston

Døende er velkomne hjem!

Etter å ha lest Inger Frogg Jørgensens innlegg om uverdigg behandling av døende i Sykepleien nr. 05/2008, vil jeg komme med noen reaksjoner og erfaringer fra egen hverdag. Som leder i pleietjenesten i Fransiskushjelpen er hverdagen tett på alvorlig syke og døende kreftpasienter som ønsker å være hjemme. Vi samarbeider med alle sykehus og bydeler i Oslo, og gjenkjenner slik de utfordringene det er både når det gjelder kompetanse og samhandling rundt pasientene.

Marie Aakre spør hvilken plan kommunene har for å sikre at alle alvorlig syke og døende mennesker møtes med åpne dører og gode helsetjenester. Jeg vet ikke nok om hva som skjer i kommunene rundt i Norge, men Fransiskushjelpen har mye erfaring med hva som skjer i Oslo. Det har skjedd svært mye positivt innen det palliative feltet de senere årene. I flere år har Oslo kommune bevilget midler til prosjektet «Bydelskoordinatør» slik at nå åtte bydeler har en kreftkoordinator som har spesialkompetanse på omsorg og pleie i livets slutfase. Dette har vært et svært viktig prosjekt som Kreftforeningen med Inger Fosslis i spissen har ledet. Det har via dette prosjektet vært jobbet aktivt, strukturert og godt med kompetanseheving, kompetansedeling og samhandling mellom sykehus, bydeler som har kreftkoordinatorer, Hospice Lovisenberg og Fransiskushjelpen.

I samarbeidet med alle Oslos bydeler er Fransiskushjelpens klare erfaring at samarbeidet rundt kreftpasientene som ønsker å være hjemme, fungerer best i de bydelene som har kreftkoordinator. Å ha spesialkompetanse og et nettverk som kjenner hverandre er avgjørende og trygghetsskapende for pasienten som skal være hjemme. Døende pasienter kan ha komplekse sykdomsbilder. Fransiskushjelpen har lang erfaring med å håndtere slike situasjoner hjemme – oftest i samarbeid med

hjemmesykepleien i bydelen. Noen ganger trengs sykehusinnleggelse før pasienten eventuelt kan utskrives til eget hjem igjen. Pasienter og pårørende blir tryggere når de erfarer at nettverket rundt dem kjenner hverandre, og at det er et dynamisk og godt samarbeid.

Hvor er de døende velkomne, spør Marie Aakre.

Et av svarene er at de er velkomne hjem. Fransiskushjelpen er svært opptatt av å bidra til at alvorlig syke og døende kreftpasienter og deres pårørende kan velge å være hjemme, så lenge de ønsker det. En godt planlagt utskrivelse og nettverksmøte på sykehuset før hjemreise er avgjørende. På dette nettverksmøtet møtes pasient, pårørende, lege og sykepleier fra sykehusavdelingen, en representant fra Bestillerkontoret i bydelen (og aller helst sammen med kreftkoordinator) og Fransiskushjelpen dersom pasienten ønsker det. På møtet planlegges utskrivelsen, hva pasienten trenger av hjelp, hvem som skal gjøre hva, bestille hjelpemidler samt at pasient og pårørende får muligheten til å hilse på og bli litt kjent med noen av aktørene de kommer til å møte når de kommer hjem.

God samhandling forutsetter kompetanse, god kommunikasjon og godt og fleksibelt samarbeid rundt pasienten. God samhandling gir pasienten trygghet til å velge å være hjemme i en for mange svært vanskelig tid.

Men her ligger fortsatt store utfordringer.

Øyunn Granerud
Leder i pleietjenesten
Fransiskushjelpen



Faksimile fra Sykepleien nr. 5/2007

Dilemma bryter taushetsplikten

Jeg har med interesse lest dilemma-artikkelen i nr. 3/08 «Ingen får vaske meg», som peker på et dilemma helsearbeidere iblant kan møte. Men jeg reagerer på at forfatteren har gått svært langt i å identifisere pasienten som er omtalt. Vedkommende har en helt spesiell bakgrunn, som refereres i artikkelen, men som er irrelevant for problemstillingen. Dette nevnes bare i en kort setning, men alle som kjenner denne personen skjøn-

ner likevel straks hvem det er. Vi får så vite at vedkommende er innlagt ved et av byens sykehjem, og vi får også vite detaljer i sykehistorien av svært personlig og negativ karakter, som vedkommende selv neppe ønsker satt på trykk.

Her har forfatter og redaktør etter mitt skjønn begått et, sikkert utilsikket, men likevel klart brudd både på taushetsplikten og på pressens «Vær varsom» plakat.

Per Nordheim

Kjære Per Nordheim

Takk for dine kommentarer og kritikk av min tekst i Dilemma nr. 3/08. Du finner min måte å beskrive den aktuelle pasienten på som problematisk da den lett kunne bidra til å identifisere personen. Du viser til at det er svært mange mennesker i dette landet som vet hvem vedkommende er ut fra den gitte beskrivelsen, da han er kjent av svært mange.

Jeg synes dine kommentarer er både viktige og bevisstgjørende. Jeg vet jeg kan forsvare mitt innlegg med at saken og personen var svært grundig beskrevet og belyst i en av landets største aviser, der den aktuelle rettssaken i Tingretten var bredt kommentert.

Det var på grunnlag av disse mediebeskrivelser jeg selv ble oppatt av dilemma.

Allikevel, – jeg gir deg rett i at dette ikke begrunner at jeg formidler videre unødig detaljerte beskrivelser av en identifiserbar person. Jeg innser at jeg kunne fått belyst det etiske dilemma uten de detaljer du

peker på. Personvern er et sårbart og viktig anliggende, og jeg tror dine kommentarer kan være bevisstgjørende for flere enn meg.

Marie Aakre,
leder av Rådet for sykepleietikk

Per Nordheim har et vesentlig poeng her. Intensjonen med Dilemma-spalten er å ta opp vanskelige etiske problemstillinger. Men her havnet vi selv i en. Du har rett i at det ikke var vesentlig for saken at pasienten ble stedsidentifisert i Sykepleien. Jeg ser at vi burde ha tenkt nøyere gjennom det. Da vi fikk saken på vårt bord, vurderte vi det slik at mannen for lengst var identifisert i andre medier. Men det betyr ikke at vi kan løpe fra vårt eget ansvar og ikke ta en selvstendig vurdering.

Barth Tholens, redaktør i Sykepleien.

Gjesteskribent Martine Aurdal

Yrke: Journalist og forfatter

E-post: martineaurdal@gmail.com



Fordi du fortjener det

Sykepleiere fortjener like høy lønn som ingeniører.

Du som leser dette er sannsynligvis en kvinne som jobber turnus i et omsorgsykke. Jobben din er givende, gir fleksibilitet i livets ulike faser, og du kan redusere stillingsbrøken i perioder med små barn. Mannen din tjener i flest tilfeller mer enn deg, og din reduserte arbeidsinntekt i disse periodene veies opp av at han jobber overtid. Siden du har flest kvinnelige kolleger, blir dere alltid glade når en mann begynner som sykepleier, og denne mannen blir forbausende ofte oversykepleier ganske raskt. Det er ingenting galt med valgene dine. Men du har altfor dårlig lønn.

Det er like stor forskjell på gjennomsnittslønna til norske kvinner og menn i dag som det var for 30 år siden. Fremdeles finnes diskriminering på den enkelte arbeidsplass slik at kvinner på merkelig vis ender dårligere enn menn etter individuelle lønnsforhandlinger, men utviklingen mot målsettingen «lik lønn for likt arbeid» har likevel gått såpass bra at denne forskjellen er i ferd med å utviskes i de fleste bransjer. Problemet er nå at kvinner og menn på like merkelig vis ender opp med ulike stillingskoder for tilsynelatende samme jobb, og at kvinner og menn velger ulike jobber. I dag har norske kvinner og menn formelt sett stort sett de samme rettighetene i arbeidslivet, men norske kvinner flest velger selv å jobbe deltid i underbetalte yrker, mens norske menn velger oftere yrker med høy status og høyere lønn. Kvinnedominerte yrker blir stort sett konsekvent lønnet dårligere enn mannsdominerte yrker, de har lavere status og dårligere arbeidsvilkår enn de typiske mannsyrkene. Det arbeidet som kvinner utfører, er gjerne verdsatt lavere enn

det arbeidet som menn gjør. Så lenge norsk arbeidsliv er det mest kjønnsdelte i Europa, er lønnsforskjellene dermed dømt til å vare. Eller er de det?

I 2002 ble den norske likestillingsloven endret. For første gang skulle likelønnsbestemmelsene ikke bare gjelde «lik lønn for likt arbeid», men også «lik lønn for arbeid av lik verdi». I praksis gir dette deg som sykepleier krav på å få sammenliknet din arbeidsverdi med andre stillinger og yrker i din bedrift, eller i stat eller kommune. En sykepleier med tre års utdanning kan dermed kreve lik lønn som en ingeniør, hvis de to har likt ansvarsområde og like arbeidsforhold. Denne lovendringen er ukjent for de aller fleste, og knapt noen har benyttet seg av muligheten til å gjøre et lønnshopp. Den radikale lov-

Reaksjonene viser at her har vi et tiltak som kan være med på å forandre verden.

endringen har stort sett blitt tiet i hjel. Inntil to kvinnelige avdelingssykepleiere i Harstad klaget inn lønna si til likestillings- og diskrimineringsombudet. De mente de burde tjene like mye som de kommunalt ansatte ingeniørene, når de ellers hadde like mye utdanning, ansvar og ansiennitet. Utsagnet «sykepleiere bør tjene like mye som ingeniører» er alltid populært i likelønnsdiskusjoner. Vanligvis frembringer det latter og noen faste plater om fri forhandlingsrett og konkurranseutsatt industri. De lattermilde peker på konkurran-

sen om ingeniørene, uten å tenke på at sju av ti kommuner mangler sykepleiere.

Men i mars slo likestillingsombudet fast at Harstad kommune bryter loven når de lønner avdelingssykepleiere lavere enn kommunens avdelingsingeniører. Fungerende likestillingsombud Ingeborg Grimsmo begrunnet konklusjonen med at sykepleierne har minst like lang utdanning, større personalansvar og større jobbelastning enn ingeniørene. Ikke overraskende var Trygve Hegnar raskt på banen. Han kalte vedtaket «historisk tøvette» og mente det «satte hele likestillingsombudet i vanry». Rådmannen i Harstad trengte ingen betenkningstid på å erklære at han med overveiende sannsynlighet ville anke likestillingsombudets kontroversielle vedtak. Kommunene protesterte og hylekoret var i gang. Reaksjonene viser at her har vi et tiltak som kan være med på å forandre verden.

Å sammenlikne ulike yrkesgruppers verdi er vanskelig. Det er også problematisk å styre lønnsutviklingen i ulike bransjer på tvers av lønnsforhandlingene. Fortsatt vil det ta lang tid før sykepleiere får like høy lønn som ingeniører. Fortsatt får brannmenn trene i arbeidstida, kortere arbeidstid og skifttillegg, der hjelpepleiere får vondt i ryggen, ufrivillige deltidstillinger og tøffe turnuser. Dessuten har likestillingsombudet ingen tvangsmakt og ingen represalier. Men vedtaket er likevel en tydelig tolkning av loven. Den sier at vi skal sammenlikne «lik lønn for arbeid av lik verdi». Sykepleiere bør få høyere lønn. Fordi du fortjener det.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Programleder



Gøhril Gabrielsen
Sykepleier.
Forfatter av boka «Unevnelige hendelser».



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



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

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist
Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67
nina.hernes@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB/NETT



Redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Journalist
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



Journalist/deskleder
Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no



Grafisk formgiver
Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no



Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 58
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no

Hilsen fra distrikts-Norge

Jeg er sykepleierstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Sitter med bacheloroppgaven min om premature og foreldreomsorg og bruker pausene til å spise og har nett lese igjennom Sykepleien. Artikkelen til Jon Hustad i Sykepleien 5/08 («I natt fekk de forresten ei syster til») fanget meg på grunn av nynorsken (Jeg er opprinnelig dansk og bor i lag med en søgning). Mens jeg leste artikkelen til Hustad tenkte jeg at han jo sier en del bra ting. Vi lever i et rikt land med mye luksus. Men da jeg kom til siste spalte ble jeg nesten forbannet. Hustad skriver at hvis noe går galt, er legene og sykehuset bare en telefon og et par minutter unna. Det er altså ikke slik i virkeligheten! Det er gjerne sånn i Oslo og omegn, men hev blikket ditt litt lenger opp og se på distriktene som resten av Norge består av! Jeg blir rett og slett provosert når folk ikke ser på landet som en helhet når de uttaler seg i et offentlig blad som leses også i Høyanger (6 mil til sykehuset), Lærdal (hvor fødeavdelingen blir lagt ned) og langt ute i ytre sogn hvor en må med x antall båter før en kommer til fastland med veiforbindelse til sykehuset. Jeg kommer fra et land hvor alt er fem minutter unna, så jeg ser forskjellene! Her tar ting tid. Og tid er en farlig faktor i mange sammenhenger. Artikkelen din var god – inntil «Med dagens teknologi...».

Jeanette Friis, sykepleierstudent, bosatt i Høyanger (i Sogn og Fjordane for dem som ikke kommer seg ut av Oslo) hvor fødsler foregår i ambulanser på vei til Førde Sentralsykehus 60 km unna.



Søppel

Jeg syns bladet Sykepleien er helt unødvendig å gi ut. Det blir utrolig mye søppel. Får ikke lest bladet før det dukker opp et nytt. Det er jo mye fagstoff på nettsiden. Kan vi reservere oss mot å få bladet og heller betale 798 kroner mindre per år i NSF kontingent? Jeg ønsker rett og slett ikke bladet tilsendt i posten!

Med vennlig hilsen Liv Torhild M Askeland, medlem nr. 663213

Svar:

Sykepleiere er fortsatt bedre bladlesere enn nettlesere. De bruker i snitt 60 minutter på Sykepleien. I tillegg bruker de 28 minutter i snitt på Sykepleien Forskning. Det er mye tid, brukt på et produkt som tydeligvis ikke bare kastes i søpla.

Sykepleien på papir formidler også mange annonser fordi annonsørene vet at de slik når flest sykepleiere. Dette gir inntekter som gjør at Sykepleien er billig for medlemmene (5 kroner netto per utgave pr. medlem).

Det er godt mulig at det vil bli færre papirutgaver i framtiden. Da er det likevel en forutsetning at sykepleiere blir flinkere til å bruke sykepleien.no.

Barth Tholens (red)

Uunnværlig

Har til tross for mange presserende arbeidsoppgaver tatt meg tid til å lese Sykepleien Jobb nr. 06, må bare lese «bladet» med en gang når det kommer. Og jeg kjenner at jeg blir så glad og så stolt!

For hvert nr. som kommer, så tenker jeg – dette er det beste!!!! Men nå har jeg tenkt den tanken veldig mange ganger og ville bare si: Tusen takk! Dere er så flinke og det er så matnyttig og uunnværlig for oss alle! Stå på, fortsett sånn!!! Dere gjør en flott jobb!

Vennlig hilsen Tove Sagnes, fylkesleder i NSF, Nord-Trøndelag

Feil i bladet, riktig på nett

I Sykepleien nr. 6/2008 intervjuet vi konserntillitsvalgt Morten Falkenberg og Irene Kronkvist (Unio og Helse Sør-Øst) om den såkalte hovedstadsprosessen («Kan lykkes hvis de ansatte vil» på side 44-45). Ved en inkurie kom ikke riktig versjon av artikkelen på trykk, men en tidlig versjon som ikke var rettet etter tilbakemelding fra de tillitsvalgte. Det beklager vi sterkt.

Da feilen ble oppdaget, ble riktig versjon av artikkelen lagt ut på sykepleien.no umiddelbart.

Barth Tholens (red)

Neste nummer: Sykepleien JOBB 8/08

Ordet er fritt

Journalisten ringer deg på jobb. Blir du redd, eller griper du sjansen til å syng ut?

Sykepleien ser på vilkårene for yringsfriheten i helsevesenet.

Samarbeid for kvalitet

Under tittelen «Ny tid for hovedstadsykehusene» på nettsiden Sykepleien.no 10. mars stilles det flere viktige spørsmål om det pågående omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst. Jeg vil her svare på noen av de problemstillingene som tas opp gjennom å kort beskrive prosessen.

Omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst skjer på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og har som mål å gjennomføre nasjonale mål om bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre bruk av ressursene. Hovedstadsprosessen er en del av omstillingsprogrammet.

Et sentralt virkemiddel for å nå målene om bedre kvalitet og ressursbruk er å legge til rette for tettere samarbeid mellom sykehus og mellom sykehus og kommunale helsetjenester. For å få til det har Helse Sør-Øst foreslått å dele helseregionen inn i sykehusområder der flere sykehus skal samarbeide om behandlingstilbudet. Spesialiserte funksjoner skal samles på færre sykehus enn i dag, mens de vanligste sykdommene skal behandles på lokalsykehus.

Det er viktig for folk å ha et tilbud nærmest mulig der de bor. Samtidig må spesialisthelsetjenesten sørge for best mulig kvalitet på behandlingen. Derfor legger vi til grunn for alle endringer at mest mulig behandling skal skje så nær hjemmet som mulig og at vi skal samle de funksjonene vi må for å ivareta kvaliteten.

Kommunehelsetjenesten er grunnmuren i norsk helsevesen, og et godt samlet helsetilbud forutsetter at kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten samarbeider godt. I arbeidet med hovedstadsprosessen legger vi derfor stor vekt på lokalsykehuses framtidige funksjoner og på

hva som skal til for å få et godt samarbeid med kommunene.

Hovedstadsprosessen skal også gi svar på hvilke funksjoner som bør ligge på lokalsykehus, hvilke som bør samles på færre sykehus og hvilke som bør ligge et sted i regionen.

I Helse Sør-Øst tror vi ikke at vi kan finne svarene alene, derfor har vi involvert mer enn 1000 fagfolk, tillitsvalgte, brukerrepresentanter og representanter for kommunale helsetjenester i ulike deler av prosessen. For å sikre bredde i diskusjonene har vi vært opptatt av å ha med representanter for alle relevante yrkesgrupper. Hovedtyngden av de som er involvert er sykepleiere og leger.

17. april skal styret i Helse Sør-Øst behandle forslag om sykehusområder, forslag til hvilke funksjoner som bør samles på ett sted i regionen og forslag til prinsipper for organisering av lokalsykehus og samhandling med kommunale helsetjenester.

Når sykehusområdene er på plass, starter arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene. Dette vil skje innenfor det enkelte sykehusområde. Tillitsvalgte og representanter for kommunale helsetjenester vil bli involvert.

I juni skal det legges fram et samlet forslag til funksjons- og oppgavefordeling for styret i Helse Sør-Øst. Deretter sendes forslaget på høring før endelig behandling etter planen skjer i oktober. Gjennomføringen av de endringer som blir vedtatt, starter 1. januar 2009 og vil gå over flere år.

Omstillingsprogrammet kommer i tillegg til krevende budsjettarbeid i helseforetakene. Enkelte har pekt

på at det å arbeide samtidig med budsjettutfordringer og langsiktig utvikling av tjenestene er vanskelig. Her har vi ikke noe valg, men må gjøre «både og». Helse Sør-Øst har i 2007 brukt mer penger enn det som er bevilget – vi må i 2008 sørge for at vi ikke bruker mer penger enn vi har. Samtidig må vi utvikle tjenestene våre slik at vi får en helsetjeneste som møter fremtidige utfordringer. I arbeidet vil Helse Sør-Øst legge vekt på mest mulig åpenhet, involvering og forutsigbar gjennom hele omstillingsprosessen.

Det er stort engasjement for helsetjenestene både i befolkningen

og hos våre medarbeidere. Det er vi meget glade for, og Helse Sør-Øst har lagt til rette for at alle som ønsker det kan bidra med sine innspill i prosessen. Medarbeidere kan gjøre det ved å snakke med sine ledere og tillitsvalgte, og alle kan gi sine innspill direkte til Helse Sør-Øst. E-postadressen finnes på www.helse-sorost.no/program

Av Mari Trommald, viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst og ansvarlig for Hovedstadsprosessen.

En ny opplevelse med

web

Waitz Energy Balance



WEB art 211
Sort eller rød nubuk skinn
Str. 36-43
(rød 36-42)



VÅR PRIS 895,-*



WEB art 212
Grå nubuk skinn
Str. 36-42
NYHET!



VÅR PRIS 895,-*

www.footcare.no

E-mail: post@footcare.no Tlf: 67 97 80 40 • Fax: 67 97 18 16
Foot Care AS Postboks 75, 1471 Lørenskog

*) +porto/oppkavsgebyr

Ferdigbehandlet

av sykepleier Silje Espejord

Stat og kommune har nå talt i sammen ferdigbehandlet, sa staten – betal eller ta henne til deg.

Kommunen sa greit jeg skal ta henne jeg sykehjems plass har jeg ikke send henne hjem jeg skal se til henne der.

Gammel, pen dame født i null ni har stelt for sin mann sine barn og sitt hjem aldri har hun lagt noen til bry.

Gammel, grå dame hun syter og klager til alle som ikke vil høre om bæsjen og tisset hun nå skal få bo i.

Hun jamrer og klager vi andre ser vekk vår skam blir så stor når vi gjør dette mennesket ille sender kropp til fornedrelse.

Fortvilet står vi ved sengen og hører, vi jatter og nikker kan ingenting gjøre, staten vet best om enn vi gremmes ved det.

Gammel, standhaftig dame hun sier til oss dere blir ikke mer verdt deres kjøttvekt blir ikke stor når dere blir nittifem.

Vi går fra grå dame som mistet sin gnist det er ikke riktig det her til visitten vi møter samlet i dag be doktoren bruke sin makt.

Doktoren nikker og hører og smiler – dere er mange i dag.

Jeg trenger et røntgenbilde her la meg se, – om en uke hun får bli her til da.

Den ferdigbehandlede dame jubler og klemmer oss alle «nå får jeg en uke å komme meg på Gud hørte min bønn nå går jeg mot påsken med glede».

Gammel, pen dame fikk gnisten tilbake hun ble ingen skamlett på våre sinn vi kan hvis vi vil – å gjøre det rette.

Staten den smeller og kjefter på oss stirrer og prater fornuft om tall og om penger og ferdigbehandling, vi hører men vet at vi gjorde det rette.



Faksimile fra Sykepleien nr. 4/08

Kreftalarmen på Haukeland

Jeg viser til reportasjen «Kreftmysteriet på Haukeland» og vil rette en stor takk til avdelingssjef Jan Erik Nordrehaug ved hjerteravdelingen på Haukeland. Han har engasjert seg for de ansattes arbeidsmiljøssikkerhet, ved å ikke utelukke skadelig røntgenstråling og dermed behovet for trygt verneutstyr for sykepleierne ved pacemaker og hjertekat-laben. Han har også vært pådriver for granskningsrapporten for de krefttilfellene som kan ha hatt sammenheng med tidligere strålefare ved avdelingen. Som pårørende og etterlatt har det vært godt å vite at noen har tatt affære, at der gjerne er en årsakssammenheng, og at NSF også er villige til å undersøke dette nærmere.

Jeg takker for god oppfølging og omtanke fra dr. Nordrehaug.

Vennlig hilsen Lillian H. Stien, sykepleiestudent og datter av sykepleier Tove Høstmark



Alkoholkultur på jobben

Det nye arbeidslivet representerer en dobbel moral og en risikofaktor for utvikling av avhengighet. Hva er det med det moderne arbeidslivet som er så problematisk?

Vi vet at ansattes bruk av alkohol og andre rusmidler virker inn på arbeidsprestasjoner, fravær og ulykker på jobben. Internasjonale studier viser også at forhold på arbeidsplassen virker inn på de ansattes alkoholbruk. Effekten av bakgrunnsfaktorer som stress, fremmedgjøring, formelle kontrollsystemer, tilgjengelighet til alkohol og individuell sårbarhet har vært studert.

Det nye arbeidslivet stiller store krav til kompetanseutvikling, samarbeid og teamutvikling. Dette krever deltakelse på kurs og

seminarer og sosiale arrangementer der alkoholen ofte flyter fritt. I organisasjonsritualer som julebord, sommeravslutninger, «blåturer» og selvsagt vinlotteriene, spiller alkohol en sentral og bærende rolle.

Hildegunn Sagvaag har i sin doktoravhandling «Alkoholbruk i tilknytning til arbeid» (2007) undersøkt betydningen av kulturelle faktorer på arbeidsplassene. Hvilke uformelle normer og ritualer gjelder?

Sagvaag bygger sin undersøkelse på kvalitative intervjuer med 19 arbeidstakere. Hun mener at selv om mange gleder seg til noen glass sammen med kollegaene etter jobb eller til turer med vinsmaking, vil konsekvensene være at flere ender opp som alkoholmisbrukere. Intervju-personene hadde en felles oppfatning av marginalisering dersom

problemene ble tatt opp. Problemene individualiseres, og arbeidskulturen fraskrives ansvar.

De kvinnelige ansatte kjente seg som mer og mer låste både i forhold til arbeidet og til alkohol, og de forsøkte å mestre situasjonen gjennom å arbeide mer. Denne negative utviklingsprosessen ble forverret gjennom et stort omsorgsansvar på hjemmebane.

Mennene i Sagvaags utvalg hadde ofte mye reising knyttet til representasjon og relasjonsbygging – ofte med betydelig alkoholeksponering og fare for utvikling av avhengighet. Willy Pedersen – som er en av Norges fremste rusforskere – legger vekt på våre drikkevaners kollektive karakter. Når befolkningen i et samfunn begynner å drikke mer eller mindre, så skjer det i alle grupper i befolk-

ningen. Økningen kommer altså ikke bare blant lavkonsumentene. Politisk betyr dette at det er nødvendig å redusere alkoholforbruket i hele befolkningen for å redusere skadevolumet. Denne tesen har også gyldighet for arbeidsplassen.

Felles for denne forskningen på alkoholkultur i arbeidsliv er at alkoholbruk og arbeidsliv oppleves å høre stadig mer sammen og at bruken foregår i gråsoner mellom arbeidsliv og fritid. Et paradoks til slutt: I det moderne arbeidslivet smøres bedriftskulturene med alkohol, samtidig som det fortsatt er et tabu at ansatte utvikler avhengighet. Har ledere mot til å lete etter andre kulturelle smøremidler?

Sosiolog Stein Mikkelsen,
Høgskolen i Harstad



NSF Unique

5,25%* sparerente fra første krone



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

Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.

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

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

Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



1 Hva står forkortelsen VAS for?

- A: Varierende anale strukturer
- B: Visuell analog skala
- C: Vanlig atypisk sinusrytme

2 Og hva måles med VAS?

- A: Obstipasjon
- B: Smerte
- C: Hjerterefrekvens

3 Hvor er Blefjell sykehus?

- A: På Kongsberg, Notodden og Rjukan
- B: I Førde og Florø
- C: I Narvik og Kiruna

4 Hva er saliva?

- A: Urtete
- B: Saltvann
- C: Spytt

5 Hvem har vært leder for NSF og er nå stortingsrepresentant?

- A: Sonja Irene Sjøli
- B: Laila Dávøy
- C: Jon Gelius

6 Hva er flebitt?

- A: Årebetennelse
- B: Mye flekk på kroppen
- C: En type flått

7 Hva er urinretensjon?

- A: Kjønnssykdom
- B: Manglende tømning av urinblære
- C: Overproduksjon av urin

8 Hva er solar plexus?

- A: Folkelig uttrykk for slag mot magen
- B: Vanlig reaksjon ved å banke på kneet
- C: Sentrum i solsystemet

9 Hva betyr forstavelen poly-?

- A: Ingen
- B: Mange
- C: Få

10 Hvem har skrevet 0-visjonen?

- A: Kåre Willoch
- B: Trond Berg Eriksen
- C: Per Fugelli

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

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

😐 **3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

😞 **0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1B Visuell analog skala, 2B Smerte, 3A På Kongsberg, Notodden og Rjukan, 4C Spytt, 5B Laila Dávøy, 6A Årebetennelse, 7B Manglende tømning av urinblære, 8A Folkelig uttrykk for slag mot magen, 9B Mange, 10C Per Fugelli



Er dette en kopp med saliva?

Foto: Colourbox.

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjorhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttatt, erytrodermisk, ekfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelen synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smertor i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioedem og ansiktssødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfalter), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20T. Sist endret: 01.12.2007

Referanser:

1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393



Merkevare anno 1920

«Ta en Globoid» ble i løpet av 1920- og 1930-årene nordmenns svar på alt fra hodepine til stress og depresjoner. Varemerket ble så etablert at slagordet ganske enkelt var: «Globoid er Globoid!».

Historien startet imidlertid 50 år tidligere, da apoteker Morten Nyegaard i 1874 grunnla sitt første agenturfirma i Kristiania. Etter århundreskiftet utviklet firmaet seg raskt fra å være en handelsbedrift til å bli en produksjonsbedrift. I begynnelsen laget man kopier av kjente utenlandske legemidler. Men etter hvert ble det skapt et økonomisk grunnlag for utvikling av originale preparater. Globoid, Spenol og Nyco Fruksalt, som fortsatt blir

produsert, var blant de første og mest inntektsbringende produktene.

Firmaet Nyegaard & Co satset mye på å få Globoid inn i folks bevissthet og medisinskap. Massive reklamekampanjer ble rettet mot befolkningen og legestanden. Blant annet anskaffet firmaet en veddeløpshest som fikk navnet «Globoid».

Og de lyktes godt i sin markedsføring. Allerede i 1926 ble det solgt 11 millioner Globoid-tabletter i Norge. Toppen ble nådd i 1957, med 145 millioner solgte tabletter.

Tabletten ble selve symbolet på industrialiserens legemiddelform. Den ble framstilt maskinelt og med en standardisert størrelse. Dessuten var den holdbar, doseringssikker

og enkel i bruk. Den farmasøytiske industrien utviklet samtidig flere nye legemidler. Ett av disse var acetylsalisylsyre, som ble oppdaget i 1854 og produsert fra 1899.

Globoid forente tablettformen og acetylsalisylsyre. Produksjonen av tablettene startet i 1913, etter to års utvikling. Da medikamentets sammensetning var tilfredsstillende, fulgte eksperimenter med tablettens overflate. Den skulle være hard i glasset, men oppløselig i magen. Problemet ble løst av en konditor med erfaring både fra farmasi og dropsproduksjon. Navnet Globoid viser til tablettens ovale form.

Tabletten ble raskt en økonomisk suksess og gjorde det mulig for firmaet å starte egen forskningsaktivitet

MEDIKAMENTER: Firmaet Nyegaard & Co satset hardt på å få Globoid inn i folks bevissthet og medisinskap – og lyktes.

i 1925. De var pionerer, da det på den tiden ikke var andre i Norge som drev med farmasøytisk forskning.

Senere ble firmaet kjent for utvikling av røntgenkontrastmidler. I 1959 ble Isopaque oppfunnet, og ti år senere fikk bedriften sitt endelige gjennombrudd på verdensbasis med kontrastmiddelet Amipaque. Disse oppfinnelsene la grunnlaget for en omfattende eksport.

Firmaet skiftet i 1986 navn til Nycomed AS. I dag er hovedkontoret flyttet til Sveits og firmaet har virksomheter i mer enn 50 land med totalt 12 000 ansatte.

Globoid selges fremdeles, men i en versjon som er litt «snillere» mot magen.



Europeiske sykehus for etisk rekruttering

Arbeidsgivere og arbeidstakere i sykehus i Europa har signert en avtale om etisk rekruttering av helsepersonell. – Det er oppløftende at etisk rekruttering nå er satt høyt på agendaen på europeisk nivå, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Avtalen, som også forplikter norske helseforetak organisert innenfor Spekter, understreker blant annet nødvendigheten av å planlegge utviklingen av egen arbeidsstyrke på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå for å sørge for balanse mellom etterspørsel etter helsepersonell og tilbud av kompetent arbeidskraft.

– Velstående nasjoner står overfor avgjørende etiske valg i utviklingen av helsetjenestene. Demografisk utvikling øker mange vestlige lands

behov for helsepersonell, og samtidig ser vi stagnasjon i arbeidsstyrken, sier Normann.

– Derfor er det avgjørende at avtaler som denne erkjenner vårt etiske ansvar for at også fattigere land skal bygge opp helsetjenester til egen befolkning, sier Normann.

Hensikten med avtalen er å gå inn på ulikheter i og unødvendige byrder for helsetjenester som forårsakes av uetisk rekruttering.

Rekrutteringsbyråer

Ifølge avtalen, som ble signert på verdens helsedag 7. april, skal arbeidsgivere unngå rekrutteringsbyråer som ikke viser at de driver etisk rekruttering. I tilfeller der uetisk rekruttering avdekkes skal rekrutteringsbyrået sanksjoneres.

Avtalen er inngått mellom Hospeem, som er arbeidsgiverorganisasjonen for europeiske sykehus, og EPSU, som er den europeiske føderasjonen av fagforbund innenfor offentlig tjenesteyting. Norsk Sykepleierforbund og Spekter inngår i avtalen som parter gjennom medlemskap i de internasjonale organisasjonene.

Økende problem

Migrasjonen av helsepersonell over landegrensene er økende. Rekrut-

tering av helsepersonell fra andre land kan tappe avsenderlandet for kompetanse befolkningen har behov for.

Partene er enige om å implementere prinsippene og forpliktelsene i avtalen innenfor en treårsperiode, med årlige tilbakemeldinger til komiteen som utvikler avtaleverket. Avtalen kom i stand på bakgrunn av en såkalt sosial dialog for sykehussektoren i Europa. Denne sosiale dialogen har løpt siden september 2006.

– I Norge er det naturlig også å orientere seg i forhold til rapporten «Etisk rekruttering» som Sosial- og helsedirektoratet publiserte i fjor. Denne rapporten gjelder nasjonal politikk, og inkluderer altså flere deler av helsetjenesten enn sykehusene, sier Normann.

Utdanningene på rett kjø

Alle landets sykepleierutdanninger kan glede seg over å ha blitt stemplet godkjent av Nokuts sakkyndige komiteer. Følger Nokut-styret komiteenes anbefalinger, er videre drift ved samtlige 31 utdanningssteder sikret.

– Høgskolene og de ansatte der skal ha honnør for at samtlige utdanninger har klart å innfri kravet slik at 20 prosent av undervisningspersonalet nå har førstelektorkompetanse. Jeg vet at kompetansehevingen har kostet mange høyskoleansatte mye tid, engasjement og ressurser, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Resultatet var nedslående da Nokut (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) reviderte bachelorstudiene i sykepleie for tre år siden. Svakheter ble funnet ved samtlige høyskoler, med unntak av én. Gjennomgangen avdekket blant annet

mangelfull forskningsmessig kompetanse hos utdanningspersonalet og for lite fokus på forskningsbasert kunnskap og internasjonal litteratur i studieplanene. For de fleste sykepleierutdanningene var manglene så store at videre eksistens sto og falt på om avvikene ble rettet opp.

– Selv om avvikene er rettet opp, trenger sykepleierutdanningen nå kontinuerlig oppfølging for å innfri kvalitetskravene også i årene som kommer, mener Normann.

Hun oppfordrer høyskolene til å prioritere sykepleierutdanningen høyt, og utdanningsmyndighetene til å gi høyskolene tilstrekkelige overføringer og ressurser for å videreutvikle utdanningskvaliteten.

– Jeg tror det blir viktig å rette oppmerksomheten mot praksisdelen av utdanningen. Her må kommuner og sykehus også ta et ansvar. For dem vil det være lønnsomt å

investere i flere sykepleiere med høy teoretisk kompetanse som kan bidra i praksisveiledningen. De vil få en gevinst tilbake i form av velskolerte og enda mer funksjonsdyktige nyt-

dannede sykepleiere, sier Normann.

Nokuts styre vil behandle rapportene for hver enkelt institusjon i sitt møte den 16. juni 2008.



KVALITETSKRAV: Sykepleierutdanningen trenger kontinuerlig oppfølging. Foto: Espen Røst/NSF

Frykter sommerferieavviklingen

NSF har beregnet at det var 25–30 000 ledige vakter bare i helseforetakene før sommerferien i fjor. Med årets stramme arbeidsmarked tyder mye på at det blir rift om kompetent personell i helsetjenestene også denne sommeren.

– Foreløpige tilbakemeldinger kan tyde på at flere virksomheter startet forberedelsene til ferieavviklingen på et tidligere tidspunkt i år, og det er bra. Vi håper tilstandene fra sommeren 2007 kan unngås, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Forskjøvet arbeidstid, dobbeltvakter og trippelvakter var blant løsningene som presset seg fram under ferieavviklingen i fjor sommer. Mange sykepleiere erfarte å bli pålagt overtid, og frivillige ekstravakter ble også brukt i stor utstrekning.

– Når tusenvis av vakter skal dekkes opp uten at det foreligger en plan sier det seg selv at det blir vanskelig. I ekstreme enkelttilfeller ser vi sykepleiere som har vært på vakt flere døgn i strekk. Dette

går på forsvarligheten løs i tillegg til at det er et grovt lovbrudd, understreker Normann.

Utfordrende vikarer

Ved en del helseforetak bød vikarbyråer på spesielle utfordringer under fjorårets ferieavvikling. Mange vikarsykepleiere eller byråer krevde å få jobbe mye konsentrert på kort tid for i det hele tatt å ta oppdrag, og dette kan kompromittere vernehensynene i arbeidsmiljøloven og avtaleverket.

I tillegg har mange vikarer rett og slett unnlatt å møte opp, uten at byrået kunne erstatte dem. Slike situasjoner legger svært stort press på de fast ansatte som er tilstede på jobb.

– Særskilt for spesialavdelinger var sommeren 2007 krevende, fordi

det har vært store problemer knyttet til å rekruttere spesialsykepleiere til sommervikariater. Inntrykket totalt sett er en sykepleiertjeneste som er kronisk underbemannet, og som derfor er ute av stand til å gjennomføre en normal sommerferieavvikling, sier Normann.

Tilbyr avtale

NSF har på bakgrunn av erfaringene med tidligere års ferieavvikling vært pådriver for at arbeidsgiverne i helsetjenestene skal begynne planleggingen tidlig.

– I virksomheter der alle andre lovlige muligheter er forsøkt tilbyr NSF en særavtale. Denne er en nødløsning som gjør at medlemmer kan utvide arbeidstiden under ferieavviklingen, sier Normann.

Avtalen innebærer at enkeltmedlemmer mot godtgjøring kan jobbe mer fleksibelt for å avhjelpe vanskelige situasjoner sommeren som kommer. Det er den enkelte kommune eller helseforetak som kan henvende seg til NSF sentralt for å inngå slik særavtale.

Lønnsoppgjøret på NSF's nettsider!

I 2008 er det et hovedtariffoppgjør, der NSF og Unio har varslet store forventninger til resultatet.

Du kan følge med på alt som skjer i oppgjøret på NSF's nettsider: www.sykepleierforbundet.no/tariff2008

Neste viktige dato er 1. mai, som er frist for forhandlingene i de fire største tariffområdene for NSF's medlemmer: Helseforetakene i Spekter, kommunene i KS, Oslo kommune og Staten. Dersom

partene ikke kommer til enighet i forhandlingene, går oppgjøret til mekling hos riksmeklingsmannen.

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt og les mer.

Lønnsgapet øker

Fersk lønnsstatistikk viser at menn hadde større lønnsvekst enn kvinner i kommunene i fjor. – Lønnsgapet øker, og det øker på alle utdanningsnivå. KS' like-lønnsstrategi slår feil, sier Lisbeth Normann.

Fortsatt lite forebygging

Nye tall fra SSB viser at hver innbygger i snitt brukte 43.000 kroner på helse i 2007. Bare 820 av disse kronene ble anvendt forebyggende. Nå ber forbundsleder Lisbeth Normann politikerne sørge for at pengene benyttes annerledes.

Sats på kompetanse – nå!

Oslo kommune skriker etter kompetanse, og da er det helt nødvendig å prioritere utdanningsgruppene i dette lønnsoppgjøret.

– Helseforetakene må kompensere etterslepet

Unio krever høyere lønnstillegg enn resultatet i privat sektor og kompensasjon for etterslep og lønnsgap mellom kvinner og menn. – Bare i siste tariffperiode har lønnsgapet økt med om lag en prosent for våre grupper, sier Lisbeth Normann.

Utdanning må lønne seg

– Det må lønne seg både å ha utdanning og å gi utdanning når du jobber i kommunene, sier leder Helga Hjetland i Unio-kommune. Utdanningsgruppene i Unio har i denne tariffperioden hatt den klart dårligste lønnsveksten i hele KS-området.

Samlet krav

LO Stat, YS Stat og Unio Stat går sammen inn i årets tariffoppgjør med likelydende krav. De tre hovedsammenslutningene forlanger at det stadig økende gapet mellom lønnsnivået i staten og i privat sektor nå kompenseres.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Sykepleierutdanningene friskmeldes

Alle landets sykepleierutdanninger kan glede seg over å ha blitt stemplet godkjent av Nokuts sakkyndige komiteer.

Følger Nokut-styret komiteenes anbefalinger, er videre drift av samtlige 31 sykepleierutdanninger sikret.

Resultatet var nedslående da Nokut (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) reviderte bachelorstudiene i sykepleie for tre år siden. Svakheter ble funnet ved samtlige høyskoler, med unntak av én. Gjennomgangen avdekket blant annet mangelfull forskningsmessig kompetanse hos utdanningspersonalet, og for lite fokus på forskningsbasert kunnskap og internasjonal litteratur i studieplanene. For de fleste sykepleierutdanningene var manglene så store at videre eksistens sto og falt på om avvikene ble rettet opp.

Når Nokut nå friskmelder utdanningene, er det fordi både høyskoler og lærerkrefter har nedlagt en betydelig innsats for å rette opp

avvikene. Selv om regjeringen etter påtrykk fra NSF bevilget stimuleringsmidler over statsbudsjettet til etablering og gjennomføring av førstelektorprogrammer, er det høyskolene og de ansatte som skal ha størst honnør for at samtlige utdanninger har klart å innfri kravet slik at 20 prosent av undervisningspersonalet nå har førstelektorkompetanse. Jeg vet at kompetansehevingen har kostet mange høyskoleansatte mye tid, engasjement og ressurser.

Men verken høyskoler eller departement kan hvile på laurbærene etter skippertaket som har fått sykepleierutdanningene friskmeldt. Sykepleierutdanningen trenger nå kontinuerlig oppfølging for å innfri kvalitetskravene også i årene som kommer.

Det må pågå en løpende forsknings- og ut-

viklingsinnsats slik at morgendagens sykepleiere matcher kravene i en stadig mer avansert og krevende helsetjeneste. Det innebærer at høyskolene må prioritere sykepleierutdanningen høyt, og utdanningsmyndighetene må gi høyskolene tilstrekkelige overføringer og ressurser til å videreutvikle utdanningskvaliteten.

Jeg tror det blir særlig viktig å rette oppmerksomheten mot praksisdelen av utdanningen. Det er en jobb høyskolene ikke kan gjøre alene. Både kommuner og sykehus må ta større ansvar for å etablere og tilby gode praksisplasser. Vi vet at økende kompleksitet, kombinert med et høyt antall sykepleierstudenter og større krav til effektivitet, gjør det vanskelig å ha kapasitet til å veilede studentene på arbeidsplassene. Jeg mener det vil være lønnsomt for helsetjenesten å investere i flere sykepleiere med høy teoretisk kompetanse som kan bidra i praksisveiledningen. Gjennom å bygge opp gode praksisplasser, vil helsetjenesten selv få en gevinst tilbake i form av velkolerte og mer funksjonsdyktige nyutdannede sykepleiere.

I en helsetjeneste der pasientsikkerhet stadig får mer oppmerksomhet, har utdanningsmiljøer, sykehus og kommuner alt å tjene på samarbeid som kan utvikle og legge til rette for at pasientene til enhver tid får tilgang på den best mulige oppdaterte kunnskapen og helsefaglige kompetansen.

Det er økende krav om vitenskapsbasert kunnskap og at forskningsresultater benyttes som en integrert del av sykepleiernes praksis. For å lykkes må det etableres sterke, kunnskapsbaserte fagmiljøer som er gode lærings- og utviklingsarenaer både for dem som jobber der og for fremtidens sykepleiere og annet helsepersonell.



PRAKSIS: Både kommuner og sykehus må ta større ansvar for å etablere og tilby gode praksisplasser, mener Lisbeth Normann. Arkivfoto: Stig Weston.