

Antall registrerte voldtekter i Oslo øker.  
Hanne Sundt og Marianne Stokkeland dro  
til New York for å lære hvordan voldtatte  
kan få et bedre tilbud.

side 64-66

sykepleieren

24. mai 2007 • 95. årgang

09



# Voldtektsbyen Oslo

**Reagerer på cellegifrutine** side 13

**Feil om dødsårsaker** side 15

**Tett på Arne Næss** side 32

**Omreisende sykepleier gir økt trygghet** side 44



13



32



44

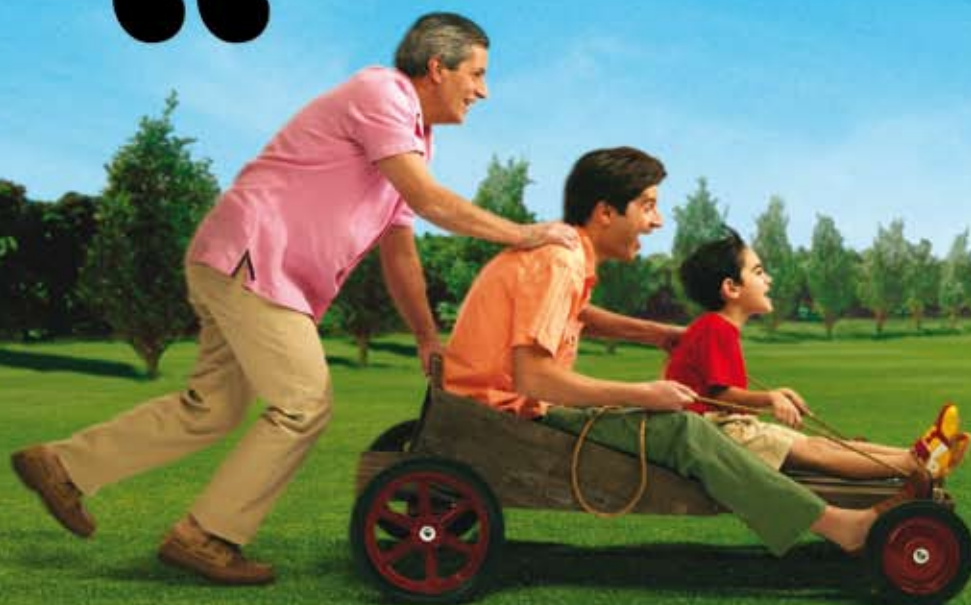
# Nyhet!

# Nyhet!

## SPIRIVA® nå på § 10a også for allmennpraktikeren

“

”



... **SPIRIVA®** påvirker den kliniske utviklingen av KOLS og kan hjelpe pasientene dine til å leve bedre med sykdommen<sup>1,2</sup>

**SPIRIVA®** 1x daglig hemmer kolinerg bronkokonstriksjon i mer enn 24 timer<sup>3,4</sup>:

- reduserer "air trapping"<sup>3</sup> ...
- forbedrer luftstrømmen<sup>3</sup> ...
- øker utholdenheten<sup>1</sup> ...
- reduserer antall eksaserbasjoner<sup>5,6</sup> ...

**SPIRIVA®** kan forbedre måten pasientene dine lever med KOLS<sup>1,6</sup>



Livet. Skal leves videre... **SPIRIVA®**  
(tiotropium)



**SPIRIVA®** er utviklet av Boehringer Ingelheim, og blir markedsført av både Boehringer Ingelheim og Pfizer. Med enerett. Du finner mer informasjon i sammendraget av produktbeskrivelsen.

SPIRIVA® refunderes etter § 10a, jf § 9 punkt 45. Spirometriundersøkelse skal være utført og FEV1 skal være mindre enn 65% av forventet. Atrovent® skal ha vært prøvd. FEV1 verdi og begrunnelse for at nevnte preparat ikke kan benyttes skal oppgis i søknaden. Ikke krav om at behandlingen skal være instituert av spesialist. For nærmere beskrivelse av refusjonsbestemmelsene, gå inn på [www.spiriva.no](http://www.spiriva.no).  
Se preparatomtale side 56

# helsebiblioteket.no

## Nyttig på nett for helsepersonell

Helsebiblioteket gir helsepersonell gratis tilgang til nyttig og pålitelig informasjon på internett. Vi har en unik samling kunnskapskilder og praktiske verktøy på ett nettsted:

relevant fagstoff om psykisk helse\*

praktiske verktøy

Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)

nyheter om våre tjenester og hvordan du holder deg oppdatert

finn **retningslinjer** både fra Norge og utlandet

god oversikt over **oppsummert forskning**

kontakt oss gjerne

søk lokalt: i våre artikler og omtaler

nyttige kilder for ulike type spørsmål du har

fri tilgang til over **1800 tidsskrifter** i fulltekst

de viktigste databasene: AMED, Cinahl, Embase, Medline, PsycINFO, Cochrane Library, Clinical Evidence

The screenshot shows the homepage of helsebiblioteket.no. It features a navigation menu with categories like 'EMNEBIBLIOTEK', 'RETNINGSLINJER', 'OPPsummert FORSKNING', 'DATABASER', and 'SØK'. There are also sections for 'ANDRE RESURSER', 'TIDSSKRIFTER', and 'NYTTIGE KILDER FOR SPØRSMÅL OM:'. The page is annotated with red lines and text boxes pointing to specific features and content.

\*Flere emnebibliotek kommer i 2007:

- folkehelse og samfunnsmedisin
- forgiftninger
- legemidler

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

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Helsebiblioteket drives i henhold til egne vedtekter og er redaksjonelt uavhengig.

Redaktør: Magne Nylenna, prof. dr.med.

E-post: [redaksjonen@helsebiblioteket.no](mailto:redaksjonen@helsebiblioteket.no)

Besøksadresse: Pilestredet Park 7, inngang Stensberggaten, Oslo.

Postadresse: Postboks 7004, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf. 23 25 50 00



**Sykepleien**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Repro og trykk**  
Stibo Graphic AS



5 Siden sist – reaksjoner  
7 Helse i nyhetsbildet  
9 **Åtte raske: Jenny-Anne Sigstad Lie**  
9 Sykepleierstyrt divisjon  
10 Fra Australia med akuttutdanning  
13 Reagerer på cellegifrutine  
15 Rapporterer feil dødsårsak  
15 Én av ti obduseres  
16 Inn i rusen  
19 100 000 til psykiatrisk legevakt  
21 Hei, jeg heter Nano  
22 **Tema: Smerte hos barn**  
• Kan barns smerte måles?  
• Nøler med å lindre  
29 Harstad-saken kan bli gjenopptatt  
30 **Smartprisen 2007**  
Sikrere via intranett  
32 **Tett på** Arne Næss  
36 Leger stikker av med taksten  
38 Ahus går glipp av 10 000  
38 Østfold fikser refusjon for sykepleiere  
41 **Barth Tholens** om voldtekt og kjønnsdebatt  
43 Narkose på nett  
44 **Fagtema: Mellom sykehus og sykehjem**  
• Utrykning uten blålys  
• Tiltak for en voksende pasientgruppe  
54 Minneord  
57 **Revisjon av NSF:**  
• Jeg, en demokrat?  
• Usynlig kontroll  
63 75 år med radium  
64 Tar imot voldtatte  
67 Fagnotiser  
71 **Bjørn Kristian Rudaa** om helseforsikringer  
74 Fagdebatt  
75 **Dilemma: Marie Aakre** om å bruke etiske verktøy  
76 Dilemmasvar

78 **Bøker:** Forfatterintervju: Petter Aaslestad  
80 Bokanmeldelser  
81 Månedens bok  
82 Bokomtaler  
83 En utvalgt bok  
84 Årets sykepleier  
85 Fra sykepleierdagen  
86 Debatt  
88 **NSF: Bente Slaatten** om Florence Nightingale  
• NSF vil styrke pasientrollen  
• Lønnsoppjøret 2007 i havn  
• Feiret den internasjonale sykepleierdagen  
90 Før  
90 Folk  
91 Sykepleien JOBB Ledige stillinger  
117 Meldinger, skoler og kurs

**Fag i utvikling:**

48 Tilrettelegger for en verdig død  
68 Små hoder under stort press  
72 Etikk i vår tid

**Tema: Smerte hos barn**

Vi vet nå at barn kjenner smerte like godt som voksne. Likevel får de ikke alltid like god smertelindring. Ved Rikshospitalet er egne verktøy som måler barns smerte, blitt tatt i bruk.



Foto: Therese Borge

**Neste nummer: Sykepleien 10/07**

Moderne sykehus er noen av de mest kompliserte organisasjoner som finnes. Effektiv styring av sykehusene handler ikke bare om hvor mange datakabler som legges i taket. Å få både pasienten, personalet og alt det andre man trenger, på riktig plass til riktig tid, er en gigantisk utfordring. Neste utgave av Sykepleien handler i sin helhet om logistikk.

**Siden sist** inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no)



## Uheldig illustrasjon

Flere har reagert på forsiden på Sykepleien 8/07 (over til høyre). Under tittelen «Skolene slurver» skriver vi at sykepleierstudenter reagerer på at veileder glimrer med sitt fravær på praksisstedene. Forsiden henviser til et lengre tema i bladet, under tittelen «Tvil som praksis». Her var ingen sykepleierskole spesielt nevnt.

Dessverre ble forsiden utstyrt med en illustrasjon (en annonse om et utdanningstilbud) som kan etterlate det inntrykket at en spesiell skole, Lovisenberg Diakonale Høgskole, slurver når sykepleierstudenter skal vurderes i sin praksisperiode.

Sykepleien ser i ettertid at denne illustrasjonen på forsiden ikke burde ha vært brukt.

Vi mener at artikkelen i seg selv retter berettiget kritikk mot oppfølgingen av sykepleierstudenter når de er ute i praksis. Dette er en generell kritikk som rammer mange sykepleierhøgskoler. Men vi har ingen holdepunkter for å hevde at nettopp Lovisenberg Diakonale Høgskole synder på

dette området. Det ble derfor feil å trekke fram nettopp denne skolen da vi skulle illustrere saken på forsiden.

Vi beklager.

Redaksjonen

## Virkelig fra Bibelen?

Artikkelen til Rosalind Celia Anrews (fagartikkel om penis-amputasjon i nr 5/07 red. anm.) er svært interessant og bra, men til vanlig er en svært opptatt av at kildehenvisningene er korrekte. I dette oppslaget er det med et sitat fra Det gamle testamentet.

«He that is wounded in his stones or has his private member cut off shall not enter into the congregation of the Lord.»

Sitatet er av en eller annen grunn på engelsk. Vi har da Bibelen på norsk også?

Jeg er ingen teolog, men jeg har lest en del i Bibelen, og det forundret meg å lese at dette sitatet skulle finnes i Bibelen. Dersom det står der er det så lite kjent at jeg ikke tror det vil ha betydning for å

øke stigmatisering eller at det blir et større tabu.

Og så ble jeg nysgjerrig og begynte å søke på «bibleGateway.com» og «bibelen.no» for å finne ut hvor sitatet er hentet fra. Jeg søkte også på de gamle Bibeloversettelsene på engelsk, uten å finne noe som tilsvarer det som er sitert. Det eneste som ligner er 3. Mosebok 21 (som tilsvarer Leviticus 21 på engelsk), der det er snakk om hvem som kan bringe fram brennofferet i det gamle Israel. Dette var ansett som en svært hellig handling, og det var noe som vedkommende gjorde på vegne av hele folket, og det kunne da ikke være en person med lyte som gjorde dette (men derimot skulle alle være med og spise brennofferet uavhengig av lyte. Alle, også de uten testikler var velkomne i fellesskapet.). Og det står ingenting om at lemnet skal være revet av, tvert imot står det «forstørret lem», og det henviser så vidt jeg kan forstå av de ulike oversettelsene til «lem» i betydningen armer og bein. I tillegg er det nevnt manglende testikler.

Artikkelen trekker fram viktige poeng, og setter fokus på et tema som de fleste av oss ikke har erfaring med. Da er det synd at et slikt sitat skal være med på å trekke ned troverdigheten.

Kristin Ådnøy Eriksen, masterstudent som øver på korrekte kildehenvisninger.

## Svar:

Artikkelforfatteren opplyser at sitatet er hentet fra 5. Mosebok, kap. 23, vers 1. Kapittelet handler om hvem som ikke har adgang til menigheten. På norsk lyder det:

«Den som har fått steinene knust eller det mannlige lem skåret opp, skal ikke ha adgang til Herrens menighet.»

Redaksjonen

## Sykepleien Helt Enkelt Unikt

### Sykepleiens formålparagraf

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

ernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale

oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

## Vi siterer Jon Magnussen

– Det er lettere å avsette direktøren som snakker om «ulønnsomme» pasienter enn å endre finansieringsordningen.

Professor/instituttleder NTNU på Helsekonferansen 2007

# Ser du fram til sommer, sol og ferie?



Kanskje er ferieturen til Egypt, Tyrkia, Bulgaria, Nord Afrika, Thailand eller et annet solfylt feriested allerede bestilt?

Tar du ansvar for at familien har fått de nødvendige vaksinene?

Det kan være forskjell på hva som er påkrevd og hva som er fornuftig å ta av vaksiner. Ta kontakt med ditt vaksinasjonskontor/fastlege i god tid før avreise.

Frisk ferie!

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



Alternativ medisin og sykepleie er hovedoppslaget i Sygeplejersken nr. 8.



Privatisering og brukervalg er ett av temaene vårt svenske søsterblad vier forsiden i aprilnummeret.



ADHD hos barn har lenge vært diskutert. Nå ser Läkartidningen på denne diagnosen hos voksne.

### Vil ha psykisk sjekk

Asylsøkere som kommer til Norge får ikke psykisk helse-sjekk ved ankomst.

– Det bør de få, sier NTNU-forsker Berit Berg og psykolog Nora Sveaass, som er medlem av FN's torturkomité, til [adressa.no](http://adressa.no).

### Sudbø-klage avvist

Styret ved Universitetet i Oslo har avvist forskeren Jon Sudbø klage på at han ble fratatt doktorgraden sin. Nå må Jon Sudbø innlevere doktordiplomet sitt, melder NRK.

### Ahus-utbyggingen i retten

NCC Construction og Helse Øst møtes snart i Nedre Romerike tingrett. Striden dreier seg om NCCs arbeid på råbyggene til Nye Ahus, melder Romerikes blad.

### Blodprøve kan erstatte fostervannsprøve

En ny analyseteknologi vil trolig kunne fastslå fosterets blodtype ved hjelp av blodprøve fra mor, i stedet for ved en fostervannsprøve, melder [adressa.no](http://adressa.no).

### Rekordlønn til sykepleier

Nesodden varsler hardere kamp om helsepersonell og tilbyr rekordlønn til ny sykepleier. Rett person kan få en årslønn på 450 000 kroner og tjene mer enn ledere i kommunen, melder NRK.

### – Må være mer åpen om selvmord

Pressen bør slutte å bruke omskrivninger som «en personlig tragedie», og i stedet snakke mer åpent om selvmord, mener

forfatter og utviklingsredaktør i Avisa Nordland, Reidun Kjelling Nybø.

### Ofrer kvinnene

Kadra Yusuf mener norske politikere er så redde for å trække imamene på tærne at de ofrer muslimske kvinners helse og livskvalitet, ifølge VG.

### Ønsker unntak fra taushetsplikten

Helse- og omsorgsdepartementet vil endre loven for at psykiatere skal kunne uttale seg om personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern.

### Helseansatte syke for 380 mill.

Hver dag er 917 ansatte i Helse Nord borte fra jobben på grunn av sykdom. Det koster svimlende 380 millioner kroner i året, langt mer enn underskuddet for hele helseregionen, skriver Avisa Nordland.

### Utløser 600 000 stillinger

Organisasjonen Changemaker markerte seg utenfor et seminar om den globale helsepersonell-krisen ved å utlyse 600 000 sykepleierstillinger i land i den tredje verden. Leder Jens Aas-Hansen vil ha sykepleiere der de trengs mest, skriver Vårt Land.

### Høye voldstall

Bodø kommune slår alarm. Hele 93 prosent av småskadene blant helse- og sosialarbeidere i Bodø kommune skyldes vold og trusler, skriver Avisa Nordland.

### Osheim-seier gir kutt

Helse Bergen må kutte minst fem-seks millioner kroner i

årets budsjett for å kunne opprettholde driften av Osheim behandlingshjem.

### Får klamydia

Hver eneste dag blir 58 norske ungdommer smittet av kjønns-sykdommen klamydia. Antallet øker hvert år.

### Blir syke av nattevakt

Sykehusansatte jobber døgnet rundt for å gjøre andre friske. Det øker risikoen for at de selv skal bli syke eller dø for tidlig, viser en gjennomgang av internasjonal forskning.

### Etterforsker grossistene

Økokrim har startet etterforskning av de tre legemiddelgrossistene Norsk Medisinaldepot (NMD), Apokjeden og Alliance UniChem, som er mistenkt for prisjuks, melder Helserevyn.no

### Utvikler Europas mest moderne sykehus

Med standardiserte sykepleierprosedyrer fra Akribe integrert i EPJ fra DIPS, skal Akershus universitetssykehus (Ahus) å bli Europas mest moderne sykehus. Det skal skje innen høsten 2008.

### Økt medisinalg

Salget av legemidler fortsetter å øke, både i mengder og kroner. I fjor ble det solgt legemidler gjennom apotek, sykehus og dagligvare for 17 milliarder kroner, eller 3600 kroner per innbygger.



## Nå har ED-pasienter og deres partnere sagt sitt. Hva sier du?

**Er du sikker på at din ED-pasient** og hans partner får best mulig behandling?

I en ny studie med 2 425 ED-pasienter fikk både pasienter og partnere si om de foretrakk Cialis<sup>®</sup> (tadalafil) eller Viagra<sup>®</sup> (sildenafil). Studien viser at av de menn og partnere som fikk mulighet til å prøve Cialis<sup>®</sup> etter Viagra<sup>®</sup> ønsket minst 7 av 10 å fortsette med Cialis<sup>®</sup>.<sup>1</sup>

De to viktigste årsakene til at både menn og deres partnere foretrakk Cialis<sup>®</sup> var hardere ereksjon og effektens varighet på opptil 36 timer<sup>2</sup> som øker muligheten til mer spontanitet og frihet i sexlivet.

Dersom dine ED-pasienter ikke har fått anledning til å forsøke Cialis<sup>®</sup>, la de prøve nå!



**JA - DET ER FORSKJELL!**

**Referanser:** 1. Lee J et al. Physician-rated patient preference and patient- and partner-rated preference for tadalafil or sildenafil citrate: results from the Canadian "Treatment of Erectile Dysfunction" observational study. 2006 BJU International; 98, 623-629.  
2. Godkjent preparatmtale.

Se preparatmtale side 56



## Vi spør Jenny-Anne Sigstad Lie

**Alder:** 49 år

**Aktuell som:** Sykepleier med fersk doktorgrad om kreftisiko hos norske sykepleiere.

**Fakta:** Lie har funnet at risikoen for å få brystkreft er dobbelt så stor for sykepleiere som har hatt nattarbeid i 30 år sammenliknet med dem som aldri har jobbet natt. En årsak kan være nedsatt produksjon av hormonet melatonin, som følge av lyspåvirkning om natten. Nyheten om nattarbeid og brystkreft dukker opp med jevne mellomrom i mediene – som siste nytt.



### Gratulerer med doktorgraden. Har du holdt på lenge?

– Ja. Jeg har vært stipendiat ved Kreftregisteret i fem år. Og begynte å forberede studiene et par år før det.

### Når fant du ut av nattsykepleiere har større risiko for brystkreft enn andre?

– Da jeg fikk resultatet av analysene. Fra før fantes det studier fra andre land som tydet på en sammenheng mellom nattarbeid og økt risiko. Men nordiske kreftstudier har høy anseelse fordi vi har et komplett kreftregister helt fra 1953. Og fordi vi har personnumre,

har jeg kunnet koble dette med sykepleierdata.

### Nattarbeid og brystkreft har i flere år fått oppslag som siste nytt. Hvorfor er det slik?

–Først kom det oppslag da en medforfatter disputerte og resultatene fra artikkelen hadde lekket ut. Neste gang var da Sykepleierforbundet ba om en rapport fra Universitetet i Bergen om helse og skiftarbeid på grunn av den nye arbeidslivsloven.

### Har du fått nok ære for funnene?

– Absolutt.

### Blir du irritert på mediene?

– Nei, det har vært lærerikt. Jeg har konferert med min veileder, og før jeg skulle uttale meg i Puls på tv, kontaktet jeg dr. Richard Stevens, som lanserte melatoninhypotesen i 1987.

### Hva sa han?

– At dersom det er en reell sammenheng, må samfunnet gripe fatt i problemet. Forskere må finne ut hvordan uheldige følger av nattarbeid kan dempes. Kanskje ved å finne andre frekvenser på lyset. Fast nattarbeid ser ut til å være bedre enn tre-delt turnus. En sunn

livsstil hjelper også. Den sunne, regelmessige livsstilen sykepleierne hadde i mange år beskyttet mot mange kreftformer.

### Noe du er ekstra fornøyd med?

– Interessant å være med på å få problemet med nattarbeid fram i lyset. Stadig flere jobber jo skift og turnus.

### Hva skal du gjøre nå?

– Prøver å skaffe midler til mer forskning. Har lyst å intervju sykepleiere for å få bedre data om jobbsponering, arv og livsstil.

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

## Nyhet Organisering

tekst **Eivor Hofstad**

# Sykepleierstyrt divisjon

Nye Ahus får en egen divisjon for sykepleie. Målet er en mer fleksibel utnyttelse av personell og senger. Den skal også sikre bedre kompetansebygging og klarere ledelsesansvar.

Fra 1. januar 2008 skal sykepleierne på nye Ahus trekkes ut av de kirurgiske og medisinske avdelingene, poliklinikkene og avdeling for akuttmedisin. I stedet skal de organiseres gjennom en egen divisjon for sykepleie, ledet av en sykepleier. I første omgang holdes operasjon- og anestesisykepleierne, barne- og ungdomsklinikken og psykiatrien utenom.

Divisjonen skal også ha oversikten over de ledige sengene ved

at en sentral enhet for pasientlogistikk skal knyttes til divisjonen. Denne sentralen skal være bemannet hver dag hele døgnet.

### Helhetstenkning

– I dag kan vi ha korridorpasienter på noen poster, mens andre poster har tomme senger. Med denne organisasjonsformen får vi en større helhetstenkning, sier Erik Normann, administrerende direktør ved Ahus.

Ideen har Ahus blant annet fått fra Mayo-klinikken i USA. Tanken er å sette sammen spesielle samarbeidsområder som tar utgangspunkt i pasientflyt, faglig beslektede områder og allerede etablerte tradisjoner for samarbeid. Sykepleierne skal ha spisskompetanse på ett felt, og vil utvikle større bred-

dekompetanse på et nærliggende felt. Man tenker seg en helt egen form for kompetansetrapp, hvor en sykepleierspesialist finner seg et nærliggende område å øke sin kompetanse på. Hver sykepleier skal jobbe 80 prosent på «sin» post, og 20 prosent på andre poster innenfor tilstøtende fagområder. Den økte kompetansen gjør at sykepleierne blir mer fleksible og attraktive for sykehuset, samtidig som det forhåpentligvis gir faglige utfordringer for den enkelte ansatte.

Et slikt samarbeidsområde kan for eksempel være lunge, kar/toraks og urologi.

### – Attraktive for alle

Bemanningsplanleggingen innenfor hvert samarbeidsområde må sikre at det alltid er en riktig sammensetning av spiss- og breddekompetanse.

– Vi vil opprette en egen enhet for bemanning. Den vil inkludere

en bemanningspool, ekstra-vaktkontor og rekruttering til divisjonen, sier Janne Sonerud, prosjektleder for sengeområdet.

– Er det en fare for at sykepleierne aldri får rolige stunder til å hente seg inn igjen?

– Hensikten er å få en jevnere arbeidsbelastning og få en bemanning i henhold til pasientenes behov for pleie og omsorg. Dermed håper vi å unngå «toppene og bunnene».

– Med kompetansestigene knytter dere jo sykepleierne veldig opp til Ahus ved at deres «spesialisering» ikke er formell og dermed ikke vil gjelde ved andre sykehus?

– Nei, de får tvert imot en bredere kompetanse og blir attraktive også ved andre sykehus, mener Normann.

Sonerud legger til at tillitsvalgte fra NSF har vært med i planleggingen av modellen og stiller seg positive til denne måten å tenke på.

# Fra Australia med akuttutdanning

En ny videreutdanning i akutt-sykepleie startes opp i Oslo.  
– Flott, men er det heldig med fire ulike akuttutdanninger i Norge? lurer faggruppen.

I januar 2008 kan første kull begynne på en ny internasjonal videreutdanning i akutt-sykepleie. Den står Aker universitetssykehus, Lovisenberg diakonale høgskole og Bjørknes College bak.

Flere norske sykepleiere er allerede videreutdannet i Australia. En av dem er Solveig Katharina Speth, fungerende fag- og forsknings-sykepleier på Aker.

Sykehuset ønsket å satse på denne type kompetanse, men erfarte at det var flere barrierer å forsere ved å ta utdanningen i Australia, som språk og det å reise fra familie. Derfor valgte de heller å importere en videreutdanning til Norge, i samarbeid med Lovisenberg og Bjørknes.

Fra før finnes videreutdanninger i akutt-sykepleie i Tromsø, Stavanger og Fredrikstad.



OFFSHORE: Solveig Katharina Speth (Aker universitetssykehus) og Tove Elisabet Børsting (Lovisenberg diakonale høgskole) tilpasser australsk utdanning til norske forhold.

## Triage

Sammen med Tove Elisabet Børsting, spesialis-sykepleier og høgskolelærer på Lovisenberg, jobber Speth med å tilpasse videreutdanningen i akutt-sykepleie ved Flinders University i Adelaide til norske forhold. De har også vært ute på flere akuttmottak og informert om tilbudet.

Børsting påpeker at det er behov for ulik kompetanse i akuttmottak.

– Denne videreutdanningen er ment som et supplement, ikke i stedet for annen kunnskap.

– Den første vurderingen av

pasienten er viktig, understreker Speth.

Pågangen til norske akuttmottak øker, og triage er viktig i forhold til prioritering og ressursbruk. Triage er en del av videreutdanningen, og undervisningen vil tilpasses norsk helsevesen.

## Kan gå videre

– *Hvorfor importere en utdanning fra Australia til Norge?*

– Fordi denne kompetansen er etterspurt. Det er allerede flere norske sykepleiere som er videreutdannet i Australia, og der har de lang erfaring med akkurat denne utdanningen, sier de to.

Speth legger til:

– Flinders University har erfaring med «offshore»-program som dette; det vil si at utenlandske skoler kjøper rettigheten til å bruke deres studieplaner. Men undervisning, innleveringer og eksamen vil være på norsk. Pensum på engelsk.

Noen justeringer må til: For eksempel er beredskapen i forhold til bitt av slanger og edderkopper høyere der enn her. Skader knyttet til snø og is kan være mer relevant her. Utformingen tilpasses selvføl-



## Fire ulike

### Videreutdanning i akutt-sykepleie tilbys her:

- **Høgskolen i Østfold**  
Videreutdanning i akutt-sykepleie  
90 studiepoeng  
Heltid
- **Universitetet i Stavanger**  
Videreutdanning i akutt-mottak og prehospitaltjenester  
60 studiepoeng  
Deltid
- **Høgskolen i Tromsø**  
Videreutdanning i akutt-sykepleie  
60 studiepoeng  
Deltid
- **Det nye tilbudet i Oslo**

gelig norske lover og regler.

Et opptakskrav er minimum to års relevant praksis som sykepleier. Utdanningen fører frem til en Postgraduate Diploma in Emergency Nursing fra Flinders University, noe som gir mulighet til å ta en master ved Flinders, og det kan eventuelt gjøres på nett.

## Fire ulike

– Kjempeflott at det satses på å heve kompetansen i akutt-sykepleie. Det er det skrikende behov for, sier Ulrika Eriksson, leder for NSF's landsgruppe av sykepleiere i akuttmottak, AMK og ambulansetjeneste. Men hun spør:

– Da blir det fire ulike akuttutdanninger med fire ulike undervisningsplaner. Er det gunstig?

Eriksson ser at det blir lite forutsigbart både for sykepleierne og for arbeidsgiverne, som ikke kan vite hvilken kompetanse de ulike utdanningene gir. Hun frykter det vil skape forvirring.

Videreutdanninger som for eksempel intensivsykepleie har en nasjonal rammeplan å forholde seg til. Det samme ønsker vi for akutt-sykepleie, sier faggrupped-eren.



## Hvem, hva, hvor?

**Hva:** Internasjonal videreutdanning i akutt-sykepleie

**Hvor:** Oslo

**Hvem:** Aker universitetssykehus, Lovisenberg diakonale høgskole og Bjørknes College

**Når:** Januar 2008

**Gir:** 36 units tilsvarende 60 studiepoeng. Heltid

**Søknadsfrist:** 1 september

**Vil du vite mer?** 1. juni arrangeres et informasjonsmøte på Lovisenberg diakonale høgskole.

**Kontakt:** Send e-post til admin@ldh.no

Magnus, 12 år. Atopiker og konkurransesvømmer.



**NYHET**



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

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

# VINN LÆREVERKET "DET FRISKE OG DET SYKE MENNESKET"

En inspirasjon til læring, laget spesielt for sykepleiere.

I 2005 ble "Det friske og Det syke mennesket" hedret med utmerkelsen Merket for God Design av Norsk Designråd.

Hver av bøkene er delt i to, hvor den friske kroppens funksjoner presenteres på den ene siden, mens kroppen med tilsvarende sykdommer presenteres på den andre siden.

Vinn et annerledes 6-bindsverk, som representerer et nytt konsept innen medisinske lærebøker.

**DELTA I VÅR  
KONKURRANSE PÅ:  
[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)**

Hos oss har du alltid noe å vinne.



Vinn litt ekstra – hele året

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



### Kjemikalieforskriften

Arbeidstilsynets forskrift, § 23: «Hvis det ikke er teknisk mulig å erstatte kreftfremkallende eller arvestoffskadelige kjemikalier og prosesser..., skal det benyttes et lukket system».

# Bekymret over cellegiftrutine



Kjemikalieforskriften krever et lukket sikkerhetssystem når man håndterer cellegift. Men det har ikke norske sykehus. Kreftsykepleier Johanna Kvisle (bildet) er redd sikkerheten settes i fare.



Cytostatika er ikke bare kreft-helbredende legemidler. Det kan også føre til kreft, skader på arvestoffet eller allergi hvis man utsettes for stoffet gjennom innånding eller hud/slimhinne-kontakt. For å beskytte arbeidstakere som jobber med slike stoffer er kjemikalieforskriften utarbeidet av Arbeidstilsynet. Paragraf 23 krever at slikt arbeid skal foregå i et lukket system.

Det finnes bare ett lukket sikkerhetssystem på markedet, men det bruker ingen norske sykehus.

#### Reagerer

Derimot er det i bruk ved de fleste svenske sykehus.

Svenske Johanna Kvisle, som jobber på poliklinikken på kreft-senteret på Ullevål universitets-sykehus, merker stor forskjell på holdningen til sikkerhet på norske og svenske sykehus.

– Norske sykepleiere må bli mer bevisste på hvilke stoffer de jobber med, sier hun til Sykepleien.

Kvisle har vært sykepleier på

kreftavdelinger i 10 år, fem av dem ved Karolinska universitets-sjukhuset i Stockholm. I Norge har hun også arbeidet ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet. I alle disse årene har hun så godt som fem dager i uka administrert cellegift.

Ved svenske sykehus brukes det lukkede sikkerhetssystemet både for opptrekk fra legemiddelflasker og administrering gjennom infusjonsposer og injeksjonssprøyter av legemidler som cytostatika og antibiotika. Dette er ifølge produsenten det eneste systemet som er helt lukket uten filter. Likevel velger norske sykehus å bruke andre systemer med filter, og som dermed ikke er helt tette.

#### Forskriftsbrudd

Yrkeshygieniker Tone Hegghammer i Arbeidstilsynet synes det er synd at det ikke brukes systemer som beskytter helsepersonell bedre. Hun påpeker at ved administrasjon vil det være fare for påvirkning av aerosoler, gasser og damper, og at helseinstitusjoner

i slike tilfeller bør velge de beste systemer for å inneslutte forurensinger. Dessuten skal forurensning fortrinnsvis fjernes ved kilden, det vil si nærmest mulig der den oppstår.

– Det skal ikke være nødvendig at Arbeidstilsynet pålegger virksomheten dette. De skal selv finne de beste løsningene, og i dette tilfellet eksisterer det et lukket system på markedet som kan benyttes, hevder hun.

– *Hvem vet om det siver ut skadelige stoffer fra et system med filter?*

– Det må sykehusene selv teste. Men hvorvidt det skjer i dag, er usikkert. Arbeidstilsynet har vært lite inne på sykehusene og sett på arbeidsmiljøet i forhold til kjemiske og biologiske stoffer.

– *Er det avvik mellom forskrift og praksis her?*

– Det er nok det, ikke minst i forhold til sykehjemmene hvor lukkede systemer ofte mangler. Det er viktig at verne- og helsepersonell som arbeider med HMS overvåker miljøet og påser at

tilstrekkelige tiltak blir iverksatt i forhold til arbeidstakerne. Men Arbeidstilsynet bør også stille krav for å sikre de nødvendige tiltak. Helsesektoren har fortsatt en del å gjøre på dette området i Norge, fastslår Hegghammer.

#### Dårlig avfallshåndtering

– I Sverige tar de sikkerhetsspørsmålene veldig alvorlig. Jeg ser forskjeller både på avfallshåndtering og på beskyttelsen av personalet både under prepareringen og administreringen av cytostatika, sier Johanna Kvisle.

På Karolinska brukte Kvisle frakk i tillegg til hansker som også brukes i Norge, da hun administrerte cellegift. Avfallet ble lagt i to tette, lukkede poser som deretter ble lagt inn i en maskin i en ytterligere pose. Denne ble forseglet ved at den ble brent sammen og var garantert lekkasjefri i 24 timer. Dette ble så plassert i et eget rom for risikoavfall. På Ullevål legger hun alt i en plastboks på hvert pasientrom. Denne boksen åpnes flere ganger

i løpet av dagen før den er full og kastes.

– Det tror jeg er vanlig, sier Tone Hegghammer i Arbeidstilsynet.

– Vi fant mangler på den biologiske og kjemiske avfallshåndteringen ved norske sykehus da vi hadde vår kampanje God Vakt. Den var i mange tilfeller altfor dårlig. I tillegg blir avfallet ofte liggende for lenge før det blir hentet.

#### Ullevål har prøvd

Ullevål universitetssykehus prøvde ut det svenske sikkerhetssystemet for opptrekk i et års tid. Det var en midlertidig løsning mens produksjonsrommet de nå har var under utbygging.

Kvisle synes det er flott at Ullevål med de nye lokalene har fått en topp moderne sikkerhet for

apotekerne som preparerer, men synes samme sikkerhetsnivå bør gjelde alle ledd, også for sykepleierne.

– Andre system for opptrekk har et filter, og dermed finnes det en risiko for at farlige stoffer kan sive ut. Jeg ville foretrukket et helt lukket system, slik det praktiseres i Sverige, sier hun.

Sykehusapotekene har sammen med Helse Sør og Øst satt i gang et prosjekt der de gjennom risikoanalyser ser på hvordan sikkerheten i cytostatikahåndteringen kan ivaretas gjennom hele flytkjeden, fra apotek via sykehusavdelinger til pasienten. Prosjektet skal etter planen være ferdig i desember i år. I etterkant skal forslag til retningslinjer og relevante prosedyrer for sikker håndtering utarbeides.

#### Dyrt system

Ullevål hadde stort sett god erfaring med det svenske sikkerhetssystemet ved opptrekk.

– Dette er et dyrt system som ikke er tilstrekkelig dokumentert gjennom hele flytkjeden. Det er viktig å se på alle ledd i administreringen av cytostatika, sier avdelingsleder ved poliklinikken, Randi Lehne.

Hun forteller at de nå har en av de mest moderne opptrekkseenhetene i Norge.

– Det er viktig at vi har oppmerksomheten mot alle ledd, gjennom opptrekk, administrering og avfallshåndtering. Vi ser dette så viktig, at vi har en av sykepleielederne med i prosjektet til Helse Sør og Øst.

Hun understreker at sykehuset tar de ansattes sikkerhet på alvor. Samme melding gir lederen for kreftsykepleierne i NSF, Ingrid Lotsberg Norås. Hun tror medlemmene i faggruppen er fornøyd

med hvordan sikkerheten for de ansatte prioriteres ved norske kreftavdelinger. Den går foran økonomiske hensyn, er tilbakemeldingen hun får.

Allikevel er Johanna Kvisle skuffet over at ikke Ullevål vil fortsette å bruke det svenske sikkerhetssystemet.

– Begrunnelsen vi har fått er at det ikke finnes nok dokumentasjon om risikoen ved å bruke dette systemet kontra risikoen ved å bruke andre sikkerhetssystem, samt at ingen andre sykehus i Norge bruker det. Hvis det stemmer at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon, er jo det et fornuftig argument, men både jeg og mine kolleger er skuffet over at dette sikkerhetssystemet er tatt bort, sier hun.

#### Kostnaden diskuteres ikke

På Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg får vi snakke med Lilian Hurting, sjef på mottakelsen og poliklinikken til onkologiavdelingen. Der har det svenske sikkerhetssystemet vært i bruk siden begynnelsen av 2000-tallet, selv om det merkes i budsjettene.

– Vi er klar over kostnaden. Men det er en kostnad som ikke diskuteres fordi vi setter sikkerheten først. Det er viktig at vi har et sikkert system og dette er det eneste helt lukkede systemet som fungerer, sier hun og henviser oss videre til Nancy Wahl.

Wahl er kreftsykepleier med ansvaret for håndteringen av cytostatika og forteller at ledelsen aldri har stilt spørsmål ved sykepleiernes sikkerhet.

– Sikkerheten går først, så kommer økonomien.

– *Det samme sier norske sykepleiere, men de bruker ikke dette sikkerhetssystemet likevel?*

– Å ja? Men da har vel vi kommet litt lengre...

– *Hva med dokumentasjonen?*

– Den anses som tilstrekkelig fra vår side.

Hos den svenske produsenten får vi opplyst at systemet er vurdert gjennom omfattende



## Risikofakta

• Når søl av cytostatika tørker opp, blir det som melis. Hvis dette virvles opp, kan både personale og pasienter innånde dette.

• En annen form for innånding kan skje via aerosoler. Når cytostatikavæsken presses gjennom en trang åpning, for eksempel mellom gummipropp og utsiden av en kanyle, kan det dannes ørsmå dråper (aerosoler) som kan holde seg svevende i luften i lang tid.

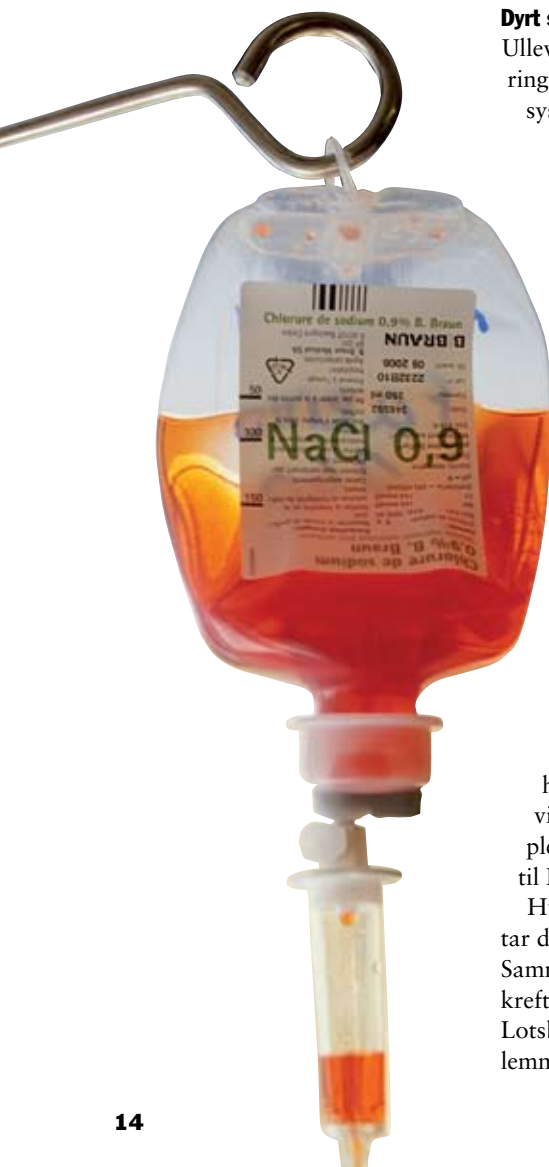
• Risikoen for helsepersonell som håndterer cytostatika er størst ved tilberedning og administrasjon av preparatet til infusjon og injeksjon. Håndtering av forurenset sengetøy, blod og urin og rengjøring på spesialrom kan også medføre risiko for eksponering for cytostatika.

• Risikoen for helsepersonell er svært liten når anbefalte verneiltak følges og de ansatte beskytter seg selv og omgivelsene mot kontakt med stoffene.

Kilde: Arbeidstilsynet

tester ved flere anerkjente forskningssentre. Resultatene viser at legemiddeloverføringen konsekvent skjer uten lekkasje når sikkerhetssystemet brukes, også når personale uten tidligere erfaring tilbereder eller administrerer medisinen. I tillegg vises en kraftig reduksjon av kontaminasjon i miljøet og av giftige stoffer hos helsepersonellet.

Fra norsk side hevdes det at det svenske systemet har sine svakheter. Er dosen større enn 50 milliliter, må man trekke opp i flere omganger. Dessuten krever det god opplæring for å unngå søl.



# Rapporterer feil dødsårsak

Svært mange dødsmeldinger inneholder feil dødsårsak, eller mangelfulle opplysninger. Dette fører til et ukorrekt bilde av helsetilstanden blant befolkningen.

Dødsmeldingene danner grunnlag for vår nasjonale helsestatistikk, som igjen er førende for helsepolitiske prioriteringer.

– Mange klinikere fører opp feil diagnose, eller lar være å føre opp viktig informasjon om sykdomsbildet som førte til dødsfallet, sier rettsmedisiner Jan Mæhlen ved patologisk avdeling på Ullevål universitetssykehus. Han er også konsulent for dødsårsaksregisteret i Statistisk sentralbyrå (SSB).

## To av fem var feil

Det finnes ingen nasjonal oversikt over hvor stor denne feilprosenten er, men studien «Obduksjoner, er de nødvendige som kvalitetskontroll ved et moderne universitetssykehus» fra Universitetet i Tromsø (2003) påviste et avvik på 32,3

prosent mellom det som var ført opp som tilgrunnliggende årsak i dødsmeldingen, og de faktiske funnene obducentene gjorde. Én av tre dødsmeldinger stemte altså ikke. Medisinske avdelinger hadde høyest feilprosent, med 42,4 prosent.

– Funnene tyder på at klinikere gjør feil om tilgrunnliggende årsaker til dødens inntreden, skriver forfatteren Vegard Clausen.

Lars Uhlin Hansen, rettsmedisiner ved Universitetssykehuset Nord-Norge, bekrefter at feilmarginene er betydelige, noe som er samfunnsmessig uheldig.

– Dødsregistrene gir viktig informasjon om helsetilstanden blant befolkningen i Norge, som igjen er viktig for helsemyndighetenes planlegging. Og punkt 1c, det som



## Kvinner obduseres sjeldnere

Det rekvireres langt flere obduksjoner på mannlige pasienter enn på kvinnelige. Av 149 døde pasienter ved UNN ble 100 menn obduisert, mens legene ønsket det samme for bare 49 kvinner. – Denne forskjellen er vanskelig å forklare, skriver Vegard Clausen.

sier noe om de tilgrunnliggende dødsårsakene, er viktigst, sier han.

## Fører ikke årsaker

Clausens studie avdekket også en vesentlig mangel på statistikkføring. I hele 52 av 124 obduksjoner (42 prosent) var ikke punkt 1c krysset av i det hele tatt, og ved kirurgiske avdelinger hadde ingen av kirurgene krysset av dette punktet.

I slike tilfeller er det opp til konsulentene i dødsårsaksregisteret å tolke og fastsette hva årsaken er. Det skjer manuelt.

– En korrekt dødsmelding må ikke være utfylt på alle punktene 1a, 1b og 1c. For eksempel: Hvis dødsmeldingen kun er utfylt med for eksempel cancer pancreas på linje 1a, blir denne diagnosen underliggende dødsårsak. Ved mangelfull eller dårlig utfylt dødsmelding, spør vi legen som skrev meldingen, sier Grethe Westby i SSBs dødsårsaksregister.

Om kort tid innfører Norge et automatisert kodingsystem, som vil harmonisere med andre land.

## Få stillinger

Dødsårsaksregisteret fører den nasjonale statistikken, overvåker dødsårsaker og belyser endringer over tid. Registeret gir informasjon og kunnskap for planlegging, kvalitetssikring og utvikling av helsetjenesten. Med så viktige og sentrale samfunnsoppgaver er det underlig at det ikke er rom for flere årsverk, mener Mæhlen. Dødsårsaksregisteret har færre enn ti årsverk, mens Kreftregistret har 150.

– Dødsårsaksregisteret er minst like viktig i et samfunnsmessig perspektiv. Med flere stillinger kunne vi ha drevet med opplæring og vist legene hvor viktig det er med innhentning av opplysninger, korrekt klinisk tolkning og fullstendig utfylling av dødsmeldinger, sier Jan Mæhlen.

# Én av ti obduseres

Med en obduksjonsrate på ti prosent, kan vi ikke lenger si noe om helsetilstanden i Norges befolkning, mener Cecilie Alfsen, patolog ved Ahus og medlem av The European Board of Pathology.

Stadig færre blir obduisert i Norge. På 1970-80 tallet ble det utført cirka 6 000 sykehusobduksjoner årlig. Nå er tallet om lag 4 000. Utviklingen bekymrer fagfolk.

– Vi kan ikke drive den medisinske virksomheten vi har i dag uten å kvalitetssikre den. Obduksjon er et meget viktig instrument i denne sammenhengen, sier patologen.

Internasjonale studier har vist

at 10-20 prosent av dem som dør, hadde sykdommer som kunne blitt behandlet om tilstanden var blitt oppdaget. Obduksjoner gir legene en viktig tilbakemelding om behandlingsregimer og praksis.

Årsakene til nedgangen i obduksjonsraten skyldes blant annet mangel på patologer. En ny forskrift i 2004 innskjerpet legenes informasjonsplikt til pårørende et-

ter dødsfall, noe som kan ha ført til flere reservasjoner, og dermed færre obduksjoner. Alfsen mener det motsatte burde ha skjedd:

– Pårørende burde bifalle og forlange dette. Obduksjon er det viktigste tegnet på at legene på sykehuset bryr seg om den døde. Samtlige sykehus burde også legge ut statistikken sin over antall utførte obduksjoner.

## DØDSMELDINGER

Koding av underliggende dødsårsak velges utfra et komplisert regelverk utformet av WHO, etter ICD-10-systemet. Dødsårsaksstatistikken er basert på dødsmeldingene utfylt av legene, eventuelt obduksjon. Dette skal fylles ut:

### Punkt I

- A:** Sykdommen eller tilstanden som direkte/umiddelbart førte til døden
- B:** Sykelige tilstander, skader eller misdannelser som førte til dødsårsak nevnt i 1a
- C:** Tilstanden som innledet sykdomsforløpet

### Punkt II

Vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som førte til døden.

# Inn i rusen



SPREDT: De har hvert sitt ståsted i rusfeltet: Marit Myklebust (t.v.) utøver sykepleie på gatehospital, sosionom Øystein Pedersen tar seg av metadonpasienter, Berit Synnøve Nilsen administrerer i spesialisthelsetjenesten.

Sykepleierne er i ferd med å styrke sin posisjon i rusfeltet. Ikke alle synes de har noe der å gjøre.



## Rus-nettverk i Oslo

Norsk Sykepleierforbund Oslo har etablert en ny nettverksgruppe for tillitsvalgte sykepleiere i rusfeltet. Rådgiver Hans Arne Pettersen er med fra Oslo-kontoret. Ellers er hele spekteret av sykepleiere med: Psykiatri og somatikk, helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Tre kommer fra rusfeltet: Rusmideletaten i Oslo, Frelsesarméens gatehospital og LAR Øst (legemiddelassistert rehabilitering). Både kommunen, spesialisthelsetjenesten og private institusjoner er representert i gruppen.

– Vi skal kartlegge og sammenlikne bemanningen med helsetjenesten for øvrig. Målet er å synliggjøre behovet for kompetanse og kvalitetsheving innenfor rusfeltet, sier Pettersen.

I 2004 fikk spesialisthelsetjenesten ansvaret for å behandle rusmisbrukerne. Bakgrunnen var at deres helse ikke er blitt godt nok ivarettatt. Sykepleiernes kompetanse er derfor blitt etterspurt. Det gjelder både deres somatiske, psykiatriske og forebyggende kunnskap.

Sosialarbeiderne har lang erfaring fra rusfeltet. Ikke alle ser poenget med sykepleiere, kom det fram på et seminar i april som Norsk Sykepleierforbunds Oslo-kontor arrangerte. Øystein Pedersen, sosionom og metadonkonsulent i bydel Gamle Oslo, er ikke blant skeptikerne, men følte likevel han var kommet i løvens hule som eneste sosionom blant

alle sykepleierne på seminaret. I foredraget hans var viktigste budskap: Vi må samarbeide.

### Kaospasienter

– Hva er sykepleiere og sosialarbeidere egentlig uenige om?

– Vi er enige om holdningene.

Det vi er uenige om, er hvem som har ansvar for hva gjennom et langt rehabiliteringsløp.

– Profesjonskamp?

– Jeg velger å si at det handler mer om penger enn om profesjonskamp.

Vi har en grunnleggende felles tanke om målet, som er å hjelpe folk med problemer. Nå er ansvaret lagt over på en profesjon som





## NSF gir råd

14. august begynner Svein Roald Olsen i en nyopprettet stilling i fagavdelingen i Norsk Sykepleierforbund som spesialrådgiver i feltet psykiatri og rus. Olsen har erfaring fra begge deler i Østfold.

ikke har rushistorisk erfaring. Rusavhengighet blir av mange helsearbeidere sett på som vanlig sykdom: Behandlingen skjer på sykehus, og så skal man bli frisk hjemme. Men det passer ikke for disse pasientene.

Marit Myklebust er sykepleier og leder for Frelsesarméens gatehospital. Hun irriterer seg over den kompliserte organiseringen i rusbehandlingen.

– Typisk for de rusavhengige er en kaotisk tilværelse. Da må systemene være enkle og tjenestene tilgjengelige. Det tas for lite

hensyn til den kaotiske pasient. Å stille på fem møter for å få behandlingsplass er forferdelig vanskelig å klare. Det ligger jo i sakens natur!

### – Tenker annerledes

Berit Synnøve Nilsen er sykepleier og spesialrådgiver på klinikk rus og avhengighet ved Aker universitetssykehus i Helse Øst. Hun synes det er underlig at rusmisbrukere som sprekker under behandling skal kastes ut:

– Vi helsearbeidere tenker annerledes: Kanskje er svaret heller å gi mer intensivbehandling. Hvis en pasient med brukket lårhals bryter den andre lårhalsen på sykehuset, blir han jo ikke sendt hjem av den grunn. Faglig forsvarlighet er et krav i rusbehandling, ifølge lov om spesialisthelsetjeneste, påpeker hun.

Myklebust: – Fagkompetanse er utrolig viktig. Før har det vært nok å ha et stort hjerte for å få jobb i rusomsorgen. Det holder ikke i dag.

Nilsen: – Det er ikke alltid et mål å bli rusfri, men vi ønsker rusfrie perioder og å gi et verdig liv. Vi har ikke spilt fallitt selv om pasientene kommer inn igjen. Om pasientene går tilbake til ny rus, går de ikke tilbake til start.

– Nei, absolutt ikke! samtykker Pedersen.

Utsatte rusmisbrukere kan avruses med tvang, ifølge sosialtjenesteloven.

Nilsen: – Selv om de er på tvang, skal vi motivere dem til behandling. Men de lar seg ikke alltid motivere med en gang.

Pedersen: – Nei, de ruser seg igjen. Men de blir motivert på sikt. De kommer mange skritt videre.

Nilsen: – De synes jo det er all right å være nykter og kjenne på et mer verdig liv.

Myklebust: – Jeg ser én bit av rusmiljøet. Men det er like mye rusing her vi er nå, på Aker brygge, som i Skippergata. Piller lukter ikke.

## Administratoren:

### – Vi behandler

– Vi snakker ikke om rusomsorg i spesialisthelsetjenesten. Men behandling, fastslår Berit Synnøve Nilsen.

Nilsen presiserer at oppgaven for spesialisthelsetjenesten er å gi tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

At sosialtjenesten, i tillegg til fastlegene, har henvisningsmyndighet skiller den fra annen spesialisthelsetjeneste.

– Det er flust av sosialfaglige ansatte i feltet, men mangel på sykepleiere. Noen er positive til sykepleiere, andre synes ikke sykepleierfunksjonen er viktig.

Det trengs mange typer sykepleiere i rusarbeidet: Vanlige sykepleiere, eksperter på underernæring, somatikk og psykiatri. Men stillingene er for få.

Mange ruspasienter har lettere sinnslidelser.

– De med alvorlige sinnslidelser skal fortsatt behandles i psykiatrien. Man behandler ut fra hvilket problem som er størst for pasienten.

Det er et problem at når pasientene er avruset, så må de vente på behandlingsplass.

– Pasientene må vurderes før de får tildelt plass. Det er viktig at de får riktig behandling. For eksempel kan en tvangsplass koste inntil 10 000 kroner per døgn. Det blir en million på tre måneder, som er varigheten på tvangsoppholdet.



MANGFOLD: – Det trengs alle typer sykepleiere i rusbehandlingen, sier Berit Synnøve Nilsen.

## Mest rus i øst

Halvparten av landets rusavhengige bor i Helse Østs område.

Avdeling rus og avhengighet, Aker universitetssykehus, ble en egen avdeling 1. januar 2004, da rusreformen kom. I 2007 ble den omorganisert til klinikk med flere underavdelinger spredt rundt på mange steder i Oslo og omegn.

Rusbehandling skjer på fire nivå: Avrusing, korttidsbehandling, langtidsbehandling, poliklinisk behandling.

Organisasjonskartet over Klinikk rus og avhengighet illustrerer godt hvor omfattende og komplisert rusfeltet er:

- **Avdeling avgiftning og behandling alkohol:** Akuttinstitusjoner i Storgata (Oslo sentrum), Montebello (Oslo vest) og i Follo.

- **Avdeling avgiftning illegale stoffer:** Akuttinstitusjonen Ullevål (på Ullevål sykehus) tilbyr avrusing, også med tvang. Tar også imot par og LAR-pasienter (legemiddelasistert rehabilitering).

- **Avdeling unge:** Veksthuset og Åsenheten. Å samhandle med kommunenes helse- og sosialtjenester er sentralt. Det er det også for:

- **Avdeling voksne – behandling:** Ullvin og AFX. For voksne med langvarig narkotikamisbruk.

- **Avdeling for spesialiserte poliklinikker:** LAR Øst og Spesialpoliklinikken ved Akuttinstitusjonen Ullevål. Spesialpoliklinikken er et tilbud til ruspoliklinikkene og resten av spesialisthelsetjenesten.

- **Nasjonalt kompetansesenter for tverrfaglig rusbehandling:** Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et nytt tjenesteområde som krever forskning og fagutvikling. LAR Øst er sentral her. Kompetansesenteret skal ha nær kontakt med det kliniske miljø.

Klinikken koordinerer 140 pasientplasser ved de offentlige institusjonene i Oslo og Follo, og 440 plasser på 21 private institusjoner (blant annet på Arken kvinnekollektiv, se Sykepleien 7/2007).

Dessuten er det seks ruspoliklinikker på distriktpsikiatriske sentre, organisert under psykisk helse.

## Sosialarbeideren: – Behandler til ny avhengighet



FOR DYRT: – Egenandelene er et stort problem for rusavhengige, sier Øystein Pedersen.

– Hva er rusbehandling uten omsorgsbegrepet? spør Øystein Pedersen, som jobber med metadonpasienter.

– Når rusmisbruk blir definert som sykdom, er det lett for å behandle med medikamenter. Som de blir avhengige av. Det er jo et paradoks.

Valgfriheten er blitt dårligere for disse pasientene. Antallet behandlingssplasser er blitt færre og behandlingstiden kortere, og dette får store konsekvenser for kommunen, som har ansvar for dem som ikke er i institusjon.

Det evige spørsmålet er: Er det psykiske lidelser som fører til

rusmisbruk? Eller fører rusing til psykiatri?

– Jeg tror begge deler. Men det er utfordrende å finne den rette behandlingen, sier Pedersen.

Han opplever at rusfeltet er preget av forskjellige virkelighetsoppfatninger.

– Jeg vet hva *jeg* kan og ikke kan, men vet andre det? Vi må bli bedre kjent med hverandres kompetanse.

Han siterer psykiateren Helge Waal: «Dobbeldiagnose er ingen

diagnose, den bare beskriver at de ulike behandlingsapparatene ikke kan samarbeide.»

– Vi sier jo ikke at en med nyresvikt og brukket arm har en dobbeldiagnose. Lang ventetid både på institusjon og poliklinikk passer dårlig for en utålmodig pasientgruppe. Egenandeler er også et stort problem.

– Jeg ser daglig at folk velger vekk legevakten fordi de må betale. Noen får ikke lov å komme dit engang, fordi de skylder egenandeler.

## På gateplanet: – De bare går sin vei

– Rusavhengige er sårbare og har lite å gå på. Trør vi feil, bare går de sin vei, sier Marit Myklebust fra Gatehospitalet.

Pasientene til Myklebust er ofte svært fysisk syke, men vegrer seg for å være på vanlig sykehus. For mange er også terskelen til gatehospitalet, som åpnet i januar 2004, for stor. Hospitalet har nå ni plasser.

Pasientene har infeksjoner og sår; dype venetromboser, leggsår, abscesser. De er underernærte og lider av generell helsesvikt. Det rusbrukerne frykter aller mest er å bli *syk*: Det vil si å få abstinenser.

– Vi gir helhetlig omsorg: Skifter på sår, lager frokost, spiser med pasientene. Det skal vi som sykepleiere gjøre.

Myklebust mener at å arbeide med rusavhengige er noe av det ypperste av sykepleie.

– Sykepleie er et håndverk. Mislykkes vi med håndverket, er ikke høyskolestudiet mye verdt. Er vi kalde og ufølsomme, avslører vi oss med hendene. Den mest avanserte sykepleie kan utøves med tomme hender.

Ruspasientene mangler kontroll over eget liv.

– De har aldri opplevd å styre skuta selv. Å ta seg tid til en kopp kaffe på kafé med én pasient, kan gjøre forskjellen på å lykkes eller ikke. Ikke si: «Vi pleier ikke gjøre sånn her.»

Hun forteller om en pasient som fikk stelt sine betente sår på beina. Straks behandlingen er ferdig, sier han: «Jeg må ut igjen. Må hente sykkelen.»

– Sykkelen var viktig for ham. Hvis ikke du ser det og hiver deg rundt for å finne sykkelen for å beholde pasienten på sykehuset, har du mistet elastisiteten du må ha når du jobber med en så sårbar gruppe.

– Mislykkes vi i møtet med dem, forsvinner de. Du må gi 110 prosent, selv om du ofte vil bli skuffet. Da er det fint å ha sykepleiefaglig veiledning.

Myklebust tror folk er født med *ulikt* utgangspunkt.

– Å møte ruspasienter utfordrer fordommene våre. Men man kan fordømme handlinger uten å dømme hele mennesket. *Vi* har bandasjer, *de* har sår. *Vi* har makt, *de* er hjelpeløse. Vi må bruke vår



KAOS: – Kaotiske pasienter og kompliserte systemer passer ikke sammen, sier Marit Myklebust.

fagkunnskap for å utjevne maktforskjellen.

Myklebust mener at rusmisbruk er medaljens bakside i et vekst-samfunn.

– Da forventer jeg at dette samfunnet er villig til å bruke de nødvendige midlene til å gi et riktig tilbud.

# 100 000 til psykiatrisk legevakt

Psykiatrisk legevakt i Oslo fikk Det nytter-prisen 2007.

– Et flott lavterskeltilbud, som det er lett å komme til og hvor ingen blir avvist, sa juryen om tilbudet som er lokalisert på Legevakten i Oslo.

#### **Kriseteam**

Psykiatrisk legevakt i Oslo tilbyr hjelp ved akutte psykiske

lidelser og kriser på kveldstid og i helger. Et psykiatrisk kriseteam - med erfarne psykiatere og psykiatriske sykepleiere – kan hjelpe med psykiske kriser, selvmordstanker, psykoser og vurdering for innleggelse i psykiatrisk akuttavdeling.

#### **Utradisjonell**

Det er Sosial- og helsedirektoratet og KS som sammen gir ut denne årlige prisen, som er på 100 000 kroner.

Den deles ut hvert år - i år for attende gang - til tiltak innen sosial- og helsesektoren som har nye og utradisjonelle

løsninger og arbeidsmåter.

Juryen la vekt på brukerorientering, tverrfaglighet og god ressursutnyttelse.

Helseminister Sylvia Brustad delte ut prisen 17. april.



## La Skagen være rammen rundt ditt neste arrangement

Kombiner et kurs, kick off eller et planleggingsmøte på Color Festival med idylliske Skagen. Byen tilbyr mange ulike aktiviteter som passer for grupper; sykkeltur, guiding, gode restauranter, aktiviteter på Grenen.

Vi hjelper deg å skreddersy et program som passer din gruppe.

For informasjon og booking:

Telefon: 22 94 44 60, [salg.bedrift@colorline.no](mailto:salg.bedrift@colorline.no) eller ditt lokale reisebyrå.

Opplev sjøen,  
glem alt annet



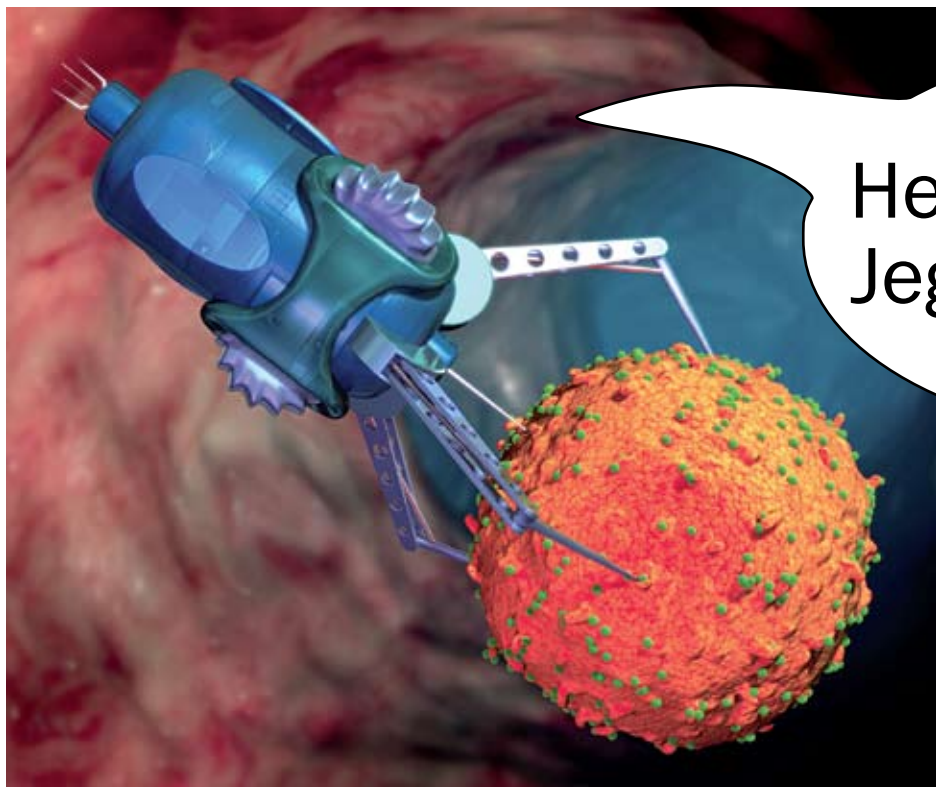
# Nå kan du skylle deg til sterkere tenner



Nyhet!

## Flux Fluorskylt

Flux Fluorskylt etter tannpussen gjør emaljen på tennene dine sterkere. Den inneholder fluor og xylitol, har god cool mint-smak og gir deg frisk pust. Du får den på apoteket. Les mer på [www.fluxfluor.no](http://www.fluxfluor.no)



Hei, alle sammen.  
Jeg heter Nano.

Jeg er en liten kapsel som sendes rundt i kroppen din for å lete etter sykdom. Hvis jeg finner noe sykt, dreper jeg det, bekrefter at du er i orden, og passer på deg etterpå.

Ved et universitetssykehus i Berlin ble jeg brukt for å hjelpe to kreftpasienter.

Forskerne injiserte millioner av jernholdige partikler inn i meg. Jeg dro så på langtur, helt til jeg fant kreftsvulsten dypt inne i hjernen på pasienten.

Forskerne varmet opp svulsten til 45 grader ved hjelp av magnetstråling. Ved hjelp av lille meg kunne kreftcellene svekkes uten at friske celler ble skadet.

Oppvarming som teknikk for å svekke kreftsvulster før behandling med stråling og medisiner, er vanlig, men svært vanskelig å få til når svulsten befinner seg dypt inne i kroppen eller i hjernen.

#### Krigger

Forskernes framtidssjón er å lage en versjon av meg som kan diagnostisere sykdom tidlig. Jeg skal sendes ut på oppdrag. Jeg skal finne svulster og sykdom i kroppen din, jeg skal bekjempe den, bekrefte at medisineringen virker og kontrollere det hele i etterkant.

#### Rotterace

Ifølge Sintef foregår det nå et «rotterace» på området. Farma-

siindustrien jobber iherdig med å få flere medisiner i min «nanoform» klare i nær framtid.

NTNU og Sintef har siden i fjor vår vært medlemmer av EUs nanomedisinplattform. EU-satsingen begynner nå å vise resultater.

EU har sett hvordan slike som meg åpner for uante muligheter. De har valgt ut seks sykdommer som vil få fokus framover: Sykdommer i hjernen (Alzheimer/Parkinson), kreft, diabetes, hjerte/kar-sykdommer, bakterie- og virusinfeksjoner og muskel-/skjelettsykdommer.

#### Jeg er avansert

Medisinene skal transporteres i nanokapsler. Dette er hule nanopartikler hvor forskerne har tatt ut kjernen min. Kapselen er så liten at du kan ikke se meg. Likevel kan jeg bære to-tre sorter medisin samtidig. Virkestoffet plasseres i det ledige hulrommet i kjernen min, og slippes ut i kroppen ved hjelp av ulike mekanismer jeg har fått av forskerne.

#### Rett på sak

Som den lille nanokapselen jeg er, liker jeg ikke å gå rundt grøten. Ved å endre på overfla-

ten min kan jeg bringes direkte til det syke området i kroppen. Forskerne kan for eksempel tilpasse overflaten min slik at den brytes ned av stoffer som finnes i det syke området. De kan også utnytte kroppens eget forsvarssystem som bygger på at antistoffer på overflaten hekter seg på de syke cellene.

Det er en utfordring å gjøre meg usynlige for makrofagene i blodsystemet slik at de ikke blir spist opp av kroppens forsvarssystem.

#### Skreddersydd

Ruth Baumberger Schmid og hennes kollega Christian Simon er to av forskerne ved Sintef som arbeider med å skreddersy slike kapsler som meg.

De norske aktørene i prosjektet har sin styrke i stor kunnskap rundt å fremstille membraner, skreddersy nanopartikler og å bruke membranprosesser på mange nye felt.

Kilde: Sintef og Gemini, Wikipedia og Nils Bohr Institutt, Nano-science Center ved Københavns Universitet.



#### Hva er nano?

Nano kommer av «nanos» som betyr dverg på gresk. Nano er en milliardtedel av en meter.

**Nanoteknologi** handler om å se og flytte rundt på atomer og molekyler. Nanokapsler er hule partikler i nanostørrelse. De kan fylles med medisin eller andre stoffer som kan transporteres inn i kroppens celler.

**Verdens «støteste» molekyl.** En gang trodde man at grafitt og diamant var eneste formene for kullstoff. Det var derfor en sensasjon da man i 1985 identifiserte en tredje form: Carbon 60, eller Buckykuglen, som den også kalles.

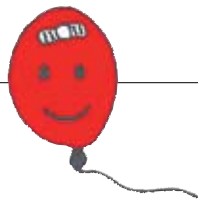


# Kan barns



Nyfødte og barn tolererer smerte godt, konkluderte en studie i 1968. 40 år senere vet vi bedre. Men gjør vi nok med det? Nei, mener ildsjelene. Fremdeles lider barn på sykehus unødig. Men på Rikshospitalet får Martin Andre peke på ansikter for å vise hvor vondt han har.

# smerte måles?



– Da du fikk såret på benet. Hvor vondt gjorde det da, spør mamma Maria Hoffmann.

Martin Andre ser på linjalen hun har i hånden. Den viser seks ansiktsuttrykk som går fra hyl til smil.

Martin Andre peker på ansiktet som har krøllet panne og skrikemunn.

– Men da du våknet i dag da?

Han peker på ansiktet som ser litt mellomfornøyd ut. Ansikt nummer to.

### Kroppen husker

Barn føler smerte. Innlysende? Ikke hvis vi går tilbake til 1968: Nyfødte og barn under ti år har sjelden behov for sterk smertelindring, var en konklusjon i en studie av 180 barn på en intensivenhet. Denne oppfatningen gjenspeilet seg i praksis utover 1970- og 80-årene. For eksempel i en studie fra 1974, der det kom frem at voksne fikk 40 ganger mer smertelindring enn barn ved sammenlignbare inngrep.

På 1600-tallet lanserte den franske filosofen Renè Descartes en teori om at kroppen har et mekanisk system som sender passive signaler om smerte fra et skadet område og opp i hjernen. En respons – en reaksjon. En forståelse som holdt stand i 300 år. Men de siste tiårenes smerteforskning har vist at opplevelsen av smerte er sammensatt av

mange ulike faktorer, som blant annet involverer følelser og tidligere erfaring med smerte. Nervesystemet er plastisk, og endringer skjer hele tiden. Det vil blant annet si at dårlig erfaring med smerte kan føre til økt sensitivitet for smerte. Med andre ord: Å utsette barn for smertefulle prosedyrer kan føre til skader i nervesystemet som gjør dem mer mottakelige for smerte.

### Vond erfaring

Et eksempel: I en studie fra 1997 målte forskere smerterespons hos barn mellom fire og seks måneder som fikk vaksine. Resultat: Guttene hadde mer vondt enn jentene. Forskerne klodde seg i hodet. All annen forskning til da viste det motsatte: Jenter skåret høyere enn gutter. Dette måtte ha en årsak.

Studien var utført i Nord-Amerika, der de fleste gutter er omskåret. Et inngrep som ofte ble utført fem dager etter fødsel uten smertelindring. Forskerne spurte seg: Kan det være slik at disse guttene skærer høyere på smerte fordi de er omskåret?

De gjorde en ny studie med tre grupper gutter: En gruppe gutter som var omskåret uten smertelindring, en som var omskåret med og en gruppe gutter som ikke var omskåret. Guttene som var omskåret uten smertelindring skåret smerte sterkest. De som ikke var omskåret skåret minst.



ERFAREN: Maria Hoffmann har vært med sønnen Martin Andre på mange smertefulle behandlinger.

### Umodne barn

I dag defineres smerte som en subjektiv opplevelse, og variasjonene i smerteterskel regnes for å være ekstremt stor.

Det går ikke an å generalisere smerter etter kjønn eller andre parametre. Den er først og fremst individuell. Men gjelder ikke dette også barna?

Frem til 1990-tallet var det en oppfatning om at barn hadde umodent nervesystem og følgelig ikke var i stand til å oppleve smerte slik som voksne. I dag kan det grovt sies at barn over seks måneder fysiologisk kan sammenlignes med voksne, mens premature og nyfødte er spesielle blant annet fordi de har umodne nervebaner. Men istedet for å konkludere at de derfor ikke føler smerte, tror forskere nå at de føler smerte i enda større grad enn barn som er større. Og generelt

forekommer smerte hos barn oftere enn tidligere antatt.

### Tolker feil

Å tolke smerter hos barn er ikke alltid enkelt. Martin Andre har for eksempel vært gjennom mange prosedyrer og behandlinger. Smerteterskelen hans er høy, erfarer sykepleier Maria Hansen. Det fører til at han har ventet for lenge med å si fra at han har vondt. Da har ansiktsskalaen vært til hjelp.

Noe som kan forvirre er at barn som opplever langvarig smerte kan trekke seg inn i seg selv i stedet for aktivt å uttrykke at det har vondt. Flere studier viser at sykepleiere undervurderer smerte hos barn og overvurderer effekten av smertelindringen de får. Derfor er første steg i bedre smertebehandling av barn å vurdere deres smerte systematisk.



### Hva er smerte?

En subjektiv sensorisk eller følelsesmessig opplevelse som er assosiert med virkelig eller potensiell vevsskade eller beskrevet med begreper for slik skade, ifølge International Association of the Study of Pain

Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.

Denne definisjonen brukes hos McCaffery M, Beebe A. *Smerter. Lærebok for helsepersonell*. Oslo: AdNotam Gyldendal, 1996





ANSIKTER I LOMMA: Skala må være tilgjengelig.

### Undret seg

Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm har en egen smerteenhet for barn. Her jobber Leena Jylli, sykepleier med PhD-grad i behandling og vurdering av smerte hos barn. Hun er særlig opptatt av akutt smerte og hvordan den kan lindres.

Det var da hun jobbet som anestesisykepleier at hun begynte å undre seg over hvordan barn som ble operert hadde det etterpå, når de kom til oppvåkningen. Smertelindringen som ble ordinert virket utilstrekkelig, syntes hun. Vanligvis var det ordinasjon «ved behov» og lite kontinuerlig smertelindring. Hun så også at barn som gikk gjennom store kirurgiske inngrep ikke fikk epidural, slik voksne fikk. Etter hvert fikk også barna epidural, men bare så lenge de lå på oppvåkningen, i praksis ett døgn etter inngrepet. Smertelindringen

som skulle erstatte epiduralen virket utilstrekkelig og ble vanligvis ordinert «ved behov». Behovet ble det opp til den enkelte sykepleier å vurdere.

### Ikke noe problem

Jylli begynte å undervise sykepleiere på post om epidural, særlig i forhold til effekt og komplikasjoner, men innså at det var mye hun ikke kunne om å vurdere smerte hos barn. Derfor ringte hun til andre svenske barnesykehus og spurte hva de gjorde og hvordan de vurderte smerte. Svaret var: «Det er vel ikke noe problem». «Det går bra.» Hun dro til England og USA, lærte, kom hjem og så at det lå et stort arbeid foran henne. Hun allierte seg med en barneanestesiolog og sammen startet de på null og jobbet jevnt og trutt for å øke kunnskapen og bedre smertebehandlingen til barn. Det gjør de fremdeles. Det er en neverending story.

### – Kalle har det bra

– En del av jobben som sykepleier er å gjøre en objektiv vurdering, sier Leena Jylli.

Måler vi for eksempel puls eller blodtrykk, oppgir vi resultatet som et siffer. Hvis vi ikke oppgir objektive mål for smerte, hvordan kan vi da måle effekt av en eventuell intervensjon? Å dokumentere at «barnet har det bra» holder ikke. På 1990-tallet observerte jeg at det var vanlig å oppgi effekten av morfin som «ok», eller «Kalle sover» eller «Kalle gråter ikke lenger». I mange tilfeller kunne vurderingen være riktig, men den var veldig subjektiv.

### Tenk på deg selv

– Det viktigste er å kommunisere, mener hun.

– Observer, spør, snakk med foreldrene. Kan ikke barnet kommunisere, synes jeg man skal bruke et verktøy som er forskningsbasert. I dag er det hva vi har å gå ut fra. Parametre som puls og blodtrykk kan ikke alltid relateres til smerte. Man kan ha normale verdier, og likevel ha vondt.

– Gjør en multidimensjonell vurdering: Se på barnet, men også konteksten. Let etter faktorer som kan ha påvirket situasjonen. Er det snakk om en to-åring som nettopp har tatt blodprøver, er kanskje det grunnen til at han gråter.

– *Skal sykepleiere alltid vurdere smerte?*

– Si til deg selv: Når jeg gjør noe som ville vært ubehagelig for meg, skal jeg tenke på at dette også er ubehagelig for barnet.

– *Hvis man vil endre praksis, hvor begynner man?*

– Jeg tror det er lurt å alliere seg med kolleger og fordype seg, for eksempel i en diagnose eller en pasientgruppe. Bruk verktøy og følg forløpet. Gi den smertelindringen som er vanlig å gi. Samle data og vurder: Fungerer dette bra? Gå systematisk gjennom egen praksis og argumenter med hva dere finner. Når det er tid, les mer om smerter hos barn. Men først og fremst mener jeg det er viktig å se på barnet.

### Bruk andres verktøy

– *Hvilke verktøy anbefales?*

– Kriteriene er barnets alder og type smerte. Ifølge den nyeste forskningen kan barn som uttrykker seg språklig, bruke en ansiktskala. Fra skolealder og opp kan man bruke en VAS-skala eller en numerisk skala. For premature Comfort Scale eller Pipp. Nå testes også ALPS vitenskapelig, og noen andre skalaer er delvis testet.

Jylli legger til:

– Ikke utvikle egne verktøy.

Innenfor barnesmerte er det internasjonal konsensus om at vi først skal lære å bruke de verktøyene vi har. Problemet er ikke mangel på verktøy, men at de ikke brukes systematisk.

### Null er ikke målet

– *Kan det å spørre barn om smerte føre til at de kjenner ekstra godt etter og dermed får det vondere?*

– Man trenger ikke spørre direkte. Ikke la smerte bli det store spørsmålet i samtalen. Spør:

## Mer enn bokstaver

På smertespråket brukes mange navn og forkortelser. Dette er hva de som nevnes i artikkelen betyr:

**ALPS** – Astrid Lindgren Pain Scale

**CS** – Comfort Scale

**FPS-R** – Faces Pain Scale Revised

**NRS** – Numeric Rating Scale

**Pipp** – Premature Infant Pain Profile

**VAS** – Visuell analog skala

Hvordan har du det? Igjen handler det om å se på barnet. En måte barn håndterer smerte på, er ved å tenke på noe annet. Det skal vi hjelpe dem med.

– *Kan noe smerte aksepteres, eller er ingen smerte alltid målet?*

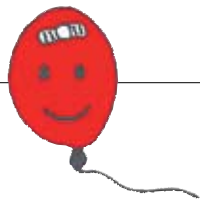
– Nei, absolutt ikke. Vi skal hjelpe og lære barnet å håndtere smerte. Å ta bort all smerte er ikke mulig. Men vi kan informere og snakke med barna om hva de opplever. Er de redde, er det å fange opp årsaken til redselen og så støtte dem en viktig del av smertelindringen.

### Skala på Riksen

Martin Andre har brukt ansiktskala i perioder, særlig da han fikk smertelindring kontinuerlig. Mamma Maria Hoffman erfarer at skalaen stemmer med hennes observasjoner.

På Rikshospitalet er det smerteseksjonen som har tatt initiativ til å systematisere smertevurderingen av barn. Smertesyrkepleier Kari Sørensen erfarte at mange sykepleiere var opptatt av å bruke verktøy, men at de ikke riktig kom i gang med å bruke dem systematisk. Når det i tillegg finnes mellom 30 og 40 ulike, ble mange kanskje litt overveldet.

I samarbeid med sykepleiere fra ulike avdelinger har smerteseksjonen valgt ut noen som de tester i praksis.



PÅ BARNEINTENSIV: Anne Cecilie Strand og Charlotte Bärnholt vurderer etter Comfort Scale, mens far følger med.

### Fire verktøy

Comfort Scale (CS) er et verktøy som er utviklet for å vurdere behovet for sedering hos barn på respirator og senere utviklet for også å vurdere smerte.

For barn som kan kommunisere er selvrappotering av smerte den beste metoden for å vurdere smerteintensitet.

– Vi valgte tre godt validerte verktøy som kan passe ulike aldersgrupper og utviklingsnivå helt ned til tre-fire år. Faces *Pain Scale Revised (FPS-R)* eller ansiktssmerteskala, *Visual Analogue Scale (VAS)* eller visuell analog skala og *Numeric Rating Scale (NRS)* eller numerisk skala brukes på barn som kan kommunisere.

### To minutter

Comfort Scale er tatt i bruk på barneintensiv for barn mellom null og tre år på respirator. Inten-

sivsykepleier Anne Cecilie Strand opplever at det har ført til større enighet i behandlingsgruppen om hva som ligger i begrepene de bruker.

Hver morgen forordner legene et CS-nivå som sykepleierne innenfor gitte rammer skal arbeide for å oppnå. Nivået er ingen ordinasjon; sykepleierne vurderer det gjennom døgnet opp mot observasjonene de gjør.

Selve vurderingen tar to minutter og skal gjøres minst hver fjerde time eller ved endring i tilstand.

– Det er snakk om observasjoner vi allerede gjør, men nå er de systematisert og dokumentert, sier Strand.

– *Hvorfor akkurat Comfort Scale?*

– Det er det beste verktøyet vi har funnet så langt. En fordel er at det både kan brukes på se-

derte barn på respirator og våkne barn, sier Sørensen.

En tanke er at det først kan brukes på intensiv, så følge barnet til post og også brukes der.

– Vi opplever at det er et bra verktøy, men om det er bra nok, er et spørsmål. Det har noen svakheter, for eksempel om hvordan barnet samarbeider med respiratoren. Comfort Scale er heller ikke egnet til å dokumentere intense og brå endringer. Da har man ikke tid til å observere i to minutter. Men jeg vet ikke hvilket verktøy som kunne fanget opp det, sier hun.

### Detaljert

Når de bruker Comfort Scale, skårer sykepleierne etter seks parametre: Våkenhet, rolighet/agitasjon, respiratorsk respons eller alternativt gråt, ansiktsuttrykk/spenning og muskeltonus.

Alle parametrene har en detaljert forklaring, for å sikre at sykepleierne har klare kriterier for å

### LES MER

Vil du vite mer om smerter hos barn eller smerte generelt, er disse nettstedene nyttige:

Norsk Barnesmerteforening  
[www.norskbarnesmerteforening.no](http://www.norskbarnesmerteforening.no)

Norsk Smerteforening  
[www.norsksmerteforening.no](http://www.norsksmerteforening.no)

Svensk Barnsmärtforening  
[www.svenskbarnsmartforening.se](http://www.svenskbarnsmartforening.se)

Scandinavian Association for the Study of Pain  
[www.sasp.org](http://www.sasp.org)

International Association for the Study of Pain  
[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)

skille mellom for eksempel «sover lett» og «søvnig».

– Men blir ikke vurderingen likevel subjektiv?

– Fra i høst har vi lært opp alle sykepleiere på barneintensiv systematisk. To og to læres opp sammen. Begge observerer barnet, så skårer de hver for seg og sammenligner. Innimellom skårer jeg også for å trene. Og da skårer jeg likt som sykepleieren som kjenner barnet.

Men Comfort Scale kan ikke brukes løsrevet fra konteksten.

– Vi må se det i en sammenheng, presiserer Sørensen.

#### Rasmus har vondt

VAS-, ansikts- og numerisk skala er for barn som er våkne og kan kommunisere. For å forklare dem skalaene, er Rasmus til hjelp.

Rasmus på Riksen er en tøymsom som må gjennom det samme som barna av undersøkelser, prosedyrer og behandling.

Da verktøyene skulle innføres var det viktig at barna måtte bli kjent med dem før de fikk vondt, for eksempel før en operasjon. De måtte skjønne hva verktøyet var godt for før de hadde behov for å bruke det. Tanken var å lage noen brosjyrer. Smertesykepleierne tok kontakt med barnesy-



kepleier Ragnhild Hals, leder for Barneprogrammet på Rikshospitalet. Der spiller Rasmus en viktig rolle. Tanken er at han skal være en figur barn kjenner igjen overalt på sykehuset. Derfor var det naturlig at Rasmus måtte få smertebehandling.

#### Ikke for enkelt

Nå har Rasmus en egen perm som bare handler om smerte, i form av små historier med bilder til. I tillegg kan sykepleiere ta med en Rasmus i egen person.

Smerteseksjonen har også fått laget en linjal med ansiktsskala på den ene siden og VAS- og numerisk skala på den andre. I permen er det blant annet et bilde av Rasmus som ser på denne linjalen. Sykepleieren kan for eksempel spørre barnet: «Hva tror du Rasmus tenker om å bruke en sånn linjal?».

– Barn under fem år vil helst ikke snakke om seg selv, sier Ragnhild Hals.

– Ved å la dem snakke om Rasmus, får vi vite hva de tenker.

Selv om historiene er tilpasset små barn, kan også større barn sitte og bla i dem.

– Min erfaring er at vi ikke kan si ting for enkelt, sier Hals.

– Jeg har også opplevd at foreldre har sett i permen og sagt: Nå skjønnte jeg det.

#### Ansikt er best

Tretten år gamle Kristin Hansen holder linjalen i hånden. Hun liker ansiktsskalaen best.

– Den er lettere å bruke enn skalaen som går fra en til ti, synes hun.

– Hva er forskjellen mellom 4 og 6 for eksempel?

Ansiktsskalaen synes hun er ok.

Post 3 på Barneklubben bruker verktøy mer og mer. Maria

LIKER ANSIKTER BEST: Kristin Hansen skårer smerte sammen med sykepleierstudent Silje Eek Guttormsen.



## Forening mot smerte

Norsk Barnesmerteforening (NBSF) er åpen for alle typer helsepersonell med interesse for barn og smerter. Målet er å fremme tverrfaglig, god smertebehandling av alle barn i alle ledd av helsetjenesten. I slutten av april var NBSF vertskap for den fjerde nordiske kongress om smerter hos barn.

Foreningen ble stiftet i 2004, etter modell av den svenske barnsmerteforeningen, som i år fyller ti år. Les mer: [www.norskarnesmerteforening.no](http://www.norskarnesmerteforening.no)



PÅDRIVER: Smertesykepleier Kari Sørensen, (t.v) har bakgrunn fra barneintensiv. Barneintensivsykepleier Ragnhild Hals leder Barneprogrammet.

Hansen sier det særlig skyldes at posten har en ildsjel.

– Å ha noen å spørre er viktig, mener hun.

Å bruke linjalen og Rasmus er opp til den enkelte avdeling og sykepleier.

– Vi jobber for at dette skal bli rutine og noe alle bruker, sier Ragnhild Hals.

Sørensen erfarer at det tar tid å endre holdninger og rutiner.

– Noe av tanken med Rasmus er å lette kommunikasjonen med barna og forberede dem. Å bruke Rasmus skal ikke være ekstraarbeid.

– Er barnet forberedt, fører det til trygghet, sier Kari Sørensen.

– Preoperativ utrygghet eller frykt er en sterk prediktor for postoperativ smerte.

#### Ikke alltid

Martin Andre er lei. Han har

vist sykepleier Maria Hansen og mamma hvor vondt han hadde det etter operasjonen. Det får holde. Linjalen havner på gulvet.

Noen ganger kan barn peke på ansiktet som har det vondt, selv om de ser ut til å ha det greit. Da prøver Maria Hansen å spørre om de kan huske på noe annet som var vondt og si hvor vondt de har det nå i forhold.

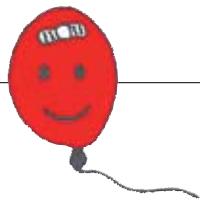
Hun synes ansiktsskala er en fin måte å vurdere smerte på.

Hun har prøvd andre skalaer, men synes denne fungerer best.

Noen barn liker å bruke den, andre ikke. Noen blir sure bare hun tar den frem. Andre henger seg opp i at ansiktene ikke ligner på dem selv. Da må hun bruke andre verktøy for å vurdere.

– Noe som har overrasket deg?

– Jeg trodde ikke det var så lett å bruke.



# Nøler med å lindre

I 2007 fins kunnskap, verktøy og metoder for å lindre barns smerte. Likevel lider barn unødige.

– Noen mangler kunnskap, sier Borrik Schjødt, psykolog ved Smerteklinikken i Helse Bergen.

– Men jeg lurer også på om det handler om holdning. Jeg mistenker enkelte leger for å være utrygge på å gi smertestillende til små barn. En årsak kan være usikkerhet på hva barnet faktisk tåler.

– *Men gjelder det sykepleiere?*

– Vanskelig å si, men sykepleiere er ofte lojale, selv om de kan være uenige.

– Dessverre handler dette også om ressurser og tidspres; det kan være forestillinger om at det tar for lang tid å tenke smertelindring før en prosedyre eller et inngrep. Noen ganger mangler tverrfaglige ressurser, som kompetanse på samspillfaktorer. Det er ikke nødvendigvis mangel på ulike profesjoner, men på ulike perspektiver.

– *Noen tips til sykepleiere?*

*Hvor begynner man?*

– Snakk om smerte på vaktrommet. Jeg tror mye skjer der. Ikke godta det når noen har vondt og det ikke blir gjort noe med det. Vær flink til å dokumentere, måle og rapportere. Det holder ikke å si at barnet har vondt. Før du setter inn tiltak, må du ha et mål for å vurdere effekt.

## Krever mer

Sykepleier og leder i Norsk Barnesmerteforening (NBSF) Randi Dovland Andersen synes det er vanskelig å forklare hvorfor gapet mellom kunnskap og praksis ikke minker. Hun har selv jobbet for bedre smertelindring av premature og nyfødte barn på Sykehuset Telemark i Skien.

– Jeg trodde selv at mer kunnskap ville endre praksis, men sånn er det ikke. Kunnskap er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, sier hun.

– Dette er et universelt problem innenfor alle fagområder.

– Vi opplever at det kjente er det trygge. Det er lett å møte endring med motstand, dersom vi mener at det vi pleier å gjøre er greit, erfarer hun.

Selv om endring også er en personlig sak, påvirkes vi også av samfunnet rundt oss. For eksempel kolleger, barna vi møter og deres foreldre og media. Barnesmerteforeningen prøver å påvirke ved stadig å gjøre temaet aktuelt. En annen innfallsvinkel er å jobbe for nasjonale retningslinjer og standarder for smertebehandling og -evaluering.

– *Som at pasientene skal ha under 3 på VAS-skala?*

– Et godt eksempel. Ved å ha et slikt mål, sier man *både* at smerten skal vurderes og at det skal gjøres noe med den dersom den er høyere enn 3.

Etter hvert finnes det en hel rekke ulike verktøy for å måle smerte. Andersen anslår 30-40.

– Norsk Barnesmerteforening ønsker at en ekspertgruppe vurderer de ulike verktøyene og velger ut noen som anbefales for bruk i Norge. Det burde være unødvendig at hvert sykehus vurderer, oversetter og tar i bruk sine egne verktøy. Bruker vi de samme, får vi også et bedre erfaringsgrunnlag.

## Vurderer best selv

– *Hvilke tips vil du gi sykepleieren som vil gjøre noe på sin egen post?*

– Alle barneavdelinger bør etablere tverrfaglige smertegrupper, dersom de ikke allerede har gjort det. Ta opp smerter hos barn som tema. Jobb for å endre praksis og begynn å sanke systematisk informasjon om barna. Snakk med foreldrene. Kartlegg hvordan barnet normalt oppfører seg og hvordan det pleier å reagere på smerte. I tillegg er det viktig å bruke en form for verktøy for å dokumentere og evaluere effekt av eventuelle tiltak.

Men:

– Det har vist seg at barnet vurderer sin egen smerte som sterkere enn det både foreldrene og sykepleierne gjør. Derfor: Tro på barnet.

Kilder:

Randi Dovland Andersen, sykepleier, Sykehuset Telemark  
Leena Jylli, sykepleier, Astrid Lindgrens Barnsjukhus  
Borrik Schjødt, psykolog, Haukeland universitetssykehus  
Pediatric Pain Letter, Vol. 8, No. 3, desember 2006.

Gunnar L. Olsson og Leena Jylli: Smärta hos barn och ungdomar. Lund: Studentlitteratur, 2001



## Vurder selv

### Åtte spørsmål du bør stille når du vurderer smerte hos barn:

- Er barnet følelsesmessig berørt av en annen årsak enn smerte?
- Er det faktorer i miljøet som påvirker smerteopplevelsen negativt?
- Har barnet vondt? Ja eller nei? Spør og ta stilling.
- Er smerten av en annen form enn nociceptiv?
- Hvor utgår smerten fra?
- Hvor stor er den sensoriske komponenten og hvor stor er den emosjonelle?
- Hvilket vurderingsverktøy er best egnet med tanke på barnets alder og kliniske bilde?
- Hva mener foreldrene om barnets smerte og behandling?

Kilde: Leena Jylli. I: Olsson GL og Jylli L. Smärta hos barn och ungdomar. Lund: Studentlitteratur, 2001

# Kan bli gjenopptatt

Kristine Niensens død blir gransket på nytt – et halvt år etter at Riksadvokaten satte sluttstrek. 78-åringen døde på Olavsgården sykehjem.

Saken har tatt en oppsiktsvekkende vending, etter at politiet i Midtre Hålogoland politidistrikt nå har sendt saken til Statens Helsetilsyn i Oslo og bedt om en faglig vurdering.

– Vi har innhentet sakens dokumenter og har ikke tatt stilling til den videre behandlingen av saken, sier avdelingsdirektør Gorm Are Grammelvedt i Statens helsetilsyn til Sykepleien.

## Revidert obduksjonsrapport

I mars utarbeidet rettsmedisinere ved UNN i Tromsø en revidert obduksjonsrapport på grunnlag av materiale oversendt fra politiet. Etter det Sykepleien erfarer har rettsmedisinerne bl.a sammenholdt vitneavhør og lydband med de kliniske funnene fra obduksjonen.

– Vi sendte dette over etter anmodning fra avdødes datter, fordi vi ikke så noen grunn til å avslå dette hvis det kunne kaste nytt lys over saken, sier politiadvokat Mona Forseth.

## Sjokkert

– For meg er det en katastrofe at obduksjonene ikke fikk lydopptaket som bevis når dødsårsaken skulle vurderes i første omgang, sier Karin Nielsen, datteren til avdøde Kristine Nielsen..

Nå venter hun på den reviderte obduksjonsrapporten, men

skal ha fått beskjed om at påtale må vurderes før denne blir frigitt. I januar klaget hun over behandlingen som moren fikk ved Olavsgården sykehjem, og over Helsetilsynet i Troms vurdering av saken.

## Skjult opptak

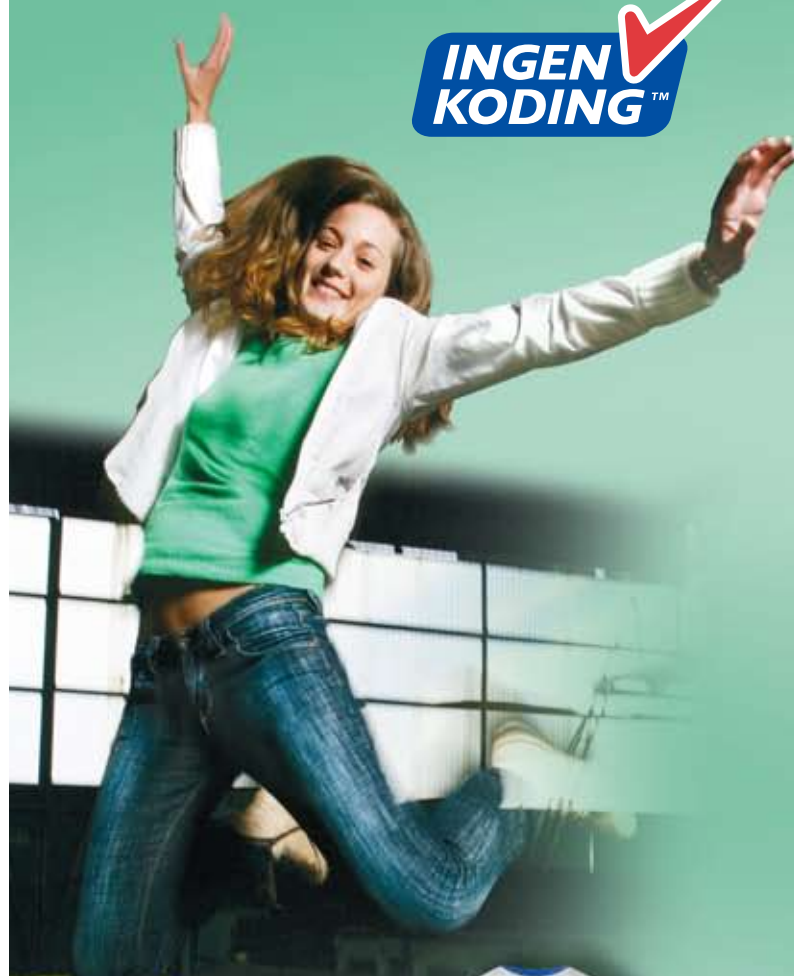
Kristine Niensens døde 14. juni 2005. Alt som skjedde det siste døgnet hun levde ble registrert i et skjult lydbandopptak. Karin Nielsen hevder at moren ble utsatt for vannskjøtsel som førte til dødsfallet. En av sykepleierne som stelte henne mistet jobben, men ikke som direkte følge av dødsfallet.

## Henlagt

Statsadvokaten i Nordland fant ikke grunnlag for påtale, og henla saken etter bevisets stilling i mai i fjor. Det var en avgjørelse ingen av partene var fornøyd med. Derfor ble den klaget inn for Riksadvokaten, men heller ikke han fant grunnlag for påtale.

Sykepleieren som ble mistenkt for pasientens død var glad for henleggelsen, men mener begrunnelsen burde vært «intet straffbart har skjedd».

Selvfølgelig...



Ingen Koding – teknologien fra Bayer gir deg blodsukkerresultater du kan stole på.

En undersøkelse viser at 16% ikke koder blodsukkerapparatene sine riktig<sup>1</sup>. Denne vanlige feilkilden kan enkelt elimineres ved å velge et Bayer apparat med Ingen Koding -teknologi. Samtidig reduserer du risikoen for å sette feil insulindose som følge av feil måleresultat.

Enklere, raskere og tryggere for deg

www.bayerdiabetes.no  
diabetes@bayer.no  
Tlf: 24 11 18 00

GRØSET 11.07.A.NO



# Sikrere via intranett

Ved Dialyseavdelingen i Askim får sykepleierne Marevandoserer til pasientene via intranett. Idéen er deres bidrag til Smartprisen 2007.

Da Dialyseavdelingen i Fredrikstad åpnet en satellittstasjon i Askim i januar 2006, skapte den geografiske avstanden nye utfordringer for kommunikasjonen mellom legene i Fredrikstad og sykepleierne i Askim. Et tungvint system med faksing av dokumenter frem og tilbake mellom avdelingene stjal mye tid og kapasitet hos begge parter.

– Vi opplevde etter oppstart at kommunikasjonssystemene våre ikke ivaretok alle utfordringer. En del av våre pasienter bruker Marevan. INR måles ved avdelingen i Askim, mens legen som skal dosere er i Fredrikstad, sju mil unna, forklarer intensivsykepleier og idéhaver Stine Lund, og viser oss rundt i de lyse, moderne lokalene ved utkanten av Askim sentrum.

– Systemet vi opprinnelig brukte innebar bruk av faks-maskin utenfor avdelingen, og skriftlig overføring fra skjema til skjema. Det var tidkrevende, risikoen for feilkilder var stor,

og det ivaretok ikke kravene til kvalitetssikring.

## Dosering via intranett

Marevandoserer via en web-side på sykehusets intranett ble løsningen, og ble først tatt i bruk i mars i år. Den tekniske løsningen ble utformet med god hjelp fra rådgiver Anders Rekvinn ved Sykehuset Østfolds kompetansesenter for forskning og utvikling. Systemet fungerer slik at sykepleier legger inn INR, som så dobbeltsjekkes av annen sykepleier. Legen får umiddelbart melding om henvendelsen fra sykepleier på sin personsøker, logger seg på ved nærmest tilgjengelige PC, og doserer Marevan døgndose for ønsket tidsrom. Sykepleier tar så utskrift av dosering til pasient og dokumentasjonsperm, forklarer Stine Lund.

## Økt sikkerhet

Med det nye systemet har avdelingen oppnådd at antall

ledd i prosessen er redusert til et minimum. Kravene til dokumentasjon, sikkerhet og kvalitet er godt ivare tatt, og risikoen for feilkilder er sterkt redusert. Systemet kan kun åpnes med tildelt brukernavn og personlig passord, dobbeltsignering av INR blir dokumentert, og alle handlinger i systemet etterlater signering.

– Databasen er lett tilgjengelig for brukere med tildelt brukernavn og passord fra alle sykehusets PC-er. Hverken leger eller sykepleiere trenger å forlate det de holder på med for å ordne dette. Utfordringer tilknyttet uleselig håndskrift og misfargede fakser er fortid, sier Lund, og legger til at hun er svært glad for de mulighetene bruken av ny teknologi er med på å gi.

– Jeg synes det er fint at sykepleiere kan være med på å bruke teknologien som er tilgjengelig, til fordel for de gammeldagse metodene. Dette systemet kan sikkert være aktuelt både for

kommunehelsetjenesten og hjemmesykepleien, mener hun.

## Stor interesse

Dialysedagpost Askim er bemannt med seks sykepleiere. Pasientene har tilsyn av lege cirka én gang i måneden. Den daglige kontakten skjer via dokumentasjonssystemene DIPS og Finesse, telefon og televisitt.

– Vi arbeider i disse dager for å kartlegge muligheten for å bruke systemet på Dialyseenheten i Fredrikstad også, og flere poliklinikker har kontaktet oss for informasjon om hvordan dette fungerer, sier Lund.

## Kandidat 3:

### Dosering til pasienter som bruker Marevan via intranett.

Forslagsstiller: Intensivsykepleier Stine Lund, Sykehuset Østfolds avdeling i Askim.

## Tomme for vikarer

Danske vikarbyrå greier ikke å dekke etterspørselen etter sykepleiere, ifølge Sygeplejersken. Derfor begynner sykehusene å «hamstre» vikarer ved å forhåndsbestille dem opptil et halvt år i forveien.

Danmarks Statistikk viser at behovet for vikarbyråer innenfor sykepleie og helse lenge har vært oppadstigende. Bare mellom 2004 og 2006 økte omsetningen med 18 prosent.

## Tvang øker sterkt

Bruk av beltelegging har økt med 50 prosent i perioden 2001-2005. Det viser tall fra Sintef Helse. Mens bruken av korttidsvirkende legemidler hadde en nedgang fra 2001 til 2003, har bruken økt igjen fra 2003 til 2005. Bruk av skjerming har økt, mens isolering er derimot redusert til et fåtall pasienter ved et fåtall institusjoner. Ifølge Sintef Helse er det store variasjoner i institusjonene imellom når det gjelder bruk av tvang.



DIGI-DOSERING: Det nye systemet gjør arbeidet mindre tungvint, forteller intensivsykepleier og idéhaver Stine Lund.

## Tre Smartpriser i 2007

Du får 100 000 kroner hvis Sykepleiens lesere faller for nettopp din smarte idé! Nytt av året er to tilleggspriker, hver på 50 000 kroner, som kan oppnås for:

- beste fagidé (ifølge fagjury)
- beste ikke-realiserede idé

### Vurderingskriterier for Smartprisen 2007



#### Dette må du vite før du sender inn ditt bidrag:

- Løsningen må være selvutviklet. Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Dere må dokumentere eller argumentere for at dere er først ute med dette.
- Du kan foreslå deg selv, din avdeling eller noen andre som har funnet opp noe.

Forslag merkes «Smartprisen» og sendes til **redaksjonen@sykepleien.no**

Med påmelding skal følge en presentasjon som skal inneholde beskrivelse av ideen/løsningen.

Dette må med:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilke fordeler har ideen/løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?
- Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)

*Innovasjon Norge og Sykepleien står bak årets konkurranse.*

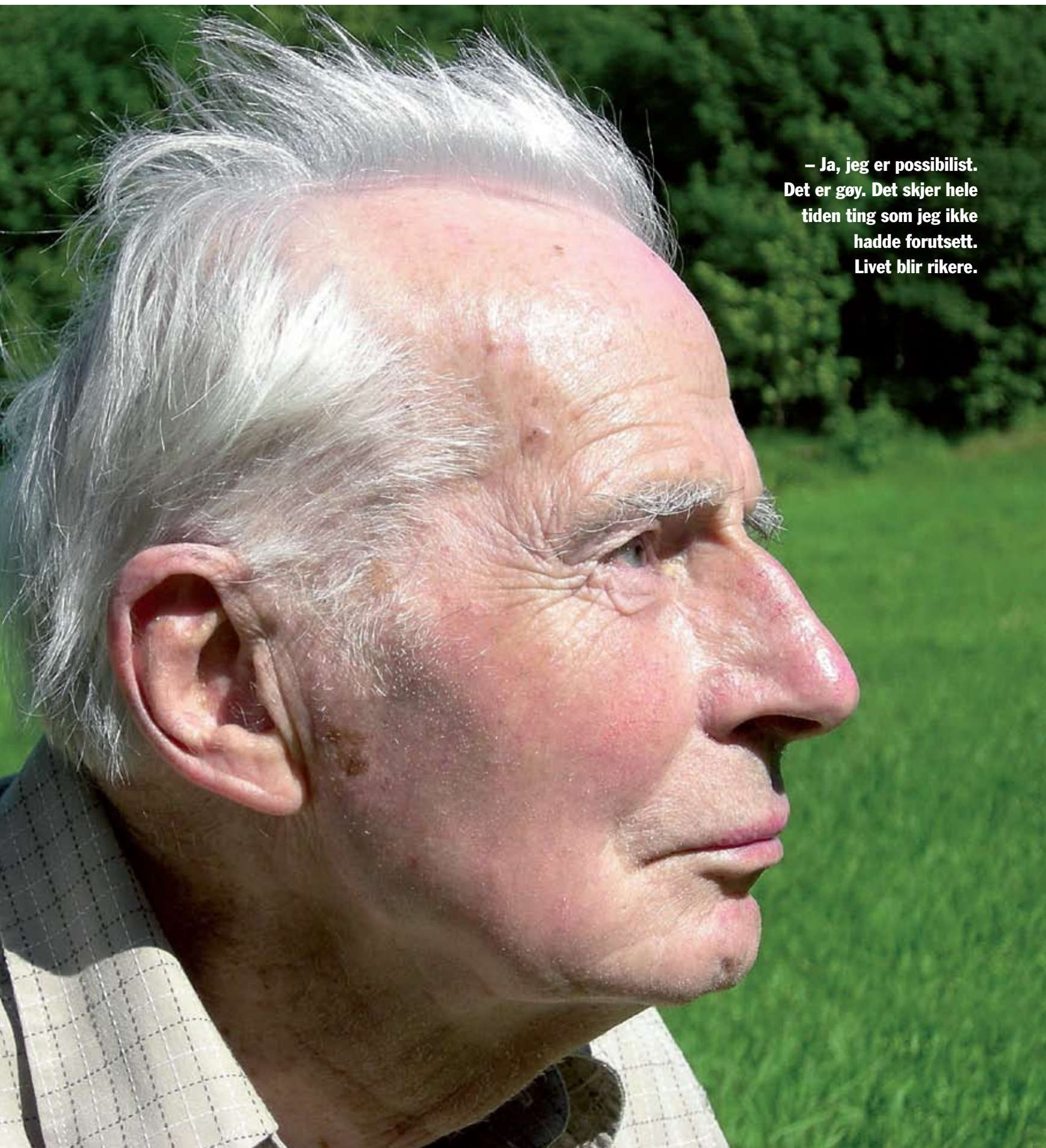
## Fødestue i byen

Rikshospitalet utvider fødetilbudet og åpner fødestue i lokalene til den gamle Kvinneklinikken midt i sentrum av Oslo. Navn: Føderiket. Tilbudet gis til friske gravide som har født før, og som vil bli fulgt opp av jordmor gjennom svangerskap frem til fødsel. Etter fødselen vil jordmor komme på hjemmebesøk. Ved komplikasjoner overføres gravide til vanlig fødeavdeling på Rikshospitalet. Les mer: [www.rikshospitalet.no](http://www.rikshospitalet.no)

## Kandidater hittil:

**1: Samtalegrupper for skilsmissebarn** (Sykepleien 5/2007)  
Hilde Egge og Tordis Labraaten på Bekkestua helsestasjon i Bærum.

**2: Rydder tid til dokumentasjon** (Sykepleien 7/2007)  
Signy Wikne ved Haukeland Universitetssykehus.



**– Ja, jeg er possibilist.  
Det er gøy. Det skjer hele  
tiden ting som jeg ikke  
hadde forutsett.  
Livet blir rikere.**



**Navn:** Arne Næss**Alder:** 95 år**Hvorfor:** Han deltar på årets «Livsglede for eldre» som arrangeres av sykepleierstudenter, for å dele gledene ved å være gammel.

# Possibilisten

Alt tenkelig kan komme til å skje. Kanskje begynner han en dag å gå som en ungdom igjen, funderer filosof Arne Næss, som for øvrig mener det er ganske gøy å være gammel.

I Arne Næss sin verden kan ingenting utelukkes – bortsett fra logiske kontradiksjoner. Plutselig en dag kan det komme en sju meter lang mann krabbende inn gjennom døren. Eller bilen kan begynne å gå på vann; det er bare å prøve, kanskje etter to tusen forsøk begynner motoren virkelig å brumme med H<sub>2</sub>O, og samme dag kommer den lange mannen krypende ...

Ja, sånn er Arne Næss sin verden. Han lar seg ikke vippe av pinnen av noe. Vel, kanskje han ville blitt en smule forbauset hvis han våknet en morgen og så at leiligheten seilte av sted på åpent hav. Men selv da ville han ganske raskt tilpasset seg de nye omstendighetene og tatt utfordringen. Arne er nemlig possibilist.

– Jeg tror på possibilismen, sier han.

Den gjør nemlig livet muntrere.

**Et møte med Arne Næss** er alltid berikende, oppmuntrende – og forvirrende. Det begynner sånn:

Jeg regner med å finne ham ved en sprakende peis i en liten tømmerhytte nær skogen, men så havner jeg i en moderne

boliggård med heis. Og idet jeg nølende beveger meg ut på en smal fjellhulle av en balkong ute i friluft, i fjerde etasje, oppdager jeg et par staver som står og lener skulderen så fredfylt og avslappet mot den siste dørkarmen. Dermed er hyttestemningen jeg hele tiden har gått og forestilt meg tilbake. Og når jeg kommer frem til dørskiltet er det ingen tvil om at jeg nå står på terskelen til en høyst uvanlig verden: «Her bor Kit-Fai og Arne Næss – og Timotei.» Timotei? Ja, Timotei er den lille tøygrisen de to har behandlet som sitt eneste felles barn i tretten år.

Kit-Fai, Arne Næss sin unge Hongkong-kone, møter meg med hele sin kinesiske vennlighet. Bak henne står Norges siste mohikaner, professor emeritus Arne Næss, i sin alltid like fargesprakende genser og tripper forventningsfullt. Og idet jeg strekker hånden høflig ut for å hilse på 95-åringen, skjønner jeg på det lure smilet at her er det helt andre ting som skal skje: Han vil leke. Før jeg vet ordet av det er jeg involvert i en munter boksekamp, ikke en slåsskamp, men en ikkevoldelig skygeboksing som nærmest minner om en

velkomstdans. Det er bare det at «oldingen», som han senere kaller seg med en kneggende, forundret latter, ikke lenger er så treffsikker som i sine yngre dager. Han sneier faktisk gjesten med en høyre hook, som setter et midlertidig punktum for leken.

– Oj, oj, det var ikke meningen! knegger han og smiler om kapp med gensen.

Vi er i hus hos Arne og Kit-Fai og Timotei. Vi er tatt inn i possibilismen: Alt kan skje.

– **Jeg kan ikke klage**, sier Arne.

Jeg har spurt ham om hvordan det var å fylle 95 år, det skjedde med pump og prakt på Nasjonalbiblioteket i februar, der hans bibliografi med over 1300 innførsler ble lansert. Der satt han på første benk sammen med Timotei og Kit-Fai og hørte på alle talerne og alle de vanvittige anekdotene som Norge er fullt av. Alle kan en sprø historie om Arne Næss. De fleste er sanne. At han tok studentene med på epleslang og en annen gang lot dem løpe nakne rundt i snøstorm for at de skulle lære at livet er mer enn filosofisk litteratur, det er i hvert fall sant.

Arne traff Kit-Fai i Hongkong

i 1973, og året etter kom hun til Norge for å besøke ham. For henne var det starten på en serie sjokkerende møter med det primitive. Hytta på Kolsås for eksempel, hadde en utedo som ga henne akutt forstoppelse og intens hjemlengsel. Hytta Tvergastein ligger på en forblåst fjellhulle oppe under Hallingskarvet, to timers gange fra nærmeste nabo. Det hjalp lite for Kit-Fai at den er den høyest liggende private hytta i Nord-Europa, en attraksjon altså. Det passet heller ikke så bra at Arne var gift og hadde barn. Men nå har de holdt sammen i over tretti år, og er uatskillelige. Timotei er en del av familien, tøygrisen han forteller om i den lille, originale boken «Timotei den lille filosofen».

Arne er fortsatt ved godt mot, trass i sine 95 år.

– Jeg syns jeg er temmelig normal, sier han, og det betyr vel noe sånt som at alle de slitaser og gammelmennsplager han har er sånt man må regne med når man er kommet opp i denne «vanvittige alderen».

– Tenk 95 år! sier han igjen, og flirer.

– He, he, he ... Ja, den alderen er «helt sprø».



Men det er stadig moro og ikke minst «interessant», for nå har han begynt å glemme så mye også, og da får han rett som det er nye overraskelser; og de fleste er gledelige.

**Han sitter i en knall rød sofa** med hjerteformete puter. Det er dem han hviler hodet på når han skal ta sin formiddagshvil. Han må ha en hvil mellom øktene, for det går i ett med Arne. Han gir seg ikke, selv om han syns det er blitt tungt å gå. Nylig var han i Trondheim og snakket til over hundre sykepleiere, og NRK, som lager dokumentarfilm om ham. De tok ham med opp i fjellheimen til Tvergastein. Med litt hjelp klarer han fortsatt å gi ut bøker, skrive artikler og holde morgenkåserier i NRK. Og han har fått St. Olavs Orden, Kommandør med stjerne.

– Det har jeg glemt, sier Arne, og ser spørrende bort på Kit-Fai, som for tiden også må steppe inn som hans korttidshukommelse, i tillegg til alt det andre hun trofast hjelper ham med.

– Alt det som skjer nå må jeg se på som et tillegg, fortsetter han.

– Jeg har ikke så lenge igjen nå. Jeg har fått med meg mer enn de fleste, og er godt fornøyd. Jeg har ikke noen krav til livet lenger; jeg bare nyter det.

Det er tiden som drar i ham. Den ustoppelige og ubønnhørlige tiden, som ikke kommer tilbake. Og dermed er han på full fart inn i et foredrag om tid og tro og håpet om et liv etter døden, et håp han selv ikke deler. Han trenger det ikke. Arne ler av døden. Han syns det er morsomt å tenke på sin egen død, som kanskje skjer mens han prater med Kit-Fai om en kjempelang rap han fikk til her om dagen, for Arne er fortsatt en mester i å rape. Eller kanskje han dør mens han snakker med lille Timotei om alle de rare livsformene de har besøkt på fantasireisene ute i verdensrommet.

– *Humor betyr tydeligvis mye for deg?*

– Særlig galgenhumor! kommer det kontant.

### Alle kan en sprø historie om Arne Næss. De fleste er sanne.

– Vi er jo gjester her på jorden en kort, liten stund, og så dør vi og blir glemt. Derfor trenger vi ikke være redde for å oppføre oss riktig. Vi kan bare ta ting som de kommer. Absolutt alle dumhetene våre blir jo snart glemt likevel! sier han og ler for seg selv.

**Han nyter liksom** hver egenproduserte morsomhet i fulle drag, før han går videre, akkurat som når han er ute og spaserer og stopper opp ved blomster og blader, og sier: «Oj, oj!» For alt smått og stort der ute er pur glede, pur livsglede for Arne.

Men så kommer han tilbake til saken.

– Det er ett viktig poeng: Det er ikke noe som er stabilt i livet. Alt forandrer seg hele tiden. Men det betyr ikke at vi ikke skal ta det vi opplever på alvor. Å være menneske er å være noe som forandrer seg. Det er jo ganske fantastisk, ikke sant?

– Jeg studerte astronomi som ung, fortsetter han. – Det fikk meg til å tenke i millioner av år og i ufattelige størrelser. I det perspektivet gjør det inntrykk at det er skapt et levende vesen som mennesket. Vi lever i en brøkdel av et sekund, og så – Bang! – så er det over. *Det er utrolig!*

Og det er på dette tidspunktet han begynner å snakke om «possibilismen», for det er så mange som tror på et liv etter døden, og det er greit, selv om han ikke er med på den ferden. Det vil si: Han kan jo ikke utelukke at det skjer noe «etterpå». Men hvorfor begrense slike fantasier til livet etter døden? Possibilismen tar fatt på dem med en gang; den utelukker ingenting, bortsett fra de logiske

kontradiksjonene; det vil si at ingenting kan være noe og ikke være noe på samme tid.

– Det går ikke, mener han. – Jeg kan se for meg at det plutselig kommer en sju meter lang mann krypende inn gjennom døren. Det ville jeg akseptere. Det ville kanskje være litt pussig med en gang, men så ville det bare være moro. Det ville bli interessant. Jeg ville begynne å lure på hvordan han klarte å komme opp trappen.

#### Og dermed er Arne Næss i gang.

Sånn er jo livet hans nå, fullt av overraskelser, fordi han stadig glemmer hva som skal skje og hva som har skjedd. Han snak-

ker om leiligheten som plutselig kan ligge og flyte ute på havet; om tyngdekraften som slutter å virke og hva som skjer da.

– Jeg ville blitt forundret hvis jeg våknet og så ut av vinduet at vi var langt ute på havet, men ikke så mye. Da ville jeg med en gang tenke på hvordan vi skal klare å styre den, og hvor godt flyter vi egentlig? Og hvordan takler vi store bølger?

Sånn fortsetter han.

– Ja, jeg er possibilist. Det er gøy. Eksistensen blir enda mer fabelaktig. Det skjer hele tiden ting som jeg ikke hadde forutsett. Livet blir rikere.

Nei, det er ikke så stor forskjell på drøm og virkelighet i Arnes verden.

– *Det er vel det man kaller å være «virkelighetsfjern»?*

– Nei, protesterer han. – All erfaring tilsier at virkeligheten forandrer seg hele tiden. Om ti minutter kan alt være helt annerledes enn nå. En svær bølge kan komme og forandre alt, eller en oppfinnelse kan åpne helt nye og uante muligheter.

Så får han øye på noe:

– Se på den lampen der borte! Den som har skjermen litt på skeive. Den er tydeligvis i godt humør!

Arne har funnet et nytt, tankevekkende spor.

– *Det er en litt annerledes oppførsel av en lampe? Ikke sant?*

– Ja, jo, mumler jeg og nikker, og forsøker å henge med, men det er ikke lett å beholde oversikten i alle disse tanke-sprangene, ikke minst fordi det hele tiden ligger en dypt alvorlig mening under. Dette dreier seg nemlig om filosofi og vitenskapsbegrensninger, det dreier seg om naturen og økosofien, og om menneskehetens fremtid – og ikke minst om livskvalitet og nødvendigheten av å leke og le, selv om man er blitt en olding.

– Jeg er mye sjeldnere i dårlig humør nå, etter at jeg ble possibilist, sier han oppmuntrende.

– *Er det dine kunnskaper og din intelligens som har gjort deg lykkelig?*

Arne ler.

– Lykke har lite med å være flink å gjøre, mener han.

– Det at du er et menneske er hovedsaken – at du eksisterer som menneske, og utnytter mulighetene dine og betyr noe for andre. Jeg har aldri følt meg mindreverdig fordi andre har vært flinkere enn meg. Det er bortkastete krefter.

Han har alltid likt å få kritikk. Og han har aldri vært redd for å dumme seg ut. Han er like nysgjerrig på seg selv som på andre og ler når han observerer seg selv, fordi han er blitt så hjelpsløs og gammel. Han er en slags jubelolding. Det renner gledesuttrykk ut av ham. Når han ser Chaplin-filmer, for eksempel, eller når han ser på

bladene som vaier i trærne. Han hører at de snakker til hverandre. Det er en blanding av innlevelse og fantasi. Han beskriver det i detalj i boka *Nærkontakt*.

Han ser bort på Timotei, sin gode venn, som han har lekt og reist og snakket med i nærmere tjue år. Arne Næss lyser opp når han ser det brede smilet til tøygrisen han forelsket seg i oppe i en alpelandt. Han justerer litt på sittestillingen så Timotei ser rett mot ham.

Da bryter kona Kit-Fai inn og sier at Arne må gi seg.

– Du begynner å bli sliten nå, Arne. Du trenger en hvil før NRK kommer.

– Kommer NRK? Arne ser ut som et spørsmålsteget. Se det hadde han glemt.

– Ja, da trenger jeg vel en hvil.

Dermed er vår visitt i possibilitiesmen over. Men det blir

en aldri så liten boksekamp før Arne dansevugger inn mot sengen i den fargerike gensen. Og i det den lett krumbøyde ryggen forsvinner inn gjennom døren til soveværelset er det akkurat som om ansiktet hans lyser forventningsfullt opp: Jeg er allerede glemt, Arne skal inn og fantasere videre om Timotei eller trærne eller det gale fjellet Hallingskarvet som han sier har vært som en far for ham. I Arnes verden er de levende vesener alle sammen. Hvem har sagt at det er kjedelig og trist å bli gammel?



## – En inspirasjon for oss som jobber med eldre

**Arne Næss har blitt første æresmedlem i «Livsglede for eldre». Vel fortjent, mener faggruppelider Anni Særnmo i NSF.**

Den aldrende filosofiprofessoren Arne Næss er blitt populær blant sykepleiere som jobber med eldre mennesker. I mars deltok han på en sykepleierkonferanse i Trondheim. I vår skal boken om tøygrisen hans, Timotei, deles ut til eldre i Trondheims-området. Og i begynnelsen av juni skal han delta på et «Livsglede for eldre»-arrangement i Grimstad.

– Arne Næss er en fantastisk person og en stor inspirasjon for oss som arbeider med eldre, sier

Anni Særnmo, leder for NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Det var hun som hadde invitert Arne Næss til Trondheim for å snakke om hvordan han klarte å glede seg over livet på tross av sviktende korttidshukommelse.

– For oss som arbeider med eldre med hukommelsesproblemer var det en oppmuntring å høre hans optimistiske tanker. Vi kunne se med egne øyne hvordan han utstrålte humor og livsglede. I vårt arbeid er det viktig å fokusere på hele mennesket, ikke bare den rent faglige pleien. Vi vil at sykepleierne skal forstå at faget dreier seg om mennesker. Her er Arne Næss en viktig inspirasjonskilde, forteller Anni Særnmo.

95-åringen Arne Næss gjen-

nomførte sammen med undertegnede et to timers program med samtale og opplesning for en fullsatt sal i Trondheim. Etterpå ble Næss hedret som første æresmedlem i «Livsglede for eldre». Generalsekretær Laila Nygård sa at Næss representerte akkurat det de ønsket å få frem med sitt arbeid. For seminardeltakerne var det spesielt å oppleve hvordan Næss forholdt seg til tøygrisen sin, Timotei. Den viser hvor lite som skal til for å øke livskvaliteten til eldre mennesker, sa Laila Nygård da hun overrakte Arne Næss en dobbelvott som bevis på æresmedlemsskapet.

I slutten av april følger sykepleierstudenter i Trondheim opp med å dele ut boken om Arne og tøygrisen til eldre i Trondheimsområdet. De deler ut en Livs-

glede-pakke til alle sykehjemsavdelingene i byen. Pakken inneholder også lys, blomster, kamera, sjokolade, frukt og en cd. Tre av arrangørene vier også Arne Næss' livsglede oppmerksomhet i en hovedoppgave med tittelen «Livsglede for eldre - Hvorfor er sosial aktivisering av eldre en viktig sykepleieoppgave, for å øke den eldres livsglede?»

Næss dukker også opp i Grimstad i begynnelsen av juni i forbindelse med Livsglede-ukene for eldre (30. mai til 9. juni). Ved siden av konserter, båtturer, dans og matopplevelser får de eldre i området altså møte Arne Næss i samtale med forfatteren Petter Mejlænder (undertegnede) på formiddagen onsdag 6. juni. Dette møtet er åpent for alle som arbeider med eldre.

# Leger stikker av med taksten

Det holder ikke med sykepleiere. Det må en lege til for å få refusjon for en poliklinisk konsultasjon, hvis man skal følge forskriften til punkt og prikke. Gammeldags og tullete system, er kritikken.

– Det er tullete at ikke også sykepleierkonsultasjoner kan utløse refusjon. Mange poliklinikker kan drives bedre av sykepleiere fordi pasienten da får hyppigere, lengre og greiere kontakt og bare trenger å forholde seg til én person, sier Hans Nielsen Hauge, helsefaglig direktør ved Sykehuset Østfold.

Mange mener at refusjonssystemet for poliklinikkene er basert på en gammeldags organisering fra den gangen en poliklinisk behandling stort sett var en kontakt mellom lege og pasient. Avdelingsdirektør Hilde Olsen i NAV tror systemet gjenspeiler at leger med spesialistutdannelse er ansett som en knapp ressurs.

## Sykepleierne blir en utgift

– Dagens ordning er uheldig og ikke i overensstemmelse med den faglige utviklingen. Mange konsultasjoner basert på faglige prosedyrer gjøres av sykepleiere og andre yrkesgrupper, hevder samfunnsmedisiner Folke Sundelin i Helse Øst.

Sentrale helsemyndigheter har ikke ønsket å utvide det polikliniske takstsystemet til også å gi refusjon for arbeid som primært gjøres av andre enn leger. Årsaken er at det hele da blir mer detaljert med mye å registrere og rapportere, forklarer Leena Kiviluoto i Sosial- og helsedirektoratet.

– Det er forståelig og legitimt at de andre yrkesgruppene vil synliggjøre

seg, men rammefinansieringen er såpass sterk at den vil fange opp deres innsats.

Spesialrådgiver Åsne Grønvold i Norsk Sykepleierforbund er ikke enig.

– Ved at sykepleierkonsultasjoner ikke utløser refusjon, har sykepleiernes innsats en tendens til å oppfattes som en utgift i sykehuses budsjett, sier hun.

Olsen fra NAV understreker at det på grunn av rammefinansieringen ikke nødvendigvis finnes en takst for alle prosedyrer som utføres ved en poliklinikk, ei heller dekker takstene fullt ut kostnadene ved de prosedyrene det finnes takst for.

## Går ut over pasientene

Høsten 2005 forfattet Folke Sundelin på vegne av Helse Øst et brev til daværende Rikstrygdeverket hvor flere uheldige sider ved refusjonsordningen ble påpekt. Brevet var basert på tilbakemeldinger fra alle helseforetakene i regionen og var et svar på Rikstrygdeverkets initiativ til revidering av forskriftene.

Der heter det blant annet at nåværende ordning kan gjøre det mer attraktivt å tilsette og bruke legekompentanse, også når andre yrkesgrupper kan utføre arbeidet like godt eller bedre.

Reduserte inntjeningsmuligheter kan medføre at sykehus velger å utsette eller reversere modernisering



### Dette er saken:

Når en pasient behandles på en somatisk poliklinikk, får sykehuset 60 prosent dekket av rammefinansiering fra staten. 40 prosent skal dekkes via egenandel og et takstsystem for refusjon, administrert av Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Ifølge poliklinikkforskriften går sykehuset glipp av både pasientens egenandel og refusjonen fra NAV hvis en poliklinisk konsultasjon foregår hos sykepleier eller annen helsepersonell, og ikke samtidig hos en lege.



av praksis ved sine poliklinikker. Ordningen kan også hemme faglig begrunnede endringer for bedre undersøkelse, behandling og omsorg for pasienter.

– *Oppfordrer altså systemet til sløsing av legeressurser?*

– Hvis en yrkesgruppe gjør noe som ikke gir inntekt, vil antakelig sykehuset, på tross av 60 prosents rammefinansiering, vurdere hvem som skal gjøre jobben, sier Folke Sundelin.

I brevet oppfordres det til at reglene blir endret slik at de ikke hemmer en positiv utvikling av kompetent tverrfaglig arbeid ved landets poliklinikker.

– Dette er et system som ikke har tilpasset seg endringene i faglig praksis. Vi kan ikke fortsette med et system som har et så historisk etterslep, sier han.

#### **Endring på gang**

Fra 2008 er det planlagt at det polikliniske takstsystemet for somatiske sykehus skal erstattes av en ny ordning som er lik ISF/DRG-systemet. Det innebærer at det er pasientens

diagnoser og prosedyrene som er utslagsgivende for hvilken refusjon som gis. Men fremdeles må det være en legespesialist som utfører konsultasjonen.

– *Er dere ikke da like langt, Sundelin?*

– Det kan virke slik, men vi får tro at sentrale helsemyndigheter åpner for at helseforetakene kan bruke klokskap og får refusjon også når de av faglige og driftsmessige grunner bruker annet fagpersonell. Det viktigste for alle må være at pasientene skal være trygge på at virksomheten er basert på faglig forsvarlige prosedyrer.

Hans Nielsen Hauge ved Sykehuset Østfold er også skeptisk.

– Det vil være en bedre løsning administrativt. Men hvem pasienten møter burde være mindre viktig dersom kvalitet og tilfredshet hos pasienten faktisk blir bedre. Det burde være behandlingen og resultatene samt pasientens opplevelse som står i fokus.

Leena Kiviluoto i direktoratet

mener de største endringene vil bety en bedre og mer nøyaktig informasjon om pasienten og behandlingstiltakene.

– Det vil være et mye enklere system som baserer seg på medisinsk informasjon, det vil si diagnosekoder etter ICD 10 og prosedyrekoder etter klinisk prosedyrekodeverk NCSP og NCMP, sier hun.

#### **Ikke merinntekt**

Det vil ikke være mer kroner for sykehusene å hente ut med det nye systemet, men det er heller ikke meningen at inntekten skal reduseres. Den nye ordningen tar utgangspunkt i samme aktivitet som i dag finansieres gjennom takstsystemet. Målet er at hvis man gjør det samme, vil man få det samme refundert, i alle fall det første året.

Ingen vet nøyaktig kostnadene for poliklinisk diagnostikk og behandling i Norge i dag. Derfor vil det heller ikke være reelle kostnader å beregne kostnadsvektene på det første året.



#### **FAKTA**

##### **ISF og DRG**

ISF (innsattsstyrt finansiering) er et finansieringssystem som skal dekke i gjennomsnitt 40 prosent av utgiftene til innlagte pasienter, dagkirurgi samt dialysebehandling, kjemoterapi og dagrehabilitering. Resten, det vil si 60 prosent, finansieres gjennom rammebevilgning. ISF-refusjoner tar utgangspunkt i poeng som fås gjennom pasientklassifisering hvor registrerte pasientdata (diagnoser og prosedyrer) brukes. Pasientklassifiseringssystemet kalles DRG (diagnoserelaterte grupper) og kostnadsvektene (DRG-poengene) som hører til, beregnes ut ifra økonomiske data samlet inn fra cirka 20 norske sykehus.



De vil tidligst kunne foreligge i 2009, og da vil nok noen sykehus merke forskjeller på hva de får refundert i forhold til før:

– Kostnadsvektene vil gi omfordelingseffekter slik at de som tidligere drev med god margin vil få mindre betalt mens de som drev med «underskudd» vil få mer. Systemet vil altså kunne gi en mer rettferdig fordeling, og da vil noen automatisk vinne og noen tape, sier Kiviluoto.



## TAKST-TAPEREN

# Ahus går glipp av 10 000

Ahus mister anslagsvis 10 000 konsultasjoner i året på at ikke sykepleierne utløser refusjon. Der tror de ikke nytt refusjonssystem blir noe bedre før kravet til refusjonsberettigete stillinger faller bort.

Ahus går glipp av 3500 konsultasjoner i året ved avdelingen for nyre/endokrinologi, fordi sykepleierkonsultasjoner ikke er refusjonsberettiget. På bakgrunn av det tallet anslår administrerende direktør Erik Normann at sykehuset går glipp av 10 000 konsultasjoner i året.

– Det blir meningsløst hvis vi ikke skal kunne bruke sykepleierne mer til oppgaver de er kvalifiserte

til. Det er også viktig å fordele legestillingene der de er mer nødvendige så lenge det er en knapphetsressurs, sier han.

### Har bedt om endring

Ahus skrev i mars et brev til Sosial og helsedirektoratet (SHdir). Der ba sykehuset om at kravet til refusjonsberettigete stillinger bør falle bort når det nye refusjonssystemet skal tre i kraft.

Sosial- og helsedirektoratet har ennå ikke svart på brevet. Olav Slåttebrekk, divisjonsdirektør i helseøkonomi og finansiering i direktoratet, understreker at det ikke er meningen at overgangen til nytt system skal innebære noen innholdsmessige endringer.

– Dette er kun tekniske endringer. Men det er klart at problemstillingen du nevner er aktualisert ved overgangen til nytt system, sier han.

### Vil drøfte med NSF

SHdir vil likevel anbefale en videreutvikling av takstsystemet som først og fremst er basert på prosedyrer og aktivitetsbeskrivelser, og vil i

mindre grad stille krav til hvem som skal utføre aktiviteten. Det faglige ansvaret for aktiviteten skal ligge hos de respektive ledelsesledd.

– Problemstillingen er imidlertid mer kompleks enn den kan synes i første omgang. Skal nye aktiviteter eller nye profesjoner utløse takst, vil det ha budsjettmessige konsekvenser som må kartlegges og besluttes på Stortinget, sier Slåttebrekk.

SHdir arbeider nå med en utredning av hele ISF-ordningen som også berører denne problemstillingen.

– Denne vil vi gjerne drøfte med NSF før vi konkluderer, sier Slåttebrekk.

## TAKST-VINNEREN

# Østfold fikser refusjon for sykepleiere

Selv om forskriften krever en lege for å utløse refusjon, åpner helsepersonelloven for å delegerer ansvar. Sykehuset Østfold har fått refusjon for sykepleierkonsultasjoner i fire år.

Sykehuset Østfold har flere somatiske poliklinikker som drives av sykepleiere og får refusjoner for konsultasjoner gjort innen diabetes, stomi, CPAP, hjertesvikt, MS og hjerterehabilitering.

– En navngitt lege er ansvarlig og kan kontaktes av sykepleierne. Vi har utarbeidet prosedyrer som angir i hvilke situasjoner legen skal kontaktes og hvilke oppgaver sykepleierne har. Sykepleierne og ansvarlig lege har regelmessig og hyppig kontakt, sier Hans Nielsen Hauge, helsefaglig direktør ved Sykehuset Østfold.

### Best for pasienten

Hauge vet ikke om andre sykehus som har organisert seg som dem. Ved sykehuset er man så fornøyd med ordningen at den vil fortsette etter at NAV-takstene kommer inn under ISF-ordningen.

– Vi vil også i fremtiden ha en ansvarlig lege. Vi har organisert oss på denne måten ikke bare for å tilpasse oss et økonomisk system, men like mye for å gi pasienten et forsvarlig og godt tilbud.

Hauge ville tatt opp diskusjonen hvis daværende Rikstrykdeverket

hadde reagert da sykehuset la om organiseringen for fire år siden.

– Poenget er jo at det blir en bedre service for pasienten når sykepleierne tar disse konsultasjonene, hevder han.

### – Uheldig med ulik praksis

– Det varierer fra sykehus til sykehus i hvilken grad det forekommer delegering, det har vi ingen oversikt over. Det avgjørende er legens vurdering og kompetanse til annet helsepersonell, sier Hilde Olsen, direktør i avdeling for pensjon og ytelse i NAV.

NAV fører ingen kontroll med de ulike organiseringsmodellene medisinske forsvarlighet, det er Helsetilsynets oppgave.

I forbindelse med overgangen til

nytt kodeverk i 2008, er NAV bedt av Sosial- og helsedirektoratet å foreta en grundigere undersøkelse av i hvilke tilfeller det er annet helsepersonell enn leger som vurderer/ behandler pasienten.

– Fra et forvaltningsmessig synspunkt er det helt klart uheldig dersom reglene er så uklare at det praktiseres ulikt, sier divisjonsdirektør Olav Valen Slåttebrekk i Sosial- og helsedirektoratet.

– Vil dere få klarere regler i det nye systemet?

– Hvis gjennomgangen viser at det er behov for det, vil vi det. Vi tar sikte på en avklaring av dette i løpet av sommeren.





**Nyhet!**

Enbrel fåes nå også  
som ferdigfylt sprøyte  
- 25 mg og 50 mg



**VIRKER PÅ  
DET DU SER  
OG IKKE SER**

Enbrel påvirker livskvaliteten for tusenvis av mennesker hver dag.<sup>1,2</sup>  
Kliniske studier viser en veletablert sikkerhetsprofil.<sup>1,3</sup>

1. SPC for Enbrel  
2. IMS data  
3. Moreland et al, J Rheumatol 2006;33:854-61  
FK-tekst se side 62

Prøv vår

# Sårmeny

La såret avgjøre valg av behandling  
- ikke leverandøren!

Hos Norengros kan du velge sårbehandlings-  
produkter som er tilpasset såret. For en optimal  
behandling kan du fritt velge og sette sammen  
produkter fra bransjens ledende leverandører.

Norengros er opptatt av at du som kunde skal  
være trygg på dine produkt- og tjenestevalg.  
Vi har rådgivere som opptrer uavhengig av  
forhold til merke/produsent. Vi vil alltid være  
beredt til å gi kompetente råd.

vi gjør arbeidsdagen enklere!





# Barth Tholens om voldtekt og kjønnsdebatt

**Stilling:** Redaktør i Sykepleien

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



## I'm your man

Jeg tar glatt avstand fra alle som utsetter kvinner for urett og overgrep. Skulle bare mangle. Men har jeg et spesielt ansvar for overgrep fordi jeg er mann?

I'm your man, synger Leonard Cohen med en stemme som fortsatt utfordrer bass-området på mitt musikkannlegg. Den canadiske sangeren oppnådde i sin tid en voldsom popularitet, ikke minst blant kvinnelige musikkelskere. Jeg tror neppe han kalte seg feminist for det. Han var bare en mann som sang de riktige tingene på en ganske sexy måte.

Jeg kom til å tenke på Cohen da jeg leste om «Menn mot voldtekt», et tiltak satt i gang av menn som ønsker å ta aktiv avstand fra overgrep og voldtekt. Det figurerer nå blant annet en oppropsliste på nett hvor du kan stille deg i køen av menn som sier ja til flørtende kvinner, men nei til at dette automatisk skal oppfattes som invitasjon til sex.

Bakgrunnen for aksjonen er blant annet det økende antallet voldtekter som har herjet Oslo og Norge de siste årene. Aksjonistene ønsker at menn i større grad skal engasjere seg i denne utviklingen. Mens likestilling i samfunnet ellers sakte men sikkert vinner terreng, er det et paradoks at mønsteret for seksuelle overgrep gjenspeiler holdninger fra tiden før kvinner i det hele tatt fikk stemmerett.

Den siste tiden er det offentliggjort flere undersøkelser som skal vise at det er noe grunnleggende galt med menns holdninger når det gjelder sex og kvinner. Sist ute var en rapport om at en tredel av guttene ved noen videregående skoler i Trøndelag skal tro at kvinner kan ha visse gleder ved å bli voldtatt. Noen uker tidligere fastslo en annen undersøkelse at halvparten av alle menn mener at kvinner selv maner fram overgrep. Kvinner som kler seg seksuelt utfordrende, må regne med trøbbel – skal halvparten av landets menn ha ment, ifølge Dagbladet.

Jeg tilhører det kjønn som pleier å være det som voldtar. Det er i og for seg sørgelig. Likevel nøler jeg med å ta på meg kollektiv skyld for det andre menn måtte svare i slike undersøkelser. Jeg er dessuten skeptisk til om vi er tjent med en debatt hvor man forsøker å dele alle nyansene inn i kun to leire: Menn/kvin-

ner, overgripere/ofre, vinnere/tapere, dårlige holdninger/riktige holdninger. Demonisering av det andre kjønn vil ikke gi oss færre, men flere overgrep.

Selv om jeg er enig med «Menn mot voldtekt» i at seksualitet i større grad bør være tema i mannsmiljøer, er jeg lite gira på å sette mitt navn under deres oppropsliste. Jeg ønsker ikke å framstå som en mann mot voldtekt, men som et menneske mot voldtekt. Jeg har nemlig like lite til felles med menn som hopper på en

de fremste som kjemper på barrikadene for likelønn og respekt for en arbeidsgruppe som for det meste består av kvinner. Det er en viktig kamp som fortjener alles støtte – selvfølgelig også fra menn.

Å gjøre den moderne mann til fiende eller et hinder i denne kampen, er ikke en farbar vei. Det vil tvert om bare skape motsetninger som vil skade likestillingssaken heller enn å gagne den. «Den heterofile mannen blir til slutt en ape i bur som må lære seg å takle

sin seksualitet, sin primitive atferd og sin mangel på tilpasning, mens alle andre peker på buret og roper fy!», skrev Shabana Rehman i en oppløftende kommentar i Aftenposten nylig. Rehman registrerer blant annet at vi i kjønnsdebatten snart kjenner menn bare som overgripere. Dette svart/hvitt-bildet av det ene kjønn forkvakler ofte debatten og gjør



FY! Å gjøre mannen til en upålitelig ape vil heller skade likestillingssaken. Foto: Colourbox

det til syvende og sist vanskeligere å oppnå de målene som de fleste menn og kvinner egentlig er enige om.

kvinne i en mørk bakgate som de fleste kvinner vil ha til felles med Veronica Orderud. Det er ikke slik at jeg må snakke mine kompis fra å sextrakassere kvinnelige arbeidskolleger eller fra å kjøpe seksuelle tjenester fra nigerianske ofre for menneskehandel. Jeg vil rett og slett ikke bli puttet i båsen for potensielle overgripere som kan hjelpe hverandre til å behandle damene bedre.

Vi trenger opplagt en likestillingskamp i Norge. Mye er fortsatt ugjort når vi ønsker et trygt samfunn hvor det ikke gjøres forskjell på kjønnene. Norsk Sykepleierforbund er blant

det til syvende og sist vanskeligere å oppnå de målene som de fleste menn og kvinner egentlig er enige om.

Innerst inne vil de fleste menn gjerne syng «I'm your man», fordi de har sett at kvinnens kamp for likestilling også gir dem som menn et større spekter å spille på. Likestilling fratar menn et kunstig «forsprang» på tradisjonelle arenaer. Men det gjør dem også rikere på følelses- og omsorgsarenaer hvor de tidligere var helt utestengt. Det er ikke en dårlig bonus. Og det har de fleste menn som jeg kjenner, forlenget skjont.

NYHET



# GARDASIL®

## - en vaksine som skal forhindre livmorhalskreft\*

Den første vaksinen som skal forhindre livmorhalskreft

- Før livmorhalskreft oppstår, forhindrer GARDASIL® høygradig livmorhalsdysplasi og har i tillegg påvist effekt mot lavgradig livmorhalsdysplasi\*
- Utover livmoren, forhindrer GARDASIL® også forstadier til vulvakreft og kjønnsvorter\*

Dette er tilstander som forårsakes av humant papillomavirus type 6, 11, 16 og 18\*

For å beskytte barn, ungdom og unge kvinner

**BESKYTTELSE FRA 4 PAPILOMAVIRUSTYPER,  
FØR LIVMORHALSKREFT OG UTOVER LIVMORHALSEN\***

  
sanofi pasteur MSD  
vaksiner for livet

Tlf: 23 12 05 35 Fax: 23 12 05 10 infono@spmsd.com

REF:\* Norsk SPC.

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



# Narkose på nett

Hva skjer når Sally får vondt i magen og må operere?  
Barn som lurer på det kan finne svaret på «Narkoswebben»

Barn som skal legges i narkose på Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm kan forberede seg på nett. Idéen står to anestesisykepleiere bak. Sammen med anestesilege Ulf Lindsten har Gunilla Lööf og Erika Berggren lagt ned utallige fritimer for å utforme og finansiere nettstedet som blant annet byr på tegnefilmer, reelle bilder fra akuttmottak og operasjonsstue, og informasjon til foreldre.

## Rask fødsel

Hvert år legges 6 500 barn i narkose på Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Lööf og Berggren erfarte at tiden ble knapp til å informere dem og foreldrene deres om hva som skulle skje, og brosjyrene de hadde til rådighet begynte å bli gamle og umoderne og modne for revisjon. I tillegg så de betydningen av å møte barn der de er, og barn i dag bruker data for å leke og tilegne seg informasjon. Derfor fikk de ideen til Narkoswebben.

Inspirert av en studietur til Canada, begynte de å stable nettstedet på bena på nyåret 2006. I slutten av november samme år ble Narkoswebben offisielt åpnet.

## Helt enkelt

– Målet er at dette skal være veldig enkelt, og at man ikke trenger noe medisinsk bakgrunnkunnskap for å bruke siden, sier Gunilla Lööf, som anslår at den kan brukes av barn ned til to år.

Hun tror nettsiden er unik i verden. – Vanligvis finner du noe informasjon ett sted, og så må du klikke deg inn på en annen side for å finne mer. Her har vi prøvd å samle alt på ett sted, og tanken er at barn og foreldre sammen kan finne svar på ting de lurer på. Narkoswebben er også ment for foreldre og andre som står barnet nær.

Narkoswebben eies av Karolinska Universitetssjukhuset (som Astrid Lindgrens Barnsjukhus er del av), og innholdet er godkjent av lederen for

anestesiseksjonen og sykehusets ledelse.

Målsettingen er å formidle budskapet til så mange som mulig og at siden skal være lett å finne. Derfor var det viktig med en egen nettadresse, i tillegg til at siden ligger under Karolinskas portal.

## Hard konkurranse

Et annet viktig punkt var å trekke ut av sykehuset for å få idéer.

– Konkurransen om ungenes oppmerksomhet er stor, og vi er to damer på 40 år uten erfaring med internett. Derfor engasjerte vi et eksternt byrå med en annen tenkemåte enn oss, sier Lööf.

Narkoswebben er finansiert gjennom midler fra private stiftelser, fond og firmaer. En serie tegnefilmer med blant andre hunden Sally, som må operere bort blindtarmen, og blekkspruten Billy, som må ha venekanyle, er finansiert og eid av Sjukvårdsrådgivningen, en offentlig svensk informasjonstjeneste. Disse filmene finnes også på dvd, som barn som legges inn akutt kan få se hvis de har mulighet og lyst. Mye av informasjonen fra Narkoswebben er også trykket opp i brosjyrer som er tilgjengelig på sykehuset.

## Stor etterspørsel

Nettstedet har møtt et behov som oversteg den vildeste fantasi teamet bak måtte ha hatt. En grunn til det er nok at det i Sverige generelt er mangel på informasjon om hvordan det er å få narkose.

Barn, deres foreldre, søsken, andre pårørende, skoler, barnehager, bibliotekarer og andre bruker nettsiden. Også voksne har ytret ønske om en egen side. Derfor slutter ikke historien her.

– Vi er bare så vidt i gang, sier Gunilla Lööf på vegne av teamet.

Se selv: [www.narkoswebben.se](http://www.narkoswebben.se)

Kontakt:  
gunilla.loof  
erika.berggren  
ulf.lindsten

## C1

### Gardasil® "Sanofi Pasteur MSD"

Vaksine mot humant papillomavirus

ATC-nr.: J07B M01

#### INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON:

Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorft aluminiumhydroksofosfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.<sup>1</sup>

**INDIKASJONER:** Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger. **DOSERING:** Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn: Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

**KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradig cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

**INTERAKSJONER:** Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdititer var lavere når vaksiner ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

**GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

**BIVIRKNINGER:** Hyppige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. Sjeldne (<1/1000): Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Ved for høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

**EGENSKAPER:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinene hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftiter mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdititer, 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares i kjøleskap (2 C-8 C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

**PAKNINGER OG PRISER:** Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1259,40 058397. Sist endret: 23.11.2006

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



Tlf: 23 12 05 35 Fax: 23 12 05 10 infono@spmsd.com

# Omreisende sy

## – gir økt trygghet

Ullevål universitetssykehus og 20 sykehjem i Oslo samarbeider på en ny måte.

Det har ført til:

- redusert antall innleggelser i sykehus
- kortere liggetid på sykehus
- bedre faglig samarbeid mellom sykehus og sykehjem
- mer skånsomme pasientforløp
- at flere får en verdig død

# kepleier

A photograph of a woman with reddish-brown hair tied back, wearing a white long-sleeved top and dark pants, walking away from the camera in a hospital hallway. She is carrying a dark, textured bag over her shoulder. In the foreground, the back of a person in a white lab coat is visible, slightly out of focus. The hallway has light-colored walls and a polished floor.

AMBULERENDE: Eirin Gravdal fra observasjons-  
posten på Ullevål har sykehjemsvakt.



# Utrykning – uten blålys

Noen ganger haster det med å få lagt inn venekanyler eller et kateter. Andre ganger er det faglig utveksling som er viktig. Sykehjemsvakten ved Ullevål universitetssykehus er en viktig ressurs i samspillet mellom sykehjem og sykehus i Osloregionen.



INFORMASJON: Eirin Gravdahl slår av en fagprat med sykepleier Gørild Bendixen.

Det er en vanlig dag på observasjonsposten på Ullevål. En del av personalet har vært til lunsj og stikker innom vaktrommet. Har det skjedd noe spesielt? Nei. Det er rolig. I den grad man kan si det er rolig på obs'en på Ullevål.

– Vi merker det faktisk på været, forteller seksjonsoversykepleier Arne Mehlum.

– Da er tilstanden mer stabil for kronikerne. Når det er uvær, er pågangen stor av folk med kols og lunge- og hjerteproblemer.

Kvart på tolv er sykepleier Eirin Gravdal på plass, i olabukse og genser blant de hvitkledd kollegaene. Det er hun som har dagens sykehjemsvakt.

– De er populære, de sykehjemsvaktene. Særlig fordi du kan sove litt ekstra, sier Arne Mehlum. De andre i rommet humrer og ser opp fra journalene og andre papirer.

## Pakker sekken

Eirin Gravdal er i full gang med forberedelsene til dagens tur. I dag går den til Tåsenhjemmet – men bare den ene avdelingen da sykehjemsvakten holder kurs for de ansatte ved den andre. Hun skal også til Lillohjemmet. I alt er omkring 20 sykehjem med på ordningen, og målet er å besøke alle omkring en gang hver annen uke.

Hun sjekker sekken med nødvendig utstyr som skal være med. Det manglet en «strammer», forteller hun og gjør en drabevegelse over venstre overarm. Deretter sjekker hun en perm hvor det finnes informasjon om nylige innleggelser, hva som feiler pasienten og hvor pasienten er nå, om han er sendt

hjem eller tilbake til sykehjemmet etter vurderingen på obs'en.

I dag er det ingen spesielle ting å følge opp, men sykehjemsrundten skal gjennomføres likevel. Det er viktig med kontinuitet. En viktig side ved ordningen er den jevnlige kontakten og faglige utvekslingen mellom sykehuset og sykehjemmene. Også på rolige vårdager.

Første stopp er Lillohjemmet. Gravdal begynner på toppen og besøker avdeling etter avdeling nedover. Men det er rolig. Det lukter mat, og beboerne er på vei til middag. Det trengs ikke hjelp til å legge verken venekanyler eller katetre.

– Men det er veldig godt å vite at vi kan få hjelp når behovet oppstår, sier sykepleier Jeanette Selvik og flytter seg slikt at sultne beboere med rullator og rullestoler kan passere på veien til matsalen.

– Ingen ting er bedre enn når alt går bra, sier Gravdal. – Dere får bare ringe hvis det er noe.

## Pursennid eller Laxydra?

I bilen på vei til Tåsenhjemmet – «sving til venstre», «sving til høyre» sufflerer GPS'en – forteller hun at hun kom til observasjonsposten for halvannet år siden. Hun har tolv ukers turnus og prøver å legge inn fire-fem sykehjemsvakter. Men det er ikke bare for å kunne ta det med ro om morgenen.

– Det er fint å få andre impulser iblant. Selv om det ikke skjer dramatiske ting på rundene våre, er det viktig å slå av en prat om faglige utfordringer og problemer. Det er lærerikt for både personalet på sykehjemmene og oss på sykehuset.



UTEN FRAKK: Eirin Gravdal i sivil, klar for dagens andre sykehjemsbesøk.

forslag, som Gørild skal legge fram for legen neste dag.

#### Vakttelefon i veska

Venekanyler er tydeligvis et viktig stikkord i samhandlingen mellom sykehjemsvakten og sykehjemmene. Tidligere kunne en pasient risikere å bli sendt til sykehuset for å få venekanyler dersom hun skulle starte med en væskebehandling. Det kunne være en stressende opplevelse, som ofte bidro til en alvorlig forverring av tilstanden.


– Mange kvier seg for å sette venekanyler, bekrefter Gørild. – Det gjør det heller ikke enklere at mange av beboerne går på medisiner som kan gjøre blodårene skjøre eller vanskelige å finne. Da er det godt å kunne be om hjelp fra sykehuset.

Omkring klokken tre er Eirin tilbake på Ullevål, men vekten varer helt til klokken åtte om

Når vi kommer til Tåsenhjemmet er været blitt enda mer vårlig. Sikkert stille her også i dag, gjetter Gravdal.

Joda, det bekrefter sykepleier Gørild Betrice Bendixen. Beboerne har spist, og mange har lagt seg for å hvile.

– Men hva tror du om dette, sier Bendixen til Gravdal og forteller om «fru Hansen» som sliter med treg mage, til tross for at hun har fått både laktylose, pørsennid, laxydral og mikrolax. Nå er det fem dager siden sist hun hadde avføring. Etter en diskusjon kommer de fram til et



### SYKEHJEMSVAKTEN

- en ambulerende tjeneste som utgår fra observasjonsposten på Ullevål universitetssykehus
- besøker 20 sykehjem en gang hver andre uke
- har som mål å forbedre behandlingen av akutte syke sykehjemsbeboere og styrke det faglige samarbeid mellom sykehjem og sykehus

kvelden. Hun tar et glass vann og er kanskje litt sliten etter å ha hatt Sykepleiens to utsendte på slep en hel ettermiddag.

– Nå kan jeg egentlig gjøre hva jeg vil, så lenge jeg er tilgjengelig og klar til å rykke ut på kort varsel. Jeg tror derfor jeg tar en tur hjem, sier hun og putter vakttelefonen i veska.

Men selv om vekten hittil har vært rolig og været fortsatt er bra, vet hun aldri hva som venter de neste timene. Sykdom lar seg dessverre ikke stoppe av sola, så det er viktig at beredskapen er på topp.



FORNØYD: Seksjonsoversykepleier Arne Mæhlum mener sykehjemsbeboere i Oslo har fått bedret oppfølging.

## Tiltak for en voksende pasientgruppe

– Beboere ved sykehjem i Oslo får nå et tilpasset og bedre samlet tilbud ved akutte sykdomstilstander.

Ordene kommer bestemt fra seksjonsoversykepleier Arne Mæhlum, som var med da prosjektet startet i 2003. I dag har det blitt evaluert som svært positivt og blitt en permanent ordning.

Han viser til den brede nasjonale enigheten om å prøve ut samarbeidsmodeller og nye organisatoriske løsninger for bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

– En av de virkelig store utfordringene er samhandlingsmodeller for pasientgrupper som vokser i størrelse og hvor økt effektivisering vil føre til økt kvalitet for pasientene, kommunen og spesialisthelsetjenesten. Akutt syke sykehjemsbeboere er

en slik pasientgruppe.

– Sykehjemsbeboeren får nytte av at sykehuset overfører kompetanse og gir undervisning og støtte til ansatte i sykehjemmene. Sykehjemspersonellet gir på sin side sykehuset viktige innspill ut ifra den unike erfaring de har med å arbeide med sykehjemsbeboerne, sier Mæhlum.

Ordningen innebærer blant annet at man allerede ved innleggelse i sykehjem avklarer

hva som er rett behandlingsnivå for beboeren. Hva skal til for at beboeren skal legges inn på sykehus, er et av spørsmålene beboeren, pårørende og helsepersonellet i sykehjemmet må ta stilling til. Det er viktig, mener Mæhlum.

– Det betyr selvsagt ikke at beboerne skal unngå innleggelse for enhver pris, men at man planlegger på hvilket nivå og hvordan helsehjelpen skal komme dem til gode.



Av **Kristine Braastad**  
intensivsykepleier og ledende  
spesialsykepleier med fag-  
ansvar på obsposten,  
Ullevål universitetssykehus



Av **Arne Mæhlum**  
avdelingssykepleier ved  
obsposten,  
Ullevål universitetssykehus



Av **Dag Jacobsen**  
avdelingsoverlege ved akutt-  
medisinsk avdeling, Ullevål  
universitetssykehus

### All kommunikasjon mellom obsposten og prosjektsykehjemmene ble loggført.

# Tilrettelegger for

Ullevål universitetssykehus har innført nye rutiner for at eldre sykehjemsbeboere skal få en mest mulig verdig avslutning på livet.

I 2002 ble det lagt inn et økende antall sykehjemspasienter på Ullevål universitetssykehus. Flere av personalet på sykehuset opplevde måten enkelte innleggelse foregikk på som uetiske, og som en uverdig behandling av gamle, syke mennesker. Pasientene ble ofte lagt inn på kveld og natt, og det forekom dødsfall i ambulansen på vei til sykehuset, eller kort tid etter innleggelse.

I februar 2003 startet et samarbeidsprosjekt mellom Ullevål universitetssykehus og fire sykehjem i Oslo.

#### Vellykket prosjekt

Gjennom prosjektet har man iverksatt en rekke tiltak som går på kompetanseoverføring og samhandling mellom sykehuset og sykehjemmene. Nå er prosjektet evaluert, og vurdert som svært vellykket.

Resultatene av prosjektet er blant annet:

- Redusert antall innleggelse i sykehus
- Kortere liggetid på sykehus
- Bedret faglig samarbeid mellom sykehus og sykehjem.

Dette har ført til at pasientforløpene har blitt mer skånsomme for sykehjemsbeboerne, som i flere tilfeller har fått behandling på sykehjemmet.

Prosjektet har ført til en forbedring av tjenesten, og sykepleierne har bidratt til at flere pasienter har fått en verdig død.

Prosjektet ble avsluttet ved årsskiftet 2005/2006 og er nå i

permanent drift ved observasjonsposten, Akuttmedisinsk avdeling. Prosjektet mottok «Brukerrådets pris» ved Ullevål universitetssykehus for 2004, og «Det nytter-prisen» for 2005.

#### Årsaker til innleggelse

Det ble foretatt en kartlegging som viste to hovedårsaker til innleggelse av sykehjemspasienter:

- Akutt sykdom eller akutt endring av kronisk sykdom, med behov for rask diagnostikk og behandling
- Akutt sykdom hos sykehjemsbeboere i livets sluttfase

#### Uverdig avslutning

Et samlet helsepersonell opplevde flere av innleggelsene som uverdige for pasientene, ofte fordi pasienter var så dårlige at de døde i ambulansen på vei til sykehuset. Andre pasienter døde etter kort tid på sykehuset. Det er en belastning for gamle syke mennesker å bli transportert ut av sengen sin og inn på et fremmed sykehus, kanskje midt på natten. Pårørende som fulgte ble nødt til å forholde seg til nytt og ukjent personale når deres nærmeste døde. Gamle demente pasienter ble mentalt betydelig forverret under innleggelsen, særlig hvis de ble flyttet flere ganger.

Personalet på sykehuset mente at behandlingen av pasientene kunne gjøres bedre hvis de fikk være på sykehjemmet, med kjente mennesker rundt seg i vante omgivelser. Dersom de kunne få den

hjelpen og tryggheten de trengte der, ville belastningen bli mindre.

I NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren skal være oppmerksom på sitt profesjonelle og etiske ansvar overfor pasienter, arbeidssted og samfunnet, både nasjonalt og globalt (1). Dette tilsier at sykepleierne rettmessig reagerer på forhold som oppleves som uetisk og uverdig for sykehjemspasientene, og at det er viktig med tiltak som kan bedre dette.

#### Unødvendige innleggelse

For å bedre situasjonen måtte vi bedre samarbeidet mellom sykehjemmene og sykehuset, både i forhold til legetjenesten og sykepleietjenesten. Tiltak som kunne øke sykehjemspersonalets faglige trygghet i forhold til å håndtere akutt syke sykehjemsbeboere, og å gjøre kommunikasjonen mellom sykehjem og sykehus enklere og bedre, var aktuelle.

Det var et viktig aspekt at ingen pasienter skulle nektes nødvendig spesialistbehandling, men i de tilfeller der det var til beste for pasienten å få være i ro på sykehjemmet og få adekvat kurativ eller lindrende behandling der, ønsket vi å få dette til.

For å belyse de ulike sidene ved prosjektet refereres sykehjemsprosjektet i korthet.

Før start ble innleggelsesmønsteret fra sykehjem i Oslo til Ullevål universitetssykehus kartlagt. Denne viste at mange sykehjemspasienter ble innlagt

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

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

#### Søkeord:

Eldreomsorg  
Akuttmedisin



# en verdig død



Foto: Erik M. Sundt

på kveld og natt, oftest via Oslo Kommunale Legevakt (OKL). Tilsynslegen som kjenner pasientene er ikke tilgjengelig på kveld, natt og helg, derfor blir OKL tilkalt. Fordi legevaktslegen ikke kjenner pasientene, velges i mange tilfeller en innleggelse på sykehus. Vi tror at tilsynslegen ville valgt en annen løsning, og kanskje beholdt pasienten på sykehjemmet med lindrende behandling. På den måten ville pasienten blitt spart for en unødvendig innleggelse, og

kunne forbli i kjente omgivelser. Sykehjemsprosjektet hadde følgende formål og mål:

**Formål:** Effektive og kvalitative behandlingsforløp til beste for sykehjemsbeboere, hvor nødvendige tiltak ytes til riktig tid og på riktig sted.

**Mål:** Utvikling av modell for økt samarbeid og kompetanseoverføring mellom første- og andrelinjetjenesten.

Prosjektgruppen var sammensatt av en lege og en sykepleier fra hvert av sykehjemmene, samt leger og sykepleiere fra Ullevål universitetssykehus og prosjektleder. Sammensetningen sikret en gjensidig forståelse av behov og tiltak som ble utarbeidet i gruppen. Det var også viktig å få med aktører som prosjektet ville få praktiske konsekvenser for. Prosjektgruppen har i fellesskap utarbeidet en rekke tiltak som er gjennomført på ulike nivå:

TILSYN: Sykepleier Eirin Gravdal fra Ullevål sykehus undersøker en beboer ved Tåsenhjemmet i samarbeid med Gørild Bendixen.

## Ambulerende team

En ny stilling på obsposten skulle være en sykepleiefaglig ressurs for sykehjemmene i prosjektet. Sykepleieren hadde vakt fra kl. 12.00 til 20.00 på hverdager, og kunne konsulteres per telefon eller rykke ut til sykehjemmene.

Ved tilsyn vurderte sykepleieren sammen med sykehjemmets sykepleier hvilke tiltak som var nødvendig. Fordelen med denne felles



FAGUTVEKSLING: Eirin Gravdal vurderer nødvendige tiltak i samarbeid med sykepleier ved Tåsenhjemmet, Gørild Bendixen. Foto: Erik M. Sundt

vurderingen på sykehjemmet var blant annet at den sykehjemsansatte kjente beboers normale funksjonsnivå og kunne gjøre en vurdering av endring i forhold til dette. Observasjonspostens sykepleier var mer vant til akuttmedisin og kjente Ullevål universitetssykehus rutiner og muligheter godt. Hun skulle ikke ta over ansvaret for pasienten, men være en støtte for sykehjems-personalet. Dette samarbeidet har flere ganger avverget innleggelse, ved for eksempel innleggelse av veneflon eller blærekateter. I andre

tilfeller har samtale med pårørende bidratt til å øke tryggheten, slik at de har ønsket å beholde pasienten på sykehjemmet.

#### Hospitering

Et annet tiltak er tilbud om hospitering på obsposten og akuttmottaket for sykehjems-personalet. Hovedhensikten med hospiteringen var å gi innsikt i pasientforløpet sykehjem – sykehus – sykehjem, samt å bidra til personlig relasjon og nettverk mellom personalet ved sykehuset og sykehjemmet.

#### Økt trygghet

For å utføre poliklinisk diagnostikk og behandling av sykehjemspasientene ble det øremerket to plasser ved medisinsk dagpost hvor pasientene også kunne få spesialisttilsyn ved behov. Det er blant annet gitt blodtransfusjoner og gjort vurderinger fra kompetansesenteret for lindrende behandling på dagposten. Innleggelse på dagposten skjedde planlagt, og transport ble bestilt i god tid både for levering og henting etter utført behandling.

Personalet på sykehjemmet kunne planlegge at en pleier som kjente pasienten kunne følge med, noe som økte tryggheten.

#### Kompetanseoverføring

En viktig del av kompetanseoverføringen var kurs og seminar. Vi vektla økning av kompetansen på flere nivå, både blant hjelpepleiere, leger og sykepleiere.

Obsposten arrangerte kurs på sykehjemmene for både hjelpepleiere og sykepleiere. Kursene omhandlet observasjoner og vurderinger ved akutte sykdomstilstander, intravenøs medikamenthåndtering, væskebehandling og innleggelse av veneflon. Dette var nyttige kurs for å få en felles forståelse av pasientens tilstand ved samarbeid i pasientsituasjoner. I tillegg holdt kompetansesenteret for lindrende behandling ved Ullevål universitetssykehus kurs om smertelindring og avklaring av behandlingsnivå. Dette økte tryggheten hos personalet i forhold til å beholde pasienter som er i livets sluttfase.

#### Felles prosedyrer og dokumentasjon

Prosjektgruppen har laget flere standardprosedyrer, som har fokus på pasientforløpene ved både innleggelse i sykehus, og retur til sykehjemmet. Prosedyrene beskriver hvilke vurderinger som bør gjøres, og hvilken dokumentasjon som

bør følge pasienten. Prosedyrene ivaretar en helhetlig tankegang rundt pasientforløpene. På denne måten sikres riktig behandling på rett sted.

Det er også utarbeidet et skjema for avklaring av behandlingsnivå. Dette skjemaet skal tilsynslegen fylle ut i samarbeid med pasient og pårørende. Det skal senere oppbevares slik at det er tilgjengelig ved en akutt oppstått endring i pasientens tilstand. Skjemaet er et hjelpemiddel for den legen som skal ta en avgjørelse om videre behandlingsnivå når dette er aktuelt. Dermed kan man unngå unødige og uønskede innleggelser i sykehus. Enkelte pasienter og pårørende har klare tanker om dette, og det bør respekteres dersom det er nedfelt, og diskutert på forhånd.

#### Metode

Det ble gjort kontinuerlig registrering av data i hele prosjektperioden. Det ble utarbeidet et registrerings-skjema for bruk i akuttmottaket, hvor alle innleggelser fra alle sykehjem i Oslo ble registrert. Her ble det notert når på døgnet pasienten ble innlagt, diagnose og hvem som var innleggende instans. Et tilsvarende skjema ble benyttet på obsposten, hvor det i tillegg ble registrert om sykehjemmet hadde vært i kontakt med obsposten før innleggelsen. Her ble det også notert hvilke tiltak som ble satt i verk, og hvor lenge innleggelsen varte. All kommunikasjon mellom obsposten og prosjektsykehjemmene ble loggført, alle tilsyn og oppfølginger ble beskrevet. Alle data ble sammenstilt elektronisk for bearbeiding.

Det er dessverre ikke gjort tilstrekkelig datasamling av kontrollgrupper for å kvalitetssikre resultatene.

#### Resultater

Det var 394 registrerte innleggelser i sykehus fra prosjektsykehjemmene som viser en nedgang med 10,8 prosent i løpet av prosjektperioden (Figur 1). Flere faktorer kan ha bidratt til

at antall innleggelses fra sykehjemmene er redusert. Gjennom prosjektet har personalet på sykehjemmene fått økt sin kompetanse gjennom kurs og seminarer, samt at de har benyttet den ambulering sykepleieren fra obsposten. Loggføringer viser at det har vært 1404 konfereringer mellom sykehjem og obsposten i løpet av perioden. Det er gjort 365 oppfølgingsnotater, som viser at sykepleieren fra obsposten har vært i kontakt med sykehjemmene for å høre hvordan tilstanden har utviklet seg. Dette kan ha bidratt til at flere sykehjemsbeboere har blitt behandlet på sykehjemmet, istedenfor å bli innlagt på sykehus.

Utdanningen av sykepleiere på alle prosjektsykehjemmene har medført at flere sykehjemsbeboere får intravenøs væskebehandling på sykehjemmet, der dette var nødvendig og ønskelig. Dette har eksempelvis vært gjort ved gastroenteritter eller infeksjoner.

#### Andel deltagere i prosjektet

Deltagere i sykehjemsprosjektet er i denne sammenheng definert som de pasienter fra prosjektsykehjemmene som kun blir liggende i akuttmottaket eller på obsposten før de returnerer til sykehjemmet. På denne måten har vi kunnet følge antall timer i sykehus, samt hvilken oppfølging som blir gitt etter utskriving.

I prosjektperioden har 394 pasienter fra prosjektsykehjemmene blitt innlagt. Antallet av disse som har blitt behandlet kun på obsposten, har økt fra 25,1 prosent (37) til 63,3 prosent (83) i løpet av prosjektperioden (Figur 2).

Det ligger i obspostens organisering og rutiner å sørge for at undersøkelser blir utført raskt, og at prøveresultater blir fremskaffet så snart som mulig. Når sykehjemspasienter har behov for en kort utredning og igangsetting av behandling, er det gunstig både for pasienter og sykehuset at de legges på obsposten. Pasientene

får raskt gjennomført nødvendig utredning og kan returnere til sykehjemmet uten unødig opphold. Dette er gunstig med tanke på at svært mange av disse pasientene er demente og ofte blir dårligere mentalt av lengre sykehusopphold med flytting fra sted til sted.

Dersom sykehjemspasienter som blir innlagt har korttidsopphold, kan de miste denne plassen hvis de er innlagt utover 24 timer. Gjennom samarbeidet i sykehjemsprosjektet gjøres det ofte avtaler med bydelen, hvor det planlagte behandlingsforløpet skisseres, og pasienten beholder sin korttids plass. Dette er en stor fordel for pasienten, som slipper å gå gjennom en ny prosess for å få ny sykehjems plass. Ventetiden kan ellers oppleves som en belastning dersom pasienten blir liggende i flere dager på en korridor på sykehuset.

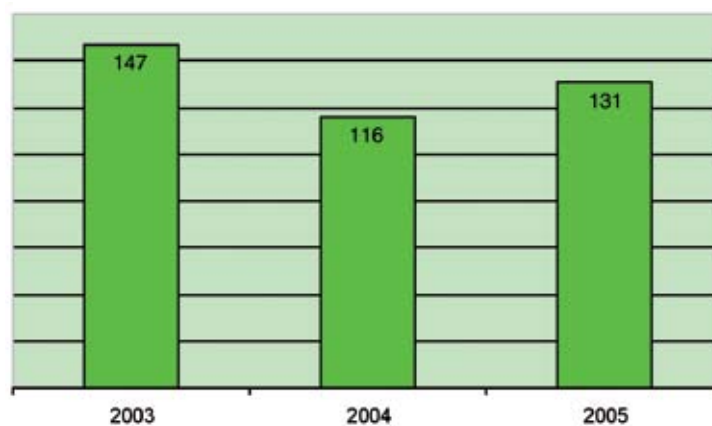
#### Gjennomsnittlig liggetid på obs

Gjennomsnittlig liggetid for sykehjemspasienter fra prosjektsykehjemmene på obsposten (183 pasienter) har blitt redusert med 20 prosent i løpet av prosjektperioden (Figur 3).

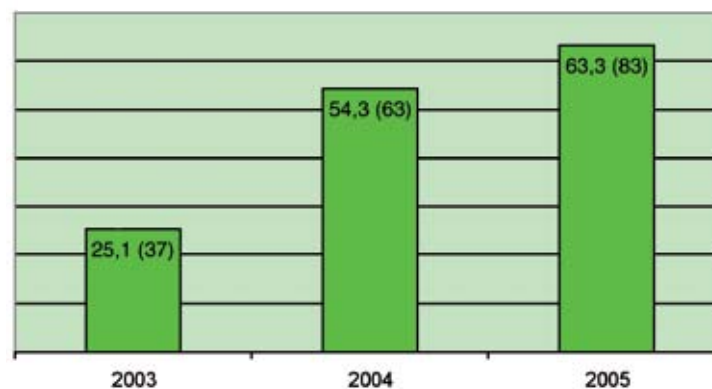
Når pasienter fra prosjektsykehjemmene ble innlagt, fikk observasjonsposten beskjed om dette i god tid. Sykepleierne på sykehjemmene hadde noen ganger vært i kontakt med obsposten i forbindelse med innleggelsen. Fordelingsansvarlig i akuttmottaket ga også beskjed om at det kom en pasient som var med i sykehjemsprosjektet. Dette gjorde at pasienten var ventet, og aktuelle tiltak ble iverksatt med en gang.

Personalet på obsposten var vant til å tenke helhetlig når sykehjemspasienter ble lagt inn, og startet forberedelsene til retur umiddelbart. Dette skjedde gjennom løpende kontakt med sykehjemmet, og bidro til at liggetiden ikke ble lengre enn nødvendig. På den måten slapp pasientene å forholde seg til flere ukjente mennesker enn nødvendig.

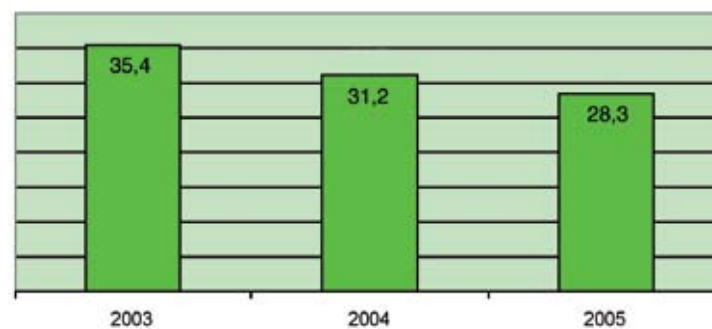
FIGUR 1: Antall sykehusinnleggelses – totalt



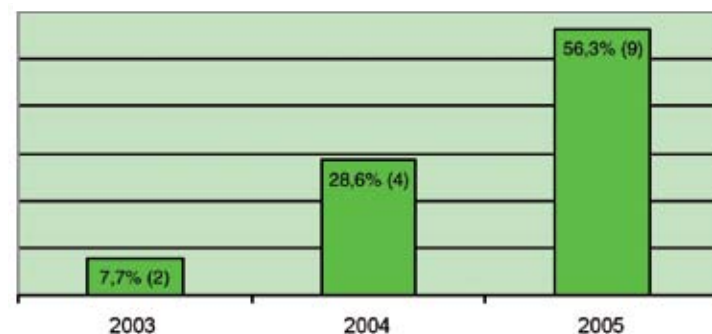
FIGUR 2: Prosjektdeltagere – prosent av innlagte fra sykehjem (antall pasienter)



FIGUR 3: Gjennomsnittlig liggetimer – OBS-posten



FIGUR 4: Prosentandel pasienter med diagnose «pneumoni» behandlet intravenøst på sykehjem (antall)



**Intravenøs behandling**

Antall pasienter innlagt fra prosjektsykehjemmene med diagnosen «pneumoni» var i prosjektperioden 56. Andelen av disse som har kontinuert intravenøs antibiotikabehandling på sykehjemmet, er økt fra 7,7 prosent (2) til 56,3 prosent (9) (Figur 4).

Ved diagnosen pneumoni ble ofte intravenøs antibiotikabehandling startet på sykehuset. Hvis den kliniske tilstanden tillot det, ble disse pasientene i større grad returnert tidligere til sykehjemmet. Behandlingen ble kontinuert der. Sykepleierne i prosjektsykehjemmene følte seg i større grad kompetente til å ta ansvaret for dette, i samarbeid med tilsynslegen. Dette skjedde også i nær dialog med sykehuset, og den ambulerende sykepleieren på obsposten bisto dersom det var problemer i forhold til behandlingen. På denne måten kunne sykehjempasienten komme raskt hjem, og være i kjente omgivelser.

**Innleggelses fordelt på uker**

Fortløpende registreringer har vist at det var økt antall innleggelses fra sykehjem i perioden uke 25 til uke 36 (Figur 5), det vil si i sommerferieavviklingen når mange sykehjem har ferievikarer.

Obsposten hadde i deler av denne perioden ikke bemannet den ambulerende sykepleierstillingen, slik at sykehjemmene ikke hadde samme mulighet for å konferere eller få tilsyn.

Økningen av antall innleggelses i sommerferieukene indikerer at bemanningen da var sårbar. Vikarer på sykehjemmet kan ha ført til at pasienter lettere ble innlagt. Ferieavvikling for tilsynslegene kan ha ført til økt bruk av OKL for legetilsyn. Dette kan igjen ha medvirket til hyppigere innleggelses.

**Konklusjon**

Prosjektet viser at behandlingsforløpet for sykehjemsbeboere er bedret. Personalet på sykehuset reagerte i utgangspunktet på et økt antall innleggelses fra sykehjem, hvor det ofte var ønskelig at pasienten kunne fått være på sykehjemmet.

Tiltakene i prosjektet har forbedret dette, ved at antall innleggelses er redusert, liggetiden på obsposten er redusert, og antall pasienter som kontinuerer intravenøs behandling på sykehjemmet er økt. Dette innebærer at pasientene i større grad får den behandlingen de trenger, enten på sykehjemmet eller i løpet av et kort sykehusopphold. Pasienter som legges inn er ofte ventet, og de starter behandling umiddelbart. For andre pasienter har behandlingen bestått i å få lindring på sykehjemmet den siste tiden av sitt liv, i trygge omgivelser med kjente mennesker rundt seg. Det er en viktig sykepleierrolle å bidra til en verdig død, der det ikke er håp om helbredelse.

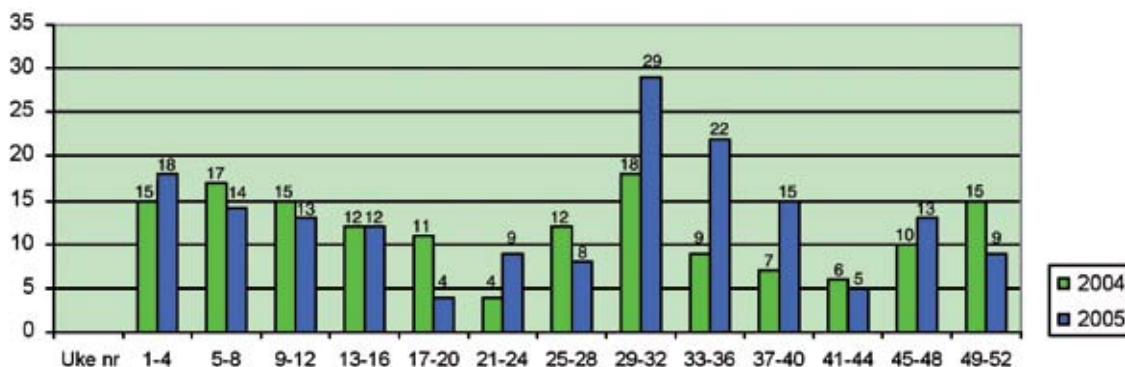


SAMARBEID: Ordningen med tilsynsvakt har ført til bedret samarbeid mellom sykehus og sykehjem. Foto: Erik M. Sundt

Kartleggingen viser også utfordringen i å møte behovet for kompetansesøtte og bistand også i sommerferieavviklingen. Dette er en periode på året hvor det alltid vil være stor bruk av vikarer, som i større grad enn fast personale har behov for noen å konferere med. En annen utfor-

dring ligger i å tilby alle sykehjem i Oslo et tilsvarende tilbud om samarbeid med sitt sykehus. Dette er i gang som en naturlig fortsettelse av det opprinnelige sykehjemsprosjektet.

**FIGUR 5: Antall innleggelses fra alle sykehjem i Oslo**



**LITTERATURLISTE**

1. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere s. 10. Norsk Sykepleierforbund oktober 2001

# DuoDERM® bandasje

## – Dokumentert skånsom sårbehandling!

DuoDERM bandasje - Den første originale hydrokolloide sårbandasje – hevet standarden for fuktig sårbehandling da den ble introdusert på markedet.

Sortimentet av DuoDERM bandasjer utvikles fortsatt med nye egenskaper for å maksimere pasientkomfort, skape gode resultater og være enkel å bruke.



**DuoDERM-bandasjens effektivitet i sårbehandlingen er nå vel etablert og underbygget av en solid dokumentasjon<sup>1</sup>**

**Hvilke andre hydrokolloide bandasjer kan vise til dette?**

- Fungerer som en barriere over såret mot bakteriell og viral kontaminasjon som vist i in vitro tester<sup>2</sup>.
- Forårsaker ikke skade eller andre negative effekter på nydannet vev<sup>3</sup>.
- Understøtter autolytisk debridering.
- Lavere infeksjonsfrekvens under okklusjon<sup>4</sup>.
- DuoDERM Ekstra Tynn bandasje kan benyttes til okklusjonsbehandling av hudsykdommer i kombinasjon med lokalt virkende steroidpreparater.

DuoDERM bandasje er utviklet basert på vitenskap og finnes i mange forskjellige størrelser for forskjellige sår og forskjellige behov.

For ytterligere informasjon, se bruksanvisningen i pakningen.

REFERANSER: 1. L van Rijswijk. Ingredient-based wound dressing classification: a paradigm that is passé and in need of replacement. Journal of Wound Care, vol 15, Nr 1, January 2006. 2. Bowler PG, Delargy H, Prince D, Fondberg L. The viral barrier properties of some occlusive dressings and their role in infection control. Wounds. 1993;5:1-8. 3. Friedman SJ, Su WPD. Management of leg ulcers with hydrocolloid occlusive dressing. Arch Dermatol. 1984;120:1329-1336. 4. J. J Hutchinson et al. Occlusive dressings: a microbiologic and clinical review. Am J Infect Control, 1990;18:257-68

ConvaTec Norge, Postboks 490, 1323 Høvik.  
Kundeservice: 800 30 995  
Faks: 67 55 90 13  
www.convatec.no  
convatec.kundeservice@bms.com

© 2007 E.R. Squibb & Sons, L.L.C.  
®/™ indikerer varemerker tilhørende E.R. Squibb & Sons, L.L.C. ConvaTec er en autorisert bruker.



## Benytter du deg av avtalen?

NSF har en samarbeidsavtale med DnB NOR som gir deg som medlem gunstige betingelser og egen nettfilial

Se etter DnB NOR-logoen på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) og klikk på den.

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

**DnB NOR**

### Martha Quivey

Sykepleier og æresmedlem i Norsk Sykepleierforbund, Martha Quivey, har gått bort, 74 år gammel.

Quivey tok sin sykepleierutdanning på Haukeland. Allerede i 1960 begynte hun som student ved Loyola University hvor hun tok en bachelorgrad i sykepleie. Dette fulgte hun opp med en mastergrad i psykologi og statistikk ved Chicago State College og deretter med en diplomeksamen i Management ved University of Chicago.

Med en solid teoretisk kompetanse, et sterkt personlig engasjement og en faglig dyktighet var hun ansatt som sykepleier, sykepleielærer og leder i både inn- og utland. På Haukeland Sykehus bekledde hun en rekke posisjoner. Ikke minst vil hun bli husket med stor respekt for tiden som sjefsykepleier fra 1972-78. Hennes dyktighet som sjefsykepleier var kjent langt utenfor Haukeland og Bergen.

Etter dette var hun lektor på Norges Sykepleierhøgskole, sjefsykepleier i Oslo Helseråd, hadde ulike lederstillinger i Oslo Kommune og var amanuensis ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Ved siden av store leder- og undervisningsstillinger påtok Martha Quivey seg også krevende tillitsverv.

På 1970-tallet var hun forbundsstyremedlem og nestleder i Norsk Sykepleierforbund i en årrekke. I en vanskelig periode for organisasjonen fungerte hun også som forbundsleder i ett år.

Hun ble valgt som styremedlem og senere visepresident i International Council of nurses (ICN). Hun ble også brukt som rådgiver og i utvalgsarbeid

i WHO innenfor områdene ledelse, kvalitet og sykepleiestandarder, og var en etterspurt foreleser. I en årrekke var hun redaktør for forskningstidsskriftet «Vård i Norden».

Martha Quivey har betydd mye for norsk helsetjeneste og for sykepleietjenesten nasjonalt og internasjonalt. I nyere tid er det neppe noen norsk sykepleier som har markert seg like sterkt i det internasjonale fagmiljøet som Martha Quivey. Hun har representert norsk sykepleie og Norsk Sykepleierforbund på en fremragende måte.

For den mangeårige faglige og organisatoriske innsatsen nasjonalt og internasjonalt utnevnte Norsk Sykepleierforbunds forbundsstyre Martha Quivey som æresmedlem i 1993. Dette er en utmerkelse som henger meget høyt og som tildeles de få som har gjort seg særlig fortjent.

Med Martha Quiveys bortgang har et livslangt og sterkt engasjement for sykepleietjenesten både nasjonalt og internasjonalt sluknet.

Norsk Sykepleierforbund lyser fred over Martha Quiveys minne.

Bente G. H. Slaatten, forbundsleder

# Gode nyheter til dine psoriasispasienter

Behandling med Daivobet®  
1 gang daglig i opptil 52 uker  
er effektivt og veltolerert!

Nå kan dine psoriasispasienter  
bruke Daivobet® både i start-  
og vedlikeholdsfasen av  
sin psoriasisbehandling!

Prisen på Daivobet® er fra den  
1. desember 2006 senket med 15%

To feel the breeze on my legs

C Daivobet® LEO  
Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kloe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hørene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kloe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smarter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kloe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfoder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Egenskaper:** Klassifisering: D-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III kortikosteroid (sterke). Virkningsmekanisme: In vitro-data tyder på at calcipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av keratinocytter. Dette anses å være bakgrunnen for dets effekt ved psoriasis. Betametason har antiinflammatoriske, klostillende, vasokonstriktiv og immunundertrykkende egenskaper. Ved okklusjon øker effekten med en faktor på ca. 10, pga. økt penetrasjon gjennom stratum corneum. Kortikosteroidenes antiinflammatoriske virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Systemisk absorpsjon av hhv. calcipotriol og betametason er <1% på frisk hud. Absorpsjonen av topiske kortikosteroider kan øke ved påsmøring på psoriasis plaque og under okklusjon. Absorpsjon gjennom skadet hud er ca. 24%. Proteinbinding: Ca. 64%. Halveringstid: Betametason: Etter i.v. tilførsel 5-6 timer. Pga. dannelsen av et depot i huden, skjer eliminasjonen etter dermal påføring over dager. Metabolisme: Betametason metaboliseres hovedsakelig i leveren, men også i nyrene. Utskillelse: Via urin og fæces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 60 g kr 475,60, 120 g kr 916,70.

T: 31h)  
Sist endret: 01.12.2006

Ref 1. Kragballe K. et al. Br J Dermatol 2006;154 (6):1155-1160.



LEO Pharma AS

Lilleakerveien 25 · 0283 Oslo · Norge  
Tlf. 22 51 49 00 · Fax. 22 51 49 01  
www.leo.no · info.no@leo-pharma.com

LEO®



**Daivobet®**  
calcipotriol/  
betametason dipropionat

Fast and lasting psoriasis therapy™

Cialis Lilly ICOS

Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E08

**TABLETTER.** filmdrasjerte 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Tadalafil 10 mg, resp. 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner. **Dosering:** Anbefalt dose er 10 mg tatt for forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan tabletter 20 mg forsøkes. Tabletten kan tas med eller uten mat. Preparatet kan tas minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Maks. dosering er 1 gang daglig. Daglig bruk frarådes sterkt da sikkerhet ved langtidsbruk ikke er klarlagt, og også fordi effekten av tadalafil vanligvis varer lenger enn en dag. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt for forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrensede data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av fordeler og risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg, se forøvrigt Forsiktighetsregler. Eldre eller diabetikere: Dosejustering er ikke påkrevd. Barn og ungdom: Bør ikke brukes av personer under 18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tadalafil eller noen av hjelpestoffene. Kan forsterke den blodtrykksnedsenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerte-problemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse/hjertelidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mmHg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder.

**Forsiktighetsregler:** Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystsmerte, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. Flesteparten av disse pasientene hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, til seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Det anbefales ikke bruk av PDE5-hemmere til pasienter som tidligere har erfart episoder med non-arteriell ischemisk fremre optikusneuropati (NAION). Det foreligger begrensede sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), og en grundig individuell evaluering av fordeler og risiko bør utføres før ev. forskrivning. Pasienter som får ereksjon som varer i 4 timer eller mer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med varsomhet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kaverno fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Det er ikke kjent om tadalafil har effekt hos pasienter med ryggmargsskader og pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostektomi. Bør ikke brukes hos pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, lappisk laktasemangel eller glukose/galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa1-blokkere som doxozin kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte pasienter. Kombinasjon med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakonavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og slike kombinasjoner anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. Effekter av andre legemidler på tadalafil: Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafils (10 mg) AUC og øker C<sub>max</sub> med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker C<sub>max</sub> med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafils AUC uten endringer i C<sub>max</sub>. Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakonavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induseren, rifampicin, reduserer tadalafils AUC med 88%. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-induserer som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Effekter av tadalafil på andre legemidler: Tadalafil forsterker den hypotensive effekten av nitrater. Interaksjonen varer i mer enn 24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Dersom en pasient som har fått tadalafil trenger livreddende behandling med nitrater, bør det derfor ha gått minst 48 timer før nitrattilførsel igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil er vist å øke oral biotilgjengelighet av etinylostradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil er brukt samtidig med warfarin, acetylsalisylsyre, angiotensin II reseptorblokkere og amlodipin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og benbrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiva. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiva synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykksmåling relaterer seg til graden av blodtrykkskontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal gis til pasienter når de behandles med antihypertensiva. Ved samtidig bruk av doxozin (8 mg) er det sett en forsterkning av den blodtrykkreduserende effekten av doxozin. Denne effekten er fremdeles tilstede 12 timer etter dosering og er vanligvis forsvunnet etter 24 timer.

Kombinasjon med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Er brukt sammen med tamsulosin (selektiv alfa<sub>1A</sub>-blokker) uten blodtrykkendringer forårsaket av tamsulosin. Det er ikke kjent om resultatet kan overføres til andre alfa<sub>1A</sub>-blokkere. Tadalafil er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg). **Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det er ikke utført studier på gravide kvinner. Det er ikke funnet holdpunkter for teratogenisitet, embryotoksitet eller fostertoksitet i rotter eller mus som ble gitt opp til 1000 mg/kg/dag. **Bivirkninger:** Forbigående og generell milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter over 75 år er begrenset. Mest vanlig (>1/10) er hodepine og dyspepsi. Hyppige (>1/100): Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Rødme. Mindre hyppige: Hovne øyelokk (beskrevet som øyesmerter), konjunktival hyperemi. Svært sjelden: Gastrointestinale: Mavesmerter og gastroøsofageal refluks. Hud: Hyperhidrose. Sirkulatoriske: Alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkludert myokardinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag, transitoriske iskemiske anfall, brystsmerte, palpitasjoner og takykardi. De fleste av pasientene som opplevde noe av dette hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. Hypotensjon (hyppigere rapportert når tadalafil ble gitt til pasienter som allerede brukte antihypertensiva), hypertensjon og synkope. Syn: Non-arteriell ischemisk fremre optikusneuropati (NAION), uklart syn, synsfeltforandring, retinal vaskulær okklusjon. Urogenitale: Priapisme og forlenget ereksjon. Øvrige: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. utslett, urticaria, ansiktsødemer, Stevens-Johnsons syndrom og eksfoliativ dermatitt. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er gitt enkelt-doser på opptil 500 mg til friske, og multiple daglige doser på opptil 100 mg er gitt til pasienter.

Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. Behandling: Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafiliminering. ose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C<sub>max</sub> 41% høyere enn hos friske. **Pakninger og priser:** 110 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00, 8 stk. kr 687,70, 12 stk. kr 1014,30. Sist endret: 03.04.2006

Eli Lilly Norge A.S, Grenseveien 99, 0601 Oslo, Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo, telefon 22 88 18 00, telefaks 22 88 18 59, e-post: kundeservice@lilly.no, www.lilly.no

## SPIRIVA® «Boehringer Ingelheim, Pfizer» Antikolinergikum.

ATC-nr.: R03B B04

**Inhalasjonspulver, harde kapsler 18 µg:** Hver kapsel inneholder: Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 18 µg, laktosemonohydrat 5,5 mg.

**Indikasjoner:** Bronkodilaterende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

**Dosering:** Innholdet i 1 kapsel inhaleres 1 gang pr. døgn, til samme tid hver dag. Inhaleres vha. HandiHaler. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Preparatet bør ikke brukes til pasienter under 18 år.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium, eller overfor hjelpestoffet laktosemonohydrat.

**Forsiktighetsregler:** Tiotropiumbromid skal ikke brukes til innledende behandling av akutte episoder av bronkospasme, f.eks. til behandling ved behov. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon

av preparatet. Brukes med forsiktighet hos pasienter med trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blærehalssobstruksjon. Legemidler som inhaleres kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme. Hos pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50 ml/minutt) øker plasmakonsentrasjonen når nyrefunksjonen reduseres. Tiotropiumbromid skal derfor kun brukes til disse pasientene hvis den forventede nytten av behandlingen oppveier den potensielle risikoen. Pasientene bør advares mot å få pulveret i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i cornea. Hvis symptomer på trangvinkelglaukom skulle oppstå, skal pasienten slutte å bruke tiotropiumbromid og kontakte lege umiddelbart.

Munntørthet, som er observert ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid forårsake karies. Tiotropiumbromid skal ikke brukes oftere enn 1 gang pr. døgn.

**Interaksjoner:** Samtidig administrering av tiotropiumbromid og andre antikolinerge legemidler er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

**Graviditet/Amning:** Kliniske data mangler. Preparatet skal derfor ikke brukes ved graviditet eller amning hvis ikke den forventede nytten av behandlingen oppveier den eventuelle risikoen for fosteret eller det nyfødte barnet.

**Bivirkninger:** Munntørthet forekommer hos ca. 14%, er vanligvis mild og opphører ofte ved vedvarende behandling.

**Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Munntørthet, forstoppelse. Luftveier: Sinusitt, faryngitt, epistakse, hoste.

**Øvrige:** Moniliasis. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Takykardi, palpitasjoner. Urogenitale: Vannlatingsproblemer, urinretensjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner som angioødem, hudutslett, urticaria og kløe. Urinretensjon forekommer vanligvis hos eldre menn med predisponerende faktorer (f.eks. prostatahyperplasi). Kvalme, heshet, svimmelhet og hodepine er rapportert. Sjeldne bivirkninger som supraventrikulær takykardi og atrieflimmer er rapportert i forbindelse med bruk av tiotropiumbromid, vanligvis hos følsomme pasienter. Tiotropium kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme.

**Overdosering/Forgiftning:** Høye doser tiotropiumbromid kan føre til antikolinerge symptomer. Akutt forgiftning ved utilsiktet oralt inntak av tiotropiumbromid kapsler er usannsynlig pga. lav oral biotilgjengelighet.

**Egenskaper: Klassifisering:** Langtidsvirkende spesifikk muskarinreseptorantagonist.

**Virkningsmekanisme:** Tiotropiumbromid bindes til de muskarine reseptorene i bronkiene glatte muskulatur, og hemmer de kolinerge effektene (bronkokonstriksjon) av acetylkolin. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M3-reseptorene, som fører til relaksering. Effekten er doseavhengig og varer i mer enn 24 timer. Den langvarige effekten skyldes sannsynligvis den langsomme frisettningen fra M3-reseptorene. Bronkodilatasjonen er primært en lokal effekt i luftveiene, ikke en systemisk.

Tiotropiumbromid, gitt 1 gang daglig, gir en signifikant bedring i lungefunksjonen (FEV1 og FVC) innen 30 minutter etter første dose. Vanligvis observeres maks. bronkodilatasjon fra 3. dag. Ingen tegn til toleranseutvikling er sett ved bruk over en ettårsperiode. Dyspné bedres signifikant. En signifikant reduksjon i andel pasienter som får eksacerbasjoner og i antall eksacerbasjoner er vist.

**Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet: 19,5%. Lav absorpsjon fra mave-tarmkanalen (10-15%). Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 5 minutter. **Proteinbinding:** 72%.

**Fordeling:** Distribusjonsvolum: 32 liter/kg. **Halveringstid:** Den terminale eliminasjonshalveringstiden etter inhalasjon er 5-6 dager.

**Total clearance:** 880 ml/minutt. «Steady state» oppnås etter 2-3 uker. Ingen akkumulering.

**Metabolisme:** Metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spalling til inaktive metabolitter.

Cytokrom P-450 (CYP 2D6 og 3A4) er involvert i metabolismen av en mindre del av dosen. **Utskillelse:** 14% via urin, resten via fæces.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares <25°C. Holdbarhet etter anbrudd av blister: 9 dager.

**Pakninger og priser:** Enpac: 30 doser + HandiHaler kr 458,50, 30 doser kr 441,10.

Sist endret: 16.05.2006

Referanser: 1. Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB, Witek TJ Jr, Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest. 2005;127:809-817. 2. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J. 2002;19:217-224. 3. Celli B, ZuWallack R, Wang S, Kesten S. Improvement in resting inspiratory capacity and hyperinflation with tiotropium in COPD patients with increased static lung volumes. Chest. 2003;124:1743-1748. 4. SPIRIVA® SPC (02.05.2006) 5. Niewoehner DE, Rice K, Cote C, et al. Prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with tiotropium, a once-daily inhaled anticholinergic bronchodilator: a randomized trial. Ann Intern Med. 2005;143:317-326. 6. Vincken W, van Noord JA, Greefhorst AP, et al. on behalf of the Dutch/Belgian Tiotropium Study Group. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J. 2002;19:209-216.



SPIRIVA® er utviklet av Boehringer Ingelheim, og blir markedsført av både Boehringer Ingelheim og Pfizer. Med enerett.

SPi 060919/0851-2006



## Landsmøtet bestemmer

Landsmøtene er NSF's høyeste organ. Nå er det landsmøte hvert tredje år, men forbundsstyret kommer til å foreslå å utvide perioden til fire. Noen vil ha to-årsperioder, slik det var før.

## Gir dispensasjon

Endringer i NSF's vedtekter må vedtas av landsmøtet. Men forbundsstyret kan gi dispensasjoner og vedta endringer som gis midlertidig virkning fram til førstkommende landsmøt



Journalist **Marit Fonn** betrakter NSF's demokratiske sinnelag.

### NSF-REVISJON:

**Fram mot Norsk Sykepleierforbunds 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?**

**Demokrati i NSF er tema i denne utgaven.**

# Jeg – en demokrat?

Mitt navn er NSF. Jeg er ingen ungdom lenger, over 90, men for en organisasjon er jo det ingen alder. Jeg vil så gjerne være en demokrat, men det er ikke lett. Sukk.

Jeg har fått mange barn i årenes løp. For tiden har jeg over 80 000 som bor hjemme. Jeg prøver å være rettferdig og lytte til alle. Men det går jo ikke. Jeg er jo bare et forbund, og jeg eser mer og mer ut, føder barn jevnt og trutt. I dag fikk jeg sekslinger. Mister litt oversikten, for å si det sånn.

*NSF har gjennomsnittlig fått rundt seks-sju flere medlemmer (netto) daglig de siste årene. Antall medlemmer er nå 82 000.*

**Det gjør det heldigvis litt enklere** at hele ungflokken er sykepleiere. Nå har to av de eldste barna bestemt seg for å flytte. Bente S og Erik B heter de. Jeg kaller dem trekkhundene. Trist på mange måter, men slik er livets gang. De er jo uansett barna mine. Med mindre noen adopterer dem.

*NSF-leder Bente Slaatten og nestleder Erik Bårdseng stiller ikke til gjenvalg i november etter ni år ved makten. Andre nestleder Unni Hembre sier hun vil stille som lederkandidat.*

**Jeg liker å se meg selv som en demokrat.** Men – som forfatteren Dieter Hildebrandt har sagt: «Hva er forskjellen mellom demokrati og alt annet? Alt annet er lettere.» Skjønner?

Jeg kan ikke noe for det, men jeg lar noen av barna bestemme mer enn andre. Noen har jo en egen evne til å beslutte, og noen er av natur mer frampå. Jeg pleier å si at vi har representativt demokrati. Det fins faktisk regler for det også. Vedtekter, heter det. I prinsippet har alle barna mine innflytelse og mulighet til å bestemme.

Men noen må ta ledelsen. Det går jo ikke an å ha avstemninger i familien om hver minste beslutning som skal tas. Og alle vet at makt ikke bare dreier seg om lover og regler. Når sant skal sies så er de fleste i familien ikke så interessert i å bestemme. Jeg kan faktisk bli irritert på alle dem som ikke gidder å engasjere seg. Som bare regner med at andre ordner opp. Men jeg er jo glad i dem også. Folk er forskjellige, som kjent.

*Sykepleierne løper ikke beina av seg til medlemsmøter. De er mer tiltrukket av møter med faglig innhold.*

**I november skal vi forresten ha familieråd.** I Oslo. Der skal vi bestemme hva jeg skal drive med de neste årene. Oppgavene står i kø. Heldigvis har jeg ganske mye penger. I år kan jeg for eksempel bruke 310 millioner kroner.

Det er ikke plass til hele søskenflokkene på Oslo-møtet. Derfor har hele gjengen valgt ut noen som får bestemme for dem. De utvalgte kalles delegater. Jeg liker bedre å kalle dem delikatessene. Det er 162 stykker av dem. Vi skal være på SAS-hotellet i fem dager.

*Landsmøtet starter 7. november. Fylkene får antall delegater i forhold til medlemstallet. Men minimum 5 (Telemark, Aust-Agder, Sogn og Fjordane og Finnmark) og maksimum 20 (Oslo).*

**Delikatessene skal igjen velge ut** noen av søsknene som skal lede meg i perioden fram til neste familieråd. Eller landsmøte, om du vil.

*45 sentrale verv skal besettes på landsmøtet.*

Før samlet jeg meg annet hvert år. Nå er det tre år siden sist. Faktisk vil noen at vi treffes enda sjeldnere – hvert fjerde år. Dette skal avgjøres i november. Selv sier jeg ingenting. Det er delikatessene som bestemmer. *Folket*, liksom.

På mange måter vil det bli deilig å forlenge periodene. Det er jo et styr å arrangere familiekalaset. Dyrt er det også. På den annen side er det synd å ikke treffes så ofte.

Det delikatessene bestemmer er faktisk hellig for meg.



## Siler saker

Fylkene og faggruppene har i år sendt inn 26 forslag til landsmøtesaker. Forbundsstyret siler forslagene. Men landsmøtet kan likevel bestemme å behandle en sak selv om forbundsstyret ønsker å stryke den.



TREKKHUND nr. 1:  
Bente Slaatten er forbundsleder.  
Foto: Marit Fonn

Ryggraden min. Det som gir livet mitt mål, mening og retning. Jeg vil si det så sterkt som at uten landsmøtet ville livet mitt vært meningsløst.

Som sagt skal delikatessene velge. Siden Bente Slaatten og Erik Bårdseng flytter, trenger jeg nye ledere i trekkhundkobbelet, som består av ni aktive hunder og seks reserver. Det blir kjempespennende. Men jeg vet jo at flere har lyst på plassene i teten. Heldigvis. Ellers hadde jeg jo brukket

ryggen. Både Tone Elin Mekki og Anne Marie Gran Bruun kan tenke seg å dra.

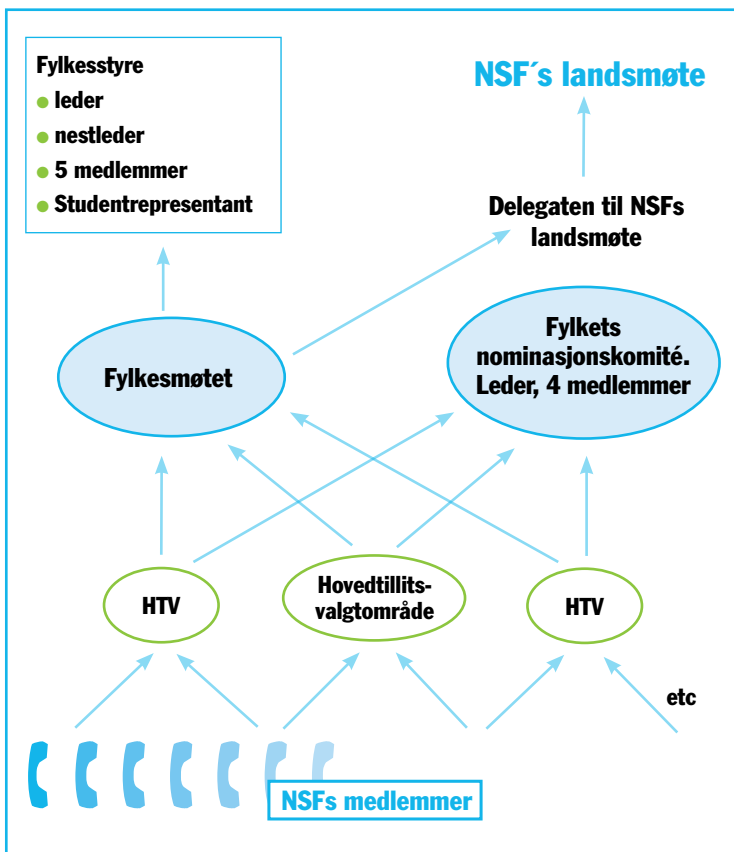
*Foreløpig er Mekki (tidligere forbundsstyremedlem) og Bruun (leder i faggruppen for anestesisykepleierne) offisielle lederkandidater. Men flere er i løypen. Strategier legges. Nominasjonskomiteen innstiller kandidater, men landsmøtet velger. Landsmøtet følger ikke alltid nominasjonskomiteens råd.*

**Da jeg var yngre**, bestemte delikatessene mer detaljert om pengebruken på disse familierådene. Men utviklingen går fort. Jeg lever ikke i et vakuum. Plutselig skjer det noe som en organisasjon må forholde seg til. Noen vil endre en lov. En streik kan bli nødvendig. Det er alltid noe, og jeg må kunne snu meg raskt. Gradvis har det blitt mer og mer rammeøkonomi, slik at trekkhundene kan ta raske beslutninger utenom familierådene.

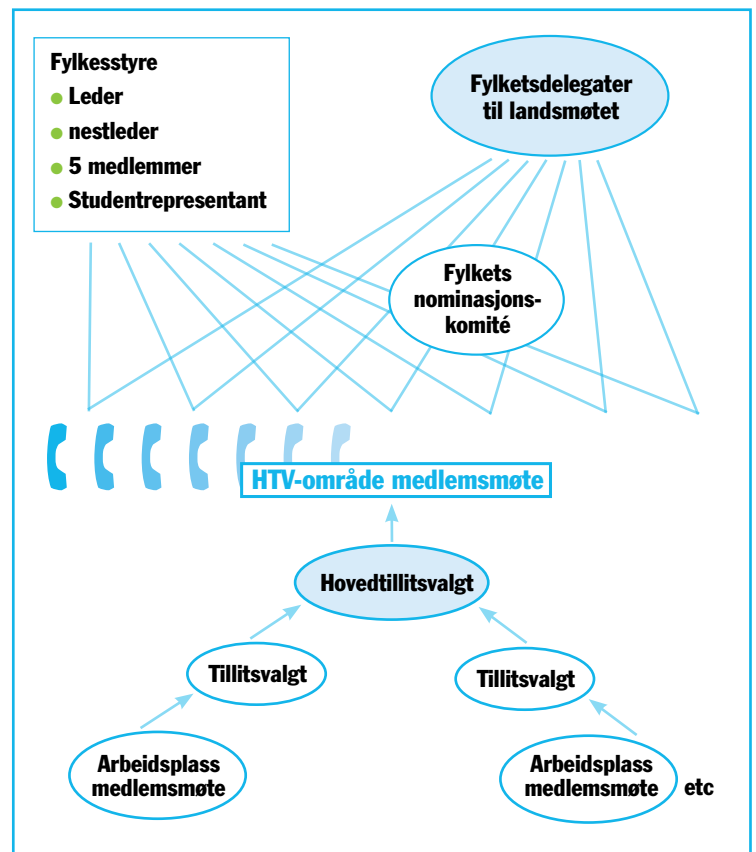
## Indirekte demokrati

Fylkene har to alternative modeller for hvordan de skal velge ut sine delegater til landsmøtet.

### 1 Fylkesmodell 1



### 2 Fylkesmodell 2



## Åpne møter

NSF har i flere år arbeidet med en OU-prosess (organisasjonsutviklingsprosess). For å styrke medlemsdemokratiet vil forbundsstyret foreslå at vanlige medlemmer skal ha rett til å overvære A-saker i forbundsstyret og fylkesstyrene, som er de viktigste styrende organ mellom landsmøtene. Medlemmene må i så fall melde fra på forhånd.

**WANNABE TREKKHUND:**  
Tone Elin Mekki og Anne Marie Gran Bruun stiller til valg for ledervervet i NSF.  
Foto: Stig Weston og Erik M. Sundt.



Jeg vet at noen av ungene er bekymret, fordi det er blitt mer makt på færre hender. Det lyder ikke godt. Demokratisk underskudd, mener noen. Det er ikke nødvendigvis reglene det er noe i veien med. Og det fins mange typer maktutøvelse. Erfaring gir makt, posisjon gir makt, taushet er makt. Alt det der. Dere skjønner hva jeg mener.

Det er bra at noen er kritiske. Trekkhundene er ivrige, vil kjøpt av gårde og vise veien. Men hva hvis de tar feil vei? At de ikke løper den retningen hele familien vil?

Det er da kontrollkattene må rykke ut. Oppgaven er å sjekke at trekkhundene tar den veien som landsmøtet bestemte. Men



**BLODLEGEME:**  
Per Oddvar Synnes er tillitsvalgt.  
Foto: Anne Sidsel Herdløvær

trekkhundene liker ikke så godt å bli kikket i kortene. De mener at siden de er valgt, bør alle de andre stole på dem. De vil jo det beste!

Av og til slites jeg her. Mellom hundene og kattene. Men sånn er jo livet for en organisasjon.

*Landsmøtets kontrollutvalg skal se til at NSF forvalter sine midler slik at vedtakene fattet i forbundsstyret er i samsvar med vedtektene og landsmøtevedtakene. Utvalget har rett til å se alle bøker, protokoller og dokumenter NSF rår over.*

**En liten gjeng av ungene** kaller jeg kontormarene. De arbeider i hovedsentralen. Der er Aud B general. Mer bestemt generalsekretær. Hun er ikke hvem som helst, nei, har skikkelig pondus. Før var hun nemlig trekkhund selv. Aller først i kobbelet. Klart hun har respekt som sjefmaur.

Når trekkhund nummer én og generalen er enige om en sak, så blir det slik. Da tør ingen i familien å løfte en finger.

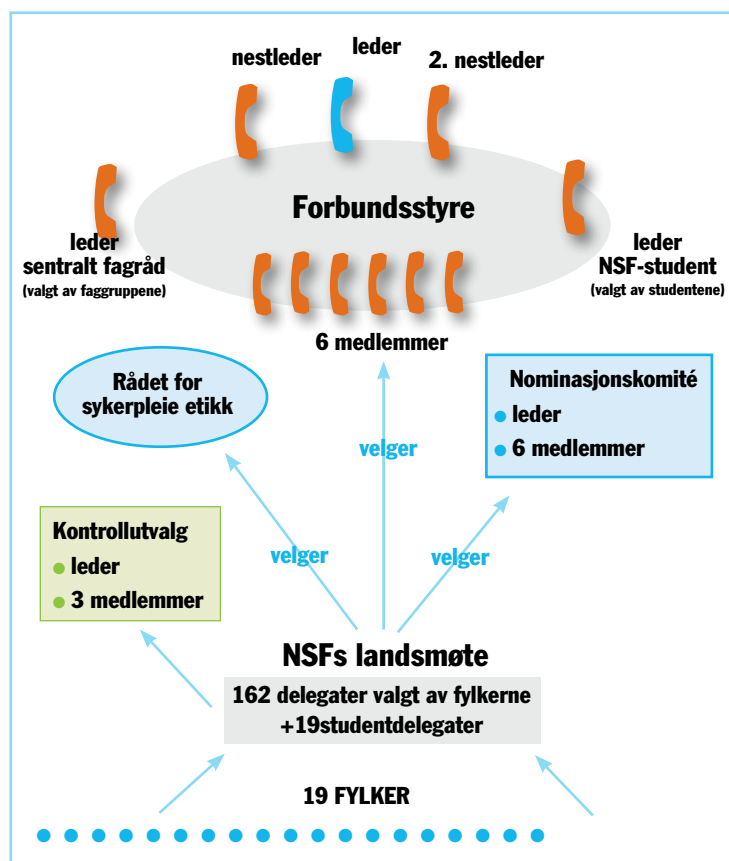
*Aud Blankholm har vært leder og nestleder i NSF. Og leder i AF (Akademikernes Fellesorganisasjon). Generalsekretær i NSF siden 1999. Hun forbereder saker til forbundsstyret.*

**Trekkhundene og maurene trekker** altså i trådene i hovedstaden, og blander seg i grunnen lite opp i hva de 19 småkongene, som jeg kaller dem, driver med. De er også valgt - etter demokratiske prinsipper. På ordentlig heter de fylkeslederne. De bor jo rundt omkring i hele landet og sysler mye med sitt. De erfarne småkongene liker det sånn, tror jeg. Men de nye føler seg kanskje litt forsømt av trekkhundene.

## Direkte valg?

Skal forbundslederen velges direkte av medlemmene? I dag er det delegatene på landsmøtet som velger. I Danmark blir de tre forbundslederne i Sygeplejerådet valgt direkte av medlemmene via uravstemning. Om ikke dette er på agendaen i Norge, så vil direkte demokrati bli et tema framover.

### 3 Maktfordeling i NSF



**GENERAL:** Aud Blankholm er generalsekretær. Foto: Marit Fonn

Småkongene treffer ikke alle trekkhundene så ofte som før. De møter som oftest de tre lederhundene alene.

*Store organisasjonspolitiske konferanser er delvis blitt erstattet med kortere møter mellom fylkesledere og forbundsledelsen.*

**Siden jeg nå filosoferer litt** rundt min demokratiske standard; jeg må for all del ikke glemme de tillitsvalgte. Jeg har faktisk nesten tre tusen av dem. Jeg tenker på dem som blodet mitt. Blodlegemene.



**SMÅKONGE:** Karen Bratsetvik er fylkesleder i Østfold. Foto: Ellen Morland

## Delegater

Delegatantallet fastsettes på grunnlag av medlemstallet (eksklusiv studentmedlemmer) per 31.12. året før landsmøtet finner sted. Dette gir følgende delegatfordeling for landsmøtet i 2007. Se tabell nedenfor

*Medlemmenes kontakt med NSF skal ivaretas av de tillitsvalgte, heter det i vedtektene, som har detaljerte regler for hvordan tillitsvalgtområdene skal organiseres og tillitsvalgte velges. Fylkene kan likevel velge litt ulike ordninger. Og det gjør de.*

Jeg bruker utrolig mye tid og penger på å lære opp blodlegemene. Dessverre er de temmelig ustabile, en del forsvinner fort. Over 20 prosent turnover. Til tider kan det bli temmelig innviklet. De befinner seg i ulike tariffområder, og antallet de representerer varierer voldsomt. Noen er tillitsvalgt for ti, andre for flere tusen. Alle får samme grunnopplæring, men klart at øving gjør mester: De som møter flest problemstillinger, og er lenge i vervet, blir de sterkeste blodlegemene.



BABYSJEF: Guro Karlsholm  
leder NSF Student. Foto: Marit Fonn

**Og så er det babyene, da.** Studentene. Gullungene mine. De har faktisk mer makt enn de fleste er klar over. På familierådet er det én babydelikatesse med stemmerett fra hvert fylke, altså 19 til sammen. Til sammenlikning: Oslo er størst med en delegasjon på 20. Hordaland er nest størst med 16.

Dessuten er babysjef Guro Karlsholm også trekkhund.

*Fra etableringen av studentmedlemskapsordningen i 1998 ble studentlederen i NSF fast medlem i forbundsstyret - med alle rettigheter.*

**Demokrati er diskusjon**, heter det. Blant annet derfor har jeg et eget blad som alle i familien får. Nysgjerrigerene, som lager bladet, jobber i hovedsentralen, men er ikke i slekt med meg. Selv om de er egenrådige, vil de meg vel.

I det siste har de skrevet en artikkelserie om meg som de kaller revisjonen. De gransker meg nøye for å skape debatt før landsmøtet. Men familien er så stille, klager nysgjerrigerene. De lurte på om barna har sovnet.

I TILLEGG:  
19 studentdelegater.  
En fra hvert fylke

### Delegatoversikt:

Fylke	Antall medlemmer	Antall delegater
Østfold	3434	8
Akershus	5425	12
Oslo	10320	20
Hedmark	2937	6
Oppland	2769	6
Buskerud	3319	7
Vestfold	3081	7
Telemark	2482	5
Aust-Agder	1729	5
Vest-Agder	2649	6
Rogaland	5437	12
Hordaland	7315	16
Sogn og Fjordane	1739	5
Møre og Romsdal	4332	10
Sør-Trøndelag	5500	12
Nord-Trøndelag	2573	6
Nordland	3777	8
Troms	2798	6
Finnmark	1158	5

## Usynlig kontroll

Kontrollutvalget i NSF er mer usynlig enn det liker selv.

Fatter forbundsstyrets sine vedtak slik landsmøtet ønsker? Dette skal landsmøtet kontrollutvalg passe på i periodene mellom landsmøtene, som er NSF's øverste organ. Forbundsstyret har fått stadig mer handlingsfrihet til å ta raske beslutninger, fordi pengene i økt grad er rammebevilgninger.

– Vi er altfor usynlig, mener kontrollutvalgets leder Torild Thorvaldsen.

Den rollen har hun hatt siden 2001. Utvalget har ellers tre medlemmer og to varamedlemmer.

Utvalget er ikke å finne på NSF's nettsider. Thorvaldsen opplever også å bli usynliggjort når det ikke blir protokollført at hun er til stede på forbundsstyremøter. Hva årsaken er, vil hun ikke spekulere i.

### Formell rolle

– Før arbeidet dette organet mer uformelt. Jeg mener det er viktig at kontrollutvalget har en formell rolle og er organisert på siden i NSF. Her har vi hatt en liten rydderunde.

Utvalget treffes fem ganger i året. Da er alltid økonomisjefen til stede. Generalsekretæren er ofte innom, og en av nestlederne. Utvalget er alltid til stede når forbundsstyret behandler pengesaker.

– Vi ser på vedtakene forbundsstyret har gjort, særlig dem som vedrører økonomi. Vi gjør sjelden dypdykk i økonomien, men konsentrerer oss om handlingsplaner og budsjettene. Økonomien er blitt mer og mer rammebasert og derfor vanskeligere å se detaljene i. Det gjør vår oppgave mer komplisert.

Men Thorvaldsen mener økonomien generelt er ryddig og at det er liten grunn til dypdykk.

### Dyre stillinger

Noe som går igjen av merknader er at fylkeskontorene ber om mer penger enn de greier å bruke opp.

– De legger opp til aktivitet de ikke greier å gjennomføre. Dette

tar vi opp hver eneste gang.

En gjenganger er også antallet stillinger i organisasjonen, som kontrollutvalget ønsker å begrense. Lønnsutgifter er en av de store utgiftspostene i NSF. Thorvaldsen presiserer at det likevel er forbundsstyret som vedtar.

– Vi er dessuten opptatt av at konfliktfondet og sikringsfondet blir bygget godt opp. Det gir NSF handlingsfrihet.

Disse fondene brukes i forbindelse med streik og for eksempel uforutsette utgifter ved pensjonsordninger.

På landsmøtet legger kontrollutvalget fram sine årsrapporter for 2004, 2005 og 2006.

”Det kan godt være  
at det klør utvendig.  
Men selve soppen er  
innvendig.”



## 1-dags behandling av underlivssopp

**Canesten® 1-dags kombinasjonspakning** inneholder både en skjdestikkpille og en krem. Det er som regel ikke nok kun å behandle med krem utvendig.



Du bør også behandle soppen som finnes inne i skjeden med skjdestikkpillen ellers kommer soppinfeksjonen lett tilbake!



Med bare én enkelt behandling fjerner skjdestikkpillen irriterende symptomer som kløe og svie i tillegg til at den kurerer infeksjonen. Canesten® selges reseptfritt på apotek. Les mer på [www.canesten.no](http://www.canesten.no)

**ETT PROBLEM MINDRE**

**INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 25 mg og 50 mg:** Hver ferdigfylt sprøyte inneholder: Etanercept 25 mg, resp. 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, vannfritt dinatriumhydrogenfosfat, vann til injeksjonsvæsker.

**PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg og 50 mg:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, resp. 50 mg, mannitol, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker.

**PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml til barn:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzyllalkohol.

**Indikasjoner: 25 mg:** Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn under 4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatiskbehandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. **25 mg og 50 mg:** Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv reumatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksat-intoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende reumatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plaque psoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert.

**Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg.

**Voksne:** Anbefalt dose er 25 mg ved reumatoid artritt, administrert 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg administrert 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt ved reumatoid artritt. Ved plaque psoriasis er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opptil 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opptil 24 uker. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dersom gjentatt behandling er indikert, bør ovennevnte retningslinjer med hensyn til behandlingsvarighet følges. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke. Ved psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke. Andre doser enn 25 mg 2 ganger pr. uke er ikke studert. **Eldre (>65 år):** Dosejustering er ikke nødvendig.

**Barn og ungdom: 4-18 år:** 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon med et 3-4 dagers intervall mellom dosene. **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske, 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæsken inneholder benzyllalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktiske reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år.

**Forsiktighetsregler:** Alvorlig sepsis og infeksjoner (fatale, livstruende, som har krevd hospitalisering eller antibiotika gitt i.v.) er rapportert. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni. Kombinasjonsbehandling er ikke anbefalt. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med reumatoid artritt med langvarig, svært aktiv, inflammatorisk sykdom, har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt bloddyskasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på bloddyskasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet bloddyskasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør risiko i forhold til nytte vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med

kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarende profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Preparatet er ikke vist å være effektiv behandling ved Wegeners granulomatose. Anbefales derfor ikke.

**Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salisylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika og metotreksat. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Det anbefales at pasienter med juvenil kronisk artritt om mulig immuniseres i hht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes.

**Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke, og fertile kvinner bør rådes til å ikke bli gravide under behandling. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen.

**Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). **Hypypie (>1/100):** Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, dannelse av autoantistoffer, feber. **Mindre hypypie:** Blod: Trombocytopeni. Hud: Angioødem, urticaria, utslett. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt). Subakutt kutan lupus erythematosus, discoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymmer. Sentralnervesystemet: Krampor, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusneuritt og transvers myelitt. Øvrige: Tuberkulose. Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er meget sjeldent sett. Hos pasienter med reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard ischemi, brystmerter, synkope, cerebral ischemi, hyper- og hypotensjon, kolecystitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefrit, polymyositt, tromboflebit, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt og intestinal obstruksjon. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pasienter, inkl. de med positiv reumatoid faktor, som har utviklet andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subaktiv kutan lupus eller discoid lupus.

**Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Det høyeste dosenivået som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m<sup>2</sup> etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m<sup>2</sup> gitt 2 ganger pr. uke. **Behandling:** Intet kjent antidot.

**Egenskaper: Klassifisering:** Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. **Virkningsmekanisme:** Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekyllære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er induert eller regulert av TNF. **Absorpsjon:** Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes en ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. **Fordeling:** Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. **Halveringstid:** Ca. 70 timer. Clearance: 0,066 liter/time.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet under bruk er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter tilberedning. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold.

**Pulver og væske til injeksjonsvæske, 25 mg/ml til barn:** Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstitusjon, er vist for 14 dager ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstitusjon.

**Rekvireringsregel:** Behandling med Enbrel bør initieres og overvåkes av spesialister med erfaring i diagnostisering og behandling av reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis.

**Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 25 mg:** Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 5507,90. **50 mg:** Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 11076,00. **Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg:** 4 sett kr 5507,90 **50 mg:** 4 sett kr 11076,00. **25 mg/ml til barn:** 4 sett kr 5507,90.

**Sist endret:** 15.11.2006

**Wyeth**



MODERNE: Nye metoder gir håp om helbredelse.

Behandling med «radiumkanon» i tredve-årene.

Radiumdagen blev en stor dag.

Solskinn og fest, et myldrende folkeliv — og en enestående gavmildhet. 100,000 kroner?



FEST: Radiumdagen i 1931. Faksimile fra Aftenposten.

# 75 år med radium

21. mai for 75 år siden ble Radiumhospitalet i Oslo åpnet. Men før dette hadde folk blant annet kjøpt billig brennevin for å få gitt en slant til kreftsaken.

Radiumhospitalet ble til etter flere store, landsomfattende innsamlingsaksjoner. Derfor har det gjennom historien blitt oppfattet som folkets eget sykehus.

Så tidlig som i 1916 viste folk stor giverglede da det ble samlet inn penger til et eget kreftsykehus. De første 30 milligrammene radium var allerede blitt kjøpt inn via professor Ellen Gleditsch, som var assistent for Marie Curie.

Tuberkulosen hadde til da blitt sett på som den store folkesykdommen. Nå hadde folk også fått øynene opp for kreftens lumske forløp. Med oppdagelsen av røntgenstrålene kom muligheten til å lokalisere kreftsvulsten i kroppen. Dessuten viste både røntgenstråler og radioaktive stråler seg å kunne drepe kreftceller. Dette var ny viten som ga håp om en kur mot den fryktede sykdommen.

## Radiumbensin

Innsamlingsaksjonen resulterte i to og en halv million kroner til saken. For dette ble tomten på

Montebello i Oslo kjøpt inn, til protester fra naboen. De trodde kreften kunne smitte. Sykdommen var også forbundet med skam, og boligprisene i området kunne synke, mente naboen.



NYTT: Slik så Radiumhospitalet ut for 75 år siden.

I 1929 la kong Haakon 7. ned grunnsteinen til sykehuset.

I mai 1931 startet kampanjen «Det store radiumfelttoget», en

ny innsamlingsaksjon. Igjen var givergleden stor og innsamlingsmetodene kreative. Det ble solgt «Radiumfrimerker», og «Radiumbensin». Og arbeiderne ved Vinmonopolet bidro med sitt:

Folk ble oppfordret til å velge et billigere brennvinsmerke enn de hadde planlagt, og gi differansen til radium-saken.

«Radiumdagen» ble et høydepunkt. Det var arrangementer over hele landet. På Karl Johan i Oslo var det 17. mai-liknende tilstander – et folkehav med opp- tog, musikk og blomsterdekorerte biler.

Ett år etter ble sykehuset åpnet.

## Sterke sykepleiere

Siden har sykehuset blitt utvidet flere ganger, sist med nytt strålebygg i 2006. I 2009 planlegges åpning av nytt forskningsbygg.

Spesielt med Radiumhospitalet er at sykehuset beholdt sjefs- sykepleieren da andre sykehus gikk over til enhetlig ledelse. Sjefs- sykepleier har faglig og organisatorisk ansvar for syke- pleietjenesten. Stillingen er for tiden ubesatt, da Mette Dønåsen har begynt som fagsjef i Norsk Sykepleierforbund. Den vil i fremtiden ha tittelen «klinikkoversykepleier».



## Bli med på shopping i Beijing!

KLM tur-retur Oslo-Beijing, 5 dager / 4 netter på Radisson SAS Hotel med frokost, sightseeing med guide, besøk til markeder, med mer 23. – 28. november 2007; pris fra kr 8.900,-. Be om detaljprogram!

**KINAREISER™**

Hegdehaugsvn. 10

0167 Oslo

Tlf. 22 98 22 00

nihao@kinareiser.no

www.kinareiser.no



# Tar imot voldtatte

Det er selvsagt flere voldtekter i New York enn i Oslo. **Feil!** Antallet per innbygger er det samme. Sykepleierne på voldtekts-mottaket i Oslo – de mest erfarne i Norge – har latt seg inspirere av amerikanske kolleger.



Da legevaktsykepleierne Hanne Sundt og Marianne Stokkeland var i New York sist høst, ble de overrasket over at voldtektsstatistikken i Oslo og New York er tilnærmet like.

– Men det kan jo hende mørketallene er enda større der borte, sier Stokkeland.

I Oslo kommer rundt 300 voldtektsutsatte til legevakten årlig, men tallet er stadig økende. Hittil i år (begynnelsen av mai) er tallet allerede 105.

Stokkeland og Sundt arbeider på observasjonsposten der. De er begge ansvarlige sykepleiere for en gruppe på rundt 25 sykepleiere som tar seg av voldtektsut-

satte. Sundt er dessuten i ferd med å bli psykiatrisk sykepleier.

Ved å begrense antallet sykepleiere som tar seg av de voldtatte, får sykepleierne mer erfaring – og de har også fått mer omfattende oppgaver.

## Mer selvstendig i New York

Turen over Atlanteren tok de sammen med to leger og to sosionomer for å lære nytt. Der ble de imponert over metropolens velorganiserte voldtektsmottak. New York har elleve mottak, som hver tar imot 100 til 150 pasienter årlig. De er bemannet med like mange leger som sykepleiere.

– Borgermesteren har bestemt at alle skal få samme tilbud uansett hvilket mottak de går til, sier Stokkeland og Sundt, og skryter av flotte lokaler og høy standard.

De var selv både i Queens, Brooklyn og Harlem og fikk bekreftet at de jobbet veldig likt på alle stedene.

Det gjorde også inntrykk at deres amerikanske kolleger har mer selvstendige oppgaver enn dem. For eksempel gjør spesialutdannede sykepleiere gynekologiske undersøkelser, mens i Norge er dette en lege-oppgave.

I Oslo får sykepleierne et dagskurs før de begynner å

jobbe med disse overgrepsutsatte pasientene. I New York får de et 40-timers kurs.

– Dessuten fins det en egen videreutdanning, som både legene, sykepleierne og såkalte legeassistenter kan ta, forteller Oslo-sykepleierne.

## Mest i helgene

Hva som er årsaken til de økende antallene pasienter på Norges største voldtektsmottak, vet de ikke.

– Økningen har særlig skjedd de to siste årene. Er det reelt flere voldtekter? Er det flere som vet om oss? Er politiet flinkere til å komme til oss? Dette vet vi ikke.





## FAKTA OM

### voldtekstmottaket på Oslo legevakt

- 300 pasienter i året. Tallet er økende.
- Drøyt halvparten kjenner ikke gjerningsmannen eller har kjent ham i kort tid. Vel halvparten av pasientene på mottaket anmelder voldtekten.
- 20 prosent har ikke-vestlig bakgrunn.
- Halvparten er i 20-årene.
- 5 prosent er menn.
- For voksne over 14 år. Uavhengig av politianmeldelse.
- Gratis.
- Startet i 1986.

ANSVARLIGE: Marianne Stokkeland (t.v.) og Hanne Sundt er erfarne. Men kolleger i New York jobber enda mer selvstendig.

De overgrepsutsatte snakker først med en sosionom, som kartlegger hendelsesforløpet og informerer om rett til bistandsadvokat. De får tilbud om seks til åtte samtaler etterpå.

– Vi er veldig glade for dette tilbudet, som vi er alene om å gi.

Pasientene kommer til alle døgnets tider, men oftest i helgene. De er i alderen 14 til 70 år, både kvinner og menn. Men andelen menn er bare fem prosent. Slik er det også i New York.

#### Sikrer DNA-spor

Sykepleierne tar seg av den me-

disinske sjekken på et eget rom sammen med legene.

Stokkeland og Sundt viser vei gjennom snirklete korridorer og trange trapper. I et lyst rom er det en undersøkelsesbenk og hyller og skap fylt med utstyr, inkludert et nytt digitalkamera.

– Her kartlegger vi skader, sykdom, smitte og graviditet.

Sforsikring er et tilbud til alle. «Sforsikringsutstyr for sedelighetssaker» står det utenpå den lille papirposen med diverse beholdere oppi. Å anmelde overgreperen er opp til pasienten.

De trekker opp en lang vattpinne. En del av sorsikringen er å bruke en slik pinne for å

finne DNA-spor.

– Nylig fant en av sykepleierne spor etter gjerningsmannen på huden til den voldtatte. Dette førte til pågrepelse og oppklaring.

Som regel er det legene og sosionomene som blir innkalt til rettssakene, sjelden sykepleierne.

#### Undersøker likt

Undersøkelsene i New York og Oslo gjøres veldig likt.

– Men der blir alle tatt imot, selv om det har gått flere år etter overgrepet. Her hos oss er mottaket et akutttilbud. De fleste, 60 prosent, kommer innen et døgn

etter overgrepet. Men noen kommer etter flere måneder.

I New York får alle automatisk hivprofylakse. I Oslo er det et tilbud som gis et fåtall etter en risikovurdering.

Amerikanerne har jevnlig seminarer med sykepleiere, leger, rettsapparat og politi.

– Vi har også ofte møter her, men de er ikke faste.

– Skulle dere ønske mer samarbeid?

– Vi ønsker mer kontakt med alle!

#### – Identifiserer oss med pasientene

Pasientene som er utsatt for seksuelle overgrep, er i en akutt





DNA: Med vattpinner samler sykepleierne DNA-spor fra huden. Slike spor kan felle en overgriper.



JUSS: Mange typer spor blir sikret på legevakten.



## FAKTA

### Slik blir voldtektutsatte mottatt:

- Samtale med sosionom. Hva har skjedd?
- Sykepleier og lege foretar medisinsk sjekk og sikrer spor. Sykepleierne sikrer DNA-spor fra huden, legene sikrer sporene fra underlivet. Sykepleierne tar bilder med kameraet, legene beskriver skadene.
- Spormaterialet blir tatt vare på i tre måneder. Hvis den overgrepstutsatte ikke anmelder, blir materialet destruert.
- Pasientene får nødprevensjon inntil 72 timer og forebyggende medisin for klamydia og gonoré. Noen får tilbud om hivprofylakse. Hvem som får det, avgjøres i hvert enkelt tilfelle.
- Klærne deres blir tatt vare på, og de får tilbud om nye klær.
- To medisinske etterkontroller: Etter to uker blir det tatt blodprøver og graviditetstest, og pasienten får samtale med lege. Etter tre måneder blir det tatt nye blodprøver og tester for hiv, hepatitt b og c og syfilis.
- Etter samtaler finner sykepleierne ut om det er behov for mer hjelp. Hvis pasientene ikke møter til kontroll, blir de ringt til.

situasjon. De tar ofte til seg mer informasjon når de kommer tilbake.

– *Hva gjør mest inntrykk?*

– At vi treffer kvinner som er lik oss selv. Vi kan identifisere oss med dem, sier Stokkeland.

– Det vi gjør føles nyttig. Vi er opptatt av å gjøre en god jobb, sier Sundt.

– *I hvilken forfatning kommer de?*

– Forskjellig. De er ofte i sjokk og utenfor seg selv. Noen kommer rett fra overgrepet, andre etter et døgn. De har gjerne blitt rådet av familie, venner eller politi.

Noen overgrep er mer fysisk brutale enn andre. Men det er ikke nødvendigvis dem som gjør mest inntrykk.

– Det er heller graden av gjenkjennelse. En sak uten skade kan være vel så gripende. Det er forskjellige saker som går inn på oss som jobber her, avhengig av hvor vi er i livet.

De setter pris på tilbudet om veiledning.

### Amerika-utdanning

Det er ikke helsearbeiderens oppgave å ta stilling til skyldspørsmålet.

– Vi tar imot alle med respekt og uten fordommer. Vi må ha empati og la pasienten bestemme tempoet.

Det er alltid én sykepleier som har SO-vakt (seksuelt overgrep) på observasjonsvakt. Hvis det plutselig kommer en som er blitt utsatt for overgrep, skal denne

sykepleieren kunne slippe det hun har i hendene og bruke all tid på den nye pasienten.

I New York anmelder nesten alle. I Norge halvparten.

– De snakker mer om å anmelde der. Der er også straffene for overgrep strengere enn her.

I USA har de rett på rettsmedisinske undersøkelser innen en time etter voldtekt. Undersøkelsene er gratis og uavhengig av forsikring.

Stokkeland framhever at pasientene i New York får et helt år med gratis oppfølgingssamtaler etterpå.

– Det er helseøkonomisk gunstig.

De to sykepleierne er også litt misunnelige på de amerikanske mulighetene for å videreutdanne

seg og ta doktorgrad, og stige i gradene.

– Det er et ønske her også, både blant leger og sykepleiere, å kunne spesialisere seg. Kanskje noe Sykepleierforbundet kan jobbe for? foreslår de.

Oppdatering får de uansett: To ganger årlig arrangerer Oslo-legevakten et eget undervisningsprogram.

Hvis sykepleiere på andre mottak i landet vil følge det, er det bare å ta kontakt, opplyser de.



## Økning av diabetes 1

Flere barn og unge har utviklet diabetes 1 de siste 15 årene i Norge. Økningen har vært på rundt 30 prosent. Det viser en undersøkelse som Folkehelseinstituttet har gjort i samarbeid med tre sykehus. Ifølge instituttets hjemmesider mener forskerne at forhold knyttet til livsstil, drikkevann og kosthold kan være sannsynlige forklaringer, i tillegg til mulige virusinfeksjoner enten i fosterlivet eller tidlig i barndommen.

## Bør øve på bypass

En rapport fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten viser at pasienter som går gjennom bypasskirurgi, som får PCI-behandling eller som blir behandlet for utposing på hovedpulsåra kan få bedre behandling dersom sykehuset eller kirurgen har mye erfaring.

Kunnskapssenteret har gått gjennom litteratur om sammenhengen mellom pasientvolum og behandlingskvalitet på hjerte- og karområdet.

## Pasienter melder feil

Danske pasienter kan få lovfestet rett til å melde fra om feil eller utilsiktede hendelser i behandlingen. Går forslaget gjennom, blir Danmark blant de første land med en slik ordning, ifølge fagbladet Sygeplejersken. Fra før har engelskmenn denne rettigheten. Erfaringen fra flere amerikanske sykehus er at antall klagesaker synker når pasienter selv får mulighet til å melde fra om feil.

## Mer våpen, mer selvmord

Det er en sterk sammenheng mellom selvmord og det å ha skytevåpen i hjemmet, viser en ny undersøkelse fra USA. Ifølge Forskning.no tok forskerne for seg delstat for delstat, og i de 15 delstatene som hadde størst hyppighet av private våpen var det dobbelt så mange selvmord som i de seks delstatene med lavest våpentetthet, selv om befolkningsantallet i de to gruppene var omtrent likt og forskerne hadde justert for årsaker som knyttes til høyere hyppighet av selvmord.



# Dataførererkortet datakortet.no

## Tør du ansette noen uten?

Bedrifter som lar de ansatte ta sertifiserende Datakorttester ser resultater i form av mer effektiv bruk av PC, tidsbesparelser, kostnadsreduksjon og større trivselsfaktor for de ansatte.

## Når du tar Datakortet får du dokumentert datakunnskapene dine.

Datakortet er et internasjonalt anerkjent kompetansebevis som gjør deg mer ettertraktet når du søker jobb. Datakorttesten tar du ved et autorisert testsenter.

“...jeg har *bevis* på det jeg kan!”



Datakortet er verdens mest utbredte, leverandøruavhengige sertifisering av grunnleggende IT-kompetanse. Over 700.000 tester tatt siden oppstarten i Norge! Internasjonalt heter vi European Computer Driving Licence (ECDL).





Av **John H. Starnes**  
Førstelektor HiNT,  
avd. Namsos



Av **Britt H. Hauke**  
Spesialsykepleier,  
Psyk. avd. Sykehuset Namsos

# Små hoder under STORT PRESS

Når et familiemedlem blir sykt, får det konsekvenser for alle i familien.  
Barn av psykisk syke er spesielt utsatt.

**I dag finnes det ikke gode rutiner som kan avklare barns situasjon og behov for hjelp.**

I Norge lever ca. 15000 barn med en eller to foreldre som har psykisk sykdom. Av de 40 000 voksne som en hver tid er inne til behandling i psykiatrien har 71 prosent daglig omsorg for barna ved første gangs innleggelse (1). Utallige nordiske og internasjonale studier viser at barn som vokser opp der en eller begge foreldrene er psykisk syke, selv har en høyere risiko for utviklingsforstyrrelser og sykdom (2). Kunnskap om dette har man hatt lenge men det er først i den senere tid dette har blitt satt på dagsorden. Ulike situasjoner og hendelser kan resultere i at barn opplever en belastende og «stressende» livssituasjon. Det kan være mishandling, vanskjøtsel eller å bli oversett.

Hjelpeapparatet kjenner ofte til at psykisk syke pasienter har barn, men få tar tak i problematikken. Det kan skyldes uavklart ansvarsforhold, kunnskapsmangel, eller at det ikke er tradisjon for å arbeide på den måten. Det kan videre tenkes at mangel på lønnsomhet i nuet legger føringer, eller at det kun er tradisjon for å arbeide med den som er syk.

## Hva skjer med barna?

Psykisk sykdom kan resultere i at den syke ikke klarer å opprettholde en adekvat følelsesmessig

tilknytning til barnet. En som er psykisk syk kan ha nok med egen sykdom og lite energi til overs. Den syke kan også ha redusert evne til å forstå alvoret i situasjonen. Tilstanden resulterer i mindre og dårligere emosjonell kontakt med barna (mindre berøring og samspill). For barn kan det medføre tap av en sikker base, mangel på veiledning, fravær av, eller lite hensiktsmessig forbilde, svekket evne til å se og respondere på faresignaler.

Forskning og lang erfaring fra arbeid med psykisk syke viser at noen barn som følge av dette inntar en noe «usynlig» atferd (3). De forsvinner eller trekker seg unna med stor fare for å bli oversett, og forsøker dermed å unngå problemet. Andre forsøker gjennom tydelig tilpasnings-evne å dekke over eller å hjelpe til slik at all tid og oppmerksomhet går med til å avlede, og innta en voksenrolle gjennom å utføre oppgaver som ikke er aldersadekvate. Andre igjen kan bli utagerende og aggressive. Ulike studier rapporterer om at konsekvenser for barna kan bli utrygghet, konsentrasjonsvansker, skoleproblemer, problemer i forhold til kamerater, søvnproblemer og så videre (3). Resultatet kan bli et mindre positivt selvbylde og reduserte sosiale evner på grunn av få

positive tilbakemeldinger. Det er ikke uvanlig at barna oppfatter at det er deres feil at mor eller far er blitt syk, eller skammer seg over foreldrenes sykdom i forhold til øvrig familie og venner.

Det som lett formidles til barn av psykisk syke foreldre er smerte og frustrasjon, negativt engasjement, mangelfull og lite realistisk vurdering av livshendelser og situasjoner, utrygghet og dårlig evne til å skape gode sosiale relasjoner. Det kan være at den uforståelige atferden blir rollemodell der barna veves inn i vrangforestillinger og en ustabil måte å leve på.

Mange vil oppleve utrygghet, mangel på sammenheng og ikke å ha forutsetning på egen hånd for å forstå foreldrenes sykdom og de symptomene de observerer. Det barna ofte observerer (foreldres humørsvingninger, tristhet, fjernhet, gråt og merkelig atferd, og skremmende hendelser som at gjenstander blir kastet og usynlige dyr angriper), kan fremstå som helt uforståelig. Om ikke annet kan det lett resultere i trussel, forvirring, uforutsigbarhet, ukontrollerbarhet og savn. Det som er lov den ene dagen, er forbudt den neste. Å bli utsatt for slike hendelser er ubehagelig og vil kunne overstige (tax or exceed) barnets ressurser

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

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

**Søkeord:**  
Psykiatri  
Barn/ungdom



XXXXXXXXX: Noen barn kan bli utagerende og aggressive. Illustrasjonsfoto: colourbox.com

og mestringssevne. Dette er alle faktorer som når de oppstår alene eller sammen, vil medføre store vansker med ubehag og smerte for barnet. Denne tilstand av ubehag, smerte eller trussel vil resultere i en stressituasjon med en hormonell og nevrogen reaksjon i organismen. Reaksjonen er i utgangspunktet hensiktsmessig og vil i en krisesituasjon mobilisere ressurser og dermed sette individet i stand til å klare med disse. Består imidlertid tilstanden over tid vil reaksjonene forbruke unødig energi som ideelt skulle vært brukt til vekst og utvikling. Resultatet kan bli redusert immunforsvar og økt sårbarhet for sykdom.

#### Hjerner i utvikling

Nyere funn innen blant annet nevrovitenskap og gen-miljøforskningen har gitt nytt innsyn og forståelse for hva som skjer med hjernen, spesielt hos barn,

når den blir utsatt for vedvarende stress. Teicher, et. al., (4, s.33) hevder at eksponering for stress tidlig i livet kan resultere i en kaskade av nevrobiologiske hendelser som har et potensiale til å forårsake vedvarende endringer i hjerneutviklingen, både strukturelt og funksjonelt. Blant de stoffene som medierer slike effekter er binyrebarkhormoner som inkluderer blant annet glucocorticoid hydrocortisone (GC). Eksponering av store mengder GC har vist seg å ha ødeleggende effekt (atrofiring og permanent tap av nevroner), spesielt i hippocampus, corpus callosum og amygdala som er vital for både hukommelse og læring, samt utvikling av cerebral cortex. Dette kan også få konsekvenser for tolking av fremtidige stressende og farlige hendelser. Erfaring om sted, fakta og hendelser ser ut til å bli lagret i hippocampus og med forbindelseslinjer til hjernebar-

ken. Mye tyder på at depressive har et høyt nivå av GC, og studier har vist en signifikant korrelasjon mellom depresjonens varighet og atrofiring. Samme funn finner man også ofte hos pasienter med Cushings syndrom med forhøyet produksjon av GC. Sapolsky (5) viser også til atrofiske funn i hippocampus hos Vietnam-soldater som hadde opplevd mye stress. Interessant er også hypotesen om at en mindre hippocampus kan resultere i mindre kognitiv kapasitet og dermed dårligere mestringssevne, med lært hjelpsløshet som resultat. Man ser også at stressmediert hippocampal skade kan føre til en dysregulering av andre deler av organismens stresssystem. I dag vet man ikke om hippocampal atrofi er reversibel hos mennesker. Ved fødselen er ikke nervesystemet statisk, men plastisk, og med mange muligheter for endring. Slik sett er den plastiske barnehjernen spesielt

påvirkbar og sårbar for miljøfaktorer. Dette øker dersom det i tillegg foreligger en biologisk sårbarhet.

#### Gammel kunnskap

Man har lenge vært oppmerksom på konsekvensene for barna dersom en av foreldrene hadde en psykisk sykdom. Rutter (6) hevder at man allerede på 1950-tallet hadde tilstrekkelig kunnskap til å hevde at man så en klar økning av problemer hos barn med psykisk syke foreldre. I ettertid viser omfattende forskning at barn av psykisk syke er mer utsatt for utviklingsforstyrrelser og psykisk og fysisk sykdom. Mange års stressforskning dokumenterer at langvarig stress, spesielt i tidlig barnealder, øker risikoen for sykdom.

Smith & Ulvund (7) hevder at dårlig emosjonell kontakt mellom mor/ morsfigur og barnet vil ha konsekvenser for barnets

utvikling. Normalutvikling forutsetter at foreldrene må engasjere seg i samhandlingen med barnet. Barnets følelsesmessige og psykomotoriske utvikling er avhengig av kvaliteten på mor-barnrelasjonen i barnets første leveår og at det vil være avgjørende for senere mental og følelsesmessig utvikling (2).

### Det er individuelle forskjeller

Nå er det imidlertid ikke slik at alt kan forklares med utgangspunkt i miljøvariabler. Nyere forskning innen gen-miljøforskningen viser at det er individuelle forskjeller når det gjelder sensitiviteten til spesifikke miljøtrekk. (8, s.463). I det interagerende samspill mellom gener og miljø er individets genetiske utrustning også med på å påvirke miljøet. Det er i dette samspillet at en ung og umoden hjerne viser seg å være spesielt sårbar. Både traumatisk og stressende påvirkning og eller manglende stimulering kan ha uheldige konsekvenser. Det er derfor mest sannsynlig at det er en kombinasjon av genetiske og miljømessige faktorer som er involvert i utviklingen av psykopatologi. (9, s.797). Det er viktig å være klar over at miljø og genfaktorene ikke bare adderes hverandre, men interagerer og dermed kan de bli mer potente.

### Hvorfor er dette så dramatisk da?

Vi vet i dag mye om hva som kan bli resultatet dersom barna lever under stress med stor usikkerhet og mangel på forutsigbarhet. Slike ubehagelige og uforståelige opplevelser i barndommen kan i følge Cook (10, s.7) også resultere i blant annet ulike problemer som:

- Manglende evne til å knytte relasjoner.
- Livslang reaktivitet i forhold til stress, slik at senere svakt stress kan utløse sterk aktivisering.
- Vansker med å beskrive følelser, indre tilstander/hendelser samt vansker med å kommunisere ønsker og behov.
- Integring av informasjon og erfaringer på en normal måte.
- Selvdestruktiv atferd med dårlig

impulskontroll, oppmerksomhetsproblemer, redusert nysgjerrighet, problemer med å fokusere og gjennomføre oppgaver, spiseforstyrrelser, opposisjonell atferd, vansker med å innordne seg regler.

- Lavt selvbilde, skam og skyldfølelse.

Cook nevner også at man kan finne andre diagnoser hos disse barna som depresjon, Attention Deficit Hyperaktivitet Disorder (ADHD), Oppositional defiant disorder (ODD), Conduct disorder, Generalized anxiety Disorder, Separation Anxiety Disorder. Dårlige foreldre barn relasjoner øker risikoen for utvikling av depresjoner hos barn (10).

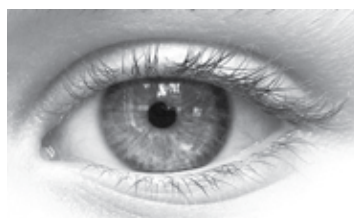
### En risikofaktor

Nå er det naturligvis ikke slik at alle barn til psykisk syke utvikler sykdom, men erfaringen tilsier at man må se på det som at foreldrenes sykdom er en risikofaktor. I og med at vi i dag har kunnskap om dette, har vi også en moralsk og juridisk plikt til å foreta oss noe før skaden har skjedd. I lov om psykisk helsevern § 21b har helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne loven, plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten.

### Hva bør gjøres?

Som et resultat av det som er nevnt kan opplevd ubehag og stress over tid resultere både i fysiske og atferdsmessige problemer. Spesielt utfordrende og viktig blir dette ut i fra erkjennelsen av at cerebrale skader kan resultere i kognitiv svikt med dårligere muligheter for læring som resultat og verste fall reduserte jobbmuligheter. Kognitiv svikt kan også medføre dårligere respons på ev. terapi.

Cook, et al., (10) påpeker at klinikere som arbeider med barn utsatt for traumer, bør øke den offentlige og profesjonelle bevisstheten omkring konsekvensene av



Illustrasjonsfoto: colourbox.com

kompliserte traumer hos barn og ungdom. Videre bør man bedre det offentlige samarbeidet mellom de ulike etatene som har ansvar for traumatiserte barn og forsøke å øke det sosiale nettverket. Når man er kjent med kostnadene for mange barn av psykisk syke foreldre er det viktig at man raskt kommer til med gode og effektive tiltak

All erfaring tyder på at man har mye å hente på å komme til så tidlig som mulig før eventuelle problemer får manifestere seg (11). Spesielt viktig er dette når det foreligger en biologisk sårbarhet. Jo tidligere uheldig utvikling skjer, jo dårligere vil prognosen være.

### Hva kan være til hinder?

Hjelpeapparatet kjenner ofte til at syke pasienter har barn, men få synes å ta tak i problematikken. Det kan skyldes uavklart ansvarsforhold, kunnskapsmangel, ikke tradisjon for å arbeide på den måten. Det kan videre tenkes at mangel på lønnsomhet i nuet legger føringer, eller at det kun er tradisjon for å arbeide med den som er syk

I dag finnes det ikke gode rutiner som kan avklare barns situasjon og behov for hjelp. Det er slik må det være et mål å endre på dette. Vi er kjent med at det i dag finnes en del tilbud rundt omkring i landet som har tatt denne utfordringen på alvor og forsøkt å bedre situasjonen.

### LITTERATUR

1. Organisasjonen Voksne for barn Oslo. Opplysninger gitt mars 2005.
2. Skerfving A. Barn till psykiskt störda föräldrar. Sårbarhet, risker og skyddande faktorer. En kunskapssammenstilling. Stockholm: FO-enheten psykiatri. Veste Stocholms Sjukvårdsområde, 1996.
3. Killen K. Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget, 1999.
4. Teicher M, Andersen S, Polcari A, Anderson , Navalta C, Kim D. (2003) The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2003; 27: 33-44.
5. Sapolsky R. Why stress is bad for your brain. Science 1996; 273: 749-750.
6. Rutter M. Children of sick parents. An environmental and psychiatric study. London: Oxford University Press, 1966.
7. Smith, L, Ulvund S. Spedbarnsalderen. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
8. Rutter M. Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. Annual Review of Psychology 2002; 53: 463-490.
9. Bremner JD. (1999) Does stress damage brain? Biological Psychiatry 1999; 9: 797-805.
10. Cook A, Blaustein M., Spinazzola J, van der Kolk B. Complex trauma in children and adolescents. National Child Traumatic Stress Network, 2003.
11. Samuel L, Hanson M., Blackman J, Kaul S. Early intervention practices around the world. Baltimore: Paul Brookes publishing, 2003.

## Bjørn Kr. Rudaa om helseforsikringer



**Yrke:** rådgiver år

**E-post:** bjørn.kristian.rudaa@fagforbundet.no

# Helseforsikringer for kommuner – en gedigen fiasko

Da Trysil og Eidskog kommune for noen få år tilbake tegnet private helseforsikringer for alle kommunens innbyggere, vakte det stor oppmerksomhet. Nå er evalueringen her.

Forsikringsordningene skulle bidra til å nå to målsetninger, redusert sykefravær og redusert ventetid for spesialistbehandling for helseplager.

I en fersk evaluering som gjen-gis i Økonomisk Forum nr. 9 2006 fremkommer det klart at disse målene ikke på noen måte er innfridd. De private helseforsikringene har verken i Trysil eller Eidskog hatt noen effekt når det gjelder å redusere sykefravær eller redusere ventetid for spesialistbehandling. Dette er hovedkonklusjonene i evalueringen. Privat helseforsikring som kan betraktes som en tilleggsforsikring til den kollektive forsikring i Folketrygden har dermed vært bortkastede penger for begge kommunene. Heldigvis vil mange av oss tenke som er opptatt av å ha et helsevesen fullfinansiert av Folketrygden.

## Skiller seg ikke ut

Prisen som kommunene har betalt for de private helseforsikringene har variert mellom kr. 500 og kr. 900 pr. innbygger pr. år, avhengig av omfanget av forsikringsdekningen. For Eidskog kommune varte ordningen i fire år og for Trysil i knappe tre år.

Evalueringen gjør også en sammenlikning med noen andre kommuner fra samme helseregion som Trysil og Eidskog og som er relativt sammenlignbare med disse to kommunene. I en slik sammenlikningsstudie fremkommer det at Eidskog og Trysil ikke

skiller seg ut fra disse kommunene med lavere sykefravær eller lavere gjennomsnittlig ventetid på spesialistbehandling i perioden til tross for kostbare helseforsikringsordninger for de to nevnte kommuner. I og med at kommunene ligger i samme helseregion er det rimelig å anta de har relativ lik tilgang til spesialisthelsetjeneste-behandling.

## Ikke raskere

Helseforsikringen som Eidskog kommune inngikk fra 1.januar 2001 fram til utgangen av 2004 innebar en behandlingsgaranti til alle kommunens innbyggere. Tilsvarende kontrakt om behandlingssgaranti inngikk Trysil kommune fra 2003 til 2005, men ble forlenget til juni 2006.

Selv om behandlingssgarantien ikke førte til raskere behandling enn i andre kommuner eller færre sykedager, skapte forsikringsordningen en vridning mot økt andel bruk av det private marked for spesialisthelsetjenester. Det gjaldt særlig Trysil kommune, hvor hele 54 prosent av behandlingene foregikk i det private marked. Tilsvarende tall for Eidskog kommune for perioden 2001 til 2003 var på 46 prosent behandling i det private marked.

## Avviklet

Både Eidskog og Trysil har nå avviklet sine helseforsikringer. Forhåpentligvis vil også interessen blant andre kommuner til å kjøpe private helseforsikringer bli

betraktelig mindre. Riktignok vil aktørene i dette markedet fortsatt markedsføre slike forsikringer som lønnsomme ved å vise til antatte besparelser i millionklassen basert på kalkulerte færre sykedager for kommunens egne ansatte og for ansatte i private bedrifter i kommunene. Forsikringsselskapene vil nok legge evalueringen av hvordan forsikringsordningen faktisk har fungert i Trysil og Eidskog nederst i skuffen – for aldri å bli trukket fram.

## Ekstra millioner

For selv om Folketrygden dekker de fleste kostnader ved sykefravær, så dekker som kjent arbeidsgiver kostnadene i arbeidsgiverperioden - samt at sykefravær kan medføre produksjonstap for bedriftene. Dette er jo også noe av bakgrunnen for et av forslagene fra «Sykefraværutvalget» som ble ledet av Statsminister Stoltenberg. Et av tiltakene fra utvalget innebar en ekstrabevilgning på om lag 600 millioner til sykehusene for å redusere sykefraværet ved redusert ventetid på sykehusbehandling for yrkesaktive. Men så lenge det er helsekøer og ventelister vil det dukke opp et marked for å kjøpe seg ut av køen, noe de siste års vekst i private behandlingstilbud klart viser. En del av de nye «friske» 600 millioner helsekroner fra Stoltenberg vil finansiere en del flere behandling ved private sykehus, selv om vi rød-grønne ikke liker det.

## Varsellamper

Mange uttrykte sin bekymring (deriblant Fagforbundet) ved innføringen av sykehusreformen at det ville føre til et mer privatisert sykehustilbud. Det så vi raskt klare tegn til etter et reformen trådte i kraft. For fag- og arbeiderbevegelsen har lik rett til helsetilbud alltid vært en helt sentral politisk målsetning. Når tilgangen til private sykehustilbud vil være avhengig av den enkeltes privatøkonomi (inkl. forsikringsordninger), er det god grunn til å sette på varsellamper. Private helsetilbud vil øke i omfang om stadig flere tegner private helseforsikringer.

## Kortest mulig ventetid

Kritikken mot at noen kommuner valgte å tegne slike forsikringer var at dette var sniking i helsekøen. Nå var det ikke lenger bare den enkeltes lommebok som kunne sikre raskere (bedre) sykehusbehandling for noen utvalgte, men også størrelsen på lokalsamfunnets kommunekasse.

Ansvarlig helsepolitikere må alltid ha stort fokus på om offentlige sykehus til en hver tid har god utnyttelse av sin kapasitet for å sikre kortest mulig ventetider og færrest mulig sykedager. Det er god samfunnsøkonomi og den beste forsikring mot at det norske markedet for helseforsikringer skal nå samme nivå som i våre skandinaviske naboland.



Av **Anne Clancy**  
Høgskolelektor/stipendiat  
ved Høgskolen i Harstad  
Medlem av Rådet for sykepleieetikken,  
Norsk Sykepleierforbund

**Det handler alltid om å se utover seg selv.**

# Etikk i vår tid

Å observere og mene at forhold er uverdige er ikke nok. Sykepleieren må varsle når god praksis er truet – og det krever mot.

Nyvinninger gjør at etikken utfordres; det kreves svar på stadig nye spørsmål, forskere jobber målrettet for å finne svarene. Resultatene kan gjøre livet bedre for mange, men samtidig gi nye muligheter til overtramp. Det er ikke alltid mulig å spå ringvirkningene av nyvinningene. Forskere må aldri reduseres til målstyrte aktører som med målet i sikte ikke ser seg til siden for å vurdere om veivalget er riktig. Etikk og moral må alltid anvendes som grunnprinsipp.

## Ansvar for andre

Noen sier at etikken handler om leveregler for å leve et moralsk godt liv, og at moralen er den praktiske etikken: moral som en holdning og etikk som en regel. Er etikken en regelkunnskap jeg burde tilegne meg fra de lærde eller er det noe som jeg lærer av å leve? For meg er det ikke viktig å skille mellom moral og etikk. Jeg forstår etikken som det moralske ansvaret vi har for et annet menneske. Det er det praktiske livet som gir grunnlaget for det teoretiske og ikke omvendt. Fagetikk kan læres fra bøker, men utfordringene og klokskapen som livet gir er noe vi ikke kan lese oss til. Etikk sier noe om hvordan vi bør forholde oss til våre medmennesker. Vi må forholde oss til hverandre i våre familier, på arbeidsplasser og i studentmiljøer. Etikk handler ganske enkelt om å leve gode liv sammen, ikke et utsvevende liv fullt av materielle goder, men et liv der vi strever etter å være god:

*ha gode holdinger, og gjøre godt: gjøre de riktige handlinger.*

Levinas poengterer at etikken (ansvar for Den Annen) er eldre enn forskningen; at den kom før kulturene, før geografien, og før alle utdanninger. Levinas etikk har blitt kalt ansiktets etikk, for det handler alltid om å se utover seg selv og anerkjenne det felles menneskelige ved å se appellen som ligger i ansiktet til et annet menneske (1).

## Presiseringer

Filosofen Levinas skriver at engler finnes ikke på jorden, men at det å være menneske (med alle våre feil og mangler) gjør oss i stand til å forstå og hjelpe andre mennesker. Dessverre er det også slik at vår menneskelighet gjør oss sårbare og ufullkommen (1). Sykepleiere møter sårbare mennesker. Det er i de sårbare møtene de har mulighet til å gi, men også mulighet til å få. Det finnes ingen garanti eller kontraktfestet rett til å få noe i retur.

Sykepleiere har sin profesjonsetikk, nedskrevne regler som sier noe om hvordan de bør utøve sykepleie. En sykepleiers opptreden skal alltid bygge på respekt for det enkelte menneskets liv. Hva er så sykepleieetikken? Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (2) er deres mandat som profesjonsutøvere. De presiserer at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Det står videre at: «Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettighe-

ter» (2). Disse nedskrevne regler er normer for god sykepleiepraksis. De er sykepleierens løfter og deres forpliktelse til den enkelte og til samfunnet. De yrkesetiske reglene presiserer hva sykepleieren skal gjøre og hvordan han eller hun skal være; de er en presisering av holdninger som skal ligge til grunn for pleierens handlinger.

## Rom for diskusjoner

Levinas mener at *fundamentaletikken* utspiller seg i de menneskelige møter som skjer ansikt til ansikt. *Jussen* skal sikre en standard som gjør en moralsk praksis mulig for alle, både de vi møter ansikt til ansikt, men også de som ikke er til stede og som vi ikke har mulighet til å være nær. Etske regler sammen med jussen skal sikre god praksis, men gjør de alltid det? Noen ganger kommer sykepleieren til kort. Det kan være på grunn av for lav bemanning, og fokus på produksjonskrav og effektivitet. Andre ganger kan det være at oppmerksomheten hennes svikter og holdninger svekkes. Det kan være at kulturen på arbeidsplassen gir trange kår for respekt, barmhjertighet og grunnleggende menneskerettigheter.

Nedskrevne etiske regler for sykepleiere har ingen verdi hvis de ikke blir operasjonalisert i praksis. Hver enkelt sykepleier må være bevisst sin makt, gå i seg selv og gi mening til de nedskrevne ordene, reglene og paragrafene. Sykepleieren må også være kritisk til regelstyring og kvalitetssikrings-systemer som fryser fast skjønnet

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

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

### Søkeord:

Yrkesetiske retningslinjer  
Etikk  
Moral





Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

og hindrer pleieren i å se appellen i Den Annens ansikt. Pleieren må spørre seg selv: Hvordan viser jeg respekt for andre? Hva betyr barmhjertighet for meg? Hva kan jeg bidra med i dag for at mine pasienter kan oppleve seg sett, hørt og respektert?

Det må skapes rom for diskusjoner på arbeidsplasser for å bevisstgjøre den enkelte sykepleieren på egne holdninger. Gode holdninger skal fungere som en rettesnor som strekker oss mennesker opp med jevne mellomrom. De skal holde oss våkne og minne oss på hva som kreves av oss og hva som står på spill. Den enkelte må selv passe på og justere rettesnoren; men god ledelse, som danner grunnlaget for gode kulturer på arbeidsplasser, kan sørge for at handlingsrommet gjør det lettere for sykepleieren å være oppmerksom og handle godt.

### Makt og avmakt

Sykepleiere har makt til å gjøre en forskjell. Makt handler ikke bare om autoritet eller misbruk av makt. Det handler også om å makte noe og ha mot til å handle i en situasjon. Sykepleier og filosof Kari Martinsen minner sykepleiere på at de må være tilbakeholdne slik at pasienten kan tre frem. Ved å makte å yte god sykepleie kan sykepleieren vokse selv. Levinas (1) skriver om asymmetri i makten. For Levinas betyr det å ha ansvar for et annet menneske å være dets tjener, men samtidig ansvarlig. Den Annen skal alltid komme først. Han snakker ikke om jevnbyrdige møter, men insis-

terer på at vi er underlagt andre i ansvarsforhold. Denne delen av Levinas filosofi kan være vanskelig å akseptere i et moderne hedonistisk samfunn hvor selvet og ikke andre er i sentrum.

Kontrastene er store i en pleiers hverdag. De gode møtene gjør godt, men de vanskelige møtene kan slite både på pleiere og pasienter og sette preg på tilværelsen.

Denne historien illustrerer avmakt:

«Når hun ligger under dynen, kan man tro at det ikke er noen der. Anna har ligget i den samme sengen i år. Stivnet, i fosterstilling. Hun kan snus ved et lite vipp på siden av knærne. Resten av henne følger med. Anna bruker ikke ord. Familien kommer ikke lenger på besøk. På nattbordet ligger drikkelappen. Den er sjelden halvskrevet. Huden står slik Nino (pleieren) former den. Urinveisinfeksjonene står i kø. De har sluttet å registrere dem. (...) Det faglige ansvar pulveriseres. Nino bærer tungt, Anna krøker seg søker trygghet hos seg selv» (3, s.40-41).

Historien lammer, kanskje fordi den beskriver en virkelighet vi helst ikke vil ta innover oss. Den illustrerer en avmakt både hos pasienten og pleieren. Det kan virke som at her er det mange som har gitt opp håpet. Hvorfor blir det sånn? Trådene i vår moralske rettesnor kan være sterke, men kulturen og forhold på arbeidsplassen kan slite den tynn. Sykepleieren kan føle en avmakt som tynger, overfor et system som ikke tillater tid og rom til å gjøre

de gode gjerningene. Det kan være tungt å ha arbeidsdager der sykepleieren er fratatt gleden av å være Den Annen til hjelp.

Hvem har ansvar når forholdene er slik at sårbare mennesker rammes? Verken pleieren eller pasienten har det godt under slike forhold. Å mene at forholdene er uverdige er ikke nok. Sykepleieren må varsle når god praksis er truet – og det krever mot.

### Mot

Aviser og blader forteller skremmende historier om skjebnen til varslere. Skal man si fra er det viktig å være saklig, bruke de rette kanalene og aldri stå alene (4). Det er mye lettere å vinne frem hvis man peker på eksisterende ressurser og presenterer handlingsalternativer. En endring i arbeidsmiljøloven skal gjøre det lettere for varslere. Anonym varslings kan også være en måte å beskytte den enkelte varslere og samtidig fremme pasientenes interesser. Hvor skal sykepleiere henvende seg?

Når god praksis trues og etikens kår blir trange må sykepleiere varsle. De har et ansvar for å si i fra til ledelsen på sin arbeidsplass. Brudd på etiske regler gir et særlig tungtveiende grunnlag for å varsle. Sykepleierens profesjonsetikk pålegger sykepleieren å si i fra. Rådet for sykepleieetikk skal overvåke og fremme god praksis. Det er et råd for sykepleiere og andre som ønsker råd og uttalelser i etiske spørsmål. Rådets mandat er utdypet i § 10 A i Norsk Sykepleierforbunds vedtekter.

LEVEREGLER: Er etikken en regelkunnskap jeg burde tilegne meg fra de lærde eller er det noe som jeg lærer av å leve? spør artikkelforfatteren.

### Juss vs etikk

Hvilken legitimitet har Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer? Rådet for sykepleieetikk drøfter nå dette spørsmålet med Helsetilsynet for å få klarhet i hvorfor forhold kan være juridisk holdbart, men etisk forkastelig.

Debattene må foregå på mange nivåer og på tvers av profesjonene. Etikken og jussen må sikre en minstestandard som gjør en moralsk praksis mulig. Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer (2) skal minne sykepleieren på hennes mest fundamentale plikt. Det er å alltid vise omsorg og respekt for sine medmennesker. Uansett lidelse og arbeidsvilkår skal hun alltid erkjenne pasientens sårbarhet og ivareta hans integritet og verdighet.

### LITTERATUR

1. Levinas E. Den Annens humanisme. Thorleif Dahls Kulturbibliotek. Oslo: Aschehoug, 2004.
2. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. NSF serien 2/01
3. Hanssen TM. Englevakt. Oslo: Vidarforlaget, 1994.
4. Nylenna M. Dr. Stockmann og Dr. Snow – to samfunnsmedisinske helter. Tidsskrift Nor Lægeforening 2003;123: 3579-81.

## Fremdeles uklart om NIC på norsk

I Sykepleien 1/07 omtalte jeg *NIC – Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner*, som kom ut på norsk våren, 2006. Svaret under tittelen «Presisering om NIC» kom i Sykepleien nr 3/07. Forfatterne av dette innlegget kom med en del viktige presiseringer jeg føler behov for å framheve. Normann, Bang, Mølstad og Dale refererer også til «andre sykepleieklassifikasjoner» i sitt svar – og jeg har derfor også valgt å nevne NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) – kodeverk for sykepleiediagnoser, som har vært i bruk i noen år før NIC kom ut på norsk.

### NIC til utprøving?

Bakgrunnen for min omtale av NIC var møtet med et kodeverk som er «(...) en ren oversettelse, dvs. uten å bearbeide eller omsette den til norske forhold.» (Normann, Bang et al. 2007:73) Valget som er gjort med hensyn til å gi ut denne ubearbejdede versjonen blir betegnet som tungt faglig begrunnet. Et argument fra Normann, Bang, Mølstad og Dale er:

«(...) klassifikasjonen måtte prøves ut og evalueres i forhold til norsk sykepleiepraksis først.»

Dette høres jo fornuftig ut. Men hvem er det som prøver ut NIC? Hvem står ansvarlig for å innhente erfaringene som gjøres ved bruk av NIC? Hvem er satt til å evaluere resultatene? Er det lagt en plan for

å bearbeide og tilpasse kodeverket på sikt? Er det etablert et system for innrapportering fra brukere av kodeverket som er hensiktsmessig, tilgjengelig og ikke minst kjent av brukerne (det vil si sykepleiere i klinisk praksis)? Bør det ikke stå noe om dette i klartekst i for eksempel et forord?

### Savner presisering

Per i dag er det en del sykehus, og derved mange sykepleiere, som allerede bruker kodeverket NANDA, som i de fleste sammenhenger presenteres nærmest som en dikotomi til NIC. NANDA er definisjoner på – og klassifikasjon av sykepleiediagnoser, og ble oversatt til norsk i 2003. NIC og NANDA er, slik jeg har forstått det, planlagt brukt sammen, og vil på sikt kunne brukes som grunnlag for utvikling av brukerstøttesystemer. I forordet til NANDA kan man lese at redaksjonsutvalget ønsker kommentarer og forslag til forbedringer. Her står det også at redaksjonen mener det er «(...) viktig at eksisterende internasjonale systemer for klassifikasjon av sykepleiebegreper blir prøvd ut, tilpasset og evaluert i forhold til norsk sykepleiepraksis.» (Gordon, Avanat et al. 2003:Norsk forord s.7) Jeg savner en tilsvarende presisering i NIC. (Så får jeg prøve å være overbærende med at det heller ikke her er presisert om man skal ta kontakt med redaksjonsmedlem-



ene «privat», eller om det er organisert et tilbakemeldingssystem for brukerne av NANDA.)

### Viktig presisering av Normann, Bang, Mølstad og Dale

Normann, Bang, Mølstad og Dale påpeker den manglende helsepolitiske styringen hva gjelder bruk av kodeverk i norsk sykepleiepraksis, og mener derfor at: «(...) all bruk av NIC og andre sykepleieklassifikasjoner (er) å betrakte som utviklingsprosjekter» (Normann, Bang et al. 2007:73) Jeg anser denne presiseringen som uhyre viktig. Begrepet «utviklingsprosjekt» burde være å finne overalt hvor kodeverkene omtales og presenteres. Det gjør det dessverre ikke.

I USA har hver enkelt av diagnosene i NANDA, og hver enkelt intervensjon i NIC gjennomgått grundig evaluering og godkjenning etter helt bestemte kriterier. Det har vært store diskusjoner også innad i USA, stater imellom, om enkelte NANDA-diagnoser. (Bowker and Star 1999) Det er for meg bekymringsverdig at vi her i landet slipper kodeverk på markedet helt

uten at det har gjennomgått en tilsvarende grundig siling. De er allerede i bruk. Det er flott at det forskes, diskuteres og evalueres. Det er flott at man ønsker å utvikle verktøy for å synliggjøre, videreutvikle og sikkert på mange områder, forbedre sykepleiepraksis. Men i den grad det faktisk er ment som «utviklingsprosjekter» må dette presiseres på en tydelig måte, og det må nødvendigvis være presisert at dere ønsker tilbakemelding fra brukerne, og på hvilken måte denne tilbakemeldingen skal foregå.

### Sterkt kritisk

Jeg stiller meg fortsatt kritisk til å slippe disse helt ubearbejdede kodeverkene på markedet, med i beste fall vage hentydninger til at det kan være aktuelt – på sikt – å omarbeide noe av innholdet. Og ikke minst – jeg er fortsatt sterkt kritisk til den manglende presiseringen av at mange av punktene i NIC på norsk, kap.6 er i strid med norsk lov.

Lisa Øien  
Student – Master i Helsefag



“På fonusnet.no kunne vi i ro og mak gå gjennom spørsmål som føltes viktige før begravelsen”

Fonusnet.no gir god veiledning og hjelp før og ved dødsfall.

Døgnet rundt • Hvor du enn er

www.fonusnet.no

FONUS  
BEGRAVELSESBYRÅ

## Marie Aakre om å bruke etiske verktøy

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

**Alder:** 59 år

**Fra:** Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



# Etikk i kommunen

Å styrke etisk kompetanse er satt på dagsordenen for kommunehelsetjenesten. Endelig, mener Rådet for sykepleieetikk.

Å utvikle praktisk klokskap er verdiprosjektets hovedmål, og er derfor vårt motto i Rådet for sykepleieetikk. Nå skjer det noe epokegjørende. Gjennom prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» skal det satses sterkt på å videreutvikle etisk kompetanse i kommunale omsorgstjenester. Blant annet skal det utarbeides kompetanseplaner og gode strategier for praktisk verdiprosjekt.

### Klokskap

Holdningsarbeid og verdibevissthet er viktig for kvalitetsutvikling, men er lite systematisert. Å arbeide med etiske problemstillinger i pleie- og omsorgstjenestene handler primært om å forløse og vedlikeholde refleksjonen og samtalen i hverdagskulturen. Det vil kunne gi gode ringvirkninger. Vi vet at trivsel og arbeidsglede fremmer moralsk praksis.

Kompetanseprosjektet vil nettopp stimulere til å etablere lokale arenaer for refleksjon over personalets opplevelser, felles verdier og etiske hverdagsdilemma, og skal bidra til at ansatte utvikler sin personlige forståelse for grunnleggende etiske prinsipper.

Endelig har sentrale politikere gitt tydelige føringer for å styrke det praktiske verdiprosjektet.

Klokskap er noe annet enn kunnskap. Det handler om hvordan vi forvalter kunnskap og ressurser. Jeg liker ordet dømmekraft, som peker på behovet for kraft til å bedømme og beslutte under handlingspress, som er sentralt i profesjonell praksis.

### Noen verktøy

Ansatte står ofte alene med vanskelige valg. Kompetanse i anvendt etikk eller moralsk praksis vil gjøre deres verdivalg tryggere og tydeligere. Spørsmålet er hvilke pedagogiske verktøy som

egner seg for dette. Her nevner jeg kort noen, og kanskje kan dere finne en idé å prøve ut?

### Felles visjons- og verdiprosess

Prosesser der vi utvikler og forankrer felles bilde og felles «drøm» for virksomheten vi er del av, er identitetsbyggende. Mange kommuner har på overordnet nivå gjennomført ledelsesprosesser der både visjon og kjerneverdier er på plass. Men hva så?

Jeg tror vi ofte har jukset med å forankre disse etiske verktøy på alle nivå i organisasjonen og sær-

lig der de ansatte møter brukerne. Både visjonen og kjerneverdiene bør stadig brukes til å åpne opp refleksjonen, i personalsamlinger, internundervisning og veiledningsprosesser. Kjerneverdier kan være viktige nøkler til å beslutte i møte med etiske dilemma. Her er lederens rolle helt sentral.

### Det etiske språk

Et viktig verktøy som bør brukes langt mer bevisst i det daglige er det etiske språk. Dette er ofte lite utviklet og lederens forbildefunksjon blir viktig. Hverdagspråket har også i pleie- og omsorgskulturer stadig utviklet seg mot markedets språk, og det etiske språk er ofte taust og fremmedgjørende. Det vil ta tid å bygge opp kulturer der språket naturlig beskriver dilemma i moralsk praksis og setter navn på de verdibrytninger, normer, holdninger og utfordringer som personalet står i. Språket i yrkesetiske retningslinjer bør for eksempel være naturlig å bruke i pleiekulturer i det daglige.

Spørsmål til refleksjon kan være:

Hvordan utøver vi barmhjertighet her hos oss?

Hva forstår vi med respekten for liv hos denne pasienten?

Hvordan ivaretar vi respekt for pasients iboende verdighet i denne aktuelle situasjonen?

### Fortellinger

Refleksjon kan utvikles som naturlig ledd i daglig samhandling. Men det er også stort behov for veiledning i systematisk refleksjon over praksis. Dette kan skje



Arkivfoto: Etikk M. Sundt

## Etiske dilemma bør meldes som avvik.

i en kort lunsjrefleksjon eller kafepause av og til. De beste kulturere er fortellerkulturere der praksisfortellinger deles mellom kolleger og speiles mot etiske føringer. Fortellingene kan ofte belyse sterke utfordringer og ulike typer etiske dilemma.

### Veiledningsgrupper

Lukkede grupper med målrettede veiledningsprosesser, både for egenutvikling, verdibevissthet og personalstøtte er et sentralt ledd i kvalitetsarbeidet.

I gruppene kan det være bare ledere, bare sykepleiere eller de kan være tverrfaglig sammensatt.

Kjerneverdier eller profesjonsetikken kan brukes som nøkler til bevisstgjøring i veiledningsprosessen. Kommunene har bekymringsfull lite tilbud til sine ansatte for denne type læringsprosesser.

### Modige møter

Kommunikativ etikk handler om å forvalte makt og avhengighet og ligger i den samtale- og samhandlingskultur som utvikles. Tilbakemeldingskultur må bygges systematisk, og styrking av relasjonsmot der tydelighet, ærlige tilbakemeldinger og gjensidig respekt stadig oppøves. Begrepet «den nødvendige

samtalen» kan bety ulike ting for de ansatte, og bør både handle om den samtalekultur alle er del av og de samtaler som koster noe ekstra av den enkelte. Mange kulturere «snakker om hverandre» fremfor «med hverandre», og verdiarbeidet kan forløse større mot til direkte tilbakemeldinger.

### Avvikmeldinger og varsling

Mange er ikke bevisste på at etiske dilemma bør meldes som avvik. Alle tilbakemeldinger er egentlig «etiske regnskap» og bør betraktes som mulighet for læring og kvalitetsutvikling. Dette betinger holdningsskapende og bevisstgjørende prosesser, ikke minst for ledere som kan oppleve slike tilbakemeldinger som truende.

### Den etiske diskurs

Det er utviklet gode verktøy for å drøfte og belyse etiske dilemma i praksis. De kliniske etikk-komiteene utprøver anbefalte modeller og erfaringer tilsier at dette burde være mer kjent og anvendt i samtaler i praksis.

### Trenger kommunene kliniske etikk-komiteer?

De ansatte i pleie- og omsorgstjenester trenger et sted å henvende seg. Det kan være nærmeste leder eller en fortrolig kollega, men mange etterspør en adresse utenfor arbeidsstedet. Jeg tror behovet vil øke og mener tverrfaglige etikk-komiteer i kommunene bør være ledd i kompetanse- og kvalitetsarbeidet. Her blir sykepleiere viktige ressurs-

personer.

Hverdagsledelse er den avgjørende faktor for om dette verdiarbeidet skal lykkes. Tause kulturere skal lukkes opp, samtalen skal gi oppmerksomhet og kraft til det etisk felt. Her må alle ledere få hjelp til å forløse disse prosessene på en trygg og tydelig måte.

### Ressurspersoner

Jeg håper prosjektet vil tilby startsamlinger og oppfølging for ulike målgrupper. Jeg mener disse samlingene både bør belyse hva anvendt etikk og moralsk praksis handler om, trygge forståelsen av sentrale deler av det etiske språk og skape en arena der det blir mulig å reflektere og trene på vanskelige samtaler og beslutningsprosesser.

Til drøfting:

Mens vi venter på prosjektgjennomføring, hva kan dere forsterke der du arbeider?

- Har dere noen arenaer for systematisk refleksjon der du arbeider?
- Hvis ikke, hva skal til for å komme i gang med refleksjonsgrupper hos dere?
- Bruker dere punktene i yrkesetiske retningslinjer til refleksjon der du jobber?

#### Referanser:

- Stortingsmelding 25. Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordring
- Aakre Marie. Sluttrapport om Etisk regnskap ved St. Olavs Hospital
- Christoffersen Svein Aage. Profesjonsetikk. Oslo: Universitetsforlaget, 2005



Faksimile fra Sykepleien nr. 7/2007

## – Ingen tvil!

Hos meg er det ingen tvil om at åndelig sykepleie er vel så viktig som pleie og omsorg for kroppen. Den erfarne sykepleieren gjorde riktig da hun ga åndelig sykepleie til denne pasienten. Jeg mener at hun har større etisk dømmekraft og faglig trygghet enn de pårørende. Det er den døende som må få sitt behov dekket først og fremst, ikke de pårørende. Jeg har i min lange praksis som sykepleier praktisert dette. Lest, sunget og bedt når det var behov for det.

Spesielt godt husker jeg en gammel og hjelpetrengende mann som var svært urolig, og vi greide ikke med medikamenter eller fysiske tiltak å hjelpe ham. Så var det «et klokt hode» som foreslo at han kunne få presten på besøk. Etter dette besøket ble mannen rolig og det kom fred over han. Vi alle skjønnte at han hadde fått dekket et sterkt åndelig behov.

Hilsen sykepleier som tenker helhetlig for pasienten.

## Skal vi be med pasienten?

Må si det var med sorg jeg leste om sykepleieren på Vestlandet som ba med pasienten og som fikk så negativ kritikk fra pårørende. Godt dere tar fatt i dette. Det blir vel bedt alt for lite med pasientene.

Jeg jobber med demente. Du kan se lyset i øynene når du ber fadervår med dem eller synger en enkel kveldsang. Dette er noe de gjenkjenner. Jeg ble så bevisst på dette etter at datter til en pasient sa at jeg godt kunne spørre hennes mor om du skal be fadervår



## MÅNEDENS DILEMMA

### Hvordan skape rom for å styrke kompetansen i praktisk etikk i kommunehelsetjenesten?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.



Faksimile fra Sykepleien nr. 7/2007

med henne. Det strålende blikket som da møtte meg: «Hvordan viste du at jeg ønsket det»? Vi fikk skrevet fadervår med stor skrift og hengt i ei plastlomme over senga. Dette har vi gjort til flere som vi vet ønsker det. Vi har også skrevet det på stelleplanen. Ikke alle som stiller de gamle kan fadervår. Da vi flyttet en pasient over til et annet sykehjem, sa jeg til sykepleieren at hun likte så godt at vi ba fadervår med henne. «Det er ikke sikkert vi vil», var svaret. Kan vi nekte det? Har ikke vi ansvar for hele mennesket? Dette er noe lederne over hele landet må ta fatt i. Og etter hvert blir det flere religioner vi må forholde oss til.

Vennlig hilsen Dagrun Fikkan Slørud

## – Viktig!

Jeg synes artikkelen i Sykepleien 7/07 «Skal vi be med pasienten?» på en fyldig og relevant måte gjør rede for forutsetningene for å gjøre dette – med henvisning til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Det er viktig at spørsmålet blir reist og besvart og kunngjort på denne måten!

Hilsen Johan Nome, høgskolelektor

## – Ikke aktiv åndelig utøvelse

Til tross for min tilværelse som sykepleierstudent, drister jeg meg ut i den etiske debatten om åndelig omsorg: Temaet er vanskelig å snakke om, for hva er åndelig omsorg for den enkelte?

Det kan verken måles eller veies, og eksistensielle/åndelige behov og verdier er ulikt fra person til person. Men like fullt er åndelig omsorg en vesentlig del av helheten for den enkelte. Og det er nettopp helhetlig pleie og omsorg man forsøker å strekke seg etter, slik jeg ser det ut fra lovverk, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer for dagens sykepleie.

Og da tenker jeg at man skal gi rom for at pasienter kan ytre seg om åndelige/eksistensielle behov i

relasjonen til sykepleieren.

De eksistensielle og åndelige spørsmålene/behovene rokker ved fundamentet i den enkeltes tilværelse, uavhengig om man er pasient eller sykepleier. Da tror jeg det kreves mot, ydmykhet og bevissthet om «mitt og ditt» som Aakre sier, for å gi rom for pasientens behov. Men å være aktiv i åndelig utøvelse overfor pasienten vil jeg betenke meg over, da pasientene kan være i en sårbar situasjon slik at de har vansker med å sette begrensninger. Da kan man fort opptre krenkende, og man bør heller henvise pasienten videre om vedkommende ønsker eller har behov for det, slik Schmidt anbefaler.

Jeg anser meg selv som humanist, men like fullt skal jeg kunne tilrettelegge for at pasienten får praktisert sin tro eller være til stede når de har behov for å snakke om eksistensielle spørsmål. Sykepleiere plikter å ivareta pasientens integritet, jmf Pasientrettighetsloven og Yrkesetiske retningslinjer. Integritet forankres i vårt menneskesyn og menneskeverd, og forklares med ord som blant annet ukrenkbarhet, helhet, privat, verdighet og respekt. Og flere aspekter ved livet danner vår integritet. Et aspekt er jo åndelige behov. Blir det ikke da en oppgave for sykepleiere, at man også skal kunne gi åndelig omsorg?

Med vennlig hilsen Synnøve Sæther, 3. årsstudent ved Høgskolen i Buskerud

## Skal sykepleierne gi åndelig omsorg?

I Sykepleien nr.7/07 etterlyser Rådet for sykepleietikk en debatt rundt dilemmaet om sykepleierne skal gi åndelig omsorg. Det viser til en sak hvor pårørende til en døende pasient har klaget sykepleieren som ba med pasienten og leste fra Bibelen inn til Helsetilsynet. De pårørende mente at det økte dødsangsten hos pasienten og betegner sykepleierens handlinger som overgrep. Helsetilsynet har konkludert med at sykepleieren ikke har vært bevisst nok i sin forståelse av egen

rolle, at hennes atferd var faglig forsvarlig, men ikke i tråd med god praksis. Rådet for sykepleietikk finner Helsetilsynets konklusjon provoserende og ønsker en bred debatt som berører faglige og etiske sider ved sykepleiepraksis.

Etter min mening har Rådet for sykepleietikk gitt uttrykk for en noe paternalistisk holdning i denne konkrete saken. I artikkelen argumenterer rådets leder, Marie Aakre, med at noen pårørende er så fortvilte at de har behov for å plassere frustrasjon og skyld hos hjelperne. Med andre ord blir de pårørendes opplevelse av at pasienten fikk økende dødsangst bagatellisert. Rådet konkluderer med at det var den sykes ønsker og behov som ble vektlagt fremfor de pårørendes. På hvilket grunnlag kunne de konkludere med at pasientens behov ble tolket rett? Var det bare den berørte sykepleierens argumentasjon som ble hørt? Dette blir ikke grunnlagt i artikkelen. Dersom pårørende opplevde at pasienten fikk økende dødsangst og at de selv fikk sterkere påkjenninger etter sykepleierens handlinger, så har Helsetilsynet rett i at dette ikke samsvarer med god praksis.

Men så til den egentlige debatten: Helsetilsynet mener omsorgen må skje uavhengig av egen tro og religiøs overbevisning. Jeg er til dels enig i dette. For på hvilken måte kan vi kvalitetssikre dette? Hva med eksempelvis den homofile pasienten som gir uttrykk for tro og tvil på dødsleie overfor en sykepleier med et fundamentalistisk kristent livssyn? Hvordan vil hun imøtekomme denne pasientens behov? Tilgi hans/hennes legning? Når egen religiøs overbevisning blir blandet inn i sykepleiepraksis kan det komme i konflikt med sykepleiens verdigrunnlag. For hva er verdigrunnlaget til en sykepleier som er et Jehovas Vitne, tilhører Karismasenteret eller annen

fundamentalistisk religiøs retning? Er det i tråd med FNs menneskerettighetserklæring, sykepleiens yrkesetiske retningslinjer og de nye helselovene?

Det bør og må finnes klare retningslinjer for dette. Vi som sykepleiere må være lydhøre overfor pasientens religiøse behov, men vi må møte dette med respekt for pasientens medbestemmelse og integritet. Derfor mener jeg at vårt eget religiøse verdigrunnlag ikke bør influere vår sykepleiepraksis. Det må i så fall kun være i de tilfeller de sammenfaller helt med pasientens verdigrunnlag. Jeg finner den andre artikkelen i samme utgave «Pasient med religiøse behov» som svært reflektert. Forfatteren er i gang med å kvalitetssikre åndelige behov på arbeidsplassen med å tilrettelegge rent praktisk slik at pasienten får mulighet til å dyrke sin egen tro. Hun viser blant annet til at vi som sykepleiere kan henvise videre og opprette kontakt med andre som lokale prester og representanter for andre trossamfunn. Jeg opplever at forfatteren i artikkelen gir uttrykk for en lydhørhet og varsomhet overfor pasientens individuelle behov og drøfter en praksis som kan tilrettelegges for å skreddersy dette behovet.

Med vennlig hilsen Ingvild Morken, Fagutviklingssykepleier på hjerteovervåkingsavdeling, Stavanger Universitets-sjukehus

## – Ville vært en glede!

Synes det er helt i orden å gi åndelig omsorg hvis pasienten/brukeren ber/hinter om det. Samtidig er det helt feil å påtvinge noen "forkynnelse" de ikke ønsker. Har selv vært sykepleier i 18 år, og det har aldri vært et tema. Nå som jeg selv har vært kristen i fem år, ville det vært en glede å for eksempel be sammen med en pasient hvis jeg ble spurt om det.

Med vennlig hilsen Anita Tur



» Fordelen med dårlig hukommelse er at man flere ganger kan glede seg over de samme tingene for første gang.

Friedrich Nietzsche

## Slutt å føle

«**Pasienter** er ikke på sykehus fordi de mangler venner, men fordi de har et problem som må ordnes opp i.» Omtrent slik ordla den amerikanske journalisten og forfatteren Suzanne Gordon seg da hun nylig besøkte Norsk Sykepleierforbund. Gordon har skrevet om sykepleie og sykepleiere i over tjue år og gitt ut ti bøker, flere av dem om sykepleie. Hun er legedatter, og hadde ikke tenkt mye på sykepleiere før hun fødte sitt første barn. Da fikk hun øynene opp for arbeidet de gjør.

En av bøkene heter «From silence to voice», hvor hun samarbeidet med fotografen Bernice Buresh. Buresh tok fotografier av sykepleiere på jobb og etterpå intervjuet Gordon dem om hva de gjorde på fotografiet. Og ikke minst: Hvorfor de gjorde det. Slik søkte hun å få frem kompleksiteten i sykepleien. Hva som kreves av planlegging, kunnskap og ferdigheter, for eksempel når en dårlig pasient med kateter og intravenøst skal mobiliseres. Et budskap til norske sykepleiere? Noe sånt som: Skal dere få den erkjennelsen dere fortjener, må dere slutte å snakke om relasjonen til pasienten, men hva dere faktisk gjør. Kanskje Gordon er interessant lesestoff også for norske sykepleiere?

Nina Hemæs

# Hundre års journal

Finnes det gode og dårlige journaltekster? Og i så fall, hvordan skrive en god? Dette lurte litteraturprofessor Petter Aaslestad på, og gikk igang med å lese journaler fra Gaustad sykehus.



### Forfatterintervju:

– Jeg vet ikke om jeg skal ta den beskjedne varianten eller den litt mer storslagne.

Petter Aaslestad trekker på smilebåndet. Vi skal snakke om «Pasienten som tekst», en bok Aaslestad har all grunn til å være stolt av. Den kom ut første gang i 1997, men har vist seg – forfatteren virker selv nesten

litt forbauset – å tåle tidens tann i stor grad, og er fremdeles en viktig og nokså enestående bok innenfor sitt felt. Denne våren kommer den ut på Universitetsforlaget for andre gang, i lettere revidert utgave.

Aaslestad har undersøkt fortellerens rolle i 150 journaltekster fra Gaustad sykehus i perioden 1890–1990. Samtlige av pasientene har diagnosen schizofreni, og journalene er skrevet av ansatte ved avdelingene i dette tidsrommet – leger, sykepleiere og andre.

– Interessen for boken har vært veldig stor, og nesten større innenfor helsefaglige miljøer enn i mitt eget fagmiljø. Jeg har vært masse rundt og snakket om boka på universiteter og høyskoler. Til slutt ble jeg nesten litt lei, sier han unnskyldende.

– Jeg tror egentlig det var derfor jeg påtok meg å revidere den, da fikk jeg samtidig muligheten til å sette den inn i dagens faglige kontekst, som er svært annerledes enn den var da jeg gikk i gang med prosjektet.

Innenfor litteraturvitenskapen har man i dag en langt mer kontekstuell tilnærming, man er

med andre ord mer opptatt av omstendighetene rundt verket, de historiske betingelsene og så videre, enn av nærlesning av enkelte tekster.

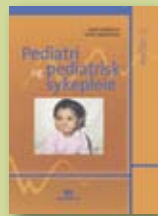
– I denne boken er det jo nettopp nærlesningen av journaltekster som har vært mitt hovedanliggende, så jeg vet sannelig ikke om jeg hadde hatt den samme energien eller like mye tro på prosjektet i dag, innrømmer han.

– På den annen side er tverrfaglighet blitt mer utbredt, noe som har gitt boken ny aktualitet. Man har fått øynene opp for at humanistiske fag kan brukes til å videreutvikle en medisinsk forståelse, et eget fagfelt som internasjonalt kalles *medical humanities*.

Aaslestad forteller at han fikk ideen til boka fordi en venn av ham som var psykiater mente han skrev dårlige journaltekster.

– Han ville ha meg til å lese dem og hjelpe ham til å bli en bedre journalskriver, og jeg tenkte hvorfor ikke? Og så gikk jeg i gang med å lese anonyme journaler og ble voldsomt interessert i sjangeren – i selve måten pasientene ble portrettert

om sykepleie til barn og unge anbefalt av Hanne Reinertsen høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo



**Randi Grønseth og Trond Markestad: Pediatriske sykepleier**  
Grunnleggende for alle sykepleiere som jobber med barn på sykehus.



**Gunnar L. Olsson, Leena Jylli (red.): Smårta hos barn och ungdomar**  
Har satt barn og unges smerter på dagsorden i norske sykehus.



**Kristina Berg Kelly: Ungdomsmedicin**  
Viktig bok for å forstå ungdom og deres reaksjoner i forbindelse med akutt og kronisk sykdom.

# historie

på. I tillegg har jeg jo som litteraturviter en genuin interesse for hvordan tekster er laget: Hvordan begynner en tekst? Hvordan slutter den? Hvem er det som skriver? Da jeg gikk i gang med lesningen av Gaustadjournalene var det slående å se hvordan tekstene var preget av den tiden de ble skrevet i. Den som skriver synes å være underlagt visse lover og regler pålagt ham eller henne, ikke bare av sjangeren, men også av samtiden. På denne måten preges møtet mellom pasienten og journalskriveren både av tidens rådende medisinske forståelse og ideologiske strømninger.

Aaslestad satt i kjelleren på Gaustad sykehus mens han leste journalene, og innrømmer at det ikke alltid var like lett å opprettholde den profesjonelle distansen til personen han leste om.

– Som bokens tittel understreker forholdt jeg meg til pasientene som tekster og ikke som virkelige mennesker av kjøtt og blod. Denne avstanden mellom liv og tekst var lettere å opprettholde jo eldre tekstene var. Når jeg leste tekster fra vår egen samtid kunne jeg jo praktisk talt risikere å støte på personen jeg nettopp hadde lest om. Dette forsterket følelsen av at jeg befant meg i en kikkerposisjon etter som jeg arbeidet med hemmelige, ikke-offentlige tekster.

tekst **Susanne Dietrichson**  
foto **Erik M. Sund**

**Avstanden mellom liv og tekst var lettere å opprettholde jo eldre tekstene var.**



## Petter Aaslestad

**Aktuell med:** Pasienten som tekst

**Utdanning:** Dr. Philos

**Yrke:** professor i nordisk litteraturvitenskap ved NTNU i Trondheim

**Bosted:** Trondheim

**Alder:** 54 år



## I koleraens tid

28. august 1854 brøt kolera ut i London og tok etter hvert 50 000 liv i England og Wales. I *The Ghost Map: A Street, an Epidemic and the Two Men Who Battled to Save Victorian London* følger du epidemiens utvikling dag for dag. Sett opp mot dagens utvikling, mener forfatter Steven Johnson at moderne megabyer kan bli nødt til å kjempe samme kamp som londonerne for 150 år siden. Og på samme måte som i 1854 ligger redningen i vitenskapen.

## Viktig korrektiv

**Anmeldelse:** Dette er et fembindsverk, i hovedsak ført i pennen av overlege Lars Thorgaard, med forord av Jan Olav Johannessen, sjefslege, Klinikk for psykiatri, Stavanger Universitetssykehus. Bindene er basert på notater fra mange års arbeid i ulike kontekster og utviklingsprosjekter i psykiatrien i Danmark, spesielt psykosearbeid. De inneholder erfaringskunnskap fra «vanskelig behandlingsarbeid» i og utenfor institusjon, supervisjon og tverrfaglige utdanningsprogram og foredrag.

Relasjonsbehandling basert på psykodynamisk forståelse, er hovedfokus i alle bøkene. Det vil si det aktive og gjensidige samspill som eksisterer mellom pasient og behandler og samspill med det ytre miljøet. Det å få, bevare og gjenerobre empati i relasjonen med pasienten er et gjentakende hovedtema.

Bokserien presenteres som en hu-

manistisk beskrivelse av relasjonsarbeid i moderne psykiatri, med basis i medmenneskelighet og profesjonell verdighet. Den er et viktig korrektiv til biologisk orienterte behandlingsformer og diagnosesystemer.

Verkets styrke er fokuset på behandlingsrelasjonen, hvor det å reflektere over eget og pasientens bidrag i relasjonen kan skape forandring, både hos behandleren selv og pasienten. Konkrete beskrivelser og utdyping av vanskelige terapeutiske begrep og behandlingsprosesser, illustrert med case og behandlingsforløp, gjør boken anvendelig i ulike behandlingssammenhenger. Bindene presenterer mange ulike modeller for forståelse og konkrete manualer hentet fra ulike behandlingsspektiver. Det er samtidig noe av verkets svakhet at mangfoldet ikke alltid er integrert eller fundamentert i det overordnede psykodynamiske

perspektivet. Dette er for eksempel tilfelle med Orems egenomsorgsteori, som har basis i en avviksnormalitetstenkning. For meg er det også uforståelig at GAF-skårer kan fungere som et hjelpemiddel for å forstå pasientens opplevelse. Slik sett framstår bøkene fortsatt med et noe fragmentert innhold. De alternative diagnosebegrepene som er framsatt fører til at en må tenke nytt om psykiske lidelser, samtidig kan formuleringene virke litt oppkonstruerte. Bindene er imidlertid et meget fruktbart bidrag til psykisk helsearbeid, både som teorigrunnlag og oppslagsverk. Bøkens konkrete verktøy og eksempler egner seg for bruk i den kliniske hverdagen, for eksempel arbeidsseminar. Deler av bindene egner seg også som lærebøker i grunn- og videreutdanninger i helse- og sosialfag.



### Relasjonsbehandling i psykiatrien

Av Lars Thorgaard m. fl.  
5 bind  
Hertervig Forlag 2006  
ISBN: 82-92023-98-4

**Anmelder:** Solfrid Vatne, førsteamanuensis, Høgskolen i Molde

## Om å miste mor

**Anmeldelse:** Det hører med til sjeldenhetene at jeg gråter når jeg anmelder bøker. Denne gangen gjorde jeg det. Jeg er nesten redd for å forkuldre denne «tankeboka». En liten bok i kladdebokformat, skrevet av Susanne, åtte år, og påbegynt to dager før moren døde av kreft. Den tomme kladdeboken ble tatt frem fra skuffen etter en samtale med psykiatrisk sykepleier Randi Helene Vassbakk Ajer.

Susanne skriver lydskrift, men jeg misforstår aldri. Vakre tegninger, særlig av blomster, kompletterer teksten. Boken er uberørt av voksehender.

Susanne sørger. Susanne raser. Men helt uten bitterhet. Det er savnet som dominerer. Hun husker de gode enkle gledene. Mamma som stelte håret hennes, som lagde god mat, vekket henne om morgenen og lærte henne å strikke og sy. En

mamma som elsket blomster, og ble like glad for en bukett løvetann, som for vårens første hvitveis.

Å miste en forelder er vel noe av det verste som kan ramme et barn. Dette traumet og savnet, det store tomrommet etter mamma, fyller åtteåringen etter beste evne med ord og bilder. Hun ser sin mamma i julestjernen, i månen og hånd i hånd med Gud. Mamma er død, men levende til stede i Susanne.

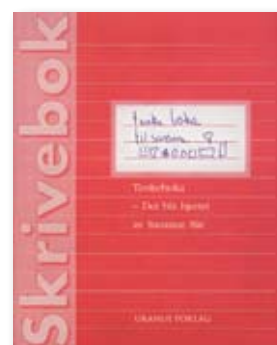
Gradvis opplever leseren den lille jentas modning etter tapet. Etter første del av tankeboken begynner hun å reflektere over døden. Også over at hun selv engang skal dø.

Det er refleksjoner jeg ønsker enhver åtteåring foruten. Men det er også en åpenbar bearbeidelse av sorgprosessen. Boken er et unikt hjelpemiddel til barn som har lidd lignende tap. Den bør imidlertid leses høyt av en voksen i første omgang.

Ingen barn bør sovne til denne boken, og minst av alt alene. Den må snakkes om. Tanker og følelser må utveksles.

Det vi voksne må ha i bakhodet, er at Susanne er oppvokst i en harmonisk familie. Det er en trygg pappa og besteforeldre med i bildet. Dødsfallet var ventet etter en lengre sykdomsperiode. Slik sett vil den ikke egne seg som bidrag til sorgbearbeidelse for enhver som mister mor under helt andre omstendigheter.

Uansett: Et modig prosjekt både fra forfatter, familie og forlag. Så vidt jeg vet har noe tilsvarende aldri blitt utgitt før. Formatet i form av en kladdebok, som du risikerer å i vanvare putte i sekken til din egen unge, bringer tematikken ubehagelig nær. Mamma er nok stolt, slik Susanne tegner henne blant blomster og engler. Vakkere ettermæle skal man lete lenge etter.



### Tenkeboka – Det blå hjerte

Av Susanne 8 år  
Upaginert  
Uranus Forlag, 2006  
ISBN: 82-995-5082-3

**Anmelder:** Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier



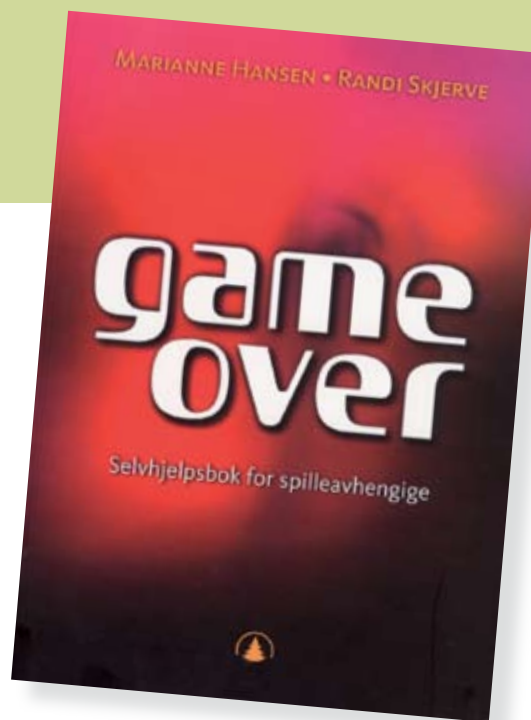
## Månedens bok

### Anmeldelse: Game Over

#### Selvhjelpsbok for spilleavhengige.

Av Marianne Hansen og Randi Skjerve  
Gyldendal 2006, ISBN 978-82-05-35194-3

**Anmeldt av:** Einar Tranøy, mastergradsstudent,  
Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo



# Oppskriftsbok for spilleavhengige

Game Over er et «must» for alle som sliter med for mye pengespill.

Det som først og fremst kjenner tegner *Game Over* er at den retter seg mot de spilleavhengige, og at det gis en kokebokoppskrift på hvordan komme seg ut av sin avhengighet. Som kokebøker flest gir den en trinnsvis beskrivelse av veien en må gå for å nå målet, en spillefri hverdag. Men i motsetning til mange kokebøker gir den oppmuntring og støtte på veien, også når hverdagen blir noe annerledes enn det oppskriften beskrev.

Forfatterne vet at tilbakefall, motløshet og daglig slit er en del av den problematikk som må overvinnes på veien ut av spilleavhengigheten.

Vi følger seks spilleavhengige gjennom boken som på tross av forskjeller, både når det gjelder preferanser for spill og bakgrunn, har mange fellestrekk. Dette gir liv til boken i den forstand at leseren får ta del i personenes tanker og følelser og de konsekvenser spillingen har fått for livene deres. Spilleavhengige som leser boken vil trolig kjenne igjen mange av beskrivelsene. De vil få bekræftet at de ikke er alene om sin avhengighet, få innsikt i hvor

for de gjør som de gjør og finne nøkkelen til å komme seg ut av avhengigheten: Å ta kontroll over tankene om hvorfor en oppsøker spillet og se hva som er alternativene. Boken har et selvhjelpskort, hvor den spilleavhengige skal skrive ned egne argumenter mot å spille. Dette skal han ha med

### ... enhver forandring i menneskers adferd begynner med et ønske om endring.

seg som en huskelapp, en slags motgift mot å falle for fristelsen når en farlig situasjon oppstår. Også pårørende kommer til orde i boken med sine opplevelser, og fortvilelsen når ens nærmeste spiller bort sin formue, bygd opp gjennom et langt yrkesliv.

Boken er lettlest og delt inn i to. Første del redegjør for hvem som får problemer og hvorfor det er noen som spiller for mye. Det gis en beskrivelse av hva spilleavhengighet er, og hvor langt spilleavhengige er villige til å gå for å

opprettholde pengespillet.

Bokens andre del handler om å ta kontrollen tilbake. Her beskrives prosessen spilleavhengige går gjennom fra beslutning om å slutte med pengespill er tatt, og veien som må tilbakelegges for å nå målet. Problemer og utfordringer på veien løftes frem, risikosi-

tuasjoner den spilleavhengige kan komme i, og hvordan man kan takle disse.

Boken henvender seg ofte til leseren i du-form, noe som gir en opplevelse av at boken henvender seg direkte til deg. Hvis en da vet eller lurer på om en er spilleavhengig, blir en på en god pedagogisk måte veiledet til den kunnskap og innsikt som er nødvendig for å kunne endre sin situasjon. Forfatterne understreker at enhver forandring i menneskers atferd begynner med et ønske om endring.

Boka belyser også spill i et samfunnmessig perspektiv, hvordan tilgangen til spill har økt og hvordan de aller fleste av oss har tilgang til spill mange av de stedene vi ferdes.

Spilleavhengige har etterlyst boken og er dens primære målgruppe, men også pårørende til spilleavhengige vil finne nyttig kunnskap om fenomenet: Hva de spilleavhengige strir med i sin avhengighet, og hvordan de kan komme ut av den.

Boka vil og være nyttig for alle som arbeider innenfor helse- og sosial omsorgen for bedre å kunne forstå fenomenet spilleavhengighet og den gjennomslagskraften det har i menneskers liv. Boken gir kunnskap om at det faktisk finnes en vei bort i fra denne avhengigheten, og viser hvordan helsearbeidere kan bidra positivt i å hjelpe de berørte parter.



## Hvem har skrevet...

...«Le Malade imaginaire» eller på norsk «Den innbilt syke»?  
– Og vet du hvordan forfatteren døde?

Svaret finner du på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



**Forbannede elskede barn**  
av Magnhild Mjåvatn  
Høie og Britt-Marie  
Drott Sjøberg

### Foreldre i fokus

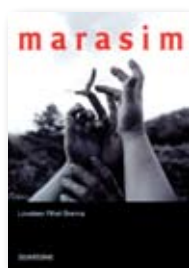
**Omtale:** Denne boka fokuserer på foreldre og pårørende til narkotikamisbrukere og bygger på direkte utsagn fra disse. Stoffmisbrukere er en forsømt gruppe i hjelpeapparatet og ved å lese denne boka får man innsikt i den situasjonen og de følelsesmessige påkjenninger foreldrene deres opplever. Forbannede, elskede barn er tilrettelagt for studenter innenfor sosial- og helsefagene og psykologi.  
ISBN 978 82 02 26984-5



**Seje drenge og superseje piger**  
av Ann-Elisabeth  
Knudsen

### Hjerne eller miljø?

**Omtale:** Ann-Elisabeth Knudsen er cand.mag. i dansk psykologi og har jobbet som gymnasielærer i 14 år. Siden 1996 har hun arbeidet med neuropsykologi og hjerneforskning. I denne boka ser hun på utviklingen til barn og unge mellom ti og 18 år. Med utgangspunkt i forskjeller mellom gutter og jenter sosialt og læringsmessig undersøker hun hvor vidt disse først og fremst skyldes hjernen eller miljøet.  
ISBN 978-87-570-1668-0



**Marasim**  
av Loveleen Rihel  
Brenna

### Samspill

**Omtale:** Bokas tittel Marasim er pakistansk og betyr relasjon. Fokuset er samspeillet mellom helsearbeider og pasient/pårørende med vekt på brobygging mellom norske helsearbeidere og pasienter/pårørende fra etniske minoriteter. Temaer som tas opp er graviditet, fødsel, barseltid, kosthold og omskjæring – en praktisk fagbok særlig egnet for studenter innen helsefagene.  
ISBN 978-82-7634-630-5



**Diabetes**  
av Jannik Hilsted m.fl.  
(red.)

### Tverrfaglig om diabetes

**Omtale:** Dette er den første fagboka om diabetes utgitt i Danmark på dansk. Artiklene er tverrfaglige og baserer seg på nyere forskningsresultater og resultater fra store kontrollerte kliniske undersøkelser. Boka er skrevet med vekt på de spesielle forholdene som kan gjøre seg gjeldende innenfor dansk og skandinavisk diabetologi og retter seg mot alle innenfor helsevesenet, spesielt leger, sykepleiere og terapeuter.  
ISBN 978-87-628-0532-3



## Prøv NSF Unique

- konto for medlemmer i NSF

Visste du at det koster bare  
82 kroner\* å låne ti tusen i  
én måned?

### Vil du vite mer?

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

\* Betingelser pr. mai 2007.



**Kvinne går til lege**  
– mann går på by'n  
av Ray Kluun

### Kvinne går til lege...

**Omtale:** Et vellykket par med et vellykket liv. Helt til hun blir alvorlig syk. Og han går på byen. Hvordan skal dette gå?  
*Kvinne går til lege – mann går på by'n* er skrevet av nederlandske Ray Kluun, og har visstnok sterke selvbiografiske trekk. Kluun jobbet som markedsfører, men etter at konen døde av kreft i 2001, tok han med sin lille datter til Australia og skrev denne boken.  
ISBN 978 82 02 26800-8



### Hva leser du nå?

– **Akkurat nå leser jeg** «From Brand Vision to Brand Evaluation» av Leslie de Chernatony og lærer veldig mye, sier **Bente G. H. Slaatten** (bildet).

– Det handler om den strategiske prosessen for å utvikle og styrke merkevarer. Det er lagt vekt på serv-

icemerker hvor den interne kulturen, bygget på de rette verdiene og hvordan ansatte følger disse verdiene, er avgjørende for å bygge sterke merkevarer. Det handler om posisjon og strategi. Så du skjønner at dette dreier seg om Norsk Sykepleierforbund.

# Ikke bare å velge

**Hallgeir Brumoen** tar for seg avhengighet i *Vanen, viljen og valget*.

Han er vernepleier med hovedfag i psykologi og har skrevet en psykologibok med praktisk tilsnitt.

## 1 Hvorfor skrev du denne boka?

– Jeg vil utfordre frihetsbegrepet, som er et ideal i vårt samfunn. Det å velge er en forutsetning for å bli verdsatt, og de som ikke klarer å velge har skyldfølelse fordi de ikke greier det. Jeg vil vise hvor vanskelig det er å bryte avhengighet. De som er avhengige skal bli møtt på at det å bryte avhengighet er vanskelig. Og de som *greier* å bryte avhengighet, skal vite at de er flinke.



## spørsmål til Hallgeir Brumoen

## 2 Hvorfor er boka viktig?

– Den er praktisk. Jeg bruker en praktisk metode både for å forklare avhengighet og for å vise hvordan avhengighet kan brytes. Metoden understreker betydningen av å ta den andres perspektiv og å høre på dennes fortellinger. Med andre ord: La den som er avhengig være sjefen. Fagpersonen kan ta rollen som en god lytter, eller en sekretær. I boken skriver jeg om to typer fortellinger: Svake øyeblikk og sterke øyeblikk. Svake øyeblikk er situasjoner der man gav seg over til avhengigheten, eller vanen. Sterke øyeblikk er situasjoner der man klarte å stå imot.

## 3 Hva er konklusjonen i boka?

– At det er vanskelig å velge, men at valget viser seg glimtvis hvis man er oppmerksom på det. Det gjelder å finne det jeg kaller sannhetens øyeblikk; øyeblikk som oppstår like før man gir seg over til avhengighet og hvor man vet at dette er noe man ikke burde gjøre. Hvordan man skal bruke slike øyeblikk er individuelt, men ett eksempel er å fylle dem «hva vil barnet mitt si hvis jeg gjør dette?» Kanskje tankene på barnet og relasjonen til barnet kan bidra til at man greier å motstå fristelsen.

## 4 Hva liker du best ved din egen bok?

– At jeg får til å bruke kompliserte teorier på en praktisk måte.

## 5 Er boka relevant for sykepleiere?

– Ja. Jeg tar opp avhengighet i vid forstand. Det kan være rus, spill, men også mat. Metoden jeg bruker er den samme. Den er et møte mellom atferdspsykologi, som jeg vet at sykepleiere ikke liker, og kognitiv og humanistisk psykologi, som jeg vet de liker. Jeg mener alle retningene er nødvendige for å forstå avhengighet. For meg handler det ikke om å evalu-

ere en psykologisk teori, men å undersøke om den er brukbar.

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

– *Game Over. Selvhjelpsbok for spilleavhengige* av Marianne Hansen og Randi Skjerve.

## 7 Hva er den siste skjønnlitterære boka du har lest?

– *Hoggerne* av Roy Jacobsen, som jeg har fått av min beste venn.

## 8 Hva inspirerer deg?

– Jeg har lyst til å skjønne og å formidle en forståelse for menneskelige fenomener. Jeg vil forstå dem praktisk og konkret.

## 9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

– En roman hvor jeg tar for meg noen store historiske psykologer som møtes i et hus til ideologisk kamp. Freud kommer til å være der. Skinner også. Og Carl Rogers og Albert Bandura. Hm... Og så tror jeg Beck kommer til å være der, men det er jeg usikker på.

tekst Nina Hernæs

# Årets sykepleier: Vant med språkperm

Kan du si «urinprøve klokka åtte i morgen» på tolv språk? Det kan de på barneavdelingen på Sykehuset Innlandet, Lillehammer, takket være årets sykepleiere i Oppland.

Årets sykepleiere for 2007 i Oppland ble Kristin Bokrudstad, Hilde Torseth Bråten og Anne Berit Klakegg Sundby ved barneavdelingen på Sykehuset Innlandet, Lillehammer. De tre sykepleierne har laget en perm med bilde og skrift av sentrale ord og uttrykk for å lette kommunikasjonen med fremmedspråklige pasienter. I tillegg til norsk er den oversatt til engelsk, tysk, fransk, russisk, serbisk/kroatisk, dari, albansk, somali, arabisk, tamil og urdu.

## I tillegg til tolk

Permen ble til etter at barneavdelingen så en stadig større utfor-

dring i å kommunisere med familier med fremmedkulturell bakgrunn. Ordene er satt opp med bilde, og pasienten eller pleieren kan da peke på ordet eller bildet som viser for eksempel «vondt i magen».

– Vi bruker permen i tillegg til tolk, ikke i stedet for tolk. Men i hverdagen er det stadig små beskjeder vi trenger å gi eller få. Det blir ikke ringt etter tolk hvis vi på vakt får vite at noen skal stille med blodprøve eller urinprøve klokka åtte dagen etter, sier Anne Berit Klakegg Sundby.

Selve permen var ferdig trykket til jul 2005, men er fremdeles under utvikling. Både andre avdelin-

ger på sykehuset og andre sykehus har vært interessert i å bruke den.

– Den vil bli ordentlig ferdig i løpet av året. Da er det også snakk om at NSF-forlaget Akribe skal legge en nedlastbar versjon ut på nettet og at de som ønsker kan kjøpe den derfra, sier Sundby.

## Går til filmen

Det siste i denne språklige forbedringen ved barneavdelingen er en dvd. Den viser ulike medisinske prosedyrer med en forklarende kommentar i de samme tolv språk som for permen. Prikktest, EEG og sondenedleggelse er ferdig filmet. Planen er også å feste spiro-

metri, svettetest, spinalpunksjon, kateterisering, MR-, ultralyd-, CT- og røntgenundersøkelse til dvd-platene.

– Vi bruker bare våre egne barn til filmene, men ønsker også noen mørkhudede barn, som vi kanskje kan få låne av kolleger på Gjøvik, sier Sundby.

Høgskolen på Lillehammer står for selve filmingen. Det hele startet som et lavbudsjettprosjekt hvor sykepleierne har benyttet språkkyndige venner og bekjente. I 2005 fikk de 50 000 kroner i støtte fra forsknings- og utviklingsfondet til Sykehuset Innlandet. I 2006 gikk Sosial- og helsedirektoratet inn med 400 000 kroner.



SPRÅKMEKTIGE VINNERE: – Å bli årets sykepleiere i Oppland er en stor tillitserklæring. Vi gleder oss til å få språkpermen og prosedyrefilmene ut i praksis, sier fra venstre Kristin Bokrudstad, Hilde Torseth Bråten og Anne Berit Klakegg Sundby.

## Banebrytende

Torsdag 10. mai fikk vinnerne overrakt prisen fra fylkesleder Jette Struck. Juryens sier blant annet at «arbeidet er et viktig bidrag til å kunne møte det etniske og kulturelle mangfoldet med den nødvendige kompetanse. Arbeidet er banebrytende og vil gjennom spredning ha stor betydning for pasientsikkerheten til en så sårbar pasientgruppe som barn er».

– Vi har god tro på at dette er et flott og brukbart produkt i praksis, og har fått masse positive tilbakemeldinger når vi har prøvd det ut på post. Det er nok for oss å tenke på at dersom våre barn hadde blitt innlagt i Russland og vi som foreldre ikke hadde forstått hva de gjorde med barna våre, så ville vi satt veldig pris på et slikt hjelpemiddel, sier Sundby.

Både Linda Mølgaard Gustavsen og Turid Lund var forside damer i Sykepleien høsten 2005.



## Flere vinnere:

Noen fylker har ikke kåring av årets sykepleier, andre har det seinere på året. Her følger listen over årets sykepleiere som ble kåret i begynnelsen av mai 2007:

**Vest-Agder: Carina Lauvsland**, sykepleier i hjemmetjenesten i Sogndalen kommune.

Som leder av ressursgruppa Lindrende omsorg i Sogndalen kommune er hun med på å skape trygghet rundt terminal pleie både for pasienter, pårørende og egne kolleger.

**Nordland: Sara Aas**, sykepleierfaglig rådgiver ved Helgelandssykehuset i Rana. Hun har alltid vært sykepleierens talerør samtidig som hun har beholdt pasientfokus, uavhengig av hvilken rolle hun har vært i.

**Telemark: Sykepleier Jørn Johnsen**, enhetsleder for sikkerhetsenheten 3A, Sykehuset Telemark. Han får prisen for sin innsats for pasienter med psykiske lidelser og sitt engasjement gjennom mange år. Han har spesielt hatt fokus på utagering og mestrings av vold og har blitt en stor ressurs på dette området.

**Oslo: Kirsten Berge** er årets sykepleier og Turid Lund er årets sykepleierleder.

Kirsten Berge arbeider som helse-søster og spesialkonsulent i Oslo kommune, helse- og velferdsetaten. Hun betegnes som en faglig pioner innen utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og har alltid fremmet sykepleierfaget innen tverrfaglig samarbeid.

**Turid Lund** er avdelingsoversykepleier i Mottagelsesavdelingen, akuttdivisjonen ved Ullevål

universitetssykehus. Hun har vært kompromissløs på at sykepleiere skal lede eget fag uten å framstå som sta, og har i stor grad fokuset på betydningen av god sykepleierkompetanse for pasientene.

**Sogn og Fjordane: Bjørn Smelvær**, sykepleier ved ortopedisk avdeling, Førde sentralsjukehus. Han utøver sykepleie av høy kvalitet til pasientene som elsker hans gode kommentarer, samtidig som han gir dem god faglig informasjon. Han er særlig oppmerksom på å ta med sykepleierstudenter på undervisning i alle pasientsituasjoner han kommer opp i.

**Vestfold: Linda Mølgaard Gustavsen** er årets sykepleier og Dagrun Møller er årets sykepleierleder.

Linda Mølgaard Gustavsen jobber i SO- (seksuelle overgrep) teamet i Sandefjord kommune. Hun er vår tids Florence Nightingale som er tydelig, modig og stolt. Hun står fram i media, tydelig i faget, samtidig er hun den beskjedne, glade og kloke damen.

**Dagrun Møller** er avdelingssykepleier ved kirurgisk post 2B og C ved Sykehuset Vestfold. Hun har en lang fartstid som leder og fører en «menneskelig» personalpolitikk der hun stiller realistiske krav til sine ansatte. Hun svarer gjennomtenkt ut fra egne erfaringer og er ydmyk når hun vet hun ikke er oppdatert. Hun motiverer de ansatte og kommer pasientene til gode.

**Nord-Trøndelag: Elin Vikan Røsæg**, psykiatrisk sykepleier i Alderspsykiatrisk enhet ved sykehuset Levanger. Elin har vært en sentral person i utviklingen av demensstilbudet i Nord-Trøndelag og i utviklingen av pårørendeforeningen både lokalt og sentralt. Hun er faglig oppdatert, kunnskapsrik, dyktig og engasjert og har fokus på samarbeid mellom nivåene i

# Syke bamser og høyt kolesterol

«Vi kan hjelpe» var motto for sykepleierdagen 12. mai. På Universitetsplassen i Oslo myldret det av hvite uniformer. Og etter hvert kom tilskuerne. Mange med bamser.

Bamsesykehuset var et av de mest besøkte teltene, og hadde til tider overbelegg. Sykepleierstudenter fra Lovisenberg diakonale høyskole tok imot store og små bamser med varierende helsetilstand.

– Noen var spjæret opp og andre manglet øye, forteller Caroline B. Habbestad, som sammen med medstudenter lappet bamsene sammen. De bekymrede eierne fikk med seg en bamsemelding som bekreftet at bamsen nå var i superduper bamseform. Videre medisiner: Mye kos og kjærlighet.

## Kø

Ifølge Norsk Sykepleierforbund var flere tusen mennesker innom Universitetsplassen. Mange av dem stilte seg i kø for å sjekke nivået på kolesterol, blodsukker og blodtrykk.

Blant de andre tilbudene var «prøv å kjøre rullestol», oppdatering i livredning og svar på alle «dumme, flau og vanskelige spørsmål om kropp og helse». Blant annet fikk barn og voksne en konkret innføring i hvorfor man tisser ved hjelp av flasker, slanger og gul væske.

## 22 faggrupper med

Forbipasserende på Karl Johan kunne også få stukket til seg en løpeseddel om hjerneslag og hvordan det kan forebygges. Det sørget leder for slagsykepleierne, Anne Evy P. Ødegård, for. Hun var strålende fornøyd.

– En mann sa det sånn: «Hvordan har det seg at hver gang dere er på tv, så rer dere senger eller ber



om mer lønn?» Han syntes det var så koselig å se oss på gaten. For oss var det nyttig og få vite hva vi kan. Vi setter ikke bare sprøyter og deler ut medisiner.

Slagsykepleierne var en av 22 faggrupper på Universitetsplassen. I alt har Norsk Sykepleierforbund 33.

Lederen for operasjonssykepleierne, Liv-Marie E. Loraas, stilte i operasjonshette med museører og blomstrete munnbind. Det oppfordrer hun alle som skal operere barna til å bruke fordi det roer ned.

## Ikke bare i Oslo

Sykepleierdagen er en internasjonal markering av sykepleiefaget, lagt til Florence Nightingales fødselsdag 12. mai. I Norge ble dagen også markert, blant annet i Troms og Hedmark. International Council of Nurses, der Norsk Sykepleierforbund er medlem, har hvert år et tema for dagen. I år var det *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*.

tekst **Nina Hernæs** og **Eivor Hofstad**  
foto **Eivor Hofstad**

## Nye perspektiv i Canada

I min første praksis ved Høyskolen Diakonova kom jeg i prat med en sjettesemester-student som akkurat hadde kommet hjem fra et semester i USA. Hun var veldig entusiastisk og anbefalte på det sterkeste å ta en tur ut i verden. Høyskolen Diakonova anbefalte femte semester som det mest fornuftige semesteret å dra ut, da man har kommet opp på et visst kunnskapsnivå i løpet av de to første årene.

Jeg tenkte lenge på å søke et universitet i USA, men da jeg gjennom IEC (International Education Center) ble tipset om Canada, måtte jeg finne mer ut om dette landet. Ikke bare har Canada et veldig likt helsesystem som Norge; Canada har også unik natur, himmelske skianlegg og endeløst mange friluftstilbud.

Verken IEC eller jeg klarte å oppspore noen norske sykepleierstudenter som hadde tatt et semester i Canada tidligere, så jeg følte meg veldig privilegert da jeg fikk tilbud om å være «prøvekanin» på Thompson River University, Kamloops, British Columbia.

Kursene mine var geriatri, administrasjon og ledelse, endringsledelse og et kurs i kommunikasjon. Alle kursene var veldig lærerike og

interessante, men endringsledelse var noe helt spesielt. Dette er et fjerdeårs kurs som er lagt opp som et prosjektarbeid hvor man parvis prøver å bygge nettverk, påvirke og samarbeide med institusjoner på et høyt nivå. Man har presentasjoner for et stort publikum og man får virkelig den erfaring at sykepleiere virkelig kan gjøre forandringer.

Evalueringssystemet i Canada er annerledes ved at det er små eksamener, oppgaver og prosjekter. Dette krever kontinuerlig lesing, og det positive er at man slipper ni-lesing og skippertak før den store eksamensdagen.

Når jeg nå tenker tilbake på semesteret i Canada, mener jeg at det har gitt meg en mestringsopplevelse, et større perspektiv på sykepleie, og ikke minst nye vennskap og takknemlighet for å ha møtt så mange inspirerende og kunnskapsrike mennesker.

Jeg tror det er viktig, særlig innen sykepleie, at flere studenter tar et opphold i utlandet. Sykepleie er et yrke og en utdanning som stadig er i utvikling og endring. Et utenlandsopphold gir innsikt i hvordan et annet system fungerer, noe som igjen kan gi inspirasjon. Man kan se med nye øyne på alle de positive aspektene ved den norske utdannelsen og sykepleieryrket. Dessuten hjelper en ny,

forbedret språkkunnskap til å lettere få tilgang og lese fagartikler og forskningsarbeider.

Canada er kommet langt innen sykepleie, og jeg må innrømme at det frister å ta turen om noen år for å ta en av de mange spennende etterutdannelsene de har. Jeg anbefaler på det sterkeste å oppleve Canada; menneskene er veldig åpne, hjelpsomme, tålmodige og ikke minst genuint vennlige.

Marit Mueller

årsaker er for tungt, ikke for å ligge på en sandstrand i Syden.

Det burde vært mulig for oss med AFP-pensjon, sett på bakgrunn av sykepleiermangelen, og også for andre yrkesgrupper, å kunne ta ekstra arbeide på lik linje med andre pensjonister.

Synes dette burde være interessant å se på for min organisasjon.

Medlem 00643016

## AFP-pensjonisten

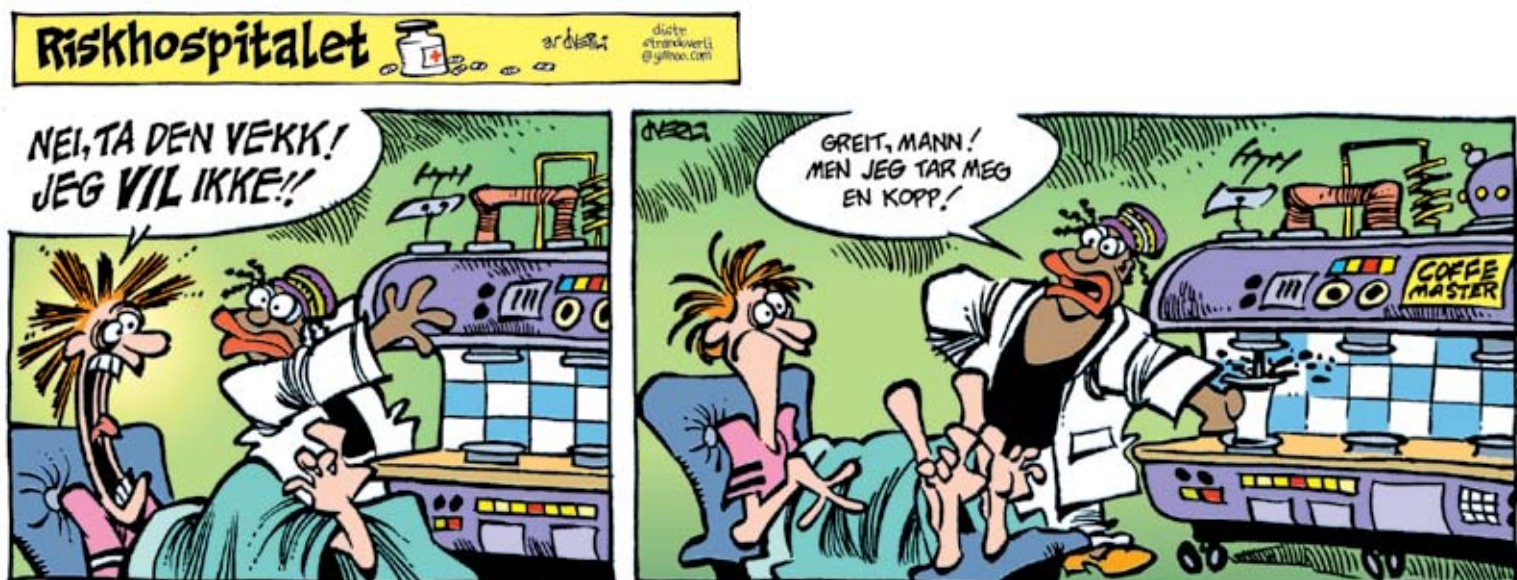
Som vi vet er det stort behov for sykepleiere. Sykepleiere som har AFP-pensjon og som kunne tenkt seg å ta ekstravakter, har liten mulighet til det. 15 000 kroner årlig kan tjenes uten at det går ut over pensjonen. En slik sum er håpløs å forholde seg til. Jeg spør meg hvorfor en med uføretrygd har en helt annen og bedre anledning til å ta ekstraarbeide. AFP-pensjonisten synes ikke å ha noen rettigheter.

Det er selvsagt en grunn for at en har tatt ut en slik pensjon, som absolutt ikke er noe lukrativt inntektsmessig, og vel heller ikke er ment å være det. Jeg tror de fleste har tatt ut denne pensjonen fordi full arbeidstid av ulike

## Skuffende pengeskutt

Det er svært skuffende at det planlagte patologibygget for sykepleierstudentene heller ikke denne gangen får startbevilgning. Jeg opplever det også som paradoksalt at finansministeren tidlig i sin pressekonferanse trekker fram mangelen på akkurat sykepleiere uten å vise noen vilje til å gjøre noe med problemet, men tvert imot. Patologibygget ligger trygt på 2. plass på listen over såkalte prioriterte byggeprosjekter, men i stedet for å igangsette noen av disse kutter regjeringen i støtten til de allerede påbegynte byggeprosjektene. Det eneste prosjektet som får økt bevilgning er Operaen.

Vegard Johan Jæger, leder i Studentparlamentet HIO



## Trist, men dessverre sant!

Sykepleien nr 6/07 har flere artikler som «heller bensin på bålet» for mitt vedkommende, så jeg ønsker å kommentere dette.

Artikkelen «Minister taus om yrkesskader» gjør meg bare fortvilet. Jeg ble selv skadet i en løfteulykke på min arbeidsplass for 11 år siden. Har siden blitt operert et utall ganger. Dette har ført til at jeg (kvinne og sykepleier) har redusert min stilling, og kan arbeide få steder. Da min skade skjedde var det ingen på arbeidsplassen som informerte om at dette skulle skademeldes umiddelbart. Sykepleierforbundet mente at det ikke var noe poeng i å kjøre dette som en yrkesskadesak, for jeg ville bare tape uansett. Min private advokat måtte også bare henlegge arbeidet, fikk ikke støtte i Sykepleierforbundet. Jeg ble gående i en sykmeldings situasjon uten noen form for assistanse til å komme tilbake og utøve det yrket som politikerne og Sykepleierforbundet synes er så veldig viktig.

Absolutt alt måtte jeg ta tak i selv, og da tiden for attføring kom, hadde ikke jeg som allerede var lavtlønnet råd til dette (66 prosent av inntekten), og måtte presses ut i arbeid som påførte ytterligere skade. (Det var nemlig heller ingen, f.eks. tillitsvalgt på arbeidsplassen, som fortalte at

det fantes støtteordninger via NSF som kunne «spedd på» attføringspengene litt, slik at jeg kunne endret kurs på en riktig måte!) Derfor blir jeg helt målløs og veldig trist når jeg ser at skader på helsepersonell selv i dag ikke tas på alvor og utløser yrkesskadeerstatning. Jeg har selv fått redusert min fremtidige mulighet til inntekt så dramatisk at jeg synes det er svært uheldig og underlig at ingen tar mer tak i dette. Det er sikkert flere der ute som har det som meg. Dette viser jo at det er virkelig farlig å være sykepleier. Ved skade har vi ingen rettigheter, og ifølge artikkelen ser det ikke ut som vi får det i nær fremtid heller!

Artikkelen «Ti tiltak mot sykefravær»: Da jeg ble skadet måtte jeg på egenhånd skaffe tilveie opplysninger om hvordan jeg f. eks. kunne utdanne meg til bedriftssykepleier, noe som kan passe som arbeid for denne type

skade. Ved å kontakte faggruppen for bedriftssykepleiere så jeg fram til å få svar på dette, men ingen kunne fortelle meg hvordan jeg skulle gå fram. Jeg ønsket også å lære mer om HMS, da jeg vet dette er viktig i forbindelse med sykefravær, og ville vært viktig å ta tak i på min arbeidsplass, men ble utelukket fra et kurs fordi jeg er deltidsansatt. (Og hvorfor er jeg deltidsansatt? Skade. Skjønner?) Så dette er bare en ond sirkel som helt tydelig ikke skal være lett å komme ut av, og NSF ga ikke mye hjelp.

Artikkelen "You'll never walk alone" får meg til å trekke på smilebåndet. Juridisk bistand fra NSF? I min sak, og diverse andre saker hvor sykepleiere har forhørt seg om juridisk bistand i forbindelse med skader, ansettelsler, oppsigelser, lønnsproblematikk osv, har jeg ennå ikke opplevd at noen har fått juridisk bistand fra NSF, så hvorfor promotere dette?

## Innsparing i helsetjenesten

Som sykepleiestudent og arbeidstaker i helsetjenesten har jeg sett resultatene av dagens innsparinger. Bare på min avdeling skal det spares inn 5 millioner kroner. Det går ut over ernæring, valg av utstyr, pasienter, pårørende og ikke minst behandlingen.


Daglig må vi som arbeider jobbe med tre til fire korridorpatienter som ligger foran skap. Rommene er trange og ikke tilrettelagt for rullestoler, gåstoler osv. Dette går ut over oss helsearbeidere, men ikke minst pasientene som er

på sykehus for å få hjelp. Det er ikke et miljø som legger opp til ro rundt pasientene. Jeg har opplevd at pårørende til terminale pasienter har måttet forlate avdelingen for å spise, og så døde pasienten mens de var borte, noe jeg opplevde som en svært uverdigg situasjon. Å jobbe i helsevesenet er en meningsfull og givende jobb, men det er viktig at forholdene er lagt til rette slik at en kan gjøre en så god jobb som mulig. At arbeidsdagen ikke er så slitsom at en ikke har overskudd til å gjøre det som

bør gjøres før en går hjem.

Stadig underbemanning er etter min mening med på å øke sykefraværet. Når sykehuset leier ekstravakter fra byråer i stedet for å ha fast ansatte, går dette i tillegg ut over kontinuiteten og effektiviteten. I tillegg kan det stilles spørsmålsteget ved om det er et økonomisk forsvarlig tiltak.

Jeg har jobbet med mange sykepleiere som gjør en fantastisk jobb, men stadig flere velger å skifte arbeidsplass eller yrke fordi arbeidssituasjonen er uholdbar



**EEG HJERNEAKTIVITET**

- 1. Smerte**  
Hva heter smerte på latin?
- 2. Mer smerte**  
Og hva heter smerte på gresk?
- 3. Smertelindring**  
Hvilket narkosemiddel ble tatt i bruk i 1846?

3. Eter  
2. Algos  
1. Dolor

Er vi en så altfor stor gruppe at dere ikke rår med oss annet enn på papiret?

Jeg vil til slutt si at jeg selv har måttet ta tak, og bruker nå hardt oppsparte midler for å utdanne meg til noe helt annet, og dette gjør jeg på fritiden. Synes det er trist, men sant, at hjelpen er, og har vært så liten, at tid og penger jeg skulle bruke på min familie nå går til utdannelse. Men det blir vel forhåpentligvis en gledens dag når jeg ikke lenger behøver å kalle meg sykepleier. Det virker jo ikke som dere har bruk for meg!

Medlem nr: 587181

## Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

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



# Gjør som Florence!



STILTE KRAV: Bildet ettertiden har skapt av Florence Nightingale som den milde «lady with the lamp» stemmer ikke, påpeker Slaatten. Litografi av J.A. Benwell (1855).

12. mai markerte sykepleiere verden rundt den internasjonale sykepleierdagen. Nylig fikk jeg spørsmål om hvorvidt dagen er tilfeldig valgt. Jeg svarte som sant er, at 12. mai er Florence Nightingales fødselsdag. Reaksjonen uteble ikke: - Å, ja. Selvfølgelig. Det er jo sånn sykepleierne er – snille og gode.

Florence Nightingale har fått et ufortjent mildt ettermæle. «The lady with the lamp»... De fleste assosierer henne med myke

hender og stillferdig omsorg for sårede soldater. Få vet at hun også var en kontroversiell barrikadestormer og likestillingsforkjemper.

I Nightingales samtid finner vi «håndhygienens far», Dr. Semmelweis. Louis Pasteur og Joseph Lister lanserte sine teorier om bakteriologi og antiseptikk. Men Florence Nightingale var sentral for å omsette denne kunnskapen til praksis. Hun stilte strenge krav til renslighet, og bidro til

at hygiene og infeksjonskontroll fikk en sentral plass i sykepleierutdanningen. Hun var også en foregangskvinne i å bruke nye teknikker for statistisk analyse.

Hun var en pådriver, en kunnskapstørst sykepleier og en pioner som vi alle har mye å lære av. Hun stolte på kompetansen sin. Hun videreutviklet kunnskapene sine kontinuerlig og utførte arbeidsoppgavene sine på bakgrunn av hva som ga best resultat. Hun var en tidlig forkjemper for kvinners rett til å studere matematikk og til å «do the thing that is good, whether or not it is suitable for a woman»

I det perspektivet er det lett å komme med oppfordringen «Gjør som Florence!».

For NSF ble årets markering av den internasjonale sykepleierdagen en suksess. Landet rundt ble det arrangert fagdager, lederseminarer og utdelinger av priser til sykepleiere og ledere som har utmerket seg i løpet av året som gikk. På Universitetsplassen i Oslo var flere tusen publikummere innom og fikk grundig innblikk i sykepleiernes arbeid.

Sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre fra NSF's faggrupper ga råd og tips om små og store helsespørsmål. Spesielt var køen lang hos sykepleierne som sjekket kolesterol og blodtrykk. Kondomskolen vekket også oppmerksomhet, særlig blant årets russ, og bamsesykehuset for de minste var et populært innslag. Mange barn møtte opp med myke og lodne «pasienter» som ble lappet sammen og grundig helsesjekket av ivrige sykepleierstudenter.

Mange besøkende fortalte at de har fått øynene opp for hvor omfattende sykepleiernes kompetanse er og hvor mange ulike spesialområder sykepleiere har kunnskap om. Jeg setter pris på den kjempeinnsatsen mange NSF-medlemmer bidro med på dette og andre arrangement rundt om i landet. Dere sørget for å presentere de ulike fagfeltene, sykepleierens rolle i helsetjenesten og hvilken betydning sykepleierne har for befolkningens helse på en flott måte! Sykepleie gjør en forskjell!

Jeg merker meg også at statssekretæren i Helse- og omsorgsdepartementet, Wegard Harsvik, benyttet sin appell til å understreke behovet for sykepleiernes kompetanse. På vegne av de vel 80 000 NSF-sykepleierne kan jeg love at vi stiller kompetansen til disposisjon. Men ikke glem at vi stiller de samme kravene som Florence: Vi vil ha rom til å forske, tid til kompetanseutvikling og arbeidsvilkår som gjør det mulig å tilby pasientene effektiv sykepleie av god kvalitet!

*Bente G.H. Slaatten*

## NSF vil styrke pasientrollen

Styrket samhandling mellom helsepersonellens fagkompetanse og pasientenes erfaringer vil bidra til bedre kvalitet i helsetjenesten. I samarbeid med Kunnskapssenteret skal NSF lære sykepleiere med lederansvar systematisk forbedringsarbeid for å styrke pasientmedvirkningen. Prosjektet skal oppsummeres i forbindelse med Sykepleierkongressen i 2008.

Jobben kan NSF imidlertid ikke gjøre alene. En vellykket brukermidvirkning avhenger av en høy kompetent og tilgjengelig helsetjeneste. Brukerne

kan ikke medvirke hvis de ikke har noen å «virke med».

For eksempel er den høye andelen deltidsansatte sykepleiere et klart hinder for kontinuitet i pasientoppfølgingen. Mange pasienter er heller ikke i stand til å medvirke, velge eller vurdere ulike alternativer.

Helsemyndigheter og arbeidsgivere har et spesielt ansvar for rammebetingelser som muliggjør god samhandling mellom helsepersonell og pasienter. Flere hele stillinger og flere ansatte med høy helsefaglig kompetanse må på plass!





Dette er nyheter fra **Norsk Sykepleierforbund**  
[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

# Lønnsoppgjøret 2007 i havn

Årets lønnsoppgjør er i hovedsak i havn, med et akseptabelt resultat. I helseforetak og kommuner får sykepleiere 11.000 kroner eller mer i lønnstillegg.

I kommunal sektor får sykepleiere 7 500 kroner pluss et generelt tillegg på 1,4 prosent. Tilleggene gis med virkning fra 1. mai 2007.

I de statlig eide helseforetakene får alle sykepleiere 4,6 prosent i generelt tillegg, noe som utgjør minimum 11 – 12 000 kroner for en heltidsansatt. Sykepleiere med 16 års ansiennitet eller mer får ytterligere 1 prosent, og spesialsykepleiere får ytterligere 0,7 prosent. En spesialsykepleier med 16 års ansiennitet får altså 6,3 prosent i tillegg. Tilleggene gis med virkning fra 1. mai 2007.

– Lønn er urekkelig et viktig våpen i kampen om arbeidskraft. Dette lønnsoppgjøret innebærer ingen lønnsrevolusjon, men det bidrar til at helseforetak og kommuner ikke melder seg av i konkurransen om kompetente ansatte, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

– Det er avgjørende at virksomheter som utfører offentlige velferdsoppgaver styrker sin posisjon med tanke på rekruttering av arbeidskraft i fremtiden, understreker hun.

I Navo oppfordrer dessuten de sentrale partene helseforetakene til

å etablere retningslinjer for bruk av deltid.

Enkelte medlemmer får sin lønn fastsatt lokalt, og for disse skal det føres lokale forhandlinger (ledere i kapittel 3.4 og arbeidstakere i kapittel 5).

## Staten

Ansatte i staten får 4.300 kroner i generelt tillegg til og med lønnstrinn 43. Fra og med lønnstrinn 44 til og med lønnstrinn 77 gis 1,35 prosent generelt tillegg. Fra og med lønnstrinn 78 til 92 gis 8.200 kroner i generelt tillegg. Alle arbeidstakere som er på lønnsrammer gis ett lønnstrinn pr 1. juli. Lønnspressen som tidligere startet i lønnstrinn 29 er nå løftet til lønnstrinn 30.

Det skal forhandles lokalt i staten innenfor en ramme av 0,5 prosent pr 1. juli. Forhandlingene skal være slutført til 31. oktober 2007.

## Oslo kommune

I Oslo kommune får alle et sentralt tillegg på 3,1 prosent, med minimum 9.000 kroner.

## HSH

I HSH skal det gjennomføres forhandlinger 12. og 13. juni for overenskomstene innenfor helse, utdanning og kultur (HUK-området).

## Les mer på nett

Du finner flere detaljer om lønnsoppgjøret på NSF's nettsider: [www.sykepleierforbundet.no/tariff2007](http://www.sykepleierforbundet.no/tariff2007)

## Nye minstelønnsatser i NAVO Helse

	Sykepleier	Spesialsykepleier
0 år	282 000	305 000
4 år	288 000	315 000
8 år	297 000	327 000
10 år	320 000	355 000

## Nye minstelønnsatser i KS

	Sykepleier	Spesialsykepleier	Stillinger med krav om mastergrad
0 år	281 500	300 900	322 000
4 år	287 600	305 900	342 800
8 år	295 600	312 500	363 600
10 år	320 400	337 300	380 800

## Feiret den internasjonale sykepleierdagen

Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjorde en kraftfull markering av den internasjonale sykepleierdagen 12. mai.

På Universitetsplassen i Oslo stilte en rekke faggrupper opp, og NSF's eget trommekorps satte preg på Karl Johans gate da de marsjerte. Flere tusen var innom for å få innblikk i hva sykepleierne jobber med.

– Et av målene med arrangementet var nettopp å gi folk innblikk i mangfoldet sykepleieryrket innebærer. Det har vi klart, sier en fornøyd forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

## Til 1,7 millioner lesere

I tillegg til at sykepleierne møtte publikum spredte NSF et avisbilag over det meste av landet. I avisbilaget presenteres leserne for sykepleiere og deres arbeidsoppgaver i ulike deler av helsetjenesten.

Bilaget ble spredt med Aftenposten, Bergens Tidende, Adresseavisen, Stavanger Aftenblad, Nordlys, Fædrelandsvennen og Agderposten. I alt utgjør dette vel 680.000 eksemplarer, med over 1,7 millioner lesere.



Hele bilaget kan også leses på NSF's nettsider: [www.sykepleierforbundet.no/12maibilag](http://www.sykepleierforbundet.no/12maibilag)

**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.**

## Suksess på Sykepleierdagen

NSF's markering av den internasjonale sykepleierdagen ble en suksess. Flere tusen var innom sykepleierne på Universitetsplassen i Oslo. NSF's eget trommekorps satte preg på bybildet da det marsjerte på Karl Johan.

## NSF vil styrke pasientmedvirkningen

– Godt samarbeid mellom helsetjenesten og pasientene er avgjørende for godt resultat. Derfor tar NSF nå konkret initiativ for å styrke pasientenes medvirkning, sa Unni Hembre i sitt innlegg på Helsekonferansen 2007.

## NSF publiserer avisbilag

Norsk Sykepleierforbund publiserer et avisbilag om sykepleie i en rekke aviser spredt over hele landet. Bilaget er en del av markeringen av den internasjonale sykepleierdagen 12. mai, og det kan også leses på nett.

## Gratulerte nyresykepleierne

– 20 års engasjement for god kvalitet er verdt å feire! Jeg synes det er flott at dere har valgt en faglig kursramme rundt jubileet, sa forbundsleder Bente G. H. Slaatten i sin tale til Faggruppa for nyresykepleiere.

## Ungikk sykehusstreik

– Spesialsykepleiere og jordmødre får en lønnsøkning på i snitt 21 000 kroner, sykepleierne 15 000 og lederne 23 000 kroner i 2007, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund (NSF) etter at NSF og Navo ble enige om ny avlønning for sykepleiere i helseforetakene i natt.

## Enighet i Oslo

Seks timer på overtid ble det enighet mellom Unio og Oslo kommune om en økonomisk ramme på nesten 4,9 prosent. Alle får et sentralt tillegg på 3,1 prosent, minimum 9 000 kroner.

Oslo 10. mars 1973.

## Røyking – en gang status

Da Christopher Columbus gikk i land på Cuba i november 1492, så han at de innfødte røyket sammenrullede tobakksblader. Det var europeernes første møte med tobakken, som etter sigende ble brakt videre til Frankrike i 1560. Planten ble dyrket i Europa fra slutten av 1500-tallet og ble spredt fra Europa til resten av verden.

Fram til 1800-tallet var pipen den vanligste måten å røyke på. Seinere økte sigarens popularitet, og fra slutten av århundre ble sigaretten den dominerende formen for tobakk.

«Takt og Tone» er tittelen på en bok Emma Gad ga ut i 1918. Her skriver hun blant annet:

«Den stadig om sig gribende Nydelse af Tobak gør sig selvfølgelig ikke minst gældende i Selskabslivet... Damer maa nødig træde hindrende i Vejen for Røyning. Naar de har ondt ved at taale den, Maa de blive hjemme.»

Sigaretten var et symbol for det moderne liv. Ikke minst ble kvinnen med sigarett et bilde på den moderne, frigiorte og likestilte kvinne. I reklamen var sigaretten symbol for luksus og glamour.

Siden 1960-tallet har dette endret seg. I 1964 ble det oppnevnt



TOBAKK: Odelstinget vedtok 1973 den såkalte «Tobakksloven» om forbud mot tobakksreklame.

seadvarsel på sigarettene, og øke aldersgrense for å kjøpe tobakk fra 15 til 16 år. Loven trådte i kraft i 1975.

«Røykeloven» som krevde røykfri luft i lokaler hvor alle har adgang, ble innført i 1988 og har blitt innskjerpet flere ganger. Loven krevde at luften i minst halvparten av lokalene i kafeer, restauranter, diskoteker og barer skulle

være 100 prosent røykfri. Loven ble senest innskjerpet i 2003.

tekst Bjørn Arild Østby  
foto Odd Ween/Scanpix

et offentlig utvalg som skulle «planlegge kampen mot den skadelege sigarettøykinga». I 1973 ble den såkalte «Tobakkloven» vedtatt. Den satte totalt forbud mot tobakksreklame, påbud om å trykke en hel-

## Favoritten fikk jobben

**Marit Lund Hamkoll** overtar roret som ny konstituert administrerende direktør ved Sykehuset Buskerud.

Hamkoll var administrerende direktør for Sykehuset Buskerud fra 1994 til 2002 og har vært styreleder ved fem av helseforetakene i Helse Sør, samt konstituert direktør ved Sykehuset i Vestfold. Nå har hun permisjon fra stillingen som organisasjons- og prosjektdirektør i Helse Sør.

Ifølge foretakstillitsvalgt ved Sykehuset Buskerud, Hanne Haugann Juritzen, var Hamkoll deres førstevalg.

– Vi har selv foreslått henne. Hun har derfor vår fulle støtte. Dette går et samlet tillitsvalgtskorps inn for, sier Juritzen til Drammens Tidende. Hun har store forventninger til sykehusets nye toppleder.

Styreleder Bente Holm Mejdell uttrykker også glede over valget av Hamkoll.

## Til Rådet for psykisk helse

Tidligere helse- og omsorgsminister **Ansgar Gabrielsen** er valgt til ny styreleder i Rådet for psykisk helse.



– I Rådet for psykisk helse ønsker jeg å bidra til å gjøre livet bedre for alle dem som alltid har sittet nederst ved det store helsebordet når godene har blitt fordelt – psykisk syke, rusmisbrukere og deres pårørende, sier Gabrielsen.

Han karakteriserer styrelederverket som den største utmerkelsen han har fått.

## Eks-fylkesleder ny dekan

**Solveig Osland Sandvik** sluttet som leder av NSF Vestfold i mars og begynner 1. august som ny dekan ved Høgskolen i Vestfold, avdeling for helsefag.

**Lisbeth Rudlang** er valgt som NSF's nye fylkesleder. Hun er utdannet operasjonssykepleier og forlater sin stilling som avdelingssykepleier ved operasjonsavdelingen på Sykehuset i Vestfold. Hun kjenner organisasjonen meget godt gjennom flere år i forskjellige verv som tillitsvalgt.

## Sykepleier blir apotektopp

**Tove Kreppen Jørgensen** er ansatt som områdedirektør for Stor-Oslo hos Sykehusapotekene ANS. Hun er sykepleier med lederutdanning og har bred erfaring fra ledende stillinger innen kommunal sektor

og spesialisthelsetjenesten, skriver Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.

Hun kommer fra stillingen som direktør ved divisjon for medisin, Sykehuset Østfold HF.

## Studentpris

Sykepleierstudenter ved Høgskolen i Sør-Trøndelag fikk studentprisen for sitt engasjement i «Livsglede For Eldre». De drar blant annet ut til eldrehjem flere ganger i året for å lyse opp hverdagen til de eldre.

Vinnerne fikk overlevert en pris på 25 000 kroner, som en påskjønnelse for arbeidet av lederen for Velferdstinget, Sebastian Eidem.

Har du et stort barn som  
tisser på seg om natten  
skal du vite to ting:

1. Det er vanligere enn du tror.
2. Vi kan hjelpe.

Sengevæting hos litt større barn kan være en frustrerende opplevelse for både foreldre og barn. Årsakene til at det skjer kan være mange, men resultatet er alltid det samme: en forstyrret nattesøvn.

Med nye Libero Night Comfort trenger ikke dette lenger å skje. En diskret, superabsorberende trusebleie kan gi hele familien mulighet til en behagelig natt.

Prøv bleien uten kostnad. Den finnes i Medium 20–37 kg og Large 35–60 kg. Bestill din prøve på [www.libero.no/nightcomfort](http://www.libero.no/nightcomfort)

Nyhet!



Libero

## Rimelig reiseforsikring.



### NYHETEN SOM HOLDER BAKTERIENE UNNA.

Antibac Desinfiserende Våtservietter på boks er en nyhet som holder bakteriene unna på både hender og overflater.

Boksen er lett å ta med seg på reiser, fly, strender, offentlige toaletter, i biler eller andre steder hvor hygienen ikke er på topp hele tiden.

Også i hjemmet kan det være behov for desinfisering. F.eks kan barnas leker, telefoner og tastaturer enkelt desinfiseres med en våtserviett.

Du får Antibac på apoteket og i Vita-kjeden både som våtservietter i boks, enkeltpakket og i hendig spruteflaske.

Arcus Kjemi AS, tlf 64 98 08 01 eller [www.arcus-kjemi.no](http://www.arcus-kjemi.no).

**ANTIBAC - FOR SIKKERHETS SKYLD.**