



## I takt med tiden?

NSF vokser og vokser. Men hva kan forbundet tilby unge sykepleiere? Lav kontingent er ikke nok. De under 30 vil ha en organisasjon de kan identifisere seg med.

**Side 28-31**



**9**

– Meldeplikt går foran taushetsplikt side 9

**Tema: Gode og dårlige ledere** side 17

**Rusmisbrukere med bok** side 22

**Er pause en del av arbeidstiden?** side 26

**17**



**22**

- Kvalitet
- Brukervennlighet
- Pasientkomfort
- Konkurransdyktige priser
- Rask levering
- God service



Nå har vi også avtaler med det norske helsevesenet. Velkommen til vår verden av medisinske møbler!

*Personalet på Sjöbloms*



Instrumentbord



Servicevogn, serveringsvogn, kundevogn



Trillevogn, infusjonsstativ, prøvetakingsvogn



Sekkholder

info@sjobloms.com

SJÖBLOMS SJUKVÅRDSUTRUSTNING AB • Myrångsvägen 8 • SE-891 50 Örnsköldsvik • Tel +46 660 105 80 • Fax +46 660 180 00 • www.sjobloms.com



Ring oss gjerne så sender vi den nye brosjyren



## Nye Silentia Silver Line

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



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



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

# VINN LITT EKSTRA - HELE ÅRET

Som medlem hos oss har du alltid noe å vinne.  
Men det betyr ikke at det ikke er rom for ekstragevinster.  
I 2007 arrangerer vi derfor i alt 12 konkurranser på våre  
nettsider, hvor du kan vinne mange forskjellige  
kvalitetsprodukter.

I februar og mars dreier det seg om det prisbelønte  
bokverket «Det friske og det syke mennesket».  
Læreverket i naturvitenskapelige og medisinske fag  
består av seks bind, er laget spesielt for sykepleiere  
– og kan nå bli ditt ved hjelp av noen få tastetrykk.

Les hvordan på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)



**Sykepleien**

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

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

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

**Ansvarlig redaktør**

Barth Tholens  
barth.tholens@sykepleien.no

**Redaksjonssjef**

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

**Fagredaksjonen**

Torhild Apall Dybvik (leder)  
torhild.apall@sykepleien.no  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
annkristin.helmers@sykepleien.no  
Susanne Dietrichson  
susanne.dietrichson@sykepleien.no  
Nina Hernæs (permisjon)  
nina.hernes@sykepleien.no

**Nyhetsredaksjonen**

Marit Fonn (leder)  
marit.fonn@sykepleien.no  
Eivor Hofstad  
eivor.hofstad@sykepleien.no  
Kari Anne Dolonen  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no  
Lily Kalvø (web-redaktør)  
lily.kalvo@sykepleien.no

**Desk og grafisk formgivning**

Ellen Morland (leder)  
ellen.morland@sykepleien.no  
Hege Holt  
hege.holt@sykepleien.no  
Ingrid Lindemann  
ingrid.lindemann@sykepleien.no

**Markedssjef**

Ingunn Roald  
ingunn.roald@sykepleien.no

**Markedskonsulenter**

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

**Repro og trykk**

Stibo Graphic AS



Foto: Stig Weston

- 5 Sammen for hele stillinger  
7 Vil ha linjeløs helsetjeneste  
7 Viktig vedtak om likelønn  
9 **Ni raske:** Finn Abrahamsen  
9 Halv milliard i erstatning  
10 Rydder bordet – krever orden  
11 – Må tenke lenger enn ett år  
12 Stoppes av gevær, ikke uvær  
14 Svært svekket av forgiftning  
14 Vanskelig å få full stilling  
16 **Tema:** Ledelse  
- Sjefen og oss andre  
- Har jeg en helsefarlig leder?  
- Hvordan ville en god sjef løst dette?  
- Å lede eller vildele  
22 Sett korken i flaska  
23 Sykehjem fremdeles upopulært  
24 **Bedre hverdag:** Slutt med løft og lemp  
26 **Lov og rett:** Betalt pause?  
27 **Barth Tholens** om pressens makt  
28 **Revisjon av NSF:**  
- Nye krav fra en ny generasjon  
- Må bli tydeligere  
- Bragd med fallhøyde  
32 **Martha Kjøllestad** om høgskoledekanen  
33 Skaff ny jobb på sykepleien.no  
34 Puss, puss, så får du en suss  
35 En nøkkel-knipe  
36 **Camilla Crone Leinebø** om smitte  
37 Takler nye tider



27



32

- 38 **NSF: Bente Slaatten** om sinke  
helsevesenet  
- Bedre sikring av skikkethet  
- Krever bedre arbeidsmiljø  
- Søk solidaritetsmidler fra NSF  
40 Debatt  
40 Riskhospitalet  
42 Før: Koreakrigen  
42 Folk

**Tema: Ledelse**

Av og til oppstår et gap mellom de ansatte og ledelsen.  
Hvordan navigerer vi unna de verste stormene på arbeidsplassen?

- 43 SykepleienJOB  
Ledige stillinger  
75 Meldinger, skoler, kurs

**Stoppes av geværer**

På Vestbredden stoppes fødende på vei til klinikken av soldater ved veisperringer. Jordmor Berit Mortensen jobber med et prosjekt i samarbeid med palestinske kolleger.



12

Foto: Tor Martin Leines Nordås

**Neste nummer: Sykepleien 5/07****Livet etter amputasjonen**

Kan en penisamputert pasient ha et sexliv?  
Hvordan pleier man en ikke-eksisterende fot?  
Og hva er egentlig fantomsmerter?  
Disse og andre spørsmål om amputasjoner  
tas opp i neste nummer av Sykepleien.

# Sammen for hele stillinger

NSF og Den Norske Jordmorforening (DNJ) har lang tradisjon i å være uenige. Ved Ullevål universitetssykehus har de brutt denne tradisjonen, og fått 3 millioner av ledelsen.

Saken handler om jordmødre som jobber ufrivillig i deltidstillinger ved sykehusets Kvinne/barn divisjon.

– En jordmor fra NSF og en fra DNJ sendte et brev til ledelsen ved sykehuset om omfang og konsekvenser av ufrivillig deltid blant jordmødrene. Saken ble etter hvert plukket opp i media og ledelsen har tatt saken på alvor, sier hovedtillitsvalgt ved Ullevål universitetssykehus, Anne Hedring Ødegård.

## Større brøker

Jordmorforbundet NSF, DNJ og ledelsen ved divisjonen er blitt enige om en avtale om å få flest mulig opp i hel stilling. Det er ikke bare gode intensjoner som følger avtalen. Sykehuset har også bevilget 3 millioner kroner for å få det til.



FORNØYD: Hovedtillitsvalgt Anne Hedring Ødegård ved Ullevål universitetssykehus.

– Så hva skjer nå?

– Vi har bedt dem som ønsker høyere stilling om å sende inn en søknad som vi vil behandle ut fra noen kriterier vi er blitt enige om, sier Ødegård.

## Ansienitet

– De siste opplysningene jeg har fått tilsier at det er om lag 45 jordmødre som har sendt inn søknad. Det er trolig ikke tilstrekkelige midler til at alle i ufrivillig deltid får økt stillingsbrøk, sier hun.

For at det skal bli rettferdig har fagforbundene sammen med ledelsen laget noen kriterier for hvem som skal få først. Ansienitet er det som teller tyngst.

– Da tenker vi først og fremst på ansienitet ved Ullevål, sier Ødegård.

## Individuell behandling

Det vil også være en prioritering av dem som har mulighet til å jobbe turnus.

– For NSF har det vært viktig at det skal tas hensyn til livsløpsbehov. Det betyr at de som ikke kan jobbe turnus likevel skal

kunne søke om større stilling. Søknadene vil bli behandlet individuelt. Det betyr at den enkeltes livssituasjon vil bli vurdert, sier Ødegård.

## Grovt regnet

Så hvor langt rekker 3 millioner kroner?

– Grovt regnet kan vi si at det vil bety at 24 jordmødre i 75 prosent stilling kan justeres opp til 100 prosent stilling, sier hun.

De 3 millionene skal ikke brukes til å opprette nye stillinger, men å øke stillingene som allerede er der.

Ødegård er usikker på hvor mange av Jordmorforbundets medlemmer som får høyere stilling.

– Uansett er det en begynnelse. Det som er bra er at etter pengene er fordelt, skal en arbeidsgruppe kartlegge deltidbruken slik at vi får en god oversikt for å jobbe videre, sier hun.

Den samme arbeidsgruppen skal også komme frem til en felles forståelse for hva som er minstebemanning ved fødeavdelingen.



SAMARBEIDER: På Ullevål får jordmødre i deltidstillinger muligheten til større stillinger.

## Sykepleien Helt Enkelt Unikt

### Sykepleiens formålparagraf

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

pleiernes 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, i følge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

### Vi siterer Nils Martin Stølen

«Det utdannes for mange sykepleiere i forhold til dem som går av med pensjon. De kan fylle hjelpepleierstillingene.»

Forsker ved SSB til Bergens Tidende

# ARCOXIA® - RASK OG LANGVARIG EFFEKT<sup>1</sup>

I en klinisk studie for å vise innsettende effekt<sup>2</sup>:  
**Smertelindring vist etter**

# 24 minutter

I en klinisk studie for å vise innsettende effekt<sup>2</sup>:  
**Smertelindrende effekt i**

# 24 timer

## Til symptomatisk behandling av:

**Artrose** \_\_\_\_\_ **60 mg en gang daglig**

Dosen for OA skal ikke overstige 60 mg daglig. Pasientenes behov for symptomatisk lindring og terapierespons må vurderes periodisk, særlig hos pasienter med artrose.

**Revmatoid artritt** \_\_\_\_\_ **90 mg en gang daglig**

Anbefalt dose er 90 mg daglig. Dosen ved revmatoid artritt skal ikke overstige 90 mg daglig.

**Akutt urinsyregikt** \_\_\_\_\_ **120 mg en gang daglig**

Dosen for akutt urinsyregikt skal ikke overstige 120 mg daglig, begrenset til maksimalt 8 dagers behandling. ARCOXIA 120 mg bør kun benyttes under den symptomatiske perioden.

Referanser: 1. Godkjent Preparatomtale. 2. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: A randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled doseranging study. Clin Ther 2004;26:667-679.

Referanser og fikstekst side 41

**THE POWER TO MOVE YOU** **ARCOXIA®**  
*(etoricoxib, MSD)*

**Før forskrivning av ARCOXIA®, se preparatomtalen for kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger.**  
 ARCOXIA® er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

# Vil ha linjeløs helsetjeneste

Sykehusdirektør i Nord-Trøndelag vil slå sammen kommunehelsetjenesten og sykehustjenesten til en felles, linjeløs helsetjeneste.

Forslaget fra administrerende direktør Arne Flaar i Helse Nord-Trøndelag kom under en helsekonferanse på Stiklestad 7. februar.

Visjonen er at døra inn til fastlegen samtidig skal være døra inn

til hele helsetjenesten i regionen. – Det er spennende og interessant at direktøren kommer med et slikt forslag, sier NSF-leder i Nord-Trøndelag, Tove Sagnes.

## Forundret

Hun mener imidlertid det er oppsiktsvekkende at sykepleierne ikke nevnes. Det er kommunene og fastlegene Flaar vil ha med på et pilotprosjekt med en felles, sømløs helsetjeneste underlagt Helse Nord-Trøndelag.

– Direktøren snakker om eldrebølge og samordning mellom

tjenestene. Sykepleierne blir ikke nevnt, selv om det er mangelen på omsorgspersonell som blir den virkelige utfordringen fremover, sier hun.

## Legene

– *Legene har kanskje ikke best oversikt over eldreomsorgen og dens utfordringer?*

– Nei, ærlig talt. Det er det faktisk ikke. Sykepleierne er de som er nærmest pasientene og vet mest om dette, sier hun og fortsetter:

– Dagens organisering av spesia-

listhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til at vi ikke er med i diskusjonene, og deltar på de arenaene beslutningene fattes.

Hun mener sykepleierne bør få bidra med kreative innspill når fremtidens visjoner i helsevesenet diskuteres og konkretiseres.

# Viktig vedtak om likelønn

Med loven i hånd kan man nå sammenlikne lønnen til arbeidstakere som tilhører ulike fag og ulike tariffavtaler, men som arbeider i samme virksomhet, kan man lese på Likelønnskommisjonens hjemmesider.

Saken er kort fortalt at en kvinnelig konsulent i Aftenposten hadde klaget inn arbeidsgiveren for lønnsdiskriminering. Hun mente at hun utførte arbeid av lik verdi som en mannlig typograf i samme avdeling, men hadde betydelig lavere lønn enn kollegaen. 15. februar 2007 fikk hun medhold i Likestillings- og diskrimineringsnemnda.

## Forundret

– Vedtaket er prinsipielt viktig og åpner for mange spennende likelønnsaker i tiden som kommer, uttaler leder av Likelønnskommisjonen, Anne Enger på kommisjonens hjemmesider. Hun legger til at den endringen som ble gjort i Likestillingslovens likelønnsbestemmelse i

2002, nettopp gjør det mulig å sammenlikne lønnen til arbeidstakere som utfører forskjellig arbeid.

## Skal studere saken

Også i Norsk Sykepleierforbund (NSF) ser man positivt på vedtaket, opplyser fungerende forhandlingsjef, Kari Tangen.

– Vi skal studere saken nærmere for å se hvordan den eventuelt kan brukes for å sammenlikne sykepleiere og andre yrkesgrupper. Samtidig er det viktig å vite at denne saken i Aftenposten ikke automatisk gjør det mulig å sammenlikne lønnsvilkårene for ulike yrkesgrupper.

tekst Odd Letnes

## En moderne legeromanserie



Bli abonnent og få første bok GRATIS!

Maktkamp, kjærlighet og vennskap møter den unge turnuslegen Eva Dahl i hennes første jobb.

Ordretelefon: 815 66 540  
E-post: [bestilling@schibstedforlagene.no](mailto:bestilling@schibstedforlagene.no)  
[www.schibstedforlagene.no](http://www.schibstedforlagene.no)

S  
SCHIBSTED  
FORLAGENE

# Få maks ut av studiet og jobben!



## STORE MEDISINSKE LEKSIKON 1-5

fra Kunnskapsforlaget er et moderne og brukervennlig leksikon - et kvalitetsverk skrevet av Norges fremste fagfolk.

Verket fremstår som det største og mest velutstyrte medisinske oppslagsverket i Norge og har en innholdsmessig tyngde og et presisjonsnivå som tilfredsstillende behøver til både studenter og medisinsk fagpersonell. Språket og presentasjonsformen gjør de fleste artiklene enkle å forstå også for lesere uten helsefaglig bakgrunn.

Hovedredaktør: Professor dr. med. Magne Nylenna

**NY  
UTGAVE**

Bestill verket på [www.kunnskapsforlaget.no](http://www.kunnskapsforlaget.no) eller ring vår ordretelefon 02250



## Vi spør Finn Abrahamsen

**Alder:** 58 år

**Aktuell som:** Politioverbetjent ved voldsavsnittet i Oslopolitiet.

**Fakta:** Finn Abrahamsen har i mediene fortalt om omreisende kvinner som kommer til Norge på turistvisum, kjønnslemlester små jenter og drar igjen. Politiet vet at det skjer, men har få bevis. I desember 1995 kom en egen lov om forbud mot kjønnslemlestelse. Helsearbeidere - blant andre - plikter å melde hvis de kan avverge kjønnslemlestelse.



### Når oppdaget politiet at omreisende omskjærere kommer til Norge?

– I 1996 fikk vi mistanke. Da ble vi fortalt om et eksempel, men vi klarte ikke å bevise noe. Vi hørte om eldre kvinner som kom reisende.

### Hvordan vet dere at dette skjer?

– Vi er totalt avhengig av informasjon fra miljøene. Mange eldre i familiene presser på for å omskjære barna, men mange er også sterkt mot dette, og det er vi glade for.

### Hvor utbredt er det?

I Østlandsområdet er kanskje 20 000 i befolkningen knyttet til miljøer der dette skjer. Men ingen har rede på hvor mange som blir omskjært

her. De som vet at det skjer, har ikke mot eller styrke nok til å stå fram som vitner.

### Hvor kommer omskjærerne fra?

Fra de landene som har denne tradisjonen. Somalia er tungt representert. Eritrea også. Gambia og Senegal. Den sentralafrikanske republikk.

### Varsler helsearbeidere nok om omskjæring?

– Vi har ikke fått noen meldinger derfra.

### Forventer du at de varsler?

– Ja, hvis de kjenner til at det skjer. Det er straffbart å la være. Vet de

om det uten å melde, tar de en sjanse. Meldeplikten går foran taushetsplikten.

### Overrasker det deg at helsevesenet er så stille?

– Vanskelig å si. Håper det er fordi de ikke har avdekket noe. Men hvis noen vet om at barn allerede er omskjært, kan de ved å melde om dette medvirke til at det ikke skjer med yngre søsken.

### Hva kan politiet gjøre?

– Vi er de siste i kjeden, de siste som får vite, for vi driver ikke kontroll. Helsevesenet, barnehager, skoler og trossamfunn kan oppdage mer enn oss. Vi skal

håndheve loven, men jeg har vel så mye tro på å forebygge. Det er ikke så mye om å gjøre for meg å få dømt noen, men skal vi komme videre må det reageres. En dom vil virke avskrekkende og vise at vi mener alvor.

### Hva kan sykepleierne gjøre?

– Hvis de avdekker noe, må de følge loven og rapportere videre. Det hjelper lite bare å si: «Det må du ikke gjøre.» Utstrakt, tverrfaglig forebygging er viktig. Man kan snakke ganske direkte om at ingen skal røre ved barnets kjønn, slik man snakker direkte om voldtekt.

tekst **Marit Fonn** foto **Scanpix**

## Nyhet Pasienter

# Halv milliard i erstatning

Siden 2003 har utbetalingene fra Norsk Pasient-skadeerstatning økt med over 100 millioner kroner.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som har blitt påført skade etter behandlingssvikt innen den offentlige helsetjenesten. Saksbehandlingen er gratis.

### Flere større saker

– Den jevnt stigende veksten i antall saker og utbetalinger skyldes i all hovedsak at pasientene er blitt mer oppmerksomme på muligheten til å søke erstatning. Videre er helsepersonell blitt flinkere til å gi pasientene informasjon om NPE, sier statistikkrådgiver Sølvi Flåte i NPE.

– I Helse Midt-Norge har utbetalingen fra 2005 til i fjor gått ned fra rundt 80 til 50 millioner

kroner. Hva skyldes dette?

– De store variasjonene i utbetalinger fra et år til et annet kan skyldes at det et år er behandlet store saker hvor det er blitt utbetalt millionbeløp i erstatning. Det er også store svingninger i antall saker som kommer. Hvis det et år kommer mange saker, så vil flere av disse ikke bli ferdigbehandlet før året etter og registreres da som utbetaling det året, sier Sølvi Flåte.

Siden NPE ble opprettet i 1988 har de mottatt i overkant av 35 000 saker og utbetalt i underkant av 3,4 milliarder kroner. I 2006 mottok NPE 3 750 saker og utbetalte 485 millioner kroner.

tekst **Bjørn Arild Østby**

### Utbetalinger per 31. desember 2006

Fordelingen tar utgangspunkt i hvor pasienten har blitt behandlet.

Behandlingssted	2003	2004	2005	2006
Helse Nord	53 418 092	44 718 585	45 115 397	67 026 823
Helse Midt-Norge	41 606 173	55 509 825	79 285 199	50 076 417
Helse Vest	81 355 281	76 149 458	79 356 853	50 076 417
Helse Sør	68 707 607	78 048 327	86 996 152	91 486 145
Helse Øst	116 460 890	108 562 243	116 561 897	125 693 462
Kjøp av private helsetjenester*	707 500	3 093 947	4 823 445	5 072 594
Kommunehelsetjenester**	17 282 441	32 018 128	25 456 108	50 360 503
Off. tannhelsetj.	0	0	0	0
Annet***	0	0	11 000	100 000
<b>TOTALT</b>	<b>379 537 984</b>	<b>398 100 513</b>	<b>437 606 051</b>	<b>485 039 885</b>

\* Privat helsetjeneste (offentlig kjøp av helsetjenester og privatpraktiserende spesialister) er dekket av ordningen med pasientskadeerstatning hvis det offentlige har inngått avtaler gjennom drifttilskudd eller avtale om kjøp av helsetjenester.

\*\* Fastleger med basistilskudd er inkludert i denne gruppen

\*\*\* I registreringsgruppen «Annet» finner vi for eksempel rehabiliteringssentre, fysioterapisentre, røntgeninstitutter og laboratoriesentre.

Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning

# Rydder bordet – krever orden

– Dette er et unntak. Bevilgningene til spesialisthelsetjenesten kommer i framtida kun via de årlige statsbudsjettene.

Med 800 nye millioner i den ene hånden, og oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i den andre, krever helseminister Sylvia Brustad en bedre styring og utgiftskontroll fra helseforetakene i framtida. Helseministeren legger opp til sterkere styring på alle nivå i spesialisthelsetjenesten, og direktører og styreledere i de regionale helseforetakene er pålagt å avlegge helseministeren månedlige regnskapsrapporter.

## Nødvendig ryddesjau

Etter å ha hevet pekefingeren mot de regionale helseforetakene under Norsk sykehus- og helsetjenesteforening sin lederkonferanse

tidligere denne måneden, minnet en mer forsonende Brustad om at vårt helsevesen er bra. At Norge bruker mye ressurser på helsevesenet sammenlignet med andre land.

– Ekstrabevilgningene til spesialisthelsetjenesten er helt nødvendige, for å nå Stortingets resultatkrav for 2007 og samtidig sikre pasientbehandlingen. Nå er bordet ryddet. Og det vil ikke bli akseptert at helseforetak ansetter flere hundre flere helsepersonell enn økonomien tillater, ifølge Brustad.

## Krever kvalitet

I tillegg til aktivitetskravet blir kravet til helsetjenester «av god kvalitet» vektlagt i oppdragsdoku-

mentet for 2007.

Stikkord er at tjenestene skal virke, skal være trygge og sikre, skal være helhetlige og sammenhengende, og de skal være tilgjengelig.

– Dette er helt avgjørende for å få den nødvendige tilliten i befolkningen, sier Brustad.

Ifølge oppdragsdokumentet forutsetter god kvalitet videre «at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst. God ressursutnyttelse betyr videre å tilby rett tjeneste til rett bruker på rett måte og til rett tid. Dette vil også innebære å ha høy produktivitet og effektiv behandlingsflyt uten at det oppstår flaskehals. God res-

sursutnyttelse vil også innebære å utnytte behandlingsskapet på en kostnadseffektiv måte.»

– På samme måte som vi krever økonomistyring, vil vi nå også sette mål på kvaliteten av pasienttilbudet, lover helseminister Sylvia Brustad.



STRENG: Helseminister Sylvia Brustad forteller hvor skapet skal stå.



## WSM – NØKKELBOKS

### Problemløseren for hjemmetjenesten

# 20 år i Norge!

Selv om det kan virke overraskende på enkelte helsepolitikere er det faktisk i disse dager 20 år siden første norske kommune tok i bruk nøkkelbokser i hjemmetjenesten. Siden har over 250 kommuner fulgt dette eksempelet!

Fordelene er åpenbare:

- WSM Nøkkelbokser forenkler nøkkelhåndteringen i hjemmetjenesten
- WSM Nøkkelboks gir utryknings- og hjelpepersonell rask og sikker adgang til boligen
- WSM Nøkkelboks er innbruddsikker
- WSM Nøkkelboks er godkjent av forsikringselskapene
- WSM Nøkkelboks kan leveres med omkodbar låsesylinder

*For mer informasjon, priser og tilbud, kontakt:*



Pb.213, 5591 Etne  
Tlf. 53 75 77 50  
Fax 53 75 77 51  
post@arcus-vita.no  
www.arcus-vita.no

WSM Nøkkelboks – det trygge alternativet

# – Må tenke lenger enn ett år



KUTT MED VETT: Viseadministrerende direktør Anne Sissel Faugstad i Helse Bergen mener sykehusene er samfunnsinstitusjoner hvor man også må ta politiske hensyn. Det må påvirke hvilke kuttforslag som er mulig og hvordan man gjør det.

Helseministeren krever at sykehusene bremser aktivitetsnivået. Neste år kan planen være endret. Det er et problem at spesialisthelsetjenesten må forholde seg til ett budsjettår av gangen, mener direktør Anne Sissel Faugstad i Helse Bergen.

Viseadministrerende direktør Anne Sissel Faugstad i Helse Bergen etterlyser rammer fra Stortinget som strekker seg over mer enn ett budsjettår av gangen.

– Spesialisthelsetjenesten lider under kortsiktig bestilling og liten mulighet til langsiktig planlegging, sa den nyansatte direktøren under Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings lederkonferanse. Temaet var: «Er det samsvar mellom bestilling og ressurser?».

– Sykehusene trenger oppdragsdokument. Men når dokumentet inneholder rundt 90 oppfølgingspunkter til det regionale helseforetak, gir det lite spillerom. Hvis det i løpet av året for eksempel skulle komme en ny kreftmedisin, og dette ikke er tatt med i budsjettet, rakner regnskapet.

## Jevn vekst

Gode data er nødvendige for å kunne iverksette tiltak og for å kunne måle om tiltakene har hatt den tiltenkte effekt. Data er et viktig redskap for lederne, som sammen med tillitsvalgte og faggruppene er et annet viktig redskap for å oppfylle bestillingen fra helseministeren.

– Rasering av tilbudet! Det er bildet som er skapt av spesialisthelsetjenesten. Men det stemmer ikke hvis vi tar oss tid til å se på ressursveksten i spesialisthelsetjenesten. Det har vært en jevn

vekst siden 1990-tallet. For eksempel har antall leger i perioden 1990 til 2004 økt med hele 80 prosent, mens antall sykepleiere har økt med 60 prosent, sier Faugstad.

Og dette merkes på aktiviteten. – Aktiviteten har siden staten overtok eieransvaret for sykehusene økt jevnt. Døgnopphold har steget med 9 prosent i perioden 2002 til 2005, mens tallet for dagbehandling har økt med hele 42 prosent.

nivå» betyr at aktivitetsveksten for innværende år vil bli redusert, ifølge Faugstad.

## Få bruker mye

– Hvor har veksten vært?

– Den totale veksten i døgnopphold per 1 000 innbygger i Helse Vest har fra 1995 til 2005 vokst med vel 20 prosent. For de under 15 år og for aldersgruppen over 80 år har veksten vært på over 40 prosent. Det er de eldste som er storforbrukere

## Beskjeden vi må gi mange pasienter er at de dessverre ikke er prioritert og må vente.

## Redusert vekst

Nå har helseministeren kommet med sin bestilling overfor spesialisthelsetjenesten for 2007. Innenfor den tildelte ressursrammen krever hun at aktiviteten i 2007 skal videreføres «på om lag samme høye nivå som i 2006». Innen psykiatrien forventer helseministeren en aktivitetsvekst som følge av opptrappingsplanen.

– Hva betyr dette? Jo vi har fått en bestilling som sier at sykehusene må dempe aktivitetsveksten. Til nå har aktiviteten vært høyere enn bestillingen. Bare siden 2002 har veksten ligget på i overkant av 2 prosent hvert eneste år. «På om lag samme

av helsetjenestene. For gruppen over 80 år var det i 2005 snakk om 640 døgnopphold per 1 000 innbygger.

Så bli utfordringen som ligger i oppdragsdokumentet: Hvor skal veksten dempes?

– Når øyeblikkelig hjelp innleggelse stiger, er det grunn til å svette. Tall for avdelingsopphold i Helse Bergen i fjor viser at 60 prosent av oppholdene er øyeblikkelig hjelp, mens 7 prosent er elektiv behandling med rett til nødvendig helsehjelp. Kun rundt 3 prosent av aktiviteten er elektiv behandling med rett til annen helsehjelp. Det er disse 3 prosentene som skyves ut til fordel for

pasienter med lovpålagt rett til behandling, forklarer Faugstad.

Det er de sykeste pasientene som blir prioritert. I Helse Bergen stod 5 prosent av pasientene i åra 2004 og 2005 for hele 37 prosent av alle liggedøgn.

## Gap

Oppdragsdokumentet byr på flere utfordringen enn økonomi-, aktivitets- og kvalitetsmål. Sykehusene er samfunnsinstitusjoner hvor man også må ta politiske hensyn. Dette vil påvirke hvilke kuttforslag som er mulig og hvordan man gjør det, mener Faugstad.

– For det første er det et gap mellom den politiske bestilling og det som forventes fra befolkningen. Beskjeden vi må gi mange pasienter er at de dessverre ikke er prioritert og må vente. Dette skaper naturligvis mye frustrasjon, påpeker hun.

– Videre er det et gap mellom det som faktisk til enhver tid kan ytes både faglig og teknisk og den «rammen» vi skal holde oss innenfor. Fra politisk hold blir det understreket at det ikke er spesialisthelsetjenesten som skal ta det store helsespranget. Løsningen heter forbygging. Her står helseministeren overfor en stor pedagogisk utfordring, mener Anne Sissel Faugstad.

# Stoppes av gevær, ikke uvær

– Gravide i Norge må ta hensyn til storm, lange havstykker og kronglete fjelloverganger. Det er noe helt annet å få et gevær opp i ansiktet og bli nektet å passere veisperringen når riene kommer.

Jordmor Berit Mortensen fra Sandnessjøen er sjokkert over de gravide og fødendes kår på Vestbredden. Nå er hun i gang med forarbeidet til et prosjekt som kan hjelpe på situasjonen.

Det er tjue år siden hun på oppdrag for Landslaget for Norske Sykepleierstudenter første gang besøkte Vestbredden.

– Situasjonen er gått fra vondt til håpløst, uten at noen tilsynelatende synes å bry seg, sier Mortensen.

Byggingen av muren, nye israelske bosettinger og internasjonalt boikott av det palestinske regjeringspartiet Hamas rammer gravide og fødende palestinske kvinner spesielt hardt.

## Føder i veikanten

Israel har i dag over 400 kontrollposter på Vestbredden. Mange av dem er mobile, slik at befolkningen aldri vet hvor de blir stoppet. Det gjør det vanskelig for den palestinske befolkningen å komme seg fra et område til et annet på Vestbredden.

– Det gjør at et økende antall fødende ikke kommer til sykehus for å føde. Ifølge en rapport Amnesty International publiserte i 2005 har mange kvinner vært tvunget til å føde i veikanten ved

kontrollposten, og mange har mistet sine barn fordi israelske soldater har nektet dem å passere, sier Mortensen.

En av kvinnene, Rula Ashtiya, forteller til Amnestys etterforskere:

«Jeg kravlet bak en sementblokk ved veisperringen for å finne litt beskyttelse. Jeg fødte mitt barn der, i støvet, som et dyr. Jeg tok barnet i mine armer, og hun beveget seg litt, men hun døde etter noen få minutter.»

– Dette kan man ikke lukke øynene for, sier den engasjerte jordmoren.

I fjor sommer reiste hun til

området for å finne ut om palestinske jordmødre ønsket samarbeid om et prosjekt.

– Det viser seg at palestinske jordmødre sterkt ønsker å samarbeide med jordmødre internasjonalt. Redselen for å isoleres fra resten av verden er stor etter byggingen av den åtte meter høye muren rundt de palestinske områdene, sier Mortensen.

Sammen med jordmorkollega Sølvi Hestnes reiste hun på nytt til Vestbredden i november i fjor. Med seg hadde de 225 000 kroner i støtte fra Utenriksdepartementet. Midlene skulle brukes til å kartlegge mulighetene for et prosjekt der norske jordmødre og fagmiljø kan bidra til å styrke og utvikle det eksisterende nettverket som hjelper palestinske fødende som blir hindret i å komme til fødeinstitusjoner.

Palestinakomiteen i Norge

er, i samarbeid med Palestinske Røde Halvmåne, ansvarlig for prosjektet.

## Helhetlig omsorg

Ideen er å utvikle et pilotprosjekt der Palestinske Røde halvmåne sitt fødselssykehus i Ramallah prøver ut en ny modell for helhetlig omsorg for gravide, fødende og barselkvinner. Håpet er at modellen seinere kan overføres til andre sykehus på Vestbredden.

– Modellen vi vil forsøke å innarbeide ved sykehuset innebærer at jordmødre fra avdelingen vil få tildelt hvert sitt distrikt eller landsby. Her vil de en gang i uken tilby svangerskapsomsorg for kvinner som seinere vil komme til fødeavdelingen for å føde, forklarer Mortensen.

– På kort sikt håper vi at en slik organisering vil avhjelpe den akutte og humanitære krisen som oppstår når kvinner ikke kommer seg gjennom de militære sjekkpunktene. En bedre svangerskapsomsorg og styrking av jordmorressursene ute i landsbyene vil også gjøre det lettere å selektere og planlegge følgetjeneste for å forebygge tragiske utfall ved veisperringene, sier Mortensen.

ISOLERER: Palestinske jordmødre er redde for å bli isolert fra resten av verden, særlig etter byggingen av muren rundt de palestinske områdene.





GLEDE: Overjordmor Itidal, en nybakt palestinsk mamma med babyen og de to norske jordmødrene Sølvi Hestnes og Berit Mortensen.

Tilbudet vil også innebære svangerskaps/fødselsforberedende kurs og informasjon om familieplanlegging.

– Erfaringene fra den desentraliserte modellen som vi jobber etter i Nord-Norge kan fungere også på Vestbredden, mener Mortensen.

#### **Mangler jordmødre**

Det er kun en utdannet jordmor på hver vakt ved sykehuset i Ramallah. Avdelingen vil derfor ha behov for ekstra jordmorstillinger i prosjektfasen for å kunne frigjøre jordmødre til

svangerskapsomsorgen ute i landsbyene. Det er også nødvendig å bidra til utdanning av flere jordmødre for å få gjennomført en slik organisering, ifølge Mortensen.

– Dette arbeidet er i gang. Tre aktuelle kandidater er plukket ut til å ta jordmorutdanning. Alle jobber i dag som jordmorassistenter i avdelingen, men er avhengig av videre lønn for å kunne ta utdanningen som går over fire år, sier Mortensen.

I løpet av utdanningen skal de palestinske studentene blant annet besøke jordmorutdanningen

i Trondheim og fødeavdelingene i Sandnessjøen.

En norsk jordmor vil være norsk koordinator for prosjektet, og de norske jordmødrene vil bli ansatt i prosjektet for minst tre måneder av gangen for å sikre et minimum av kontinuitet.

Berit Mortensen forventer at Utenriksdepartementet, som støttet forprosjektet, også vil støtte det videre arbeidet med å bidra til en tryggere og mer human fødselsomsorg for palestinske kvinner. Prosjektet har en kostnadsramme på vel to millioner kroner.

**Jeg fødte mitt barn der, i støvet, som et dyr. Jeg tok barnet i mine armer, og hun beveget seg litt, men hun døde etter noen få minutter.**

# Svært svekket av forgiftning

Sykehus i Oslo får inn nærmere 1 000 pasienter hvert år med selvpåført forgiftning. Disse pasientene har dårlig prognose på lang sikt, viser ny forskning gjort ved Ullevål universitetssykehus.

På kort sikt vet man at det går bra med personer med akutt forgiftning. Mange har imidlertid hatt en mistanke om at det ikke går så bra på lang sikt. Undersøkelsen som forskerlinjestudent Mari Asphjell Bjørnaas ved medisinstudiet har gjort, bekreftet hennes mistanker om pasientgruppen.

## Dødelig dose

Personer som ble lagt inn på grunn av selvpåført forgiftning for 20 år siden, har en langt høyere dødelighet enn befolkningen for øvrig. Nesten 40 prosent av pasientene var døde 20 år etter, til tross for at gjennomsnittsalderen kun var 31 år da de hadde en akutt forgiftning.

– Dette er en gruppe pasienter som ikke får så mye av helsevesenets ressurser, til tross for at de

har svært alvorlige helseproblemer. Forskningsresultatene tyder på at pasienter med selvpåført forgiftning bør få økt oppfølging, i hvert fall hvis vi skal følge prinsippet om at alvorlige helseproblemer skal ha mer ressurser enn mindre alvorlige helseproblemer, sier Asphjell Bjørnaas på Ullevål universitetssykehus sine hjemmesider.

## Flere stoffer

Pasienter som kommer inn til akuttmottaket med selvpåført forgiftning er ofte i koma, eller lite villige til å fortelle om eget inntak av illegale rusmidler. Noen er også ambivalente i forhold til et ønske om å dø. I mange tilfeller kan legene få vanskeligheter med å finne ut hvilke stoffer pasienten har inntatt. Noen ganger må behandling gis kun på bakgrunn av mistanke.

Asphjell Bjørnaas har undersøkt i hvilken grad det er samsvar mellom legens mistanker når pasienten kommer til akuttmottaket, og hvilke stoffer som faktisk er å finne i pasientenes blod og urin. Analyser i laboratorier viser at pasientene ofte hadde tatt flere stoffer enn det legene mistenkte i starten.

## Tradisjonelle stoffer vanligst

Halvparten av pasientene hadde inntatt alkohol og/eller benzodiazepiner (for eksempel valium). Media har de siste årene fokusert på bruken av nyere stoffer som GHB og ecstasy, men velkjente stoffer som alkohol, amfetamin og opiat er fortsatt mest vanlig. En av fem hadde amfetamin i kroppen, og én av tre hadde tatt opiat.

GHB kan gi respirasjonsstans og sees nå oftere enn før hos forgiftningspasienter. Bare en liten

andel av pasienter med selvpåført forgiftning hadde tatt ecstasy. Ni av ti forgiftningspasienter fikk påvist rusmidler i kroppen, og de fleste mer enn ett. Det viser at rusbruk hos denne pasientgruppen er omfattende.



## FAKTA

### Selvpåført forgiftning:

- En akutt forgiftning hvor pasienten selv har inntatt den giftige substansen.
- Selvdestruktiv atferd. Selvmordsforsøk eller rusmisbruk er hovedårsaker.
- 90 prosent av personer med selvmordsatferd har psykiatrisk sykdom.

# Vanskelig å få full stilling

To av tre nyutdannede sykepleiere får ikke fast jobb, og i Nord-Trøndelag er det ekstremt vanskelig å få full stilling som sykepleier.

Fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund i Nord-Trøndelag, Tove Sagnes, er frustrert.

– Tallene vi har å støtte oss på er ikke nye, men vi er et lite fylke med god oversikt over stillinger som lyses ut og arbeidsmarkedet, sier hun.

For to-tre år siden lå Nord-Trøndelag ti prosent over landsgjennomsnittet når det gjaldt

deltidsstillinger blant sykepleiere. – Situasjonen har på ingen måte blitt bedre for sykepleierene de siste årene, sier hun.

Flere kommunene har vedtatt en intensjon om at ingen skal ha mindre enn 40-50 prosent stillingsbrøk. – Det gjør det vanskelig for dem som allerede har 50 prosent stilling å få høynet brøken. De havner langt bak i køen sier hun.

I dag er 70-80 prosent av alle stillinger i helsevesenet i Nord-Trøndelag deltidsstillinger.

– Samtidig er tilgangen på kvalifisert arbeidskraft veldig god, med to utdanningssteder for sykepleiere. Mange står på trappene og håper på en mulighet, sier Sagnes.

## Mangler penger

Både kommunene og helseforetakene mangler penger til hele stillinger.

– De nyutdannede må si ja til de tilbudene de får, sier hun.

Denne situasjonen mener hun arbeidsgiver er tilfreds med fordi det er billig og praktisk å ha deltidsansatte som kan leies inn på ekstravakter i travle perioder. Dermed slipper de å betale for uproduktiv tid når det er lite å gjøre.

## Løsning

– *Hva kan NSF gjøre for å få bedret situasjonen?*

– Det er vanskelig. Arbeidsgiver oppfordrer NSF's tillitsvalgte til å godkjenne turnuser med arbeid

oftere enn tredje hver helg, sier hun.

Fylkeslederen sier dette er en problematikk som har vært diskutert i NSF over tid.

– Forbundsstyret har vedtatt vår overordnede arbeidspolitikk som slår fast at vi fortsatt skal jobbe tredje hver helg, sier hun.

Fylkeslederen mener at det også handler om likelønnspolitikk.

– Vi må være offensive i dialogen og drøftingene med politikere og arbeidsgivere for å få forståelse for at det er langt igjen til likestilling i Norge. Utgangspunktet må være at alle har mulighet til 100 prosent stilling og en lønn å leve av, sier hun.

**DIN NYE  
OSTEFAVORITT!**



# Endelig en ost som både du og hjertet ditt elsker!



## Den nye hjerteosten:

- ♥ Ugunstig mettet fett er erstattet med de hjertegode oljene raps og solsikke
- ♥ Smaker slik en mild og modnet ost skal smake



*Fås både som fast og revet ost*

## Med tanke på kolesterolet

Den nye hjerteosten fra Vita hjertego' er en mild og mager ost, ystet og modnet på tradisjonelt vis. Bare på ett område er den annerledes: Vita hjertego' inneholder mindre av det usunne mettede fett som gir høyt kolesterol. Den er i stedet rik på hjertegode oljer fra raps og solsikke. Derfor er Vita hjertego' ost gunstig for kolesterolet, samtidig som du nyter en mild og god ost. For første gang kan du få en ost som ikke bare du, men også ditt hjerte elsker.



# Sjefen og oss andre

Av og til føles det som om gapet mellom oss som skal gjøre en jobb, og dem som skal lede oss, er et hav fylt av konflikter. Så hvordan surfe på bølgene uten å drukne?

Det er lett å tenke: Oss – de ansatte. Dem – lederne. Selv om målet ofte kan være det samme for begge grupper, blir mye tid brukt på å mistenke den andre gruppen

for skjulte agendaer. Når ledere er dem som har makt og myndighet, kan vanlige ansatte fort føle seg mobbet og trakassert.

Mental Helse sin Arbeidslivste-

lefon får mange henvendelser fra arbeidstakere som sliter i jobben. En stor del av dem er fra sykepleiere. I 2006 ringte nærmere 200 ansatte fra helsevesenet arbeidslivstelefonen fordi de ikke helt vet hva de skal gjøre i den situasjonen de har havnet i.

Antall henvendelser er doblet etter saken i LO mellom Ingunn Yssen og Gerd-Liv Valla.

– Den har gitt mobbing ansikt. Mange kjenner seg igjen i beskrivelsene, sier rådgiver Martin Holm i Arbeidslivstelefonen.

Her er noen av henvendelsene Arbeidslivstelefonen har mottatt fra sykepleiere:

#### **Jantelov**

Henvendelse 1: Jeg jobber i hjemmetjenesten i 100 prosent stilling.



## – Når jeg leser at de sykemelder seg og får råd om å oppsøke tillitsvalgte og å skrive ned samtaler og lignende, blir jeg lei meg.

Paul Moxnes, BI

Det har jeg gjort i sju år. Jeg gikk inn i stillingen som gruppeleder for hjemmetjenesten, noe jeg gledet meg til. Men nå sliter jeg med jobben.

– Hun forteller at årsaken er at to kolleger gjør det vanskelig for sykepleieren å gjøre jobben sin, forteller Holm.

Sykepleieren mener Janteloven råder. Det letes hele tiden etter feil hun gjør, ned til den minste detalj. Det siste sykepleieren fikk høre, var at det gikk rykter i bygda om at hun ikke fungerte i jobben. Hun er lite borte fra jobben, men har brukt en egenmelding. Hun synes det er forferdelig trist at noen få skal få lov til å ødelegge for andre som ønsker å trives i jobben sin.

Sykepleieren forteller videre til Holm at hun på jobben neste dag skal i møte med lederen.

– Denne sykepleieren sier hun har prøvd å snakke med lederen tidligere, men blir ikke hørt. Hun får beskjed om å overhøre de andre som snakker bak ryggen hennes, sier Holm.

Verneombudet fungerer heller ikke i jobben sin, ifølge sykepleieren. Hun vet ikke om hun orker å kjempe mer. Skal hun bare si fra seg stillingen, og forhåpentligvis få fred på jobb?

### Råd:

Holm rådet henne til å notere ned hendelsene og ta med dokumentasjon på møte med lederen. Hun bør være helt åpen på hva det gjør med henne, og

konsekvensene hvis noe ikke skjer. Hun bør også ta med seg noen til møtet, og be om at det skrives et referat. Ledelsen må ansvarliggjøres, var rådet Holm gav sykepleieren.

### Vær varsom

Henvendelse 2: En sykepleier på 55 år som jobber i en IA-bedrift, ringte Arbeidslivstelefonen etter å ha lest om den i tidsskriftet Sykepleien.

Hun forteller at hun jobber på et sykehjem sammen med en omsorgsarbeider som har negativ innvirkning på arbeidsmiljøet.

– Sykepleieren forteller at dette har ført til mistriivsel og økt fravær. Lederen på sykehjemmet tar ikke tak i dette, men virker noe konfliktsky, ifølge Holm.

Lederen har bedt de ansatte skrive «rapporter» om omsorgsarbeideren, og levere dem til henne som grunnlag for en samtale. Sykepleieren lurer på om dette vil kunne slå tilbake på rapportskriverne.

### Råd:

– Man bør være varsom med å skrive slike rapporter på oppdrag fra leder. Det er leder som skal ta disse sakene. Dersom det er klare brudd på rutiner (hygiene og lignende) er dette avvik og bør meldes på den måten, var Holms råd.

### Syk

Henvendelse 3: En 40 år gammel intensivsykepleier, også organi-

sert og jobber i IA-bedrift, fikk telefonnummeret til Arbeidslivstelefonen av en venninne som hadde lest om stedet i tidsskriftet Sykepleien.

– Sykepleieren hadde vært sykmeldt i tre måneder da hun ringte oss. Lederen hennes har problemer med å akseptere sykemeldingen, og mener hun må komme på jobb, forteller Holm.

Lederen er også svært interessert i hva slags diagnose sykepleieren har, og hva legen har sagt.

– Sykepleieren forteller at lederen blir aggressiv når hun ikke får informasjonen, og har ved en anledning skjelt henne ut, sier Holm

### Råd:

– Jeg anbefalte henne å bare kommunisere på formelt nivå via skriftlig innkalte møter sammen med tillitsvalgt. Jeg ba henne huske referat. Det er også viktig at de får laget en individuell oppfølgingsplan, ifølge Holm.

### Ikke greit

Paul Moxnes er professor i organisasjonspsykologi på BI. Etter å ha lest casene som gjelder sykepleiere har han følgende kommentar:

– Jeg synes synd på dem. De reagerer ikke slik som oss. Jeg tenker da på lederstriden som pågår innenfor det akademiske miljøet i Norge nå. Her er temperaturen så høy at folk nesten havner i håndgemeng. Profesorer finner seg ikke i at ledere

sitter på toppen og trer bestemmelser nedover hodene deres, forteller han.

– Når jeg leser at de sykemelder seg og får råd om å oppsøke tillitsvalgte og å skrive ned samtaler og lignende, blir jeg lei meg. Det høres skrekkelig trist ut. Jeg håper disse casene er unntakene og ikke regelen for hvordan sykepleiere har det ute i jobb, sier Paul Moxnes.



Martin Holm i Arbeidslivstelefonen.



# Har jeg en helsefarlig leder?

Det finnes 13 krevende personlighetstyper. De fleste fungerer dårlig som ledere. Test deg selv, eller vær tøff og la dine ansatte si om du passer inn i noen av kategoriene til professor Paul Moxnes.

De 13 helsefarlige lederne kan ifølge BI- professor i organisasjonspsykologi Paul Moxnes deles inn i fire hovedtyper: De dramatiske, de eksentriske, de engstelige og de aggressive.

#### Tallet er 13

De 13 vanskelige personlighetstypene vil i de fleste tilfeller fungere dårlig som lederstiler, men kan være egnet i gitte situasjoner.

#### De dramatiske sjefene

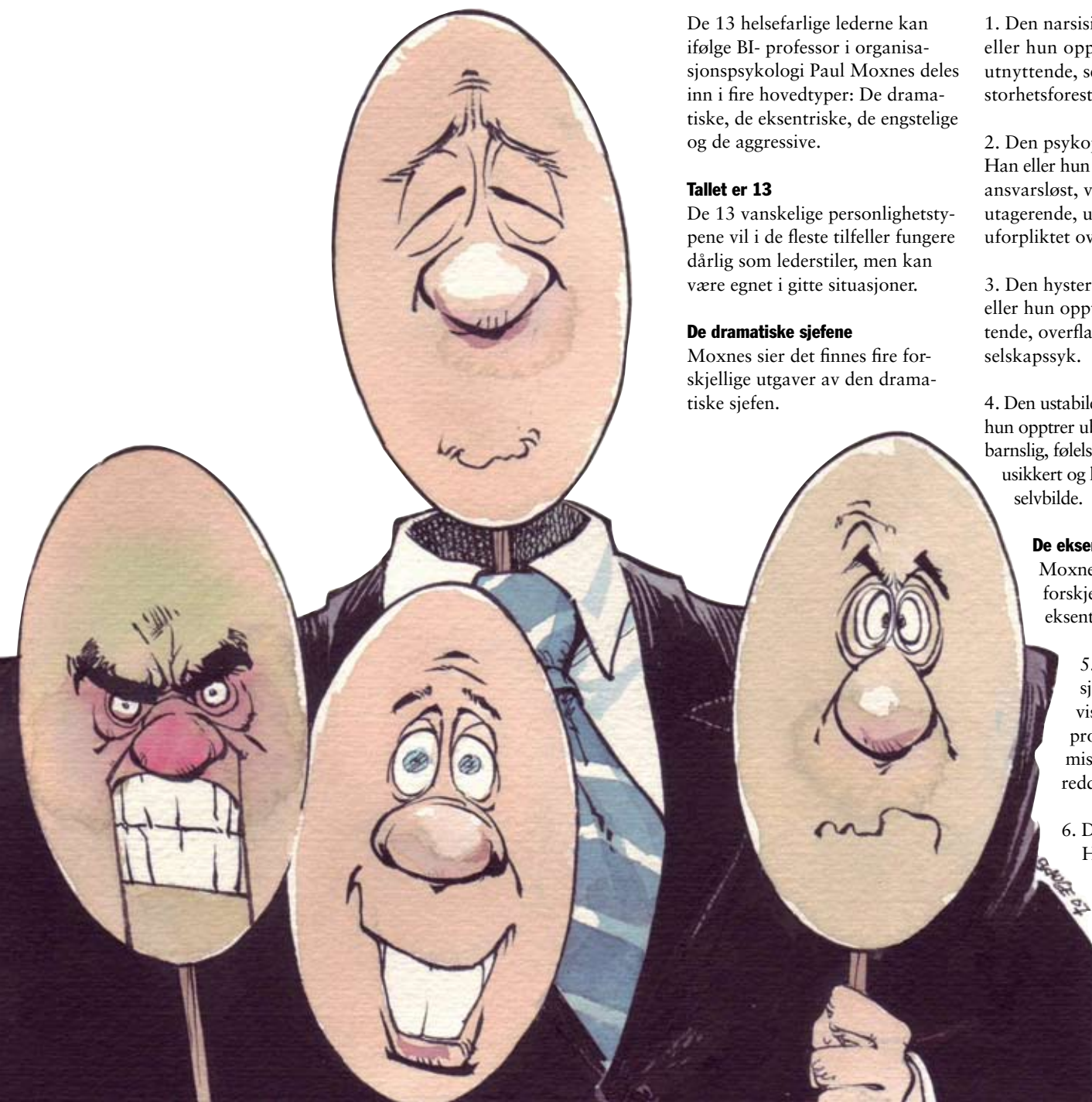
Moxnes sier det finnes fire forskjellige utgaver av den dramatiske sjefen.

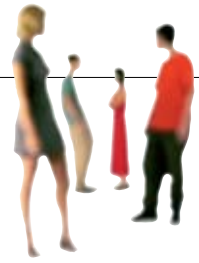
1. Den narsisistiske sjefen; Han eller hun opptrer arrogant, utnyttende, selvsikkert og har storhetsforestillinger.
2. Den psykopatiske sjefen; Han eller hun opptrer impulsivt, ansvarsløst, viser forakt, er utagerende, ufølsom og føler seg uforpliktet overfor andres verdier.
3. Den hysteriske sjefen; Han eller hun opptrer affektert, flørtende, overflatisk, humørsyk og selskapsyk.
4. Den ustabile sjefen; Han eller hun opptrer uberegnelig, lunefullt, barnslig, følelsesmessig ustabil, usikkert og har et umodent selvbilde.

#### De eksentriske sjefene

Moxnes presenterer tre forskjellige utgaver av den eksentriske sjefen.

5. Den paranoide sjefen; Han eller hun viser forsvarsatferd, provoserer andre, er mistenksom, hissig og redd for å bli krenket.
6. Den mystiske sjefen; Han eller hun viser eksentrisk atferd, har særegne tanker, litt rart språk og føler seg fremmed.





7. Den likegyldige sjefen; Han eller hun virker fjern, intellektuelt fattigslig, følelsesflat, men er vennligsinnet i egne øyne.

#### De engstelige sjefene

Moxnes sier det finnes tre forskjellige utgaver av den engstelige sjefen.

8. Den avhengige sjefen; Han eller hun fremstår som naiv, fredelig, selvreduserende og umoden. Han eller hun underkaster seg litt sin overordnede og føler seg fortpapt uten.

9. Den unnvikende sjefen; Han eller hun opptrer vaksomt, tilbaketrukket, redd og fremmedgjort. Dette er en leder som helst unngår andre.

10. Den tvangspregede sjefen; Han eller hun virker disiplinert, respektfull, høytidelig og tankemessig begrenset. Han eller hun er usedvanlig perfeksjonistisk, konvensjonell, formell, seriøs og samvittighetsfull.

#### De aggressive sjefene

Moxnes har delt den aggressive sjefen i tre:

11. Den passiv-aggressive sjefen; Han eller hun fremstår som sta, opposisjonell, negativistisk, irritabel og utilfreds. Denne lederen motsetter seg krav om å yte noe ekstra for bedriften.

12. Den aggressiv-pågående sjefen; Han eller hun opptrer uredd, skrekkinngående, dogmatisk, fiendtlighetsinnet og konkurrerende. Han eller hun liker å konkurrere, dominere og ydmyke andre.

13. Den selvutslettende sjefen; Han eller hun er tilbakeholdende, underkastende, kontradiktorisk, rakker ned på seg selv, virker depressiv, selvbestraffende og masochistisk. Han eller hun vender aggresjonen mot seg selv.

#### Pusekatt

Noen av disse typene er mer oppsatt enn andre på å bli ledere.

– De som skiller seg ut er ledere med narsistisk trekk og den aggressivt pågående typen. De med psykopatiske trekk kan også tenkes å tiltrekkes av å være leder, sier Moxnes.

Den narsistiske lederen er veldig opptatt av å få skryt.

– Hvor gode ledere de er dersom de ikke får skryt, tør jeg ikke si, sier han.

– *Tør du putte LO-leder Gerd-LivValla i en av båsene?*

– Nei, det gjør jeg ikke. Men dersom jeg hadde tatt en håndopprekning blant studentene mine ville flertallet satt henne i bås nummer 12: Den aggressivt pågående sjefen. Det vi må huske er at bildet av henne er medieskapt, det er derfor vanskelig å vurdere om det stemmer. De som kjenner henne og er venner med henne ville sikkert sagt noe annet. Kanskje at hun er «pusekatt», sier han.

#### Nei takk!

Alle ledere kan puttes i en av båsene, så hvor passer de som absolutt ikke passer til å lede og ikke vil være sjef?

– De finnes nok først og fremst i bås 7; «de likegyldige sjefene» og bås 9; «de unnvikende sjefene», sier professoren.

Mange ønsker å bli sjef. Når det gjelder helsevesenet kan det være vanskelig å forstå fordi få lykkes. Spesielt i forhold til økonomistyring.

– Å være leder gir makt og status. Det lokker mange. Ledere kan sette preg på arbeidsplassen ved å satse på egne faglige interesser, og ansette de han vil, sier Paul Moxnes og legger til:

– I tillegg får de høyere lønn.

## Hvordan ville en god sjef løst dette?

En av henvendelsene til Arbeidslivstelefonen handlet om en eldre sykepleiers opplevelser i jobben på et sykehjem. Dårlig ledelse var kjernen i problemet, mente hun. Sykepleien sendte historien til Norsk Sykepleierforbund (NSF) og arbeidsgiverorganisasjonen Navo med spørsmål om hvordan floken burde løses.

En 58 år gammel sykepleier jobber på et sykehjem i en IA-bedrift. Her har hun jobbet i fire år i 100 prosent stilling. På sykehjemmet forteller hun at dårlig ledelse er et vedvarende problem, og det har pågått fra før sykepleieren begynte der.

Sykepleieren forteller om flere episoder hvor ting skjer som ikke bør skje, for eksempel feilmedisinering. Sykehjemmet mangler sykepleiere og har ansatt en utenlandsk sykepleier som er veldig dårlig i norsk. Sykepleieren har prøvd å si i fra til ledelsen ved flere anledninger, men ingenting skjer. Nå har hun blitt så sliten av jobben at hun er 50 prosent sykmeldt. Sykehjemmet har et sykefravær på 20,5 prosent, men ingen gjør noe med det.

Hva bør gjøres i dette tilfellet? Dette er hva NSF og Navo svarte:

#### Svar fra NSF:

En god leder ville aldri latt slike alvorlige problemer bare «skure og gå» som i dette caset.

Det ser ut til at det verken er faglige forsvarlige forhold eller et forsvarlig arbeidsmiljø i dette caset der ledelsen er så fraværende. Det vil si at det er brudd på både helse Lovgivingen og arbeidsmiljøloven. IA-avtalen blir heller ikke

fulgt opp. Det er ingen tvil om at det er lederens ansvar og plikt øyeblikkelig å gjøre noe med forholdene for at sikkerheten til både pasienter og ansatte blir gjenopprettet. Leder ved en avdeling som har så høyt sykefravær må snarest finne ut hvorfor.

Det må snarest tas tak i episoder som går på pasientsikkerheten løs, for eksempel feilmedisinering. Her vil det være viktig å få på plass gode kontrollrutiner som respekteres og kan følges av alle. Når det gjelder utenlandske sykepleiere, så er det arbeidsgiver som har ansvar for at de som ansettes har de nødvendige språklige kvalifikasjonene.

På sikt må lederen ta ansvar for å få på plass et systematisk faglig og arbeidsmiljømessig kvalitetsarbeid (internkontrollsystem) som ivaretar både pasientene og de ansatte. Dette innebærer utarbeidelse av gode varslingsrutiner dersom lover, forskrifter, rutiner og lignende brytes.

Vi vet at sykepleierne setter høye faglige og etiske krav til seg selv og sine medarbeidere. Pasientens ve og vel kommer ofte foran egen helse. Mange sliter seg derfor ut og ender opp som sykemeldte. God ledelse, gode bemanningsplaner der ansatte får bruke sin kompetanse, god



tilrettelegging i et faglig stabilt og stimulerende fagmiljø, er faktorer som vil redusere sykefraværet på lang sikt.

#### Svar fra Navo Helse Vest:

Casen inneholder mange ulike problemstillinger som griper inn i hverandre. Å komme med én løsning er vanskelig. Det finnes like mange løsninger som det er antall medarbeidere. Alle kan ha gode innspill.

Arbeid med sykefravær handler også om å ta den enkelte medarbeider med i arbeidet. Heller ikke i arbeidet med sykefraværet kan en finne universalløsninger. Vi har mange gode eksempler på at åpen dialog og god kommunikasjon mellom ledere og medarbeidere er virkningsfulle. De har sammen funnet løsninger på tilrettelegging, og fordeling av arbeidsoppgaver. Det er viktig å finne gode løsninger for alle innenfor rammen av de arbeidsoppgavene som skal løses.

Denne casen er nesten som om alt som kan gå galt, har gått galt.

Når det gjelder sykefraværet

på over 20 prosent er dette et ledelsesansvar å ta tak i. Det er jo et problem for alle, medarbeidere, ledere og ikke minst også pasientene å ha et sykefravær som er så høyt. Det er et ledelsesansvar å finne løsninger sammen med sine medarbeidere. Det er også alltid hjelp og kunnskap å hente fra

andre som har lyktes eller som har lavt sykefravær. Det er heller ikke en ensom lederjobb, det må gjøres sammen med medarbeidere, kollegaer. Det er et fellesskap som skal få det til.

Dersom man skal få gjort noe med det, er en god dialog med vernetjenesten og tillitsvalgte en.

Det er viktig å sette seg ned å finne ut hva som er målene for å få en godt fungerende arbeidsplass. Dersom folk trives på jobb, kan det i seg selv være nok til å få ned sykefraværet. Løsningen lig-

ger i hva man velger å sette i gang med for å få det til.

En god dialog er en forutsetning for det meste, og er viktig uansett hvor man jobber. Alle arbeidsplasser bør ha faste arenaer hvor man tar opp saker i en åpen og trygg dialog. Ikke bare når kriser oppstår, men i det daglige. Systemene

### Medarbeideres holdninger er også viktig for å få et godt arbeidssted.

og rutinene finnes nok på de fleste steder, men hvordan brukes de?

Hvor man har fokus er viktig. Når noe skal tas opp kan det være smart å fokusere på problemløsning, ikke bare problemet. Forsøk å være løsningsorientert. Det er nok slik for de fleste av oss at det føles lettere å beskrive problemene, men at det er vanskelig å beskrive løsninger. Jeg tror mye kan ligge i trening på å dreie dialogen over til løsninger.

Medarbeideres holdninger er også viktig for å få et godt arbeidssted.

Medarbeidere har også ett ansvar for hvordan arbeidsmiljøet er, ikke minst i forhold til hvordan de tar seg av egne kolleger. Ofte er det lurt å ta utgangspunkt i seg selv: Hvordan ville jeg ønsket å bli tatt imot på ett nytt arbeidssted? Og: Hvilke ting må legges til rette for at jeg skal kunne gjøre en god jobb?

Når man sier at en arbeidsplass ikke fungerer på grunn av dårlig ledelse, bør det spesifiseres nærmere. Dårlig ledelse er en sekkebetegnelse som ikke sier så mye om hva man kan gjøre for å løse problemet med «dårlig ledelse». Å ha en dialog om hvilke forventinger de ansatte har til lederen sin, og hvilke mål lederen har, kan være nyttig. Det kan ofte være misforståelser eller sprik i forventinger som er årsak til mye unødvendig frustrasjon. Det viktigste er at det er avklart hvordan ulike problemstillinger kan tas opp.

tekst Kari Anne Dolonen

## Å lede eller villede

- Hva er forskjellen på Gud og en lege?
- Gud vet han ikke er lege.

Vitsen ovenfor ble fortalt av seniorkonsulent Arne Selvik, på Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings (NSH) lederkonferanse i februar. Han jobber i forskningsstiftelsen AFF som ligger under Norges Handelshøyskole.

– Mange er, eller vil bli ledere. Men tenk gjennom dette spørs-

målet: Hvorfor tror du dine kolleger er ledere?

Her er noen mulige svar:

- De er spesielt gode til å lede mennesker.
- Er åpenbare naturtalenter i ledelse.
- Det faller naturlig for dem å ta ansvar.

- De elsker å herse med folk.
- De orker ikke å bli ledet av andre.
- De liker prestisjen/ tittelen.
- De trenger lønnstilleggene.
- Foreldrene deres forventer det.

#### Egne motiver

Ettersom dette var en lederkonferanse, førte listen over til mye fnising og latter, men det ble litt stillere da neste punkt dukket opp.

– Det er alltid morsomt å ha meninger om andres motiver. Men er det slik at alle ledere har tenkt igjennom hvorfor de er blitt ledere selv? Har du spurt deg selv hvorfor

du er leder? Eller gått gjennom listen overfor ut ifra egne motiver, spurte Selvik forsamlingen.

Han mener det er svært viktig å være klar over egne motiver som leder for å kunne gjøre en god jobb, eller i det hele tatt å forstå hvorfor du har havnet der du er.

– Dersom du tenker «Nå skulle mor ha sett meg» idet du søkte eller fikk din lederstilling, er det noe galt. Spesielt om din mor har vært gravlagt i 20 år. Noen av oss er slik at vi ønsker å leve opp til andres ønsker selv lenge etter de er borte, sier Arne Selvik.

# HVOR GODT KJENNER DU TIL AVTALEN NORSK SYKEPLEIERFORBUND HAR MED NETCOM?

## Trådløs Familie

- **Lønnsomt** – ring hverandre når og hvor som helst i Norge, uten at det koster noe
- **Gir trygghet** – ring hjem selv om kontantkortet har gått tomt
- **Enkelt** – én felles faktura for alle familiens abonnementer
- **Fleksibelt** – velg det mobilabonnementet som passer det enkelte familiemedlem

## Nå kan du kombinere NSF's avtale med NetCom Trådløs Familie

Ring og send SMS til familiemedlemmene i hele Norge uten at det koster noe. En NetCom Trådløs Familie kan ha inntil 6 medlemmer. Alle NetCom Trådløs Familie medlemmene kan benytte seg av NSF's avtale med NetCom.



## Årlig rabatt

Som medlem i Norsk Sykepleierforbund får du en årlig rabatt som fordeles med månedlige trekk på fakturaen. Hvis du velger å binde deg for 12 måneder kan du i tillegg velge mellom en rabattert telefon eller fri ringetid. Med fri ringetid får du årlig fradrag på telefonregningen. Se følgende tilbud:

### YoungTalk

Månedssavgift	0,-*
Minuttpris	1,49
SMS	0,69
MMS	1,99

- Inkluderer 30 SMS per måned
- Inkluderer 10 MMS per måned
- Betal 200,- per mnd\* og ring for hele beløpet

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,69

#### NetCom YoungTalk

kr 270,- i årlig rabatt  
– for deg som ønsker kontroll.

### SmartTalk

Månedssavgift	0,-
Minuttpris	0,59
SMS	0,59
MMS	1,99

- Abonnementet forutsetter eFaktura
- Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr. 0,69.

#### NetCom SmartTalk

kr 200,- i årlig rabatt  
- for deg som ønsker lav ringepris og ikke trenger ny telefon.

### ActiveTalk

Månedssavgift	129,-
Minuttpris	0,89
SMS	0,69
MMS	1,99

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr. 0,59.

#### NetCom ActiveTalk

kr 540,- i årlig rabatt  
– for deg som ringer mye.



For flere tilbud og bestilling gå inn på  
[organisasjon.netcom.no/nsf](http://organisasjon.netcom.no/nsf) eller ring 22 04 31 09.



# Sett korken i flaska

BERGEN: Du ber, gråter, trygler og truer. Ingenting hjelper på din utkåredes rusmisbruk. Ekteparet Hagen har vært igjennom det. Nå skriver de bøker om sine erfaringer.



ERFARING: Bente og Frode Hagen, her sammen med katten Frk. Michelsen, har gitt ut bøkene «Rus på arbeidsplassen», «Alle sa jeg drakk for mye» og «Det er OK å bli sint på dem du er glad i!» som i stor grad er basert på egne erfaringer. Mer informasjon finner du på [www.ruskompetanse.org](http://www.ruskompetanse.org)

Like utenfor Bergen bor Bente og Frode Hagen sammen med kattene Frk. Michelsen og Dougle.

Eneboligen fungerer også som arbeidssted for Bente og Frode. Her skriver de bøkene sine og planlegger kursene de holder for alle som er interessert. Emnet er alltid det samme: Rus.

Selv om de begge har holdt seg rusfrie i mange år, er det bakgrunnen deres som gjør dem kompetente til å lære andre om alkoholmisbruk, vet de også hvordan det er å være pårørende til folk med rusproblemer.

## larv

Felles for dem begge er at de

vokste opp i alkoholisererte hjem. Hun med en pen fasade, han fra middelklassen.

Bente har fire barn og enda flere barnebarn. To av døtrene hennes har problemer, de to andre går det bra med. På mange måter bekrefter familien Hagen at alkoholisme kan være arvelig.

– Man vokser opp i et miljø og

adopterer handlemønsteret, som man så påfører neste generasjon. Det er en vanskelig sirkel å bryte, sier Bente.

At det er vanskelig å slutte å drikke - og å holde seg edru - for en alkoholiker, har de fleste skjont. Derfor er de nå opptatt av et annet tema som er mindre belyst: De pårørende til alkoholikere.

**Medavhengighet**

Alkoholisme er en grådig sykdom.

– Den rammer ikke bare den med rusproblemer. De som virkelig får lide er familien. Mennesker som har gjort alt de kan for å hjelpe, men stort sett står igjen med skam, forvirring, skyldfølelse og total maktesløshet, sier Frode.

Rusmisbrukeren får masse oppmerksomhet, mens familiemedlemmene ofte blir glemt.

– Hele familien trenger hjelp. Alle er like syke, sier Frode.

Medavhengighet handler om kontroll. Rusmisbrukeren ønsker å kontrollere sine omgivelser slik at han eller hun kan fortsette å ruse seg. Familien vil kontrollere omgivelsene i den forstand at de rydder opp og dekker over rusmisbrukerens problemer.

– Vi kjefter, trygler og ber. Vi plukker dem opp fra barer, vi sjekker på jobben og rydder opp i alt de steller i stand. Til slutt føler vi oss bare mindreverdige, men vi er sikre på at rusmisbrukeren vil gå til grunne uten oss, sier Frode.

**Ingen kontroll**

Ingen kan kontrollere sine omgivelser, og minst av alt andre menneskers oppførsel.

– Det er vi som ender opp med å bli kontrollert. Egentlig har vi mistet kontrollen over vårt eget liv og lar den rusavhengige fortsette sitt misbruk. Vi må forstå at vi kan ikke endre andre, men vi kan bare endre oss selv, sier Bente.

De to forfatterne har altså sittet på begge sider av gjerdet. De har både vært rusavhengige, og etter at de selv sluttet å drikke, medavhengige.

– Det er ikke lett å komme med en oppskrift på hva man skal gjøre. Det er individuelt og man må selv være klar for å ta tilbake kontrollen over eget liv. Å oppsøke en psykolog kan være

løsningen for noen. For andre kan interesseorganisasjoner være et nyttig tilbud. Bare det å møte andre i samme situasjon kan være nyttig. Mange tror de er de eneste i verden som sliter med problemer. Å høre andres historier får en til å føle at en ikke er alene, sier Bente.

**Frode forteller:**

*«Jeg hadde dårlig samvittighet dersom jeg brukte penger på meg selv. Jeg vurderte nøye om det virket fornuftig eller ikke. Jeg syntes jeg fortjente det, men måtte likevel rettferdiggjøre pengebruket overfor meg selv. Jeg forsvarte det med at det ble brukt så mye penger på rus hjemme, at jeg kunne unne meg noe. Det jeg var redd for, var å miste kontrollen over bunken med regninger. Det var mitt ansvar. Ingen andre brydde seg, og jeg betalte så godt jeg kunne. Det var nytteløst å spørre alkoholikeren om penger selv om vedkommende hadde fast inntekt.*

*Jeg fant en viss trygghet i vite at regningene var betalt, at noe i livet mitt var sånn noenlunde ryddig utad.»*

**Finn veien**

Sitatet er fra den nye boken «Det er OK å bli sint på dem du er glad i!» Den handler noe om Bente og Frodes erfaringer, men også om mange andres erfaringer som de har plukket opp på veien.

– Vi ønsker ikke å si at «slik er det», fordi alle må finne sin måte å leve livet på. Vi håper og tror at mange kan finne hjelp i historiene og erfaringene vi har samlet til å forstå hvorfor de har handlet slik de har gjort og muligens finne en måte å endre handlingsmønster på. Å lære seg å si nei og å sette grenser for seg selv, er vanskelig. I tillegg er det viktig å huske på at etter å ha levd i et slikt forhold i mange år, tar det lang tid å bli «frisk». Å ha tålmodighet er viktig, sier de to.

# Sykehjem fremdeles upopulært

**HALDEN:** Bare 2 prosent av sykepleierstudentene i Østfold har sykehjem øverst på ønskelisten over hvor de helst vil jobbe. Nå må helsevesenet ta etter næringslivet i arbeidet med rekruttering, mener NSF-lederen i fylket.

Hvert år gjennomfører Høgskolen i Østfold en undersøkelse blant sine studenter. Spesialisthelsetjenesten toppet studentenes ønskeliste over hvor de ønsker å få jobb. Men hjemmesykepleien har steget i popularitet i forhold til fjorårets undersøkelse. Av årets avgangstudenter ønsker 17,4 prosent seg dit som førstevalg, mot 8,9 prosent i fjor.

– Undersøkelsen ble gjort mens nesten halvparten ennå ikke hadde hatt praksis i hjemmesykepleien. Det kan ha påvirket svarene vi fikk, sier fylkesleder Karen Brasetvik.

Over 80 prosent av studentene svarte at erfaringer fra tidligere praksisplasser påvirket ønsket om hvor de ville jobbe etter endt utdanning.

Bare 2 prosent har sykehjem øverst på ønskelisten.

– Her trengs det spesielle rekrutteringstiltak. Fylkeslederen mener gode fagmiljø og høyere lønn er viktige virkemidler.

– I dag risikerer mange å tape opptil 33 500 kroner i året på å jobbe i kommunehelsetjenesten, fordi man ikke har rett på lønnsansiennitet fra privat sektor, slik man har i sykehus, sier hun.

**Fast jobb**

31 prosent av studentene har fått jobbtilbud.

– De fleste har fått jobb i kommunehelsetjenesten, sier Brasetvik.

På spørsmål om hva som er viktig for studentene når de søker jobb, svarte 34 prosent faglig standard og utfordringer som det viktigste. 23 prosent svarte arbeidsmiljø, mens bare 12 prosent svarte gode lønnsbetingelser og 11,5 prosent svarte stillingsstørrelse og fast stilling.

– Er det rart at så få svarer at lønn og 100 prosent stilling som viktigst?

– At lønn ikke lenger topper listen betyr ikke at det ikke er viktig. Det er heller en erkjennelse av at når man er ny i faget, har man behov for veiledning og korreksjon av dyktige kolleger. Derfor ligger også faglige forhold på topp, sier hun.

**Næringslivet**

Regjeringen mål om 10 000 nye årsverk i kommunehelsetjenesten burde gjøre at sykepleierstudentene overstrømmes av tilbud fra kommunene, mener Brasetvik.

– NSF oppfordrer kommunene til å lære av næringslivet. Mens en tredjedel av sykepleierne har fått tilbud om jobb, har tre fjerdedeler av alle sivilingeniørstudentene jobb før de var ferdige med studiene i fjor, forteller hun.

tekst **Kari Anne Dolonen**

# Slutt med løft og lemp

To grønne plastsekker, et stikklaken og noen skumgummikluter. Det høres ikke ut som de mest avanserte hjelpemidlene, men er svært så effektive når man skal flytte på en sengeliggende pasient.

Fra 2001 til i dag er det utdannet mer enn 170 forflytningsveiledere som har sitt virke blant kolleger i Helse Bergen.

– Det hele startet den gangen som et pilotprosjekt, men er i dag blitt en del av det systematiske HMS-arbeidet i Helse Bergen. Eventuelle nødvendige løft skal skje med heis, sier HMS-rådgiver Eva Dagen Eek.

## Enkle prinsipper

Forflytning er ikke noe nytt, og har heller ingen lettvinne løsning, understreker Dagen Eek.

– Det viktigste og mest grunnleggende med forflytning er ikke de enkelte knepene eller teknikkene, men det er å forstå og anvende noen grunnleggende prinsippene, sier hun og peker på følgende:

- Ta utgangspunkt i menneskets naturlige bevegelsesmønster.
- Utnytt pasientenes egen evne til å flytte seg, men hjelp til i det øyeblikket det er nødvendig.
- Benytt tyngdekraften, glatt underlag osv.

– Det krever utholdenhet og fokus både fra arbeidsgiver og ansatte for at disse enkle prinsippene skal «sette seg i veggene» eller komme under huden på de ansatte. Også utdanningsinstitusjonene må komme på banen. Lærerne bør ta på alvor at forflytningsteknikk er en faglig utfordring for institusjoner som utdanner personell

## – Å flytte pasienten høyere opp i sengen er en av de vanskeligste forflytningene som gjøres på vår avdeling.

som håndterer pasienter, sier Dagen Eek.

### Hva kan pasienten?

– Teknikkene bygger på et naturlig bevegelsesmønster der vi hindrer friksjon og utnytter tyngdekraften, sier intensivsykepleier Grete B. Christiansen ved Postoperativ seksjon på Kvinneklinikken til internbladet Hospitalet.

Intensivsykepleieren har selv gjennomgått kurs i forflytningsteknikk, og har sammen med kolleger laget et eget undervisningsopplegg for sin avdeling.

– Å flytte pasienten høyere opp i sengen er en av de vanskeligste forflytningene som gjøres på vår avdeling. Det skyldes at en del pasienter har spinal- eller epiduralbedøvelse som medfører at de blir tunge i beina. Det avgjørende spørsmålet er: Hva kan pasienten gjøre selv? Når vi har funnet svaret på det, kan vi tilpasse hjel-

pemidlene og teknikkene deretter, sier Christiansen.

– Som for eksempel?

– En konkret forflytning kan foregå ved at vi først legger en skumgummiklut under hver av føttene til pasienten. Skumgummien gir pasienten bedre grep til å sparke fra. På forhånd har vi plassert et stikklaken på langs i sengen. Til slutt legger vi en plastpose på hver side under hode og skuldre. Plastposene gjør at kroppen blir lettere, samtidig som forflytningen blir mer behagelig for pasienten, forteller Christiansen.



## FAKTA

### Forflytningsveiledning

HMS-senteret i Helse Bergen sin opplæring av forflytningsveiledere er en praktisk støtte til ledere som vil organisere intern opplæring. Krav om opplæring er også hjemlet i Arbeidsmiljøloven.

### Forflytning virker

– Hva håper dere å oppnå med dette?

– Målet med opplæringen av forflytningsveiledere er at helsepersonell som arbeider direkte med pasienter skal bruke forflytningskunnskap og -teknikker for å sikre at pasienten opplever faglig høy standard på den hjelpen han eller hun får. I tillegg vil vi at helsepersonellet skal unngå arbeidsskader når de hjelper pasienten, seier Eva Dagen Eek.

Det siste årets systematiske satsing på forflytning som arbeidsmetode og fokus på gravide har bidratt til at Kirurgisk klinikk, Post 2, ikke har hatt langtidsfravær på grunn av belastningsskader eller -plager i 2006. Ingen gravide har gått ut i sykemelding før termin, og der generelle sykefraværet har sunket fra 8,7 prosent i 2005 til 5,2 prosent i fjor.

For mer informasjon: [eva.dagen.eek@helse-bergen.no](mailto:eva.dagen.eek@helse-bergen.no)



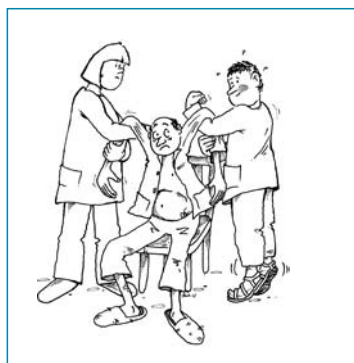
Illustrasjonene er laget av Bente Bergetun for Helse Bergen og er inspirert av Per Halvor Lundes bok: Forflytningskunnskap, Gyldendal norsk forlag (2003).



Fra seng til stående med to hjelpere.



Lenger inn på stolen.



Opp og stå på gamlemåten.



Fra stol til seng.



Høyere opp i seng en med pasient som kan hjelpe til.



Opp på sengekant med mye hjelp.



På med buksen.

**C Detrusitol SR Pfizer**  
**Muskarinreseptorantagonist.**

ATC-nr.: G04B D07

**T DEPOTKAPSLER**, harde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel inneh.: Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tilsv. tolterodin 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 2 mg: Gult jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 4 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

**Dosering:** Voksne: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRF = 30 ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Effekten av behandlingen bør vurderes etter 2-3 måneder. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

**Kontraindikasjoner:** Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ubehandlet trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent risikofaktor for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallet) og ved relevant preeksisterende hjertesykdom (f.eks. myokardisjemi, arytmier, hjertesvikt). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel.

**Interaksjoner:** Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptorantagonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antimykotika (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pga. økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brekninger/oppkast. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, søvnlighet, parestesier. Syn: Tørre øyne. Normalt syn inkl. akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodepine, tretthet, brystmerter. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Perifert ødem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Øvrige: Svært sjeldne, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioødem, hjertesvikt.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingsproblemer er sett ved tablettedoser på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. ventrikkelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

**Egenskaper:** Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virkningsmekanisme: En av metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som moder-substansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker, men endelig evaluering bør vurderes etter 2-3 måneder. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon nås etter 4 (2-6) timer. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin: 96%. 5-hydroksymetylderivatet: 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Ca. 6 timer hos personer med normal metabolisme og ca. 10 timer hos personer med langsom metabolisme (mangler CYP 2D6). «Steady state» nås innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 2D6 til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet. Hos personer som mangler CYP 2D6 dealkyleres tolterodin av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabolitt og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosejustering er unødvendig. Utskillelse: Ca. 77% i urin og 17% i fæces. Mindre enn 1% av dosen utskilles uomodannet og ca. 4% som 5-hydroksymetylderivatet.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C, i ytterremballasjen.

**Pakninger og priser:** 2 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50. 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50, 84 stk kr 1246,60.

**T:** 40a).  
Refusjon: Legemidlene under bokstav a) refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 25.04.2006



Partner for bedre helse™

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakerveien 2B

Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - [www.pfizer.no](http://www.pfizer.no)

# Betalt pause?

Kan man ta igjen forskjøvet pause seinere på dagen?

Sykepleien fikk dette spørsmålet fra en nyutdannet sykepleier:

Jeg jobber på et sykehjem, hvor vi har betalt pause. Skjer det akutte ting på avdelingen, blir pausen naturlig nok prioritert bort.

Betalt pause, vil det si at vi ikke kan forlate «huset» i pausen? At vi skal være tilgjengelige i tilfelle det blir behov for oss?

Har vi anledning til å ta igjen pausen, når det har roet seg, og alt er under kontroll? Det vil si at det ikke behov for vår tilstedeværelse. Jeg har tolket det slik, men ikke alle på avdelingen er enige. Jeg tar pausen min, mens andre igjen ikke våger dette, og blir på avdelingen. (Selvsagt går ingen i pause uten at vi har sørget for at det er tilstrekkelig personale igjen ved avdelingen.)

Mitt spørsmål er: Gjør jeg rett eller galt?

**Svar:**

I arbeidsmiljøloven § 10 – 9 (pauser), nr. 1 heter det: «Arbeidstaker skal ha minst en pause dersom

den daglige arbeidstiden overstiger fem og en halv time. Pausene skal til sammen være minst en halv time hvis den daglige arbeidstid er minst åtte timer. Dersom arbeidstaker ikke fritt kan forlate arbeidsplassen under pausen eller der det ikke finnes tilfredsstillende pauserom, skal pausen regnes som en del av arbeidstiden. Når forholdene gjør det nødvendig, kan pausen forskyves.»

Teksten er noe endret fra tidligere lov, men er innholdsmessig likt som gammel lov. Når pausene er slik som du beskriver, er man i den betalte pausen i og for seg til arbeidsgivers disposisjon, og kan ikke uten videre forlate arbeidsstedet – da man kan risikere å måtte utføre arbeid i den perioden som opprinnelig er avsatt til pause.

Imidlertid skal man ha pause, selv om denne enkelte ganger er nødvendig å forskyve.

Svaret er gitt av forhandlingsavdelingen i Norsk Sykepleierforbund.



BETALT: Du må være tilgjengelig for arbeidsgiver hvis du har betalt pause. Arkivfoto: Stig Weston.

## SKÅNSOM SÅRBEHANDLING

– bruk **NorBan Nonwoven kompresser**



- **Kan klippes/tilpasses**
- **Ingen løse tråder**
- **Myk og skånsom**
- **Steril eller usteril**
- **Stor absorpsjonsevne**
- **Norskprodusert**

**medisinsk**  
– del av DI gruppen

Baker Østbys vei 10, postboks 128, 1351 RUD  
Tlf.: 67 17 74 40 • Fax: 67 17 74 74  
www.digruppen.no

– Ikke bruk Scandic-hotellene



Det er henstillingen fra forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund. Styret oppfordrer alle ledd i organisasjonen til ikke å inngå avtaler med hotellkjeden etter at en cubansk reiselivsdelegasjon ble nektet opphold på et av Scandics hoteller. Den amerikanske Hilton-kjeden som eier Scandic hotellene nekter gjester fra Cuba adgang på grunn av USAs hendelsboikott av landet.

# Barth Tholens om pressens makt

**Stilling:** Ansvarlig redaktør i Sykepleien

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



## Farlige greier

Det er nesten ikke noen som har større makt enn mediafolk. Likevel har pressen selv stort sett vært forskånet for kritisk granskning. Å granske sine egne er tydeligvis farlige greier.

Er det noen som i større grad kan sette dagsordenen enn pressen selv? Hvem bestemmer hva som kommer i avisa når du våkner og på Kveldsnytt før du sovner? Hvem kan få LO-ledere til å krympe, statsråder til å gå og Røkke til å gå fra konseptet?

Pressens mange lange armer når ut overalt. Heldigvis! Mediene sørger for at ingen i samfunnet helt kan undra seg eksponering. For den som har trådt feil, er offentlighetens lys nådeløst. Da ruller hodene og nakkene bøyes.

Men pressen er ikke glad for å bli kikket i kortene selv. Som «overvåker» av samfunnets topper, tilhører pressen selv samfunnets absolutte maktelite. Men denne eliten har journalistene stort sett latt være i fred. Det er tydeligvis en risikosport å gå løs på kolleger. Næringslivsjournalister «tar» gjerne næringslivstopper. Helsejournalister går gjerne løs på sykehusdirektører. Men når var det sist jeg så Dagens Næringsliv gå løs på metodene til NRKs Brennpunkt? Eller NRK Puls ta opp Dagbladets metoder i dragkampen om sykehusbudsjettene?

Det var ikke kremen av yrkesstanden, men en av journalistikkens verstinger som sørget for å avsløre metodene til Se & Hør. I ettertid kan vi lure på hvordan det er mulig at dette bladet (landets største!) har kunnet holde på i så mange år, uten at nyhetsjegerne i Akersgata har funnet Se & Hørs sjekkheftejournalistikk verdt en notis? Ja, de visste vel om det. Men de syntes tydeligvis

ikke det var noe å skrive om.

Journalister liker ikke å skrive om hverandre – og de liker særlig ikke å selv bli gjenstand for journalistisk omtale. Det er ikke lenge siden helsejournalistikkens største dronning, Aftenpostens Anne Hafstad, ble portrettert her i Sykepleien. Fordi hun mer enn noen andre har makt til å bestemme hva helsedebatten i Norge skal handle om. Hafstad kan få helseministeren til å skjelve i bukse og spør neppe sine kilder hvordan de ønsker å bli framstilt i Aftenposten. Men selv nektet Hafstad i utgangspunktet å stille til intervju i Sykepleien i det hele tatt. Hun synes ikke noe om det å få skriverier om seg selv på trykk. Da hun til slutt ga seg, og

saken kom på trykk, likte hun måten vi skrev om henne svært dårlig. Ja, så misfornøyd var hun med å bli portrettert som en «sjeneret bølle» at hun lot det skinne gjennom at hun aldri ville bruke Sykepleien mer som kilde i sine nyhetssaker. «Min tillit til Sykepleien er borte for bestandig», skrev hun i en e-post. Et tåpelig resonnement som vi som blad godt kan leve med – men er det slik pressen skal operere?

Det er alltid lettere å kritisere andre enn å kritisere sine egne. Det skal vi innrømme selv også. Sykepleien, NSF's eget blad, innleder i denne utgaven en serie hvor vi skal se på måten organisasjonen blir drevet på. Innledningen med serien er ikke

å gi et glansbilde av NSF, men å gi medlemmene et reelt bilde av organisasjonen i et år hvor landsmøtet skal stake ut kursen for en ny periode. Medlemmene har et selvfølgelig krav på å få vite hvordan NSF fungerer i praksis – men smertefritt blir det kanskje ikke. Serien skal blant annet ta for seg om NSF virkelig har lyktes i å tilfredsstille medlemmenes mange behov.

I denne serien vil vi dessuten se på om Sykepleien selv har lyktes med sitt oppdrag. Er bladet den faktor i den helsepolitiske debatten som det burde ha vært? Eller blir bladet bare kastet i søpla når den kommer fram til deg?

Det vil vi i så fall like dårlig.



VOKTER: Det er en smule vanskeligere å være vaktbikkje når den du vokter er en av dine egne.

## NSF Student

Årsmøte er studentenes øverste organ i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Her velges leder, nestleder og studentstyre. Studentstyret består av leder, nestleder og fem medlemmer. Det velges fylkesrepresentanter som representerer studentene i NSF's fylkesstyret. Lokallag kan opprettes ved et studiested, høgskole eller flere studiesteder/høgskolene.

### NSF-REVISJON:

Fram mot NSF's landsmøte i november 2007 vil Sykepleien ha en serie hvor vi ser på hvordan organisasjonen fungerer og blir oppfattet blant medlemmene.

Vi vil sette søkelys på NSF's prioriteringer, organisatoriske forhold, pengebruk og medlems-service.

Kort sagt: Er NSF den organisasjonen medlemmene ønsker?

NSF og en ny generasjon sykepleiere er første tema.

# Nye krav fra en

Kommende og nyutdannede sykepleiere søker til Norsk Sykepleierforbund. De er fornøyde med å være «hjemme», men svært misfornøyd med «moderens» takling av de store omstillingene i helsevesenet.

I mange land kjemper fagorganisasjonene mot stagnasjon og synkende medlemstilslutning. Det er ikke tilfellet for Norsk Sykepleierforbund (NSF). Medlemsveksten har hele tiden vært jevnt stigende. I dag er nærmere åtte av ti registrerte sykepleiere i helsepersonellstatistikken medlem av NSF. Også blant sykepleierstudentene er det å organisere seg i NSF et naturlig valg allerede før de begynner sitt virke. Mer enn åtte av ti sykepleierstudenter er medlem av organisasjonen gjennom NSF Student.

Vil NSF være din organisasjon også i framtida? Det var ett av flere spørsmål Sykepleien har sendt et knippe av «den nye generasjon» sykepleiere. Svarene bør berolige ledelsen i NSF. Ja, de blir!

I dag er rundt hver femte NSF-medlem under 30 år. Mener de NSF i dag er den organisasjonen de ønsker?

### En nye generasjon

«Helsevesenet i en brytningstid» er tema for forbundsleder Bente Slaatten sitt innledningsforedrag på NSF's landsmøte. Året er 2001. Om den nye generasjon sykepleiere sier hun blant annet:

– Det er en klar individualiseringstendens i brede lag av

befolkningen, og særlig blant de yngre. Det ser ut som om denne aldersgruppen i første rekke er lojale mot seg selv, og at de i stor grad tenker at egen suksess er avhengig av hva de selv kan få til.

Slaatten ser for seg følgende utfordring:

– Økt krav om skreddersøm er en mulig effekt av individualiseringen. Det vil sannsynligvis bli stadig vanskeligere å opprettholde «one-size-fits-all» løsninger.

### Jobber med utfordringsbildet

Hva sier Bente Slaatten i 2007?

– Individualiseringen og forbrukermentaliteten vinner terreng. Og de yngre stiller og vil stille andre krav for å søke medlemskap i en organisasjon. Når det gjelder sykepleiere er mitt inntrykk at den kollektive tanken fortsatt råder grunnen, også blant de yngre. Men NSF må ha svar når spørsmålet kommer: Hva får jeg igjen for å være medlem?

– Og svaret er?

– Vi jobber med det. Men viktige stikkord vil være service og at NSF inntar en mer aktiv aktørrolle som griper fatt i aktuelle problemstillinger og gjør noe med det.

Mer konkret vil ikke forbundslederen være før resultatene av en omfattende medlemsundersøkelse

NSF har gjennomført foreligger. Men den nye ledelsen i NSF som overtar etter landsmøtet til høsten skal ikke stå uten svar, lover Slaatten.

### Kan alt om yrke og fag

I sine forsøk på å rekruttere nye medlemmer, slår NSF gjerne på stortrommen:

«Norsk Sykepleierforbund kan alt om ditt yrke og fag: samfunns-politisk, fagpolitisk og interesse-politisk. Norsk Sykepleierforbund gir deg styrke og trygghet fordi vi kjenner dine arbeidsforhold og sykepleiefaget», skriver NSF i en vervingsbrosjyre.

– Store ord, forbundsleder?

– Ja. Men vi har full dekning for påstanden. Ingen helseaktør kan mer om yrket og faget sykepleie. Ingen har heller den samme interessen for å kunne dette, konkluderer Slaatten.

Er dette en beskrivelse de yngre sykepleierne vil skrive under på?

Sykepleien har spurt et tilfeldig utvalg av unge sykepleiere om å gi en vurdering av NSF's innsats på de viktigste politiske områdene. Resultat: NSF's innstas er midt på treet. Det vil si - ingen krise, men heller ingen grunn til å være storfornøyd. På en skala fra 1 til 6 fikk NSF en 3er.

Men på ett område vender de



## Studentkonsulent

Den enorme økningen av studentmedlemmer gjør at NSF styrker arbeidet overfor denne medlemsgruppen. Forbundsstyret vedtok i forrige måned å opprette en ny fast stilling som studentkonsulent ved hovedkontoret med denne medlemsgruppen som arbeidsfelt.

## Lønn

Minstelønnsatsen for en nyutdannet sykepleiere innen Navo-området er 269 000 kroner. Det gis et generelt tillegg til alle på 6 000 kroner per 01.05.2007. Men mellomoppgjøret for 2007 er ikke ferdig behandlet. Innen KS-området er gjeldende minstelønnsnivå for stillinger med krav om høyskoleutdanning per 01.05.2007 på 270 000 kroner.

# ny generasjon

tommelen ned for NSF. Organisasjonen har ikke taklet de store omstillingene i spesialist- og kommunehelsetjenesten på en tilfredsstillende måte. Eller kanskje rettere sagt: NSF takler den dårlig.

En av de unge sykepleiere som responderte på Sykepleiens rundspørring, svarer slik:

– NSF har ikke vært synlig i mediebildet og har kommet lite på banen med sine synspunkter. NSF bør være medlemmenes talerør i saken, og burde vært mer frampå, også i media, og i alle fall vært tydeligere til medlemmene om hva NSF faktisk gjør konkret for å sikre at medlemmene blir tatt hensyn til i omleggingene.

### Organisasjon for kvinner?

Den typiske sykepleier er en kvinne. Og har alltid vært det. Preger dette NSF som organisasjon? Og hva tenker den nye generasjon kvinnelige sykepleiere?

Likestillingsspørsmål er viktig for de yngre sykepleiere. Men de er skeptiske til den kjønnskampen som de mener en del av de «gamle tantene» er opptatt av. Ja til flere menn i sykepleien, er den klare meldingen.

Samtidig er de unge sykepleierne klare på at damer og jenter er tøffe, og at tiden for å påta seg offerrollen er slutt.

– *Hva er NSF's svar på dette?*

– Målet er å få bukt med det

kjønnsdelte arbeidsmarkedet. Her er nok NSF og de unge enige. Å få flere menn inn i yrket kan være en vei å gå. Men strategien synes ikke å virke. Andelen menn har holdt seg stabilt på mellom fem til ti prosent i det uendelige. Det må andre grep til. Stikkord er tariffforhandlinger, press på beslutningstakere og dokumentasjon, mener forbundsleder Bente Slaatten.

– Mange unge sykepleiere tror kanskje de er likestilt. Dessverre er det langt fram til dette er virkelighet. Jeg tror mange unge vil merke det når de møter yrkeshverdagen. NSF vil helt klart fortsatt holde likestillingsfanen høyt, sier forbundslederen.

### Organisasjonen de ønsker?

Medlemskap i en organisasjon er basert på et bytteforhold der medlemmet vurderer hva organisasjonen yter tilbake for kontingenten de mottar.

Dette er en alvorlig utfordring for NSF. For organisasjonen skal tilfredsstillende flere funksjoner samtidig:

- NSF skal sikre medlemmene økonomisk trygghet og støtte i konflikter,
- De skal legge rammer for innholdet i den «lisensen» som samfunnet gir et profesjonsmedlem med en beskyttet tittel,
- Og NSF skal være oppdatert på medlemmenes utfordringer og ivareta kommunikasjonen med medlemmene.

– *Hva er de tre viktigste prioriteringene i forhold til de yngre?*

– Det vil variere. Men fast ansettelse i hel stilling vil være viktig for sykepleiere i en etableringsfase. De må være sikret trygg økonomi. Videre et godt arbeidsmiljø og faglige utviklingsmuligheter, tror forbundslederen.

– *Hva gjør NSF i forhold til dette?*

– Når det gjelder deltidsstillinger har NSF vært medvirkende til at helseministeren nå har pålagt de regionale helseforetakene å kartlegge bruken av deltidsstillinger. Helseministeren krever en orientering om status innen utgangen av første halvår av 2007. Vi er ikke i mål, men vi har bidratt til å få problemet opp på et høyere beslutningsnivå. I forhold til arbeidsmiljøet vil NSF følge opp resultatene fra Arbeidstilsynets kampanje «God Vakt». Arbeidsmiljø vil også bli tema på kommende landsmøte.

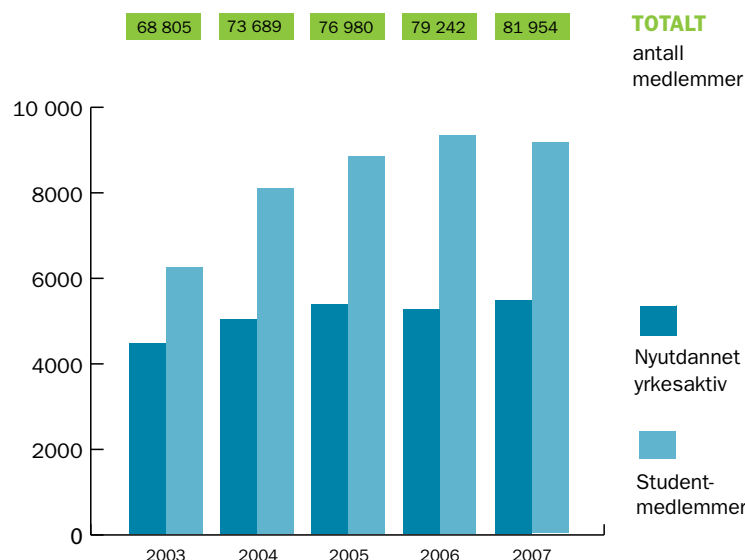
– Når det gjelder *faglige* utviklingsmuligheter, kan NSF tilby medlemskap i NSF's 31 faggrupper, godkjenning av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie, stipender og legater til reiser, utdanning og forskning, i tillegg til kurs og kongresser, sier Slaatten.

### Litt for snille

Hva mener de yngre sykepleierne? Er NSF i dag den organisasjonen de unge ønsker?

Meningene blant dem som svarer, er delt.

## Medlemsutvikling i NSF



## Kontingent

Medlemsskap i NSF Student koster 480 kroner i året. Nyutdannede medlemmer i lønnet arbeid skal betale 1,45 prosent av brutto lønn – minimum 52 kroner/maksimum 185 kroner per måned - i to år etter endt grunnutdanning. I tillegg skal det innbetales 128 kroner per måned i forsikringspremie for alle medlemmer som deltar i NSF's kollektive gruppelevs-/familieulykkesforsikring.



KULT: En del unge sykepleiere vil at yrket skal fremstilles mer kult, ikke bare meningsfullt og givende, og at sykepleiere gjør mer enn å «vaske rumper». Illustrasjonsbildet er fra Høgskolen i Østfold, og personene på bildet har ikke blitt intervjuet.



NSF-LEDER Bente Slaatten

En del unge under 30 mener NSF representerer sykepleierne på en positiv og flott måte utad. Men at organisasjonen er litt for snill. Tonen bør bli litt kvassere.

Andre er opptatt av at yrket ikke bare blir framstilt som meningsfullt og givende, men også som litt **kult**. Å få fram at sykepleiere gjør mer enn «å vaske rumper».

Den siste gruppen er ikke fornøyd. De opplever at NSF ikke er til stede, ikke er kritiske nok til hvem som er tillitsvalgte,

ikke jobber hardt nok i forhold til lønnsituasjonen og ikke er til hjelp når det oppstår konflikter.

### Hva med framtida?

Mest lovende er svaret når unge sykepleiere blir spurt om NSF også i framtida vil være deres organisasjon.

Ingen svarer nei. Noen er usikre. Men det synes som de unge trenger NSF, på samme måte som NSF trenger dem.

– Den viktigste grunnen til at jeg blir værende i NSF er at det

er den største fagforeningen for sykepleiere. Jeg tror også på viktigheten av å være organisert for å være med å påvirke arbeidsforholdene og ivareta rettighetene mine som arbeidstaker, sier en når hun blir spurt om å begrunne hvorfor hun vil være NSF-medlem også i framtida.

Vi er her, vil bli her, men ikke for enhver pris. Vi ønsker resultater. Det er signalet fra de unge til Norsk Sykepleierforbund.

tekst **Bjørn Arild Østby** foto **Stig Weston**

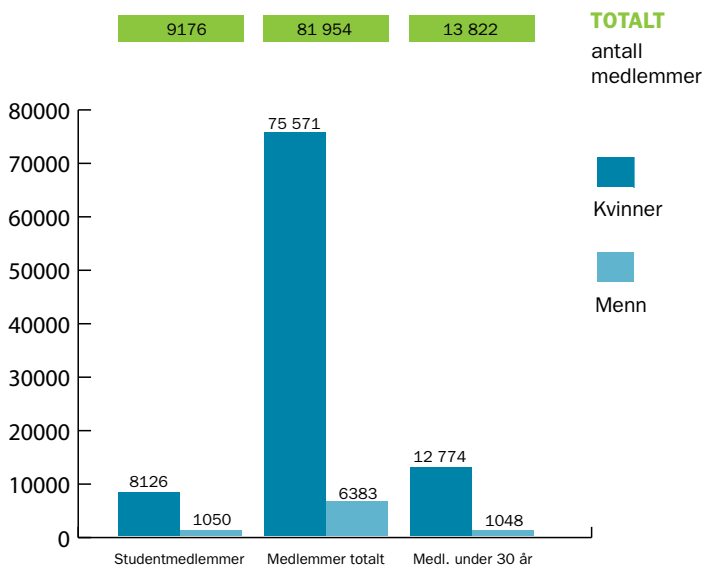
## Fagkonferanser

Flere steder i landet vil det i vår bli arrangert fagkonferanser for sykepleierstudenter. Tirsdag 27. mars blir det fagkonferanser i Trondheim og Harstad. Onsdag 25. april blir det fagkonferanse i Bergen og Elverum. Program og påmelding vil bli lagt ut på [www.sykepleierforbundet](http://www.sykepleierforbundet.no) -> student.

## Student anno 1930

«Arbeidsdagen var ganske lang – fra klokken 0700 om morgenen til ca. 1900 om kvelden, uten pauser... Den smule teori vi fikk foregikk to kvelder hver uke, etter klokken halv åtte.» Johanna Aasveien ble utdannet ved Innherred sykehus i 1933. Utdanningen var toårig.

## Medlemmer pr. 1.1.2007



## Må bli tydeligere

Tydelig – Stolt - Modig, lyder Norsk Sykepleierforbunds slagord. Klarer organisasjonen å leve opp til sitt mantra? Nei, mener medlem Katrine Fjeld (29).

Katrine Fjeld jobber på akuttmottaket på Haukeland Universitetssykehus i Bergen. Da hun fylte 21 var hun ferdig utdannet sykepleier og på vei inn i sin første jobb. Fjeld var ikke medlem i NSF da hun var student, men meldte seg inn med det samme hun fikk jobb.

– Jeg ønsket å ha et forbund i ryggen om noe skulle skje, sier Fjeld.

Katrine Fjeld opplever at NSF ikke sjelden er diskusjonstema på avdelingen, og stemningen syntes å ha blitt mer negativ de siste årene.

– På den avdelingen jeg jobbet før, var det lite misnøye med NSF. Nå er det mer frustrasjon, hvis jeg kan kalle det det. Årsaken er først og fremst at vi ikke får nok informasjon fra NSF. Forbundet virker fjernt i saker som er viktige for oss. Vi har liksom ikke klart for oss hva NSF mener. Når forbundet går ut i media og kjemper for noe, forstår vi ikke alltid hva det er de vil og hvorfor. De er rett og slett utydelige, sier hun.

– Hvilke saker er viktige for deg?

– Heltidsstillinger og turnusordninger er helt klart viktigst. Lønn er også viktig. Jeg tror nok at det er kommet et generasjonsskifte med tanke på å stille krav. Dagens unge og nyutdannede sykepleiere er tøffere i kravene og vil gjøre karriere. Nyutdannede sykepleiere krever mer, og terskelen for å melde seg ut av NSF er



NEGATIV: Katrine Fjeld (29) opplever NSF som gammeldags.

lav, mener hun.

– Har du selv vurdert å melde deg ut?

– Ja det har jeg. Ikke så mye på grunn av egne erfaringer, men på grunn av det jeg har hørt fra kolleger som har bedt om bistand fra forbundet, sier hun.

– Hva kan forbundet gjøre for å ta bedre vare på deg?

– Gjøre det enklere å være med, og få muligheten til å bestemme litt. Forbundet bør bli tydeligere og sette seg bedre inn i hva deres meninger får av konsekvenser for oss som jobber før de lager sine fanesaker. Et typisk eksempel er bråket rundt turnusordningene. Organisasjon oppfattes nok blant oss på «gulvet» som gammeldags. Med det mener jeg at den oppfattes som fjern og lite fleksibel, sier Katrine Fjeld.

tekst og foto Kari Anne Dolonen

## Bragd med fallhøyde

### Få organisasjoner i verden

kan måle seg med NSF når nye medlemmer skal verves. Når forbundet hanker inn åtte av ti nyutdannede sykepleiere, er det intet mindre enn en bragd. I motsetning til de fleste organisasjoner ute i verden, kan NSF tilby å kjempe både for profesjonsspørsmål og for høyere lønn. Det gjør NSF til et alternativ det nærmest er umulig å si nei til for unge sykepleiere.

Paradoksalt nok er oppslutningen og organisasjonens store ressurser også NSF's største utfordring. Hvordan integrere så mange ulike interesser og behov i én og samme organisasjon? Fallhøyden blir større jo flere som strømmer til.

### Èn ting kan NSF trolig lære

av de yngste: De vil være på offensiven. De vil ikke lengre være ofre. De vil ikke være en yrkesgruppe som folk synes synd på. For å appellere til unge sykepleiere må NSF derfor framstå som en organisasjon som kan tilby nye og smarte løsninger på helsevesenets utfordringer. Og ikke minst: NSF må gjøre det på en måte og med et språk som unge mennesker forstår. All verdens utredninger hjelper ikke hvis budskapet høres ut som et skrik fra i går. Hvorfor ikke fronte flere unge røster når NSF skal ut og snakke politikk?

Barth Tholens (red.)

# Martha Kjøllesdal om høgskuledekanen

**Yrke:** Nestleiar i Norsk Sykepleierforbund, Sogn og Fjordane  
 Plasstillitsvald Nordfjord Sjukehus, 1. vararepresentant til styret i Helse Førde, HF  
**E-post:** mara-kjo@online.no



## Helse Førde – meir enn utdanning og sentralsjukehus

Det er dei økonomiske rammene ein bør arbeide mot, ikkje gå imot lokalsjukehusa i kampen om kronene.

Dekan Eva Marie Halvorsen ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (Sjukepleiarutdanninga) har dei siste dagane vore i media sitt søkelys. Blant anna kan det sjå ut som om Halvorsen meiner at dei kutta/innsparringstiltaka som styret i Helse Førde nyleg har vedteke, må gjerast ved lokalsjukehusa der dei vil gjere minst «skade» for Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Vidare peiker Halvorsen på at Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF) er den viktigaste leverandør av offentleg godkjende sjukepleiarar til både kommunehelsetenesta og til spesialisthelsetenesta i fylket. Den pågåande debatten om kva helsetenester Sogn og Fjordane skal ha, rører ikkje berre helsetilbodet, men er også eit utdanningspolitisk spørsmål: Skal HSF utdanne sjukepleiarar både på grunn- og vidareutdanningsnivå i framtida?

Det er usømmeleg av Halvorsen å desimere lokalsjukehusa til andrerangs institusjonar. Det er ukløkt av Halvorsen å sette Sentralsjukehuset opp mot lokalsjukehusa i eit forsøk på å verne om sin eigen arbeidsplass. Det er lite raffinert, og ikkje minst farleg, av Halvorsen å skubbe pasientane framfor seg i debatten om sjukepleieutdanninga i fylket. Sjukehusa, både Sentralsjukehuset, Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus og nærsjukehuset i Florø er først og fremst til for pasientane i fylket. Tek ein bort den eine,

eller fleire av bitane i dette komplekse bygget, kan fort berre grunnmuren stå tilbake. Stort er ikkje alltid godt. I allfall når stort ikkje vil kunne tilby noko anna enn det lokalsjukehusa i dag kan tilby. Det vil vere situasjonen dersom ein står tilbake med berre eit lokalsjukehus i Sogn og Fjordane.

Mange av sjukepleiarane som i dag arbeider ved sjukehusa i Sogn og Fjordane har fått ei god sjukepleieutdanning ved Høgskulen i Førde. Noko eg sjølv hugsar aller best frå mi sjukepleiarutdanning ved skulen, var at vi sjukepleiarar skulle vere pasienten sitt talerøyr, eller pasienten sin advokat. Dette er særdeles viktig i tider der leiinga i helseføretaket har eit langt sterkare økonomifokus enn fokus på tilbodet til innbyggjarane.

«Når spørsmålet blir overleving eller ikkje, då tel kompetansen og det faglege tilbodet meir enn lokal patriotisme», skriv Halvorsen! Det er ikkje vanskeleg å vere einig med Halvorsen i det første. Spørsmålet er kva ho eigentleg meiner med lokal patriotisme. Meiner ho at lokalsjukehusa ikkje er kompetente? Er sjukepleiarane ved lokalsjukehusa, som også er utdanna ved HSF, blitt dårlegare reint fagleg fordi dei har teneste ved eit mindre sjukehus? Om det er det du meiner, så fell det på si eiga urimelegheit. Lokalpatriotismen er vel kanskje vel så høg for ein høgrepolitkar i Førde kommune, som for ein sjukepleiar i Lærdal eller på Nordfjordeid?

Halvorsen snakkar om at tidene endrar seg: «Den medisinske faglege og teknologiske utviklinga har ført til og føreset auka spesialisering. Dette har igjen ført til sentralisering, då auka behov for spesialkompetanse ikkje kan oppretthaldast desentralt både av omsyn til effektiv ressursutnytting og for å sikre høg fagleg kvalitet på behandlingstilboda».

Etter mitt syn er utfordringa først og fremst å syte for at alle pasientgrupper blir tekne i vare. Lokalsjukehusa har hendene fulle med det dei har drive med i mange år, nemleg behandling av dei «alminnelege» sjukdomane. Det er like viktig å legge kvalitet i utgreiing og behandling av dette, som andre spesialisttenester. Det er også eit faktum at nærare 80 prosent av Sentralsjukehuset sine gjeremål er knytt til det som vert omtala som lokalsjukehusfunksjonar.

Mange snakkar om eldrebølga som kjem om nokre år. Nokre koplar dette saman med omstrukturering av lokalsjukehusa. Fleire eldre betyr ikkje at lokalsjukehus skal bli «forsterka sjukeheimar». For å møte den stadige veksande eldrefolkninga er trongen for fullverdige lokalsjukehus endå meir påtrengande, i alle regionane i fylket. Det føreset med andre ord at lokalsjukehusa har ein klar plass i behandlingsskjeda, basert på faglege retningslinjer og grunnleggjengar. For at lokalsjukehusa skal vere den tryggleiksbasen for befolkninga som sentrale styresmakter snakkar mykje om, må minimumskravet vere 24 timars vaktberedskap (akuttberedskap) innan indremedisin, kirurgi,

ha fødeavdeling, anestesi samt laboratorie- og røntgentenester. Legeforeininga utarbeidde i 2006 ein rapport om lokalsjukehusa si framtidige rolle. I rapporten legg legeforeininga spesielt vekt på at det ikkje finst nokon «lightversjon» når det gjeld akuttberedskap, anten har ein det eller så har ein det ikkje. I det same vedtaket peikar også legeforeininga på at spesialiseringa kanskje har gått for langt. Det ein treng mest av alt er generell legekompentanse.

Utfordringa for sjukehusa våre er at ein skal kutte/spare/effektivisere 70 millionar kroner. Ikkje på grunn av at det ikkje er trong for tenestene, men ut frå reine økonomiske krav. Dette er ein røyndom som vi som jobbar ved sjukehusa må ta inn over oss. Diverre vil denne situasjonen også indirekte ramme Høgskulen i Sogn og Fjordane. Dersom eg skal velje, så vil eg velje det viktigaste først. Det som er til beste for dei som har bruk for våre tenester – pasientane. Dette fokuset ser ut som om du har mista heilt av syne!

Kjære Eva Marie Halvorsen, dersom det er slik at du føler at situasjonen for sjukepleiarutdanninga er truga, så er rett adressat til di bekymring staten – altså undervisningsminister Øystein Djupedal. Etter mitt og mange andre sitt syn er det skuffande at du, av alle, nører opp under den sterke uroa folk i Nordfjord og Sogn har for lokalsjukehusa sine. Rådet vårt til deg er at du til liks med mange tusen andre krev økonomiske rammer som gjer at vi kan oppretthalde eit godt spesialisthelsetilbod til alle, uansett kvar dei bur i fylket.



# Skaff ny jobb på sykepleien.no

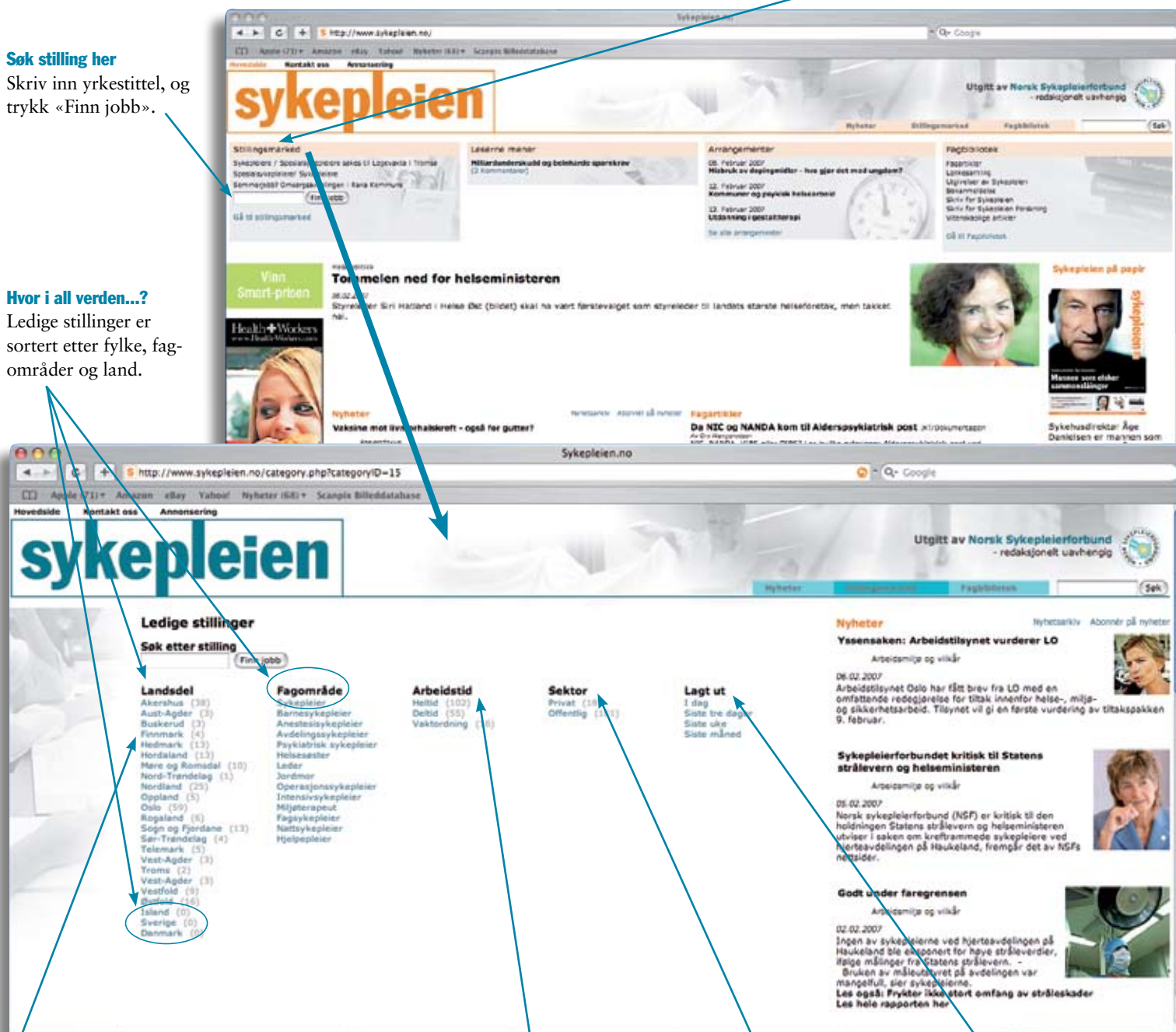
Lei av sjefen, eller på jakt etter nye utfordringer? Trykk her.

### Søk stilling her

Skriv inn yrkestittel, og trykk «Finn jobb».

### Hvor i all verden...?

Ledige stillinger er sortert etter fylke, fagområder og land.



### Det høye nord.

Trykk på Finnmark og du får oversikt over alle de ledige stillingene som finnes der. Her er også all informasjon om hvordan du søker stillingen. I noen tilfeller kan du sende søknaden på e-post rett fra stillingsannonsen.

### Hva passer meg?

Vil jeg ha hel eller halv stilling? Sjekk her.

### Lei av det offentlige?

Sjekk hvilke stillinger som finnes med private arbeidsgivere.

### Først ute...

Nesten hver dag legges nye stillinger ut. Her får du raskt oversikt over «siste nytt».

# Puss, puss så får du en suss

Fra vi er små passer foreldrene våre på at tennene pusses hver morgen og kveld. Når vi blir gamle, blir dette stellet ofte neglisjert.



Er du en av de sykepleierne som hopper over tannstellet til fru Nilsen fordi det er andre og viktigere ting som må gjøres? Du er ikke alene, men husk at

evnen til å nyte god mat er god livskvalitet for mange.

Her er noen tips til hvordan munnen bør stelles. Det er også en test som du kan bruke

i det daglige stellet. Den er laget av firmaet Kvinto, som selger medisinske produkter.

## Trenger pasienten ekstra munnstell?

KATEGORI	1	2	3	4	SCORE
<b>Lepper</b>	Glatt, rosa og fuktige uten tegn til sårhet.	Lett rynket og tørr. Ett eller flere isolerte røde områder.	Tørr og noe hoven, en eller to isolerte blemmer. Tegn på inflammasjon.	Uttalt tørr og hoven. Inflammasjon på leppene. Generelt blemmer/sårhet.	<b>1 2 3 4</b>
<b>Gane- og munnslimhinne</b>	Glatt, lyserød, fuktig og hel.	Blek og lett tørr. En eller to isolerte rifter, blemmer eller røde områder.	Tørr og noe hoven, generelt rød. Mer enn to isolerte rifter, blemmer eller røde områder.	Uttalt tørr og hoven. Munnslimhinnen rød (inflammasjon). Flere sår.	<b>1 2 3 4</b>
<b>Tunge</b>	Glatt, lyserød, fuktig, hel.	Lett tørr, en eller to isolerte røde områder. Noe hoven tunge.	Tørr og noe hoven, generell rødhet. En eller to isolerte rifter eller blemmer.	Uttalt tørr og hoven, ligger ned mot svelget. Inflammasjon. Flere blemmer/sår. Tungen er dekket av belegg.	<b>1 2 3 4</b>
<b>Tenner</b>	Rene, uten belegg.	Minimalt belegg, mest mellom tennene.	Moderat belegg halveis ned på tennene.	Dekket av belegg.	<b>1 2 3 4</b>
<b>Spytt</b>	Tynn, vannholdig, massiv.	Redusert spyttmengde.	Lite spytt, tykkere en normalt.	Tykt og seigt.	<b>1 2 3 4</b>
KILDE: Kvinto AS					<b>Total score:</b>

### FASIT:

#### 5 Score:

Normale tilstander, med økt risiko for forandring.

1. Inspiser munnhulen daglig.
2. Tennene og tungen må puses to ganger daglig med myk tannbørste.
3. Hold slimhinnene og leppene fuktige.
4. Munn og leppefukter smøres på etter behov.

#### 6-10 score:

Lett unormal tilstand.

1. Inspiser munnhulen morgen og kveld.
2. Tennene og tungen må pusses to ganger daglig med myk tannbørste. La tannproteser være ute ved irritasjon.
3. Hold slimhinnene og leppene fuktige.
4. Munn og leppefukter smøres etter munnstell og minimum fire ganger daglig.

#### 11-20 score:

Moderat til alvorlig tilstand.

1. Inspiser munnhulen flere ganger i døgnet.
2. Tennene og tungen må pusses to ganger daglig med myk tannbørste. La tannproteser være ute ved irritasjon.
3. Hold slimhinnene og leppene konstant fuktige.
4. Iverksett nødvendige tiltak for å myke opp og fjerne eventuelt plakk.
5. Munn og leppefukter smøres etter hver en til to timer, etter munnstell og ellers etter behov.

# En nøkkel-knipe

Sylvia Brustad ønsker ikke nøkkelbokser på utsiden av døren til pleietrengende. Det skaper fortvilelse i kommuner som allerede har slike ordninger.

SykepleienJOBBA skrev i nr 2/07 om nøkkelbokser i hjemmesykepleien, en praksis Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad ikke er begeistret for. Dette har ført til en rekke reaksjoner fra kommuner som er i ferd med å innføre ordningen, fra leverandører av nøkkelbokser og fra sykepleiere i hjemmesykepleien som mener ordningen med nøkkelbokser er sikrere enn å dra rundt på store nøkkelknipper.

## Ni års erfaring

Tønsberg kommune innførte bruken av nøkkelbokser i 1998. Det er brannvesenet som monterer boksene brukerne får sammen med trygghetsalarm.

– Hovedårsaken til at Tønsberg valgte å innføre nøkkelbokser, var å bedre responstiden når brukerne brukte trygghetsalarmer, sier virksomhetsleder i hjemmetjenesten, Ingerd Saasen Backe.

– Vi prøver å holde oss innenfor 20 minutters responstid. Det ville vært vanskelig å få til uten nøkkelboksene, sier hun og forklarer hvordan en ordinær arbeidsdag i hjemmetjenesten fungerte før:

Sykepleieren er innom kontoret og får tildelt de brukerne hun skal innom i løpet av vekten. Hun tar med seg de nøklene hun trenger. Sykepleieren reiser ut, og er i ferd med å stille fru Hansen. Da ringer fru Olsens trygghetsalarm. På kontoret vet de hvilken sykepleier som har nøkkelen til Olsens hus, men sykepleieren kan ikke dra fra til Olsen før hun er ferdig med oppgavene hun skal gjøre for fru Hansen.

Da kan man gjøre en av to ting: Enten at en annen sykepleier kjører innom Hansen og henter nøkkelen til Olsens hus, eller at Olsen må vente til du er ferdig med Hansen, forteller Saasen Backe.

Uansett må Olsen vente lenger enn 20 minutter og det er vanskelig å holde oversikt over hvor alle nøklene befinner seg til enhver tid.

## Nøkkelrot

– Et annet problem i forhold til den gamle løsningen, er de store nøkkelknippene.

– Sykepleiere som løper rundt med nøkkelknipper med 20-30 nøkler på kan også være en fristelse for kriminelle. Det kan friste enkelte til å slå ned sykepleiere for å ta nøklene, sier hun.

Saasen Backe forteller at organiseringen av nøkler var mer tidkrevende.

– Det ble fort svært sårbart når vikarer ikke kjente rutinene godt nok. Om en nøkkel forsvant eller ble mistet, måtte låsen byttes og nye nøkler kopieres. Nå kan vi kode om nøklene dersom noe skulle skje, sier hun.

## Kriminelle

Med nøkkelbokser er arbeidsdagen for sykepleierne blitt enklere.

– Nøkkelboksene gjør at vi slipper å dra rundt med ett stort nøkkelknippe. Våre sykepleiere kan reagere raskt på en trygghetsalarm når brukerens nøkkel er i boksen. Alle sykepleiere på vakt får tilgang til boksen med sin spesielle nøkkel, sier hun.

Nattjenesten dekker hele kommunen og responderer på alarm uten forsinkelse for å hente nøkler.

Saasen Backe vil ikke gå i detalj på hvordan prosedyrene rundt nøkkelbokser er organisert av sikkerhetshensyn.

– *Hva med argumentet om at boksene kan virke fristende på kriminelle?*

– Vi har ikke opplevd innbrudd i hjem med nøkkelbokser. Jeg tror ikke det er mulig å få åpnet selve boksen uten sprengstoff, og da er det lettere å bryte seg inn gjennom et vindu, sier Saasen Backe.

## Trygt og raskt

Hun mener likevel ikke at nøkkelbokser er den ideelle løsningen.

– Jeg vet ikke om det finnes ideelle løsninger på «nøkkelproblemet». Det er viktig at vi kommer raskt til når noen bruker trygghetsalarmer. Samtidig skal det være trygt for brukerne. De skal selvfølgelig ikke føle at boksene utgjør noen trussel for dem, sier hun.


Saasen Backe sier videre at brannvesenet prøver å montere boksene på steder så diskret som mulig i samarbeid med huseier og mottaker.

– Monteringsbesøket inkluderer også råd og veiledning fra brannvesenet. Hjemmesykepleier har direkte kontakt med brukeren på telefonen når alarmen blir utløst, sier hun.

Saasen Backe ser frem til en videreutvikling av enkle, trygge



Faksimile SykepleienJOBBA nr 2/07



**FAKTA**

Hjemmesykepleien i Tønsberg kommune har i overkant av 1 000 brukere. Kommunen har i dag montert rundt 420 trygghetsalarmer og nøkkelbokser.

og driftsikre nøkkelsystem som kan dekke brukernes og hjemmetjenestens behov.

Sykepleien prøvde å få en kommentar fra Sylvia Brustad, men hun hadde ikke mulighet til å kommentere saken innen vår deadline.



FORNØYD: Leder av hjemmetjenesten i Tønsberg, Ingerd Saasen Backe, har ti års erfaring med nøkkelbokser.

# Camilla Crone Leinebø

**Alder:** 24 år

**Yrke:** Sykepleierstudent

**E-post:** leiniken@yahoo.no

**Utdannelse:** Etter at hun i forfjor begynte ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, har hun nå flyttet til Bergen. Flyttingen kostet henne et år – men Leinebø fortsetter å skrive om livet fra et studentperspektiv.



## Smittebæreren?

Det er ikke ofte en opplever å komme på jobb for så å bli sendt hjem igjen umiddelbart etter avdelingssykepleierens ønske.

Med et ørlite nålestikk av dårlig samvittighet subber jeg bortover gangen, gjennom radene med blå og hvite uniformer merket Bergen Kommune. Til heisen. For å bli fraktet opp tre usle etasjer uten å forbrenne en eneste kalori. Unnskyldningen jeg lager til meg selv er håndballkampen jeg spilte dagen før. Kroppen er mørbanket og låret lider av en seriøs lårhøne. Tiden er inne for arbeidshelg på sykehjemmet.

Dagen før fikk jeg en kjedelig beskjed. En liten indisk prinsesse et vennepar av familien adopterte i julen, er smittet av alle sykehus store skrekkbakterie: MRSA. Og jeg har vært mye i nærkontakt med henne.

Vaktrommet preges av en litt stesstet stemning. Nok en person har ringt og er syk i disse influensatider. Minus en er kanskje ikke et problem til vanlig, men en mindre i helgen – i tillegg til to terminale pasienter – er ikke akkurat drømmesituasjonen.

Under rapporten kjenner jeg plutselig at det blir viktig

å spørre mine kolleger om jeg burde ringe sjefen å fortelle at jeg har tilbragt tid med et barn smittet av de beryktede gule stafylokokkene. Meningene er delte, men jeg føler det kan være greit å gi beskjed.

– «Hei Siri. Det er Camilla som ringer. Jeg vet egentlig ikke om jeg forstyrrer deg unødig, men jeg fikk vite i går at...», og jeg forklarer hva som har skjedd.

– «Camilla. Da må jeg dessverre be deg om å gå hjem igjen med en gang. Du kan ikke komme tilbake på jobb før du har tatt en test og er klarert for MRSA. For sikkerhets skyld. Det kan i verste fall få fatale følger hvis du skulle være smittebærer og bakterien overføres til noen av beboerne», sier Siri bestemt.

Hånden er litt skjelven når jeg legger på røret etter samtalen. Er jeg syk? Det føles ikke slik. Med unntak av påkjennningene kroppen ble utsatt for i håndballkampens hete kvelden før.

Lettere sjokkert må jeg fortelle resten av pleierne at de dessverre blir enda en i manko på vakt denne lørdags ettermiddagen. Noen ser enda mer stresset ut enn de gjorde da jeg kom. Andre hopper opp av stolen og vil komme i gang med dagens oppgaver så fort som mulig. Jeg sitter igjen med ikke bare et nålestikk

av dårlig samvittighet, men heller en gedigen injeksjon. Burde jeg ha tatt ansvar tidligere for å gi beskjed om situasjonen? Skulle jeg ha ringt Siri i det jeg fikk vite at den lille jenten var smittet? Da hadde de muligens rukket å skaffe vikar.

Uansett setter jeg meg ned foran telefonen og starter ringerunden for å få noen til å komme på jobb så fort de kan. Ikke enkelt en lørdags ettermiddag. Etter å ha spritert telefonrøret, dørhåndtak og alt annet jeg har berørt med mine «spedalske» fingre, tusler jeg slukøret hjem igjen for å ringe legevakten. For å få vite at jeg ikke får ta noen test før mandag morgen.

Tusenvis av spørsmål florerer i hodet mitt. Kan jeg gå ut? Kan jeg være sammen med folk? Hva med de to høygravide venninnene mine jeg tilbragte hele torsdagskveld sammen med? Kan jeg allerede ha smittet noen av de gamle syke på jobben? Hva med håndballvenninnene mine jeg svettet sammen med kvelden før? De jobber alle i Helse Bergen.

Resten av lørdagskvelden sitter jeg på internett for å lære mer om MRSA. Jeg husker så vidt at jeg måtte levere inn et skjema om at jeg ikke hadde vært innlagt på sykehus i enkelte land den siste tiden, da jeg begynte på syke-

pleien. Og jeg husker flaut lite fra mikrobiologien.

Etter hvert som kunnskapen kommer, forstår jeg at jeg kan leve et normalt liv selv om jeg ikke får tatt testen før om to dager. Jeg lærer en hel del nye ting. Fra testen blir tatt, går det cirka tre dager før jeg får svar. På Haukeland forteller hygiene-sykepleieren meg at det er svært liten sannsynlighet for at jeg er smittet. Men på sykehjemmet vil de ha meg klarert før jeg tropper opp i arbeidstøy igjen.

Siri ringer meg jevnlig for å høre hvordan ståa er. Hun vektlegger hele tiden at jeg ikke skal ha dårlig samvittighet, at jeg har gjorde det rette og at de skal ordne med alt det praktiske. Hun og ledelsen på sykehjemmet har ikke opplevd en lignende situasjon, så de lærer mye nytt de også. De var aldri i tvil, sikkerheten og helsen til beboerne står høyest av alt. Heldigvis tar de seg av meg også, som opplever det hele som ganske rart.

Seks dager etter jeg ble sendt hjem fra jobb, får jeg svaret på testen fra Haukeland: Negativ. Det tikker inn en sms fra Hanne samme kveld: «Har du pest? ;)». Jeg må le i det jeg svarer nei, og gleder meg til å dra på jobb igjen dagen etter.



### Krever regler mot mobbing

Likestillings- og diskrimineringsombud Beate Gangås krever i et brev til Arbeidstilsynet et regelverk som styrker det psykososiale

miljøet på jobben. – Det er ikke stort nok trykk på arbeidsgiverne for å gjøre noe med disse sakene. Arbeidstakerne kan heller ikke alltid regne med å få støtte fra tillitsvalgte og verneombud, sier ombudet Beate Gangås

### Mobbing på jobben

Fire prosent har blitt mobbet på jobb, men over 20 prosent av de spurte i TNS Gallups undersøkelse svarer at de har sett andre bli mobbet på arbeidsplassen sin. – De som ser dette på arbeidsplassen trives dårligere og har lavere produktivitet, ifølge professor Ståle Einarson.

# Takler nye tider

Myten om at offentlig ansatte ikke ønsker endringer velkommen, gjelder i hvert fall ikke ansatte på sykehus.

Det viser en undersøkelse som forskerne Trond Harsvik (Sintef Helse) og Lars Erik Kjekshus (Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo) har gjort. Den er gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforsking nr. 3/07.

Bakgrunnen for undersøkelsen var å finne ut i hvor stor grad sykehusene er blitt fornyet som følge av endringer i rammebetingelsene etter gjennomføringen av sykehusreformen i 2002. Artikkelen beskriver organisasjonsendringer ved norske sykehus i perioden 1999 til og med 2005, basert på spørreundersøkelser gjennomført i offentlige sykehus i Norge.

## Endringer

De største endringen har vært:

- Økt ansvarliggjøring av avdelingsnivået.
- Flere sykehus har samlokalisert sykehusets mottakelse med den kommunale legevakten.
- Skjermede enheter for planlagt (elektiv) kirurgi er blitt mer utbredt.

## Mye papir

Når det gjelder bruken av IKT-verktøy fant forskerne at:

- Antallet sykehus som har elektroniske pasientjournaler har økt fra 58 prosent i 2001 til

en andel på 85 prosent i 2005, men fremdeles opplyser 69 prosent at journalen fortsatt brukes i papirformat.

- Andelen sykehus som hadde elektronisk bildearkiv i 2001, var 22 prosent og har i 2005 økt til 87 prosent.
- Tre av fire sykehus har etablert online løsninger for laboratorieresultater og poliklinikkresultater.

## Økt ansvarliggjøring

Et av de mest åpenbare endringstrekkene i sykehusenes ledelses- og myndighetsstrukturer og budsjett-rutiner, er økt ansvarliggjøring og delegering av myndighet til avdelingsnivået.

Men forskerne stiller samtidig spørsmål ved om hvor dyptgripende endringene er og i hvilken grad gamle strukturer opphører når nye blir introdusert.

– På flere av de fire organisasjonsområdene ser vi tegn på at det er noe større treghet i sykehusorganisasjonen når det gjelder å fase ut etablerte strukturer og rutiner enn når det gjelder å innføre nye. Vi ser at sykehusene langt på vei formelt sett mener å ha innført enhetlig ledelse, men i hvilken grad har disse lederne et reelt totalansvar for virksomheten de er satt til å lede? spør forskerne.

# MÅLTIDSMARKERING

Nå er det enkelt å se hvordan et måltid påvirker blodsukkeret ditt

På CONTOUR® kan du måltidsmarkere dine resultater

Før måltid Etter måltid

**INGEN KODING™**

- INGEN KODING™ - apparatet er alltid riktig kodet
- Måletid på 5 sekunder
- Lagrer 480 måleresultater
- Liten bloddråpe 0,6 µl

For ytterligere informasjon kontakt:  
**Bayer HealthCare**  
 Diabetes Care  
[www.ascensia.no](http://www.ascensia.no)  
[ascensia@bayer.no](mailto:ascensia@bayer.no)  
 Tlf: 24 11 18 00



GRØBET™ 1.07.A.ND

ASCENSIA  
**CONTOUR**  
 Blood Glucose Monitoring System

**Bayer HealthCare**  
 Diabetes Care

## Pris til Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset er tildelt KFOs arbeidsgiverpris for 2006. Helseforetaket får prisen fordi det tar de ansattes behov for medbestemmelse og kompetanse på alvor. Det legges også vekt på at prismottakeren driver aktivt HMS-arbeid og følger opp arbeidsmiljøloven.

## Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



# Arbeidsgiverpolitikk på ville veier

Det er bred enighet om å skape et mer inkluderende arbeidsliv. Det skal rekrutteres 10 000 flere ansatte til helsetjenesten de neste årene, sykefraværet skal reduseres og det er ønskelig at flere utsetter pensjonsalderen. Det er også et uttalt politisk mål å bedre likestillingen mellom kvinner og menn. Derfor er det kritikkverdige at arbeidsgivere i sykehus og kommuner ikke sørger for trygge, gode og forutsigbare arbeidsforhold for sine ansatte.

Arbeidsgiverpolitikken i helse-tjenesten er nemlig langt fra noe eksempel til etterfølgelse når det gjelder å støtte opp under politiske målsettinger og langsiktige utfordringer for arbeidsmarkedet, helsepolitikken, likestilling og trygdeutgiftene. Med et sykefravær godt over gjennomsnittet, høy uføregrad, mye ufrivillig deltid og en høy andel midlertidig ansatte, utmerker helsetjenesten seg som en av de verste i klassen.

For eksempel øker andelen midlertidig ansatte. I 2005 var 14,5 prosent i helsetjenesten midlertidig ansatt. I 2006 var andelen økt til 16,5 prosent, viser SSBs statistikk. Med tanke på at befolkningen skal tilbys sikre og gode helsetjenester, er det ingen god grunn til å ha en så stor andel «løsarbeidere».

Dessuten er sykefraværet nå på 9 prosent. Gjennomsnittet i arbeidslivet generelt er på 6,8 prosent. Arbeidstilsynet har konkludert med at deler av sykefraværet i helsetjenesten har en klar sammenheng med arbeidsforholdene.

Slik kan vi fortsette å trekke

fram en rekke eksempler på at arbeidsgiverne i helsetjenesten ikke tar sitt ansvar for et godt og inkluderende arbeidsliv på alvor.

Det høye antallet deltidsstillinger viser at helsetjenesten ikke evner å skape en arbeidsplass tilpasset dette århundret. Ikke bare hindres de ansattes mulighet og rett til å forsørge seg selv. Det er også en voldsom sløsing med kompetanse og ressurser. I de kommende tiår vil det bli flere pensjonister per yrkesaktiv. Mangel på arbeidskraft blir en utfordring. Oljeindustrien er blant aktørene som allerede nå bruker ressurser på å posisjonere seg ved å promotere utdannings- og karrieremuligheter innen realfag.

Hva har helsetjenesten tenkt å gjøre for å sikre seg tilgang på kompetent arbeidskraft de neste årene? Fortsette å tilby deltidsarbeid, midlertidige ansettelser, belastende arbeidstidsordninger, lav lønn og arbeidsforhold som øker sannsynligheten for å bli oftere sykemeldt og tidligere ufør?

Det er beregnet at om lag en tredjedel av ungdommen frivillig må utdanne seg til helsepersonell for å dekke den store etterspørselen. I konkurransen om arbeidskraften, må helsetjenesten utvikles til å bli mer attraktiv.

Både kommunepolitikere og helseministeren må stille klare krav til resultater for hvordan arbeidskraftressursene ivaretas i helsetjenesten. Det innebærer at det også må stilles nødvendige ressurser til disposisjon. Målene om et inkluderende arbeidsliv, likestilling og lavere sykefravær kan ikke nås uten at det investeres noen kroner. Verken flere heltidsstillinger, likestilling av skift/turnus eller tetting av like-lønnsgapet er gratis. Likevel bør det være i en hver eiers interesse at de ansatte har arbeidsforhold som gjør det mulig å være på jobb, forbli i jobb og ikke minst gjør en god jobb av høy kvalitet!



UMODERNE: Det høye antallet deltidsstillinger viser at helsetjenesten ikke evner å skape en arbeidsplass tilpasset dette århundret, skriver Slaatten.  
Foto: Stig Weston.

*Bente G. H. Slaatten*

## Bedre sikring av skikkethet

Det ser nå ut til at søkere til sykepleierutdanningen må levere begrenset politiattest. – Dette er et skritt i riktig retning, og i tråd med innspill NSF har gitt departementet, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

I et høringsdokument fra Kunnskapsdepartementet foreslås at søkere blant annet til sykepleierutdanningen må levere en begrenset politiattest. Attesten skal dokumentere at søkerne ikke er straffet for seksualforbrytelser eller barnepornografi.

– NSF var også positive da arbeidsgivere fikk tilgang til å kreve slik politiattest for sykepleiere og annet personell som jobber med barn. Vi mener det er riktig å stille

de samme krav for opptak til utdanningen, som man må oppfylle for å utøve yrket, sier Slaatten.

### Ønsker innstramning

NSF mener dessuten at Kunnskapsdepartementet må vurdere å utvide hvilke lovbrudd politiattesten skal omfatte, og at Helsedepartementet må vurdere å åpne for at arbeidsgiver kan kreve politiattest også overfor andre pasientgrupper enn barn.

– Grov vold og narkotikaforbrytelser kan være eksempler på kriminelle forhold det er naturlig å vurdere opp mot helsepersonells skikkethet. Samtidig ser vi at andre pasientgrupper enn barn kan ha behov for særskilt beskyttelse, blant annet demente som ofte vil ha problemer med å ivareta egne interesser, sier Slaatten. Hele høringsvaret fra Norsk Sykepleierforbund kan leses på nett.

Bente Slaatten



# Krever bedre arbeidsmiljø i helseforetak

– Helseministerens oppdragsdokument til helseforetakene må inneholde konkrete krav og målsettinger for deltid, sykefravær og arbeidsmiljøtiltak, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten etter møte med ministeren 8. februar.

Unio, som er Norsk Sykepleierforbunds (NSF) hovedorganisasjon, var i møte med helseminister Sylvia Brustad 8. februar. Sykefravær, deltid og Arbeidstilsynets funn i tilsynskampanjen «God Vakt» stod sentralt på agendaen.

– Det er uholdbart at regjeringens målsettinger for arbeidslivet ikke gjenfinnes som tydelige krav til helseforetakene. Arbeidstilsynet har dokumentert at alle helseforetakene bryter arbeidsmiljøloven, og det mest gjennomgående avviket er manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver, sier Slaatten.

Unio stilte i møtet krav om at

helseforetakene i oppdragsdokumentene pålegges å jobbe med funnene i tilsynskampanjen, og at dette innarbeides i et HMS-regnskap som helseforetakene skal rapportere fra.

– Etter tilsynsrapporten fra Arbeidstilsynet har vi sett ytterligere forslag om reduksjon av senger og nedbemanning, samtidig som det forventes full «produksjon». Pasientene blir ikke borte. Sykefraværet øker. Samtidig er tilbakemeldingene vi får at arbeidsgiver bagatelliserer funnene fra tilsynet, sier Slaatten.

– Det burde være en selvfølge at de statlig eide helseforetakene var eksempler til etterfølgelse,

blant annet i forhold til mindre bruk av deltid, nedgang i sykefraværet og forebygging av den høye uføregraden. Slik er det ikke. Det er i helseministerens interesse å føre en mer aktiv arbeidsgiverpolitikk innenfor helseforetakene enn i dag, og det krever en langt mer offensiv holdning til styringen, sier Slaatten.

Det var leder Anders Folkestad som stilte i møtet sammen med Bente G. H. Slaatten, som også er nestleder i Unio. Likestilling av skift og turnus og en helhetlig, sammenhengende helsepolitikk ble også drøftet.

Hele innspillet fra Unio er publisert på NSF's nettsider.

## Søk solidaritetsmidler fra NSF

Enkeltmedlemmer, organisasjonsledd, andre organisasjoner og institusjoner kan søke støtte fra NSF's solidaritetsmidler 2007 til å finansiere tiltak innenfor følgende områder i utviklingsland og andre land med svak økonomi:

- Menneskerettighetsarbeid
- Nødhjelp
- Demokratibyggende tiltak
- Helsefremmende tiltak
- Utvikling av sykepleiefag og sykepleietjeneste

Det kan også søkes støtte til tiltak i Norge:

- Overfor asylsøkere, flyktninger og andre innvandrergupper
- Andre solidaritetstiltak

Det gis ikke støtte til andre organisasjoners eller institusjoners inndekking av egenandeler i virksomhet som mottar støtte fra Norad, Utenriksdepartementet eller andre donorer.

Bidrag fra NSF's solidaritetsmidler skal normalt anvendes innen utløpet av det kalenderår midlene mottas.

Det finnes ikke noe standard søknadsskjema.

Søknader skal imidlertid beskrive formål, tidsplan, budsjett og prioritering, sistnevnte dersom det søkes støtte til flere tiltak.

Søknader må foreligge hos NSF senest 15. mars og stiles til:

Norsk Sykepleierforbund  
Postboks 456 Sentrum  
0104 Oslo  
Att.: Internasjonal sekretær

Vi mottar helst søknaden per e-post til [pgk@sykepleierforbundet.no](mailto:pgk@sykepleierforbundet.no)

Det beregnes at søknader skal være behandlet og at alle søkere mottar svar senest innen utløpet av april 2007.

## NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på [www.sykepleierforbundet.no/sistenytt](http://www.sykepleierforbundet.no/sistenytt), og les mer.

### Færre får fast jobb

Andelen midlertidig ansatte i helsetjenesten øker, viser SSBs statistikk. Forbundsleder Bente Slaatten ber arbeidsgiverne sørge for mer forutsigbare arbeidsforhold for sykepleiere og annet helsepersonell.

### Kritisk til gapestokkpraksis

– Når Helsetilsynet fratar en sykepleier autorisasjonen, bør de klare å argumentere for det uten å gi innsyn i alle detaljer, sier forbundsleder Bente Slaatten i en kommentar til at tilsynet la ut detaljert informasjon om en autorisasjonssak på internett.

### Utdeling av NSF stipend 2006

Kunnskap er grunnlag for god sykepleie. Den må stadig fornyes og utvikles for å være i tråd med pasientens behov. NSF bidrar gjennom ulike forsknings- og utdanningsstipend. Her får du en oversikt over hvem som ble tildelt stipend i 2006 (på [sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)).

### 5 400 flere svingdørspasienter

Fra 2004 til 2005 ble det 5 400 flere svingdørspasienter ved norske somatiske sykehus. – Jeg er bekymret for at dette er en konsekvens av for stor vektlegging av effektivitet og pasientgjennomstrømming, mens kvaliteten kommer i andre rekke, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

### – Hensynet til ansatte må veie tyngst

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er kritisk til holdningen Statens Strålevern og helseministeren utviser i saken om kreframmede sykepleiere ved hjerteavdelingen på Haukeland sykehus.

## Moral, inkompetanse og svik

Helse-Norge, slik det framstår i dag, viser tydelig at de som styrer mangler kompetanse. Ikke bare sørger de for en situasjon som skaper usikkerhet blant de som er syke, men også blant de som ønsker å pleie syke. Dette er en skam for Norge, og noen må utfordre de rådende normer som regulerer det politiske verdisyn.

Jeg ønsker med dette å stille alle ansvarshavende; politikere, ledere, streikende, staten Norge og alle andre som har påvirkningskraft ett enkelt spørsmål: Hva gjør du for å forbedre de sykes vilkår?

Ja tenk det, at det nå igjen har vært streik blant helsepersonell i Norge. De skadelidende, som uten forbehold, har krav på helserelatert behandling lider. Medmennesker som har ventet på operasjoner får beskjed om at de må komme tilbake senere. De blir sviktet av de som selv har valgt å pleie de med sykdom. De blir sviktet av staten Norge, som er deres høyeste beskytter. Ikke bare mister de den konkrete behandlingen som var påtenkt, men ettervirkningene - følelsen av at håpet svinner - svekker også helsen direkte.

«Kuttene vi må gjennomføre vil få direkte konsekvenser for hjertepasienter.» (Knut Schrøder, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i Dagbladet 24.januar 2007.)

Årsaksforklaringene er mange siden det er flere aktører, organi-

sasjoner, politikere og ledere som i lys av sine stillinger står på hver sin side. For den menige mann og kvinne er situasjonen umulig å forstå. For det ER umulig å forstå kaos. Helse-Norge har ikke lenger tillit fra folket, og lovnader fra politikere om opprustinger av alle mulige helseforetak har ingen substans. De fem største sykehusene i Norge skal kutte over 1 milliard kroner i kostnader i 2007.

«Den historiske satsingen som Brustad lovet i september, er i virkeligheten en innsparing.» (Per Meinich, Den norske lægeforening, Dagbladet 24.januar 2007.)

I dag er situasjonen slik at det er umulig å se noe som helst struktur i utviklingen av helse-Norge. Jeg stiller spørsmål om det i det hele tatt er noen utvikling? For er ikke utvikling et positivt ladet begrep slik det brukes i språket vårt? Noen må ta ansvar. Staten må ta ansvar. Kongen må ta ansvar!

«I stor grad er årsverkene som må bort pleiepersonalet og kontoransatte.» (Gunnar Bovim, St. Olavs Hospital HF, Dagbladet 24.januar 2007.)

Olje-Norge vokser og vokser. Norge har ALDRI vært så rikt før. Og Norge har vært et av verdens rikeste land lenge. Hvor er problemet? Inkompetanse og svik. Landsforrædere.

Alle politikere og ledere som er i posisjoner hvor de kan påvirke situasjonen oppfordres herved til å være løsningsorienterte. Legg all

personlig prestisje til side, se forbi det du en gang hadde på agendaen og stå opp som ansvarsfull. Vær den som vet at du ikke vet hva som må til for å få orden på kaoset. Snakk med de andre som ikke vil det du en gang ville. Gå i dialog, finn mulige løsninger og legg ned veto om at det er den løsningen som kommer den syke til gode som må være den eneste løsningen. Pengene har vi - koste hva det koste vil.

Jeg har ingen svar, men jeg tror på at det i enhver situasjon finnes alternative handlingsmuligheter. Jeg tror på at det finnes menneskelig kapasitet til å endre på situasjoner. Jeg tror på at de som har streiket har dårlig samvittighet, og at de gikk på akkord med seg selv. Hvis ikke mener jeg de har valgt feil yrke.

Jeg tror på omsorgsfulle mennesker i de posisjoner som kan påvirke kaoset. Jeg tror ikke på at en ensidig økonomiorientert politikk kan endre situasjonen til det bedre for de som er syke. Jeg mener de har utspilt sin rolle. Jeg tror på sunn fornuft, og mener den ikke eksisterer siden Norge blir rikere og rikere, og syke blir neglisjert og krenket.

«Vi tilpasser oss det myndighetene sier. Dermed blir det mangt ventetider.» (Åge Danielsen, Rikshospitalet – Radiumhospitalet, Dagbladet 24.januar 2007) Kongen, hvor er du? (Innlegget er noe forkortet).

Jørund Olav Baadsvik,  
1. års sykepleierstudent,  
Høyskolen i Sør-Trøndelag

## Vital reiseforsikring null verdt!

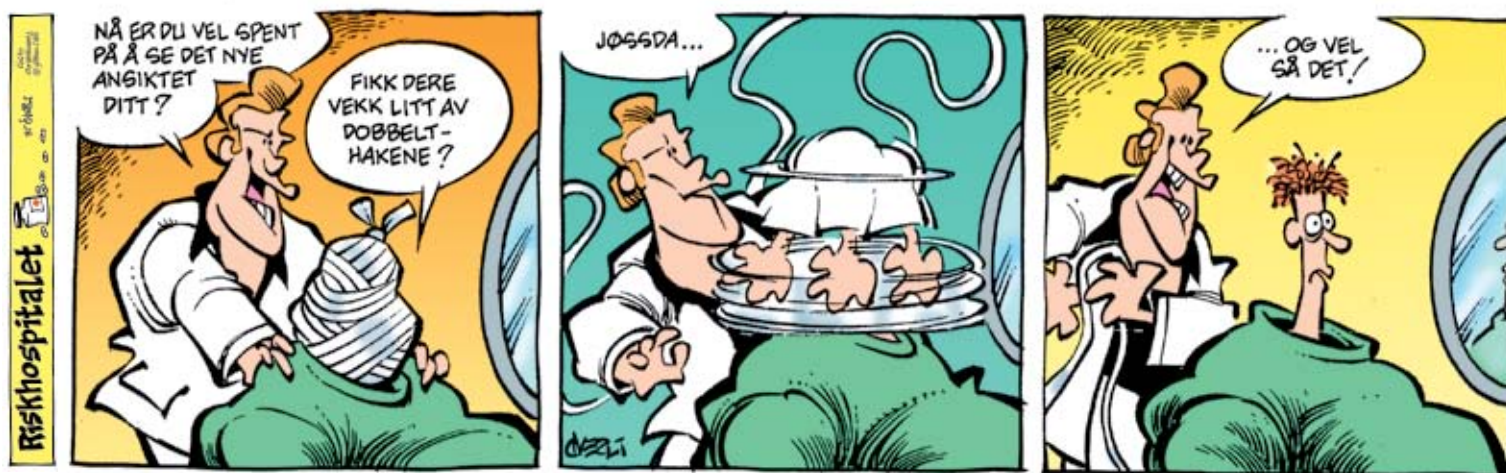
Var 6. til 20. januar 2007 med eit reisefølge på 36 personar til Arguineguin på Gran Canaria. Har reist i over 30 år til Syden, men har aldri brukt reiseforsikringa. Etter 6 dagar måtte eg oppsøkje lege. Snakka med ein av leiarane (sjukepleiar) som sa eg skulle gå til norsk lege ved sida av den Norske klubb. Der snakka dei norsk og du får med deg brev heim viss du treng vidare behandling. Brukt dei mange gongar, sa ho. Husk reiseforsikringa, så er det gratis, la ho til.

Med reiseforsikringa Vital for 2007 stilte eg i luke på legekantoret. Denne reiseforsikringa godtok dei ikkje. Dei hadde rekningar fleire år tilbake som dei ikkje hadde fått betaling for. Så stod eg der då, med Reiseforsikring Vital for 2007 med same verdi som ein utgått Lotto-kupong.

To andre i reisefølget hadde ingen problem, den eine til same lege som eg, den andre på sjukehus (Begge med Gjensidige reiseforsikring).

«Kva kan eg gjere?» spurte eg. «Betalar du, kan du komma igjen om to timar» svarta dei i luka. Eg hadde ikkje noko val. Gjekk tilbake til hotellet, henta pengar frå reisekassen, og gjekk tilbake til legekantoret. Regninga blei: To legebesøk + prøvetaking og medisin = 153,62 EUR ( 1 280 NOK)

Var tross alt heldig, hadde eg





hamna på sjukehus, kunne vel rekninga blitt ein plass mellom 20 000-50 000 kroner. Å senda betalt rekning til Vital er vel bortkasta arbeid. Betalar dei ikkje rekningar frå legen i Arguineguin, betalar dei vel ikkje meg heller. Får sjå kva eg gjer...

Ein ting er sikkert. Reiser eg fleire gongar til Syden i år, skal eg ha reiseforsikring som eg kan stole på. Reiseforsikringspapir frå Vital har eg for 2007 som egnar seg: ja, i vertfall som fyll i ei skuffe heime, det er mi erfaring.

Med vennlig hilsen Johannes Lid, medlem av NSFs reiseforsikring familie

### Svar: Ad reiseforsikring

Problemet med nevnte legesenter på Gran Canaria har vært at legesenteret ikke har vært villig til å behandle våre kunder mot fakturering til oss. De har forlangt direkte oppgjør på stedet.

Etter å ha snakket med senteret og avsjekket deres påstand om at vi ikke gjør opp for behandling av våre kunder må jeg få tilføye følgende:

Vi mottok for en stund siden en samlefactura med håndskrevne bilag for 2005. Bilagene var for det meste uleselige og inneholdt navn som for oss var ukjente, mao

ikke våre kunder.

De av bilagene som gjaldt våre kunder ble raskt betalt av vår daværende samarbeidspartner Gjensidige, men som ikke forfulgte saken.

Vi og vår samarbeidspartner AIG har i ettertid avtalt med klinikken at de skal følge vanlig prosedyre mht behandling og fakturering som brukes av alle klinikker, slik at bilag er leselige m.m. Klinikken har lovet å endre sin atferd omgående slik at vi formoder at omtalte situasjoner ikke skal oppstå i framtida.

For de av våre kunder som har

møtt en dårlig behandling må vi beklage, og vi vil gjerne høre om det er flere slike tilfelle vi ikke er informert om slik at vi kan gjøre opp med disse.

Med vennlig hilsen Arild Wike, markedsdirektør, Vital Skade AS

## c Arcoxia "MSD"

Antiflogistikum.

ATC-nr.: M01A H05

**TABLETTER 60 mg, 90 mg og 120 mg:** Hver tablett inneh.: Etorikoksib 60 mg, resp. 90 mg og 120 mg, laktosemonohydrat 3 mg, resp. 4 mg og 6 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigotin (E 132), jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av artrose (OA), reumatoid artritt (RA) og ved smerte og tegn på inflammasjon assosiert med akutt urinsyreigitt. Beslutningen om å forskrive en selektiv COX-2-hemmer skal bygge på en vurdering av den enkelte pasients samlede risiko. **Dosering:** Artrose: Anbefalt dose er 60 mg 1 gang daglig. Dosen skal ikke overskride 60 mg daglig. Reumatoid artritt: Anbefalt dose er 90 mg 1 gang daglig. Dosen skal ikke overskride 90 mg daglig. Akutt urinsyreigitt: Anbefalt dose er 120 mg 1 gang daglig. Dosen skal ikke overskride 120 mg daglig, begrenset til maks. 8 dagers behandling, og bør kun tas i perioder med akutte symptomer. Fordi kardiovaskulær risiko ved bruk av etorikoksib kan øke med dose og behandlingsvarighet, skal kortest mulig behandlingsvarighet og laveste effektive døgndose benyttes. Behov for symptomlindring og effekt av behandlingen skal revurderes jevnlig, spesielt hos pasienter med artrose. Kan tas med eller uten mat. Effekten kan inntre raskere hvis preparatet tas uten mat. Når rask symptomlindring er nødvendig, bør dette tas hensyn til. Nyreinsuffisiens: Dosejustering er nødvendig for pasienter med kreatininclearance =30 ml/minutt. Leverinsuffisiens: Ved mild leverinsuffisiens (<Child-Pugh score> 5-6) bør ikke dosen på 60 mg daglig overstiges. Ved moderat leverinsuffisiens (<Child-Pugh score> 7-9) er anbefalt dose 60 mg en gang hver dag. Dosen bør ikke overstiges. Klinisk erfaring er begrenset, spesielt hos pasienter med moderat leverinsuffisiens, og forsiktighet bør utvises. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for etorikoksib eller noen av hjelpestoffene. Aktiv mavesår eller aktiv gastrointestinal (GI) blødning. Tidligere bronkospasme, akutt rhinitt, nasalepolypper, angioneurotisk ødem, urticaria eller allergilignende reaksjoner ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), inkl. COX-2-hemmere. Graviditet og amming. Alvorlig leverdysfunksjon (serum-albumin <25g/l eller <Child-Pugh score =10). Kreatininclearance <30 ml/minutt. Barn og ungdom <16 år. Inflammatisk tarmsykdom. Kongestiv hjertesvikt (NYHA II-IV). Ukontrollert hypertensjon. Etablert iskemisk hjertesvikt, perifer arteriesykdom og/eller cerebrovaskulær sykdom. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet ved behandling av pasienter med økt risiko for å utvikle gastrointestinale komplikasjoner med NSAIDs; eldre, pasienter som samtidig bruker et annet NSAID eller acetylsalisylsyre, eller pasienter med tidligere gastrointestinale sykdom, som sår eller GI-blødning. Samtidig bruk av etorikoksib og acetylsalisylsyre (selv ved lave doser) gir en ytterligere økt risiko for gastrointestinale bivirkninger (gastrointestinal sårdannelse eller andre gastrointestinale komplikasjoner). Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. Selektive COX-2-hemmere kan være assosiert med en risiko for trombotiske hendelser (spesielt hjerteinfarkt og slag). Pasienter med vesentlige risikofaktorer for kardiovaskulære hendelser (som hypertensjon, hyperlipidemi, diabetes mellitus, røyking) eller perifer arteriesykdom, skal bare behandles med etorikoksib etter grundig overveielse. Selektive COX-2-hemmere har ikke platehemnende effekt, og kan ikke erstatte acetylsalisylsyre til profylakse mot kardiovaskulære tromboemboliske sykdommer. Platehemnende behandling skal derfor ikke avbrytes. Væskeretensjon, ødem og hypertensjon er observert. Forsiktighet hos pasienter med tidligere hjertesvikt, venstre ventrikkel-dysfunksjon eller hypertensjon, eller ødem av annen årsak. Ved forverret tilstand hos disse pasientene, bør det settes i gang henholdsvis diuretika, inkl. seponering av preparatet. Etorikoksib kan være assosiert med hyppigere og mer alvorlig hypertensjon enn andre NSAIDs og selektive COX-2-hemmere, spesielt ved høye doser. Derfor må spesiell oppmerksomhet rettes mot monitorering av blodtrykket i løpet av behandlingen. Hvis blodtrykket øker vesentlig skal alternativ behandling vurderes. Ved nedsatt renal blodgjennomstrømming kan etorikoksib redusere prostaglandindannelsen med ytterligere forverrelse av renal blodgjennomstrømming, og dermed nedsatt nyrefunksjon. Pasienter som tidligere har hatt signifikant nedsatt nyrefunksjon, ukompensert hjertesvikt eller cirrhose, er spesielt utsatt. Hos disse pasientene bør oppfølging av nyrefunksjonen vurderes. Pasienter med symptomer og/eller tegn på leverdysfunksjon, eller som har avvitt unormal leverfunksjonsprøve, bør overvåkes. Ved vedvarende tegn på leverinsuffisiens eller unormale leverfunksjonsverdier (3 x øvre normalgrense) bør preparatet seponeres. Dersom pasienten blir verre under behandlingen, med tanke på noen av hendelsene beskrevet ovenfor, må nødvendige tiltak iverksettes og seponering av behandlingen skal vurderes. Rehydriering anbefales for behandlingssatt hos dehydrerte pasienter. Alvorlige hudreaksjoner er rapportert svært sjeldent, noen av dem fatale, inkl. ekfoliansit dermatitt, Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse i sammenheng med bruk av NSAIDs og noen selektive COX-2-hemmere. De fleste tilfellene oppstår i løpet av den første behandlingsmåned. Alvorlige hypersensitivitetsreaksjoner (som anafylakse og angioødem) er rapportert. Økende risiko for hudreaksjoner hos pasienter med tidligere legemiddelallergi. Preparatet skal seponeres ved første tegn på utslett, mukosale lesjoner eller andre tegn på overfølsomhet. Etorikoksib kan maskere feber og andre tegn på inflammasjon eller infeksjon. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for

hereditær laktasemangel, eller glukose-galaktose malabsorpsjon, bør ikke bruke preparatet. Anbefales ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Pasienter som opplever svimmelhet eller somnolens bør ikke kjøre bil og bruke maskiner. **Interaksjoner:** Forsiktighet ved samtidig bruk av warfarin eller andre orale antikoagulantia. Protrombintiden (INR) bør følges nøye hos pasienter som bruker orale antikoagulasjonsmidler, spesielt de første dagene etter oppstart med etorikoksib, eller dersom dosen endres. Etorikoksib kan brukes samtidig med acetylsalisylsyre, gitt i doser som ved kardiovaskulær profylakse (lavdose ASA). Kombinasjonen kan imidlertid medføre økt hyppighet av GI-sår eller andre komplikasjoner sammenlignet med bruk av etorikoksib alene. Samtidig administrering av ASA-doser som er høyere enn de som gis ved kardiovaskulær profylakse eller med andre NSAIDs, anbefales ikke. NSAIDs kan redusere effekten av diuretika eller andre antihypertensive medikamenter. Hos enkelte pasienter med svekket nyrefunksjon (f.eks. dehydrerte pasienter eller eldre pasienter med svekket nyrefunksjon) kan samtidig administrering med en ACE-hemmer eller angiotensin II-antagonist og legemidler som hemmer cyklooksygenase, medføre ytterligere forverring av nyrefunksjonen medregnet mulig akutt nyresvikt, som vanligvis er reversibel. Dette bør tas i betraktning ved samtidig behandling med ACE-hemmere eller angiotensin II-antagonist, og kombinasjonen bør brukes med forsiktighet, spesielt hos eldre. Pasientene bør være adekvat hydrert og monitorering av nyrefunksjonen bør vurderes ved start av ledsagende behandling og deretter periodisk. Nyrefunksjonen bør overvåkes når etorikoksib brukes samtidig med ciklosporin og tacrolimus. NSAIDs reduserer utskillelsen av litium fra nyrene, og plasmamivået av litium økes. Hvis nødvendig overvåkes konsentrasjonen av litium i blodet nøye, og litiumdosen justeres når kombinasjonen tas og når NSAID avsluttes. Adekvat monitorering med hensyn på metotreksatrelatert toksisitet anbefales når etorikoksib gis samtidig med metotreksat. Ved samtidig bruk av et oralt antikonsepsjonsmiddel som inneholder etinyløstradiol, øker etinyløstradiolkonsentrasjonen, og insidensen av bivirkninger forbundet med oralt antikonsepsjonsmiddel kan øke (f.eks. tilfeller av venetrombose hos kvinner i risikogruppen). Dette bør tas hensyn til i valg av oralt antikonsepsjonsmiddel. Ved samtidig bruk av et hormonpreparat som inneholder konjugert østrogen og etorikoksib øker østrogenkonsentrasjonen. Dette bør det tas hensyn til ved valg av hormonbehandling i menopausen, da økning i eksponering av østrogen kan øke risikoen for bivirkninger. Pasienter med høy risiko for digoksinintoksitet bør overvåkes ved samtidig bruk av digoksin. Forsiktighet ved samtidig bruk av andre legemidler som primært metaboliseres av humane sulfotransferaser (f.eks. oral salbutamol og minoksidil). Rifampicin, en potent inducer av CYP-enzymene, reduserer plasmakonsentrasjonen av etorikoksib med 65%. Pga. manglende erfaring anbefales ikke bruk av høyere etorikoksibdosjer. **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Etorikoksib anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. Behandling må avsluttes ved graviditet. **Overgang i placenta:** Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet. Mulig risiko under svangerskapet er ukjent. Etorikoksib kan føre til nedsatt reaktivitet og prematur lukking av ductus arteriosus i løpet av siste trimester. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Kvinner som bruker etorikoksib, skal ikke amme. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, halsbrann, flatulens, diaré, dyspepsi, epigastrisk ubehag, kvalme. Metabolske: Ødem/væskeretensjon. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Hjertelagiske: Hypertensjon. Øvrige: Asteni/tretthet, influensalignende sykdom. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Gastroenteritt, oppblåst mage, syrerrefluks, asofagitt, endret tarmsvevelsesmønster, obstipasjon, tørr munn, gastroduodenalt ulcus, irritabel tarmsyndrom, munnsår, oppkast. Hud: Ekymose, ansiktsødem, kløe, utslett. Hørsel: Tinnitus. Luftveier: Hoste, dyspné, neseblødning, infeksjon i de øvrige luftveier. Metabolske: Redusert eller økt appetitt, vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkrampor/spasmer, smerter/stivhet i muskel/skjelett. Neurologiske: Smaksforandringer, insomnia, parestesi/hypestesi, somnolens. Psykiske: Angst, depresjon, nedsatt mental klarhet/årvåkenhet. Sirkulatoriske: Kongestiv hjertesvikt, uspesifikk EKG-forandringer, hjerteinfarkt, cerebrovaskulær hendelse, rødming. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, proteinuri. Øvrige: Brystsmerter. **Sjeldne(<1/1000):** Gastrointestinale: Peptisk sår inkl. gastrointestial perforasjon og blødning (hovedsakelig hos eldre). Hud: Urticaria, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse. Lever: Hepattitt. Luftveier: Bronkospasmer. Psykiske: Forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hypertensiv krise. Urogenitale: Nedsatt nyrefunksjon inkl. nyresvikt, vanligvis reversibel. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner, inkl. angioødem, anafylaktiske/anafylaktoid reaksjoner. Følgende alvorlige bivirkninger er rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan ikke utelukkes for etorikoksib: Nefrotoksitet inkl. interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom, levertoksitet inkl. leversvikt, gulsott, pankreatitt. Økninger i ALAT, ASAT, urinstoff, kreatininfosfokinase (CK), serumkreatinin, urinsyre. Reduksjon av hematokrit, hemoglobin, leukocytt og blodplater. Hyperkalemi. **Overdosering/Forgiftning:** Enkelt doser på opptil 500 mg og flerdoser på opptil 150 mg/dag i 21 dager er gitt uten signifikante symptomer på overdosering. Det er ikke rapportert om overdoser av etorikoksib. Behandling: Symptomatisk. Kan ikke dialyseres ved hemodialyse. **Pakninger og priser: 60 mg:** Enpac: 7 stk. kr 111,50, 28 stk. kr 363,70, 98 stk. kr 1176,20. **90 mg:** Enpac: 7 stk. kr 113,50, 28 stk. kr 371,10, 98 stk. kr 1206,50. **120 mg:** Enpac: 7 stk. kr 113,50, 14 stk. kr 200,20.

Sist endret: 08.05.2006

Norsk feltsykehus i Korea 1954.

## Behandlet 90 000 krigere

I 1945 ble Korea delt langs den 38. breddegrad i en amerikansk og sovjetisk sone. Dette var ment som en midlertidig løsning. En FN-kommisjon ble nedsatt for å forberede en samlet regjering for hele Korea.

Forhandlingene dro ut, og 25. juni 1950 gikk Nord-Korea til angrep mot Sør. Sikkerhetsrådet i FN vedtok raskt en resolusjon hvor de henstilte til medlemslandene om å yte Sør-Korea assistanse.

Tidlig på nyåret 1951 ble et forslag om å sende et norsk feltsyke-

hus til Korea tatt opp i regjeringen. Forslaget ble vedtatt, selv om sosialministeren mente det var uheldig å sende sykepleiersker.

Den 19. juli 1951 ble feltsykehuset åpnet under navnet "Norwegian Mobile Army Surgical Hospital". Sykehusavdelingen bestod av 59 personer, hvorav 14 leger og 18 sykepleiere. Hele feltsykehuset bestod av enheter som: Mottak, røntgen, laboratorium, poliklinikk, preoperativ avdeling, operasjonsavdeling, post operasjonsavdeling og sykeavdeling.

Det var mange som ønsket å tjenestegjøre ved feltsykehuset. Til hvert kontingentskifte kom det



UNIFORMERT: Sjefkirurg major Bull opererer en koreaner, mens søster Margrete Hansen assisterer. Til venstre søster Gerd Kristiansen. Søster Aslaug Kildahl sitter ved narkoseapparatet.

omkring 1 000 søknader. Enkelte nøkkelstillinger, særlig kirurger, var det imidlertid vanskelig å fylle.

I løpet av de vel tre årene feltsykehuset var i virksomhet ble det undersøkt og behandlet over 90 000 pasienter. Gjennomsnittlig ble det utført åtte operasjoner per døgn med en variasjon fra 64 ned til 1.

I alt tjenestegjorde 623 kvinner

og menn i sju kontingenter ved feltsykehuset - derav fem kontingenter før våpenhvilen den 27. juli 1953. Vanligvis var tjenestetiden seks måneder med adgang til forlengelse.

Ordre om å avvike feltsykehuset kom den 17. oktober 1954, og fire dager seinere ble den siste pasienten utskrevet.

tekst Bjørn Arild Østby foto Scanpix

## Folk



### Premiert for lederstil

Sykepleier og kommunaldirektør i Nøtterøy kommune, **Karen Kaasa**, er kåret til «Årets helseleder» for sin populære lederstil, en pris hun delte med lege og klinikkdirektør Sissel Moe Lichtenberg ved Stavanger universitetssykehus.

Prisene ble delt ut under Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings (NSH) lederkonferanse tidligere den måned. Kaasa «er en initiativrik, engasjert, kunnskapsrik, handlekraftig, fremtidsrettet, søkende og tillitsfull person» heter det blant annet i begrunnelsen fra ledergruppen i helse- og sosialsektoren i Nøtterøy kommune. Prisen består av 10 000 kroner, et diplom og en kunstgjenstand.



### MS-pris til Harald Nyland

Professor **Harald Nyland** er tildelt MS-forbundets pris for 2007 for 30 års banebrytende innsats for MS-pasienter og MS-forskning. Nyland har blant annet bygget opp en forskningsgruppe ved Haukeland universitetssykehus i Bergen, som har høstet stor internasjonal

anerkjennelse. I sitt foredrag ved prisutdelingen uttrykte Nyland stor tro på at forskningen vil føre til stadig bedre MS-medisiner, men at sykdommen er så komplisert at behandlingen må skreddersys den enkelte pasient.

**Donacom**<sup>®</sup>  
glukosamin

### CDonacom

Antiflogistikum.

ATC-nr.: M01A X05

**PULVER I DOSEPOSE 1178 mg:** Hver pose inneh.: Glukosaminsulfat 1500 mg tilsv. glukosamin 1178 mg, aspartam, sorbitol, hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Lindring av symptomer ved mild til moderat artrose i kneleddet.

**Dosering:** Innholdet i en dosepose (tilsv. glukosamin 1178 mg) løses opp i et glassvann (ca. 250 ml) og tas 1 gang daglig, helst til mat. Preparatet er ikke indisert for behandling av akutte smertefulle symptomer.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for glukosamin eller et eller flere av hjelpestoffene. Må ikke gis ved skaldyrallergi, da virkestoffet utvinnes fra skaldyr.

**Forsiktighetsregler:** Forsiktighet tilrådes ved diabetes mellitus. Hyppigere kontroll av blodsukker-nivåer kan være nødvendig ved oppstart av behandlingen. Hyperkolesterolemi er observert i noen få tilfeller. Ikke anbefalt for barn og unge under 18 år, da effekt og sikkerhet ikke er klarlagt. Preparatet er pga. sorbitolinnholdet uegnet ved arvelig fruktoseintoleranse. Inneholder aspartam og forsiktighet må utvises ved fenylketonuri. Preparatet inneholder 151 mg natrium pr. dose og dette skal tas i betraktning hos pasienter som står på natriumkontrollert diett.

**Interaksjoner:** Rapporter tyder på at det kan være interaksjoner mellom glukosamin og perorale antikoagulantia.

**Graviditet/Amning:** Opplysninger mangler. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet eller amning.

**Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré, forstoppelse, kvalme. Neurologiske: Hodepine, døsighet. *Mindre hyppige:* Hud: Utslett, pruritus, erytem. Enkeltrapporter om følgende bivirkninger: Utmattelse, nedstemthet, svimmelhet, allergiske reaksjoner, synsforstyrrelser, hjerteinfarkt, perifere ødemer.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Ikke-steroid antiinflammatorisk og reumatisk middel. *Virkningsmekanisme:* Glukosamin er en endogen substans. Eksogen tilførsel til dyr kan øke proteoglykansyntesen i brusk og derved hemme nedbrytning av brusken. Langtidsstudier indikerer at glukosamin kan ha en positiv effekt på bruskmetabolismen. Studier har vist at smertelindring er forventet å inntre etter noen ukers behandling. *Absorpsjon:* Absorberes via glukosetransportører. *Proteinbinding:* Bidesikke til plasmaproteiner. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 5 liter. *Halveringstid:* Ca. 2 timer etter i.v. tilførsel. *Metabolisme:* Hovedsakelig via heksaaminsystemet. *Utskillelse:* Ca. 38% av en i.v. dose utskilles som uforandret substans i urinen.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C.

**Pakninger og priser:** Dosepose: 30 stk. kr. 201,30, 90 stk. kr. 543,00.

Sist endret: 09.10.2006

Ref. 1): Se Felleskatalogen 2006



Algol Pharma AS, Smuget 1, 1383 Asker,  
Tlf: 66 90 55 66 Faks: 66 90 55 67 www.algolpharma.no

# "...jeg tar det neste gang!"

Ref.nr: 0711 - 2006

**Når menn kommer til legen sin med vannlatingsbesvær, tenker man ofte prostata.**

Nå viser studier at rundt halvparten av alle menn med blæreutløpsobstruksjon har overaktiv blære og at opp til 33% av mennene med blæreutløpsobstruksjon fortsatt har plager med overaktiv blære etter kirurgiske inngrep mot obstruksjon.

Det er derfor viktig at man tenker på flere årsaker enn prostata når man ønsker effektiv behandling av vannlatingsproblematikk hos menn.<sup>1</sup>

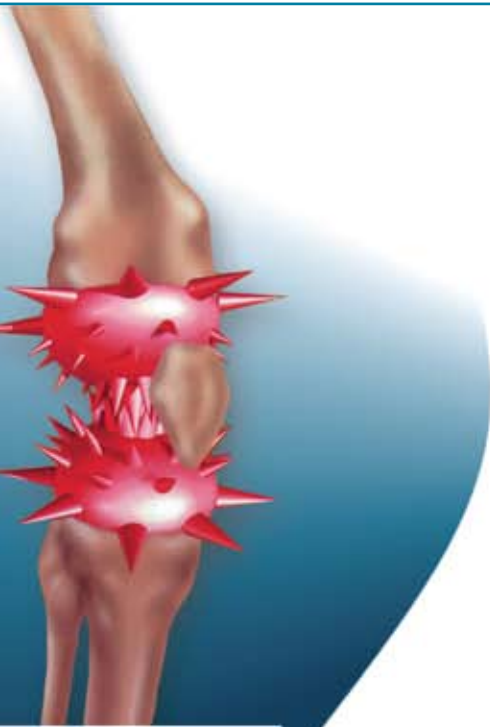


Enkel dosering  
- 4 mg x 1.

 **Detrusitol<sup>®</sup> SR**  
tolterodine tartrate

1. Omarbeidet etter Chapple, Roehrborn, European Urology 49, 2006; 651-659

Se preparatomtale side 25.



**Donacom**<sup>®</sup>  
*glukosamin*

## Nyhet!

- **Donacom**<sup>®</sup> er et nytt legemiddel for lindring av symptomer ved mild til moderat kneartrose<sup>1</sup>
- **Donacom**<sup>®</sup> er et høydosert glukosamin med dosering en gang daglig<sup>1</sup>
- **Donacom**<sup>®</sup> er et pulver med nøytral smak som løses lett opp i vann<sup>1</sup>



Se preparatmtale side 42.

  
**ALGOL**  
— PHARMA —