

# sykepleieren

18. Juni 2009 • 97. årgang

MAGASIN

10

STOPP  
JAGGET  
NÅ! FLERE  
FAGFOLK!

VALGET 2009: Trond Smemo og fire andre sykepleiere forteller politikerne hva de bør vite.

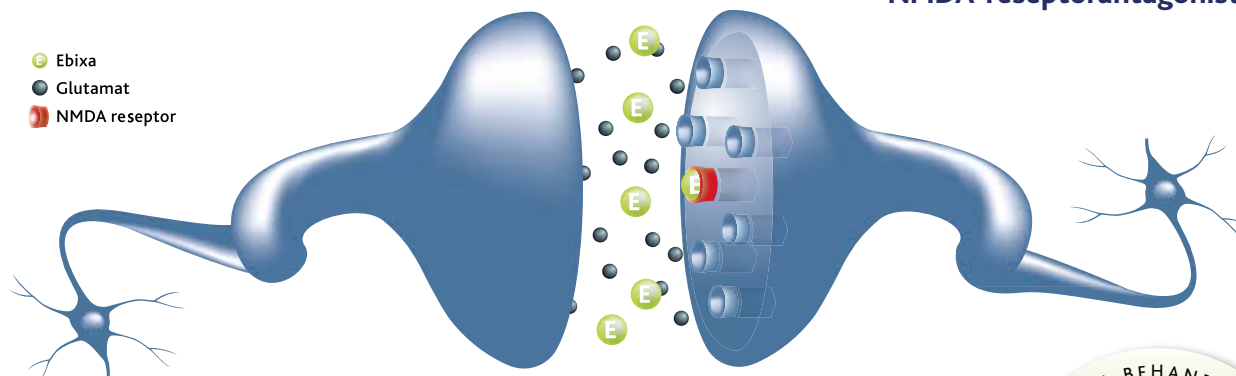
Side 20-29

# Reduser agitasjon og irritasjon ved Alzheimers sykdom \* 1)

\*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

- Forbedrer evnen til å utføre daglige gjøremål <sup>2) 3)</sup>
- Reduserer pleietid <sup>4)</sup>
- Effekten kan måles etter **bare 4 uker** <sup>3)</sup>
- Tolereres godt <sup>2)</sup>

## UNIK virkningsmekanisme NMDA-reseptorantagonist



Lundbeck



20 mg • En om dagen  
**Ebixa**  
memantin



1) S Gauthier Int J Ger Psychiatry 2005; 20:459-464. 2) Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003; 348: 1333-1341. 3) Winblad B, Poritis N. Memantine in severe dementia: results of the M-BEST study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). Int J Ger Psychiatry 1999; 14: 135-146. 4) Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; 21 (5): 1-14.

## C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

**DRÅPER**, oppløsning 10 mg/g; 1 g (20 dråper) inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneh. laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig oppptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon:** Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfoll, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amning frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hypypige:** Gastrointestinale: Oppkast. Hjerne/kar: Hjertesvikt. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, sopplinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** **Symptomer:** Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnlighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafereose, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T<sub>max</sub>: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid:** Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t<sub>1/2</sub> på 60-100 timer. Total clearance (Cl<sub>tot</sub>): 170 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Encpac.: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 10 mg: 30 stk. kr 536,50. 50 stk. kr 828,20. 100 stk. kr 1621,30. 20 mg: 28 stk. kr 966,30. 98 stk. kr 3267,10. **PRISER SIST ENDRET:** 01.03.2009

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



www.ebixa.com



# Sykepleien Årets Fagblad 2009!

Sykepleien er tildelt Den Norske Fagpresses Forenings hovedpris «Årets fagblad 2009». I tillegg til hovedprisen fikk Sykepleien også fagpressens markedspris for 2009.

Sykepleien setter den anerkjennelse prisen som «Årets fagblad» betyr svært høyt. Prisen gir oss inspirasjon til å opprettholde den faglighet og dristighet som er nødvendig for å lage et godt fagblad også i årene framover.

Vi takker våre trofaste og engasjerte lesere som stadig inspirerer oss til å bli bedre!

sykepleien

## Barth Tholens om valget 2009

**Stilling:** Ansvarlig redaktør i Sykepleien

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

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

### Sykepleierpartiet

Bønder stemmer på Senterpartiet. Pensjonister kan sverge til pensjonistpartiet. Er fisk levebrødet, er Kystpartiet et alternativ. Men hvem i all verden skal sykepleiere stemme på?

På Stortinget har politikerne pakket feriekofferten. Jobben er gjort. Lover er vedtatt, penger er bevilget. Nå venter usikkerheten. Politikere lever et privilegert liv, men én ting skal de ha: De vet aldri hvor lenge det varer. Og snart er det valg igjen.

På Sykepleiens nettsider fikk NSF-leder Lisbeth Normann nylig kjøft fra to sykepleiere som også er politikere i Fremskrittspartiet. Normann hadde kritisert partiet for ikke å ha programfestet likelønn, til tross for at partileder Siv Jensen har snakket mye om den. – Vi føler oss lurte, sa Normann. Kommentaren ble i NRK tolket som om NSF advarte sine medlemmer MOT å stemme på Frp. Og da reagerte sykepleierne fra Frp! En av dem mente NSF i stedet burde advare mot en ny rødgrønn regjering, all den tid denne ikke har klart å få gjennomført likelønn i sine fire regjeringsår. Og Frps nestleder Per Sandberg gikk så langt som å hevde at NSF er kjøpt og betalt av venstresiden i norsk politikk. – Da får en ingen løsning på de lave lønningene, konstaterte han.

Nå viste det hele seg å være en misforståelse. NSF er partipolitisk uavhengig. De har ikke noe med å anbefale sine medlemmer å stemme noe som helst. De kan kritisere partiet, men NSF er ikke «gift» med noen – slik Fagforbundet for eksempel er med Arbeiderpartiet.

Også for meg som redaktør for dette bladet, er det litt harikiri å piske medlemmer som stemmer på bestemte partier – eller juble opp andre partier som spesielt «sykepleiervennlige». Det kimer fort i telefonen min når vi en-

kelte ganger har kommet i nærheten av å sette enkeltpartier i bås. Men om jeg så hadde ønsket å hjelpe et bestemt parti til flere taburetter, så hadde jeg hatt en relativt umulig oppgave. For finnes det nå egentlig et parti som usvikelig tar parti for kvinnedominerte utdanningsyrker i offentlig sektor?

En asfalt-fan vil lett kunne finne seg til rette i Fremskrittspartiet. Og at en lyntog-entusiast trekkes mot SV, er slett ikke rart. Men slik situasjonen er i dag, har jeg forståelse for at sykepleiere kan føle seg like hjemme (eller like hjemløse) i de fleste partiene. En god sykepleier

**I dette lyset skal en ikke se bort fra at vi en dag kan bli vitne til et aksjonistisk Sykepleierparti.**

kan finne like mye trygghet i Arbeiderpartiets budskap om mer fellesskap som i Høyres ønske om privat initiativ. Det er like naturlig å søke mot KrFs verdier som sykepleier, som det er å ville dele alt med den tredje verden sammen med partiet Rødt.

Likevel slår det meg at det kanskje ikke alltid kommer til å forbli slik. For her snakker vi tross alt om de etablerte partiene. De som ble til før noen kan huske – og som ofte oppfører seg deretter. Partier med ordet «demokrati» skrevet «all over», men som nesten ikke har nok medlemmer til møte opp i anstendige

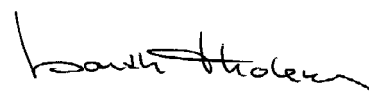
antall på partienes nominasjonsmøter.

I USA klarte en svart mann med Hussein som mellomnavn å bli president ved hjelp av internett og et enkelt budskap om forandring. Og i Sverige gjorde nylig Piratpartiet et sjokkvalg til EU-parlamentet. Partiet har i rekordtid samlet 49 000 medlemmer som tilhører en generasjon som ellers gjerne hadde sittet hjemme. Nå får de kanskje tre representanter i Europa som skal kjempe for partiets to hovedsaker: At alle skal ha gratis tilgang til alt på nett (demokrati!) og at det må settes en stopper for overvåkningssamfunnet.

Dette er den nye virkeligheten som snart også kan komme over Svinesundsbrua. Det er ikke de gamle, selvhøytidelige, etablerte partiene, men de som klarer å kommunisere med nye velgergrupper og sense deres behov og væremåte, som vil ha framtiden for seg.

I dette lyset skal en ikke se bort fra at vi en dag kan bli vitne til et aksjonistisk Sykepleierparti som ville ta lurven av alle som har somlet med å ta vare på våre helsetjenester. Det ville kunne ha et superenkelt program (les temaet på side 20-29), med et vannvittig velgertekke så lenge de søkte makt sammen med Pasientpartiet!

God sommer!



MED ET BRØL: Ikke alle yrkesgrupper kan ha sitt «eget» parti på Stortinget. Men om de etablerte partiene ikke fanger opp hva folk er opptatt av, kan de få seg en overraskelse. Illustrasjon: Hilde Rebård Evensen



Forsidefoto: Marit Form

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

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

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

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

**Repro og trykk**  
Stibo Graphic AS

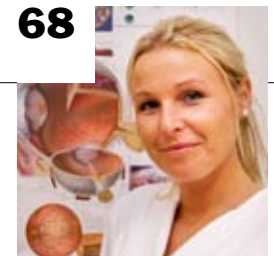


**Sykepleiens formålsparagraf:**  
Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleierne interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i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

6 Enige om lønnstillegg  
8 Sykepleien er best  
9 **Vi bare spør:** Kari Kvaal  
10 Folk  
12 Gjør klar for en mild pandemi  
14 God psyke i Norge  
16 Bodø Sightseeing  
    • – På verdigheten løs  
    • – Det går ikke an å behandle folk slik  
20 **Tema:** Fire sykepleiere om valget 2009  
    • 90 000 sykepleiere er 90 000 velgere  
30 – Vi kan alltid bruke tiden bedre  
32 Årets sommerflokke  
34 **Tett på:** Rajendhram Ponnuthurai  
    • Flere hundre års ufred  
    • Norsk tamilske helseorganisasjon  
38 Turnus = skift gjelder ikke nattevakter  
40 **Dokumentar:** Dødelig stikk  
46 **Bøker:**  
    • Forfatterintervju: Kjersti Kollbotn  
    • Anmeldelser  
    • Månedens bok  
    • Omtaler  
    • 9 spørsmål til Else Panagiotaki  
52 Leger og sykepleiere leder ulikt  
54 Går for likelønn i 2012  
58 Fremdeles langt fra mål  
63 Vet lite om våre naboer  
68 Ber om hornhinnedonorer  
69 Tenketank for ME i Norge  
72 **Tone Moan** om året som studentleder  
74 Liberalisering av LAR  
77 Trusler skal rapporteres  
78 **Dilemma:** «Jeg dør så fort jeg kan»  
80 **Trine Myhrvold** om papirløse migranter  
82 Siden sist  
83 Meninger  
83 Riskhospitalet  
86 Quiz  
87 Før



34



68

**Fag i utvikling:**

- 60 Omstridt behandling av posttraumatisk stress
- 64 Lærer å formidle kunnskap
- 70 **Fagkommentar:** Sidsel Tveiten om helsekommunikasjon

**88 NSF:**

- **Lisbeth Normann** om pensjon
- Livsviktig sykepleie

- 91 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 102 Meldinger, skoler og kurs

**Dødelig myggstikk**

Malaria tar livet av mer enn to barn hvert minutt. Sykdommen er en av verdens største helsetrusler. Sykepleien har besøkt en klinikk i Gambia der kampen mot malariaen pågår for fullt.



Foto: Erik M. Sundt

40

# Enige om lønnstillegg

I skyggen av forhandlingene om ny tjenstepensjon i offentlig sektor har det også vært forhandlet om lønnstillegg for statsansatte og ansatte i Oslo kommune.

Resultatet av det økonomiske oppgjøret i *staten* ble på rundt 4,4 prosent. Det gis et tillegg på 2 400 kroner fram til og med lønnstrinn 45, og et prosentvis tillegg på 0,68 prosent for lønnstrinnene 46 – 80. Fra lønnstrinn 81 til 95 gis et tillegg på 4 800 kroner.

I forhandlingene mellom Unio og *Oslo kommune* ble det gitt et likt prosentvis tillegg på 1,95 prosent, minimum 6 000 kroner. Dette gir en økonomisk ramme på om lag 4,7 prosent.

I begge tariffområdene gis tilleggene med virkning fra 1. mai.

## KS-området

I KS-området ble det i tariffoppgjøret i fjor avtalt et lønnstillegg som skal gjelde fra 1. mai 2009. Partene ble da enige om et generelt lønnstillegg på 3,1 prosent, minimum 9 000 kroner. I tillegg er minstelønnsatsene endret.

Ved avslutning av konflikten i

juni 2008, ble Unio og KS også enige om at et eventuelt lokalt tillegg som en arbeidstaker fikk i 2008, skal komme i tillegg til de nye minstelønnsatsene som skal gjelde fra 1. mai 2009. Det gir en økonomisk ramme i KS-området på om lag 4,7 prosent.

## Likelønn

I staten har partene også avtalt å nedsette en partssammensatt arbeidsgruppe som skal utarbeide konkrete forslag til tiltak for å sikre likelønn i staten. Tiltakene skal danne grunnlag for et likelønnsloft i tilknytning til hovedoppgjøret 2010.

I KS-området er partene enige om at det arbeides videre med tiltak for å realisere målet om likelønn: «Lønnsnivå og lønnsutvikling må bygge opp under likelønnskommisjonens prinsipper om likelønn, både gjennom sentrale og lokale forhandlinger».



KAMP: «Forsvar offentlig pensjon» var hovedparolen under årets 1. mai-markering.



## Pensjonsavtalen

**Tjenstepensjon** i stat og kommune gis som en ytelse på toppen av folketrygden. Tjenstepensjonen sikrer automatisk mellomlegget mellom folketrygd og 66 prosent av lønn ved pensjonering som 65-åring, etter 30 års opptjening. Pensjonen beregnes av sluttlønn.

**Framtidas system** i stat og kommune vil bygge på dagens regler, med to viktige unntak: Levealdersjustering og indeksering. **Levealdersjustering** betyr at årlig pensjon fra folketrygden og tjenstepensjonen synker for nye årskull etter hvert som levalderen øker. Stiger den gjennomsnittlige levalderen med ett år, må man jobbe åtte måneder lenger for å få samme pensjon.

**Indeksering** betyr at pensjonistenes løpende pensjonsutbetaling skal reguleres 0,75 prosent mindre enn lønnsveksten ellers i samfunnet.

# Dagens tjenstepensjon videreføres

Ingen endring i dagens tjenstepensjon og afp.

Det ble resultatet av meklingen i offentlig sektor.

– Vi vant fram med det viktigste, sier forbundsleder

Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

4. juni, mer enn en uke på overtid, var pensjonsoppgjøret på plass i stat og kommune.

Enighetsprotokollen mellom regjeringen og organisasjonene i offentlig sektor, som ble undertegnet, slår fast at dagens regler for offentlig tjenstepensjon og afp (avtalefestet pensjon) forlenges inntil videre.

– Forsøkene på å

svekke bruttogarantien på

66 prosent av sluttlønn ved 65 år og 30 års opptjening er slått tilbake, sier NSF's forbundsleder Lisbeth Normann.

## Ikke alle fornøyde

I forkant av forhandlingene gikk de fire hovedsammenslutningene LO, YS, Unio og Akademikerne ut med felles pensjonskrav. Selv om de fire store på arbeidstakersiden stod sammen løpet ut, er de delt i synet på den foreliggende protokoll.

LO-kommune og YS var åpne for en ny modell, der alle år i jobb gir opptjening, og der arbeid kan kombineres med pensjon etter at man har fylt 62 år. Men Unio og Akademikerne sa nei, sammen med enkelte av de statsansatte i LO.

– Vi anbefalte en annen modell, men fikk ikke bred nok tilslutning. Da var alternativet en videreføring av nåværende ordning, oppsummerer leder i Fagforbundet, Jan Davidsen.

## Viktige endringer

Pensjonsoppgjøret er blitt framstilt som et nederlag for regjeringen og en full seier for organisasjonene. Så enkelt er det ikke.

Bruttogarantien er midlertidig reddet for ansatte i offentlig sektor. Men samtidig må de godta en del endringer som følge av den nye pensjonsreformen som Stortinget allerede har vedtatt innført fra 2011.

Levealdersjusteringen er den største endringen. Men den vil først slå inn for dem som er født i 1959 eller seinere.

For dem som er født i 1958 eller tidligere, blir det i praksis ingen vesentlige endringer i dagens regler. De blir skjermet av det såkalte grunnlovsvernet som garanterer at medlemmer av offentlige tjenstepensjonsordninger med 15 år eller mindre igjen til aldersgrensen per 1. januar 2011 er sikret 66 prosent av pensjonsgrunnlaget ved 65 år.

Alle som er født i 1959 eller seinere vil derimot bli rammet av levealdersjusteringen etter hvert som levealderen øker. Hvis den gjennomsnittlige levealderen øker med ett år, må man jobbe åtte måneder lenger for å få utbetalt en pensjon tilsvarende 66 prosent av sluttlønnen. Alternativet er å jobbe lenger.

Den andre endringen er indekseringen av pensjonene, som vil gi en årlig mindre vekst i pensjonene enn i lønningene. Reguleringene av pensjonene skal ikke lenger skje i samsvar med lønnsutviklingen, men med lønnsutviklingen minus 0,75 prosent. Det vil si at er lønnsutviklingen 3 prosent, vil pensjonen bli regulert opp med kun 2,25 prosent.

Det nye pensjonssystemet vil

reduere folketrygdens pensjonsutgifter med rundt 60 milliarder kroner i året.

## 62-åringene

Pensjonsavtalen betyr også at dagens afp-ordning (avtalefestet pensjon) med mulighet til å gå av ved 62 års alder videreføres. For normale inntekter sikrer dette en pensjon litt lavere enn 66 prosent av sluttlønn fra 62 til 65 år, 66 prosent av sluttlønn ved 65-67 år og litt mer fra 67 år. Samtidig blir muligheten til å jobbe ved siden av svært begrenset.

Når pensjonsreformen trår i kraft i 2011 kan offentlig ansatte som alle andre ta ut fleksibel alderspensjon fra 62 år og kombinere dette med arbeid. Det betyr imidlertid at de må avstå fra afp. Pensjonen vil gjennomgående ligge godt under 66 prosent av sluttlønn ved avgang 62 år. Derimot er det mulig å jobbe så mye man vil ved siden av, uten kutt i pensjonen.

## Særaldersgrense

Det blir heller ingen endringer i gjeldende særaldersgrenser i forbindelse med lønnsoppgjøret 2009. Fornyings- og administrasjonsdepartementet er inne i en prosess i samarbeid med partene i arbeidslivet for å gå gjennom dagens særaldersgrenser.

En særaldersgrense gir rett for enkelte yrkesgrupper til å gå av med alderspensjon fra tjenstepensjonsordningen tidligere enn 67 år. For de fleste sykepleiere er særaldersgrensen i dag 65 år.

## Ingen uravstemning

Siden resultatet av meklingen mellom regjeringen og hovedsammenslutningene er en videreføring av dagens ordning, blir det ikke sendt til uravstemning blant medlemsorganisasjonene.



forsvar  
offentlig  
pensjon

**Vi anbefalte en annen modell, men fikk ikke bred nok tilslutning.**

Jan Davidsen, Fagforbundet

# Sykepleien er best

Sykepleien ble i juni kåret til Norges beste fagblad. Bladet stakk også av med markedsprisen.



PRISVINNERE: Redaktør Barth Tholens mottok prisen som Årets Fagblad sammen med en samlet redaksjon i Sykepleien.

«Her er det kvalitet i alle ledd - og en stor tro på at journalistisk kvalitet er det som skal til for å få et godt tak på leserne. Magasinet har alltid hatt ambisjoner - og de har lyktes med det aller meste...», skriver juryen om Sykepleien i begrunnelsen for kåringen.

Det var juryleder Lasse Gimnes som leste opp juryens begrunnelse foran en sal som var fylt til trengsel.

## Prisen er en anerkjennelse for at vi som fagblad hele tiden har utviklet oss.

Redaktør Barth Tholens

Fagpresseprisutdelingen er bransjens store vårbegivenhet.

Sykepleiernes fagblad har flere ganger blitt nominert de siste årene, men har først i år nådd helt til topps i kåringen blant de 240 fagbladene, magasiner og tidsskrifter som er medlemmer av Den Norske Fagpresses Forening.

Foreningen deler hvert år ut en rekke priser og hederlige omtaler for gode forsider, journalistiske arbeider, nettsider, foto og markedsføring, foruten hovedprisen «Årets fagblad».

### Markedspris og diplom

Sykepleien fikk også Markedsprisen for kampanjen «Øyeblikk». Her ble leserne bedt om å skrive inn historier til sykepleien.no fra yrkeshverdagen. Etterpå stemte

leserne på den beste historien, som ble premiært.

Juryen trekker frem hvordan kampanjen er egnet til å aktivisere leserne med enkle og kraftfulle virkemidler. Sykepleiens markedsjef Ingunn Roald tok i mot prisen på vegne av bladet.

Såkalte hederlige omtale og diplom fikk bladet for forsiden på utgave 10 i 2008. Det var sommernum-

meret der redaksjonen skrev om ett døgn i helsevesenet i Fredrikstad - 24 timer, 24 historier. Juryen omtaler utgaven som et «særdeles spennende og vellaget temanummer, med en enkel forside som frister til lesing».

### Glad redaktør

- Vi er veldig glad for denne prisen. Det er en seier for hele vårt team og for våre eiere, NSF, sier Sykepleiens redaktør Barth Tholens.

- Prisen er en anerkjennelse for at vi som fagblad hele tiden har utviklet oss. Et godt fagblad er avhengig av god kontakt med leserne, godt journalistisk håndverk og en porsjon dristighet. Leserene våre har satt pris på dette. Det viser veldig gode lesertall.

Tholens trekker frem flere

vellykkete satsinger de siste par årene.

- Sykepleien Forskning, bilaget som følger bladet fire ganger i året, er i dag Norges største vitenskapelige tidsskrift. Og Smartprisen har fanget opp mange nye ideer. Vi har også hatt suksess med våre spesialutgaver og dokumentarer om tilstanden i norsk helsevesen. Når vi i tillegg har hatt en bra økning i inntektene fra annonsører, kan vi ikke være annet enn veldig fornøyde i dag.

### Fått priser før

Tidligere har Sykepleien fått journalistprisen (journalist Marit Fonn i 2007) for dokumentaren om et ektepar der mannen hadde Alzheimer. I 2006 fikk vi både journalistprisen for et tema om fremtidens sykehus og markedsprisen. Vi har også fått herderlig omtale flere ganger.

Sykepleien er det tiende største fagblad i Norge, med et opplag på nesten 88 000. Bladet leses av over 200 000 mennesker, viser tall fra Synovate.

Totalt mottok juryen til Fagpressen 221 bidrag fra 153 fagblader i forbindelse med årets prisutdeling.

### Står ikke stille

NSF og Sykepleien har for øvrig allerede bestemt at bladet skal legges om til høsten. Magasinet og Sykepleien JOBB erstattes av et helt nytt, slagkraftig konsept. Arbeidet med dette konseptet er i full gang.



## Vinneren

«Vinneren har vært i den absolutte kvalitetstoppen til fagpressen i en årrekke - og det innenfor mange fagfelt innen bladutgivelse som industri. Her er det kvalitet i alle ledd - og en stor tro på at journalistisk kvalitet er det som skal til for å få et godt tak på leserne. Magasinet har alltid hatt ambisjoner - og de har lyktes med det meste, minus det å vinne Fagpresseprisen. Denne gangen har de servert prikken over i-en. Gode og relevante bilder, kunnskapsrike artikler med dybde og mening, gode illustrasjoner og en flott rytme. Redaktøren har gitt journalistene mulighetene til å gå i dybden, noe som slettes ikke er vanlig i tider hvor store redaksjonelle kostnadskutt dominerer nyhetsbildet. Her er serier - her er bilag - her er den enkeltstående gode artikkelen - og her er småstoffet. Også designmessig fungerer vinneren. At de også har taket på markedsføring som fagfelt, skader heller ikke. Jo da, dette er mangekjempenes kategori. Dette er prisen over alle priser. Og vinneren har fortjent den mest av samtlige denne gangen, slik juryen ser det.

**Vinneren av Fagpresseprisen 2009 er Sykepleien.»**

Fra juryens begrunnelse



## Kari Kvaal

**Aktuell som:** Ekspert på alderspsykiatri. Hun er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og førsteamanuensis på Høgskolen i Oslo. I tre år var hun gjesteforsker i London på psykiatrisk institutt, Kings College, som er et europeisk senter for psykiatrisk forskning.

### BAKGRUNN:

Kvaal mener at psykiske lidelser hos eldre er en av tidens største helseutfordringer, både nasjonalt og globalt. Hun leder nå Litauens første epidemiologiske prosjekt om alderspsykiatri. 11. juni foredro hun for fagfolk i Oslo.

### Hvorfor er Eldres psykiske lidelser så viktig?

Fordi den største utbredelsen av psykiske lidelser er hos eldre. Og fordi noen av lidelsene krever døgkontinuerlig pleie. Personer med demenssykdommer er den mest kostbare gruppen innen psykiatrien.

### Hvilke lidelser er mest utbredt?

Depresjon. Absolutt. Demenssykdommer blant de aller eldste.

### Hva er det globale problemet?

At gjennomsnittsalderen for hele befolkningen øker. Det er gledelig og et tegn på at velferden øker. Men med stigende alder følger mange sykdommer. I mange land er psykiatriske lidelser tabu og personer blir stigmatiserte. Pasienter har blitt deportert og til og med drept.

### Hvilke land tenker du på?

For eksempel Øst-Europa. Tidligere Sovjet. Jeg har vært mye i Litauen. Der kan pasienter med psykiske lidelser bli oppbevart i små rom. Da hender det at pasienter skader hverandre.

### Og det nasjonale problemet?

I Norge er det altfor få kvalifiserte klinikere. Eldre har sammensatte lidelser, både somatiske og psykiske. Og hjemmetjenesten må styrkes. Det er for eksempel ikke bare å følge pasienten på do.

### Hvorfor øker problemet?

Fordi levealderen øker. Man har funnet ut at kardiovaskulære sykdommer kan føre til depresjon. Og omvendt. Begge deler er utbredt i eldre år.

### Hvem skal ta seg av disse pasientene?

De hjemmebaserte tjenestene må styrkes betraktelig. Mye av omsorgsbyrden faller på de pårørende. De blir utsatt for slitasje, plager og sykdommer. Det må finnes et nettverk med høyt kvalifiserte klinikere, som kan avlaste pårørende.

### Hva bør politikerne gjøre?

De bør skjønne at dette ikke er en gruppe som roper høyt om sine behov. De må lytte til dem med de stille lidelsene. Ikke minst må de lytte til pårørende og fagpersoner.

### Hva bør helsepersonell gjøre?

De må bare fortsette å si fra om uverdige forhold. Helsepersonell og pårørende er de store heltene.

### Du skal snart til Litauen igjen.

#### Hva skal du gjøre der?

Vi har samlet data så jeg skal begynne å arbeide med databasen.

#### Hva har du gjort i London?

Forsket i en stor database fra England og Wales om alderspsykiatri. Og jeg har samarbeidet med fattige land om å bygge opp et hjelpetilbud.

#### Hvorfor er du opptatt av dette?

Eldre er en fantastisk gruppe. De er historiske mennesker med mye erfaring, og lidelsene er så sammensatte. Man står overfor flere spørsmål enn svar.

#### Forskes det nok i Norge på dette?

Overhodet ikke. Bevilgende myndigheter gir lite sammenliknet med Sverige. Jeg har ikke funnet ett forskningsprogram som gir internasjonal bistand til psykiske lidelser. Og i hvert fall ikke til alderspsykiatri.

#### Hvem kan mest i verden?

Storbritannia er i verdensklasse.

### Ellers noe?

I utlandet har klinisk kompetanse høy status, også blant sykepleiere. Slik er det ikke i Norge. Det er en utfordring, særlig lønnsmessig.

tekst Marit Fonn foto Erik M. Sundt



## Miljø og klimaforum

De regionale helseforetakene i Norge går nå sammen om å etablere et miljø- og klimaforum. Innen utgangen av 2010 skal det legges fram sluttrapport fra prosjektet som blant annet skal vurdere behovet for felles system for miljø- og klimarapportering.

Dette skal være en bred faglig miljøarena for hele spesialisthelse-tjenesten der samarbeidsprosjektet kan presentere, få belyst og testet ut de miljøltiltak som det er ønskelig å sette i verk i helseforetakene.

– På denne måten sikrer man at tiltakene har forankring hos de miljøfaglig ansvarlige i helseforetakene og at tiltakene blir fulgt opp, sier prosjektleder Ivar Eriksen i Helse Vest.

Prosjektgruppen består av: Leder **Ivar Eriksen** (bildet), Helse Vest, Nils Arne Bjordal, Helse Midt-Norge, Tor-Arne Haug, Helse Nord, Steinar Frydenlund, Helse Sør-øst, Margit Steinholt, konserntillitsvalgt Helse Nord, Leif Johnsen, konsernhovedverneombud Helse Vest, Åsmund Norheim, Helse Vest og sekretær Linda K. Eide, Helse Bergen.



## Internasjonal heder til norsk sykepleier

Røde Kors-sykepleier **Toril Parelius** (bildet) har jobbet i land som Somalia, Sudan, Iran og Rwanda. For sin innsats er hun tildelt Florence Nightingale-medaljen, den høyeste internasjonale utmerkelsen en sykepleier kan få.

– Å dele ut Den internasjonale Røde Kors-komiteens høyeste utmerkelse er noe jeg gjør med stor ærefrykt og stolthet. Denne medaljen får du på vegne av alle ofrene du har hjulpet, sa en stolt Sven Mollekleiv, president i Norges Røde Kors, da han overrakte medaljen fra Den internasjonale Røde Kors-komiteen (ICRC).



## Vi siterer Kjell Storesletten

– 100 prosent sykelønn er for mye. Jeg ville begynt med en karenssdag, altså ingen lønn den første dagen du er syk.

Bergens Tidende 25. mai, Kjell Storesletten, professor i samfunnsøkonomi, Universitetet i Oslo

C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon:** Hver dose inneh.: 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, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjon:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primæravvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt 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 innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings utsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **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-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved 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 i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primæravvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitets- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverditer var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. *Overgang i morsmelk:* Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. *Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ):* Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. *Sjeldne ( $\geq 1/10\ 000$  til  $< 1/10\ 000$ ):* Hud: Urticaria. *Svært sjeldne ( $< 1/10\ 000$ ), ukjent:* Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt doser. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å indusere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, ValN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primæravvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverditer observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetsammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 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 (2-8°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. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plastylsen ikke dekker kanylen for tidlig. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Sist endret: 18.11.2008. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10. HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70 % av tilfellene av høygradig cervikal intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause. Godkjent av NOMA: 29.10.08

I DAG KAN VI GJØRE MER



**GARDASIL®**

Vaksine mot humant papillomavirus  
Type 6,11,16,18  
Rekombinant, adsorbert

Den firevalente  
vaksinen som skal  
beskytte mot  
livmorhalskreft\*  
– for bred beskyttelse  
og tidlig nytte



Livmorhalskreft\*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina **NY** indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18\*\*



# Gjør klar for en mild

Nå er pandemien her. Selv om den er mild, må kommunene ha planene klare for hvordan hjulene skal holdes igang med opptil 40 prosent fravær.



HØSTSYK: Stalltipset er at bølge av pandemien kommer til Norge utpå høsten en gang. Den vil bli hacket mer smittsom enn vanlig sesonginfluensa.

Verdens helseorganisasjon (WHO) var i flere uker før 11. juni i et pussig dilemma. Selv om kriteriene for en pandemi egentlig var oppfylt, nølte organisasjonen med å slå full alarm. Helsemyndighetene har i alle år trent på pandemier som har voldsomme verstefallsscenarioer. Planene var ikke like klare for å møte et mildt virus. I tillegg er metoden for å dele inn pandemiens faser begrenset: Den vurderer kun utbredelse og ikke hvor alvorlig smitten er.

## Smittet i utlandet

WHO deler inn pandemi i seks faser. Nivå fem vil si at det er bekreftet vedvarende smitte fra menneske til menneske i minst to land i en WHO-region. Nivå seks er når det er ytterligere vedvarende smitte fra menneske til menneske i et land i en annen WHO-region i tillegg til den under nivå fem.

Per 28. mai var det rapportert smitte med ny influensa A(H1N1) fra menneske til menneske både i Mexico, Nord-Amerika, flere land i Europa og Japan. Men ingen land i Europa eller Asia hadde da bekreftet vedvarende smitte, til tross for at 131 av Storbritannias 184 tilfeller og 42 av Spanias 138 tilfeller var smittet innenlands.

Per 11. juni var elleve av 13 smittede i Norge smittet i utlandet. De to siste er smittet i Vest-Agder og Oslo. Alle har hatt mild sykdom som minner om vanlig sesonginfluensa.

Hittil er det registrert nesten 30 000 smittede i 74 land.

## Erkjente ikke vedvarende smitte

– WHO diskuterer intenst hva de skal gjøre, sa Bjørn Iversen, overlege ved Folkehelseinstituttet, da Sykepleien snakket med ham 28. mai.

– *Hvorfor nøler de med å oppgradere til nivå seks?*

– Det vil først skje når landene har erkjent vedvarende lokal smitte.

Spesielt Japan, Storbritannia og Spania mistenkes å ha det, men ingen av dem har ennå innrømmet det. Dessuten vil oppgraderingen utløse en del konsekvenser i de landene som har rigide pandemiplaner. For eksempel vil det innebære overflytting av ansvar til en del personer, sa Iversen før pandemien var erklært.

I tillegg er det flere land, deriblant Norge, som har undertegnet avtaler med legemiddelfirmaer om at produksjonen av pandemivaksine skal settes i gang ved nivå seks. Men hvis ikke WHO først har beordret et skifte i produksjonen fra vanlig vaksine mot sesonginfluensa til pandemivaksine, kan det først skje når sesongvaksinen er ferdig produsert. For selv om WHO 11. juni oppgraderte til fase seks, er det altså ikke automatisk at organisasjonen også beordrer et skifte i produksjonen av vaksine.

## Mildt virus

Folkehelse regner med at det har vært mellom 20 og 30 000 tilfeller av influensa A (H1N1) i Mexico.

Foreløpig er viruset beregnet å ha en tilsvarende dødelighet som asiasyken, som var en mild pandemi i 1957. Reproduksjonsraten er mellom 1,4 og 1,6. Det vil si at 100 syke smitter mellom 140 og 160 nye. For en vanlig sesonginfluensa regner man med at 100 syke smitter 110 og 120 nye. Vanlig sesonginfluensa dreper også et betydelig antall hvert år. I Norge er det 1 000 som bukker under hvert år. Derfor er det et vanskelig regnestykke WHO nå må løse hvis organisasjonen skal beordre et skifte i vaksineproduksjonen.

– Dette er en situasjon vi ikke har trent på. Ved alle pandemiøvelser jeg har vært med på, har vi lagt opp til at det blir mange ganger verre enn sesonginfluensa. Vi trener med 50 prosent syke og opptil 2,5 prosent døde. Når vi nå får en mindre

# pandemi

alvorlig situasjon, fører det til en del dilemmaer som vi ser rundt produksjon av vaksine og WHO's usikkerhet rundt inndelingen i faser, sier Iversen.

Men han tror ikke Norge vil rammes av lignende problemer.

– Vi har en mer fleksibel pandemiplan der ansvarssrådene ikke er knyttet opp mot WHO's faseinndeling, sier han.

Oppgraderingen til nivå seks utløser ingen umiddelbare tiltak i norsk helsetjeneste.

## Kommunene planlegger

Innen 15. juni skulle kommunene ha laget detaljerte planer for hvordan hjulene skal holdes i gang ved høyt sykefravær, som det kan bli under en pandemi. For selv om viruset er mildt i dag, kan det ha forandret seg til høsten. Fylkesmennene skal nå sende en oppsummering fra dette arbeidet i sitt fylke til Helsedirektoratet. Det planlegges for 40 prosent fravær på det meste.

Til høsten kommer også den reviderte pandemiplanen som var varslet på nyåret i år. Den største forskjellen er at denne blir mye mindre enn den gamle.

– Det er en omorganisering av teksten. Vi flytter det faglige over i vedlegg slik at selve pandemiplanen blir en overordnet plan som vedtas politisk, forklarer Iversen.

De har brukt tallgrunnlag utarbeidet av britiske statistikere. Storbritannia er blant landene som har brukt mest ressurser på pandemiplaner.

– Vi har laget kalkulatorer der kommunene kan legge inn sine egne tall og få regnet ut blant annet hvor mange innleggelses de må regne med. De lokale planene kan dermed bli mer konkrete enn før, sier Iversen.

Når massevaksinasjonen starter, blir det antakelig pålagt meldingsplikt gjennom vaksinasjonsregisteret SYSVAK, også for voksne som vaksineres. For tiden jobbes det intenst



KOMMUNE-KALKULATORER:  
– Vi har laget kalkulatorer som kommunene kan bruke for å regne ut konkrete tall til beredskapsarbeidet, sier Bjørn Iversen, overlege ved Folkehelseinstituttet.

med å sikre at datasystemene ikke vil bli overbelastet når helsepersonell over hele landet skal ha tilgang til samme databaser.

## Sykepleieråd

Helsedirektør Bjørn Inge Larsen tror den kommende pandemien, til tross for at den er mild, antakelig vil smitte mange og derfor vil føre til en svær arbeidsbelastning for landets sykepleiere. For også helsepersonell vil bli syke og borte fra jobb.

– Men det er et løft vi i helsevesenet må ta når pandemien kommer. Foreløpig har den ikke flyhastighet, sier han.

– *Hva bør helsesøstre si til alle de som lurer på om de skal ta den vanlige vaksinen mot sesonginfluensa?*

– Den vil ikke hjelpe mot ny influensa A (H1N1). Det er heller ikke grunn til å tro at de som var syke i vinter har opparbeidet seg noen immunitet, sier Larsen.

– Stalltipset mitt er at bølge to av pandemien kommer utpå høsten en gang. Jeg er bevisst veldig vag, fordi jeg ikke tør å love en influensafri sommerferie, sier Bjørn Iversen.

Uansett kan sykepleiere føle seg blant de privilegerte ved en eventuell pandemi. Helsepersonell er den eneste gruppen ved siden av risikopasienter, som vil kunne få antivirale midler forebyggende, gjennom såkalt post-eksposisjonsprofylaktisk behandling, det vil si dersom man ved et uhell kan ha blitt påført smitte.

## Kostbare vaksiner, kun for de rike

Norge har som andre rike land sikret seg vaksineavtale, både for pandemivaksine og prepandemivaksine. Hvorfor kan ikke WHO ta styringen over hvem som skal få først?

Norge har forhåndsbestilt vaksine, slik at fattigere land som kanskje har mer bruk for vaksine, kommer bakerst i køen. Ser overlege Bjørn Iversen ved Folkehelseinstituttet noen etiske betenkeligheter med det?

– Ikke annet enn at de ikke har råd til den. Det er et etisk problem som gjelder medisinsk utstyr generelt. Blir du eller jeg syke på ferie i Kenya, legges vi rett inn på det beste sykehuset som få av landets innbyggere har råd til, selv om de har behov for det.

– *Har det aldri vært diskutert å gi WHO det overordnede ansvaret for å fordele ut vaksiner til de landene som trenger dem mest ved en pandemi?*

– Nei, det ville nok ingen rike land ha akseptert, tror Iversen.

Legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline har donert 50 millioner doser prepandemivaksiner til WHO. Også andre vaksineprodusenter har gjort det samme.

## Tresifret millionbeløp

I mai inngikk GlaxoSmithKline en avtale om levering av prepandemivaksiner i Norge i løpet av første kvartal 2010. Firmaet måtte nylig se 57 millioner kroner glippe unna da staten underterget avtalen med konkurrenten Sanofi Pasteur MSD om levering av hpv-vaksine mot livmorhalskreft for 2009. Et tresifret millionbeløp gjennom prepandemivaksiner skulle man tro blir en stor bandasje på såret.

I januar, da fugleinfluensaviruset H5N1 fremdeles var den største pandemi-trusselen, var det flere land som kjøpte inn store lagre av pandemi-vaksiner (prepandemivaksiner). Også Norge diskuterte å gjøre dette, men avtale ble ikke inngått før den nye trusselen, H1N1, meldte sin ankomst i vår. Ansvarlige myndigheter tjente sannsynligvis flere millioner kroner på at de satt såpass lenge på gjerdet denne gangen.

## Vaksinelager

En prepandemivaksine er en vaksine som ligger på lager til bruk når den trengs. Den består av to deler som blandes like før bruk: Antigen og adjuvans (et hjelpestoff som forsterker vaksinevirkningen, gir bedre effekt hos eldre, øker kryssbeskyttelsen og gjør at man kan bruke mindre antigen per dose).

I løpet av første kvartal 2010 skal vi få 4,7 millioner doser levert dersom ikke WHO har beordret produksjon av pandemivaksine. Fra før har vi en avtale om å få pandemivaksine til hele befolkningen, der levering kan skje seinest et halvt år etter at WHO har fastsatt pandemifase seks.

GlaxoSmithKline har fått H1N1-viruset fra WHO i begynnelsen av juni og blir ferdige med sesongvaksinen i midten av juni. Da kan firmaet umiddelbart gå i gang med produksjon av pandemivaksine.



# God psyke i Norge

Nordmenn er minst rammet av psykiske plager i Europa, det viser ny undersøkelse.

Ifølge Levekårsundersøkelsen «Psykisk helse i Norge», er nordmenns tilfredshet med livet høy. Andelen med betydelige psykiske plager er lav sammenlignet med de fleste andre europeiske land. Undersøkelsen viser også at inntekt og utdanning har stor betydning for den psykiske helsen. Levekårsundersøkelsen er gjort av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

## De som sliter

I undersøkelsen sa 13 prosent i

aldersgruppen 25-64 år at de hadde vært sykmeldt eller trygdet på grunn av psykiske helseproblemer i løpet av det siste året.

Av de som sa de hadde betydelige psykiske plager, var den tilsvarende andelen 43 prosent.

I internasjonal sammenheng ligger Norge svært høyt i medisinsk begrunnede trygdeytelser til folk i arbeidsfør alder. I 2005 hadde Norge den høyeste veksten i nye uføretrygdede av 11 OECD-land. Omtrent hvert fjerde tilfelle av uføretrygd i Norge skyldes en

psykisk sykdom, melder Folkehelseinstituttet.

## Overraskende

Av funnene som overrasket Folkehelseinstituttet, trekker de frem at Norge ligger på Europa-toppen når det gjelder kroniske smerter. 30 prosent rapporterte om vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter i mer enn 3 måneder.

– Vi vet ikke hvorfor nordmenn ser ut til å ha mer kroniske smerter enn andre europeere. Vi er nå i gang med å gjøre mer omfattende

analyser av dataene som kanskje kan utdype disse tallene noe mer, sier avdelingsdirektør Marit Rognerud ved Folkehelseinstituttet.

## Omfattende

Dette er den mest omfattende sammenligningen som er gjort mellom nordmenns og andre europeeres omfang av psykiske plager, lidelser, risiko- og beskyttelsesfaktorer og bruk av helsetjenester.

### C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis.

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 etterlegens 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, hudår-/skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfolder 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 pustuløse 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: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tør 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 pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppressjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 263,40, 60 g kr 448,70, 120 g kr 863,10

ATC-nr.: D05A X52

### C Daivonex® LEO

Middel mot psoriasis.

T KREM: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg, makrogolcetostearyleter, cetostearylalkohol, klorallylheksuminoklorid, dinatriumedetat, dinatriumfosfatdihydrat, glyserol, flytende parafin, hvit vaselin, renset vann til 1 g. **Indikasjoner:** Plaque psoriasis. Dosering: Påsmøres tynt de affiserte hudområder 1-2 ganger daglig. I starten av behandlingen påsmøres kremen vanligvis 2 ganger daglig, deretter kan påsmøringen reduseres til én gang daglig etter behov. Vanlig behandlingstid er 6-8 uker, men pasienter kan behandles over lengre tid ved behov. Behandlingsfrie perioder er ikke nødvendig. Klinisk erfaring med behandlingstid ut over 1 år savnes. Maksimaldosering: Voksne: 100 g pr. uke. Kan kombineres med lokale kortikosteroider (f.eks. Daivonex om morgenen og steroid om kvelden). Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Hyperkalsemi. Samtidig bruk av legemidler som forhøyer serumkalsium. Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved bruk i hudfolder/intertiginøse områder. Begrenset erfaring ved behandling av barn. Bør ikke brukes i ansiktet pga. risiko for ansiktsdermatitt. Hendene vaskes etter påsmøring for å unngå overføring til ansiktet. Ved nedsatt nyrefunksjon bør serumkalsium kontrolleres før og etter behandling. Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør unngås ved graviditet hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming. Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Hud: Lett, forbigående irritasjon av behandlet hud. Lett, forbigående ansiktsdermatitt. Sjeldne (<1/1000): Metabolske: Hyperkalsemi. Oppløsning: Hos ca. 20% kan det forekomme irritasjon og hos ca. 10% rødhet av behandlet hud. Overdosering/Forgiftning: Bruk utover anbefalt dose kan forårsake forhøyet serumkalsiumnivå. Enkelttilfeller av hyperkalsemi er rapportert hos pasienter som har brukt salven i doseringen 200 g/uke eller mer. Kalsium normaliseres ved seponering. Se Giftinformasjonens anbefalinger D05A X02. Egenskaper: Klassifisering: Kalsipotriol er en vitamin D3 analog som bindes til den spesifikke reseptor for vitamin D3 (1.25 (OH)2D3) i bl.a. hudkeratinocytter. Kalsipotriol har liten effekt på kroppens kalsiumomsättning, ca. 1% av 1.25 (OH)2D3. Virkningsmekanisme: Topikal applikasjon inducerer celledifferensiering og inhiberer den økte proliferasjon av keratinocytter, samt påvirker immunfunksjoner (cytokinpåvirkning). Det oppnås derved en reversering og normalisering av de abnorme keratinocytforandringer som sees ved psoriasis. Absorpsjon: Absorberes kun i liten grad gjennom huden. Metabolisme: Kalsipotriol metaboliseres hurtig til metabolitter med meget lav biologisk aktivitet. Pakninger og priser: Krem: 120 g kr 405,40

ATC-nr.: D05A X02

### Refusjonsberettiget bruk (Gjelder både Daivobet® og Daivonex®):

Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi.

Refusjonskode:	ICPC	Vilkår nr.	ICD	Vilkår nr.
	S91 Psoriasis	25	L40 Psoriasis	25

Vilkår 25:

Før et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder.

Sist endret: 21.04.2009



**Daivobet<sup>®</sup>** er et førstevalg ved behandling av psoriasis

**Daivobet<sup>®</sup>** er å foretrekke sammenlignet med Daivonex<sup>®</sup> krem fordi pasienter får effektiv behandling på halve tiden med bare en kvart mengde legemiddel til halvparten av prisen.

Derfor er **Daivobet<sup>®</sup>** et logisk førstevalg.



**LEO Pharma AS** eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. [www.leo.no](http://www.leo.no)

# Bodø Sightseeing

Bodø sightseeing viser vanligvis turister rundt i fylket. For ett år siden overtok firmaet ansvaret for å transportere pasienter til Nordlandssykehuset. For mange ble det en heller nedslående opplevelse.



SERVICE: Sjåfør Johnny Skjelstad passer på at Ester Gjersvik sitter bra.

Solen står høyt på himmelen, men får ikke helt overtaket på den iskalde nordavinden som feier inn over Bodø. Klokken er straks ett, fredag formiddag. Johnny Skjelstad, fra firmaet Bodø Sightseeing, svinger sin tretten seters maxitaxi inn foran hovedinngangen til Nordlandssykehuset. Det er klart for dagens første returtransport. Neste og siste tur går fra sykehuset klokken fire.

– Vi får bare to stopp i dag, mumler sjåføren, mens han blir

igjennom ordrepapirene.

– Og første stopp blir Ørnes i Meløy.

Dit skal Ester Gjersvik (82), som har med seg datteren Britt Gjersvik Nilsen (59) som ledsager. De er i Bodø for annen gang denne uken.

– I dag fikk vi heldigvis framskyndet timen. Dermed slapp vi å vente til klokken fire. Det blir fort slitsomt med all denne ventetiden for gamle folk, sier Nilsen, mens sjåføren hjelper moren hennes ned i setet.

Hun legger ikke skjul på at hun er frustrert over den nye pasienttransporten. Hun vet om flere som har gått over til å ta vanlig rutetransport, eller som har alliert seg med venner og familie. Selv hadde ikke hun og moren trengt å reise hjemmefra før klokken ti på formiddagen, for å rekke avtalen på sykehuset. Men for å få skyss måtte de av gårde halv åtte. Gjersvik Nilsen legger til at hun ikke har noe å utsette på sjåførene.

– De gjør så godt de kan, og yter

kjempegod service. Det er selve ordningen som er problemet.

– Sitter du bra?

Sjåføren tar godt tak i skuldrene til den eldre passasjerer.

– Jo takk, det går fint, smiler Ester Gjersvik.

## Samordning for alle penga

Det var i fjor vår at Bodø Sightseeing tok over den rekvisisjonsbaserte pasienttransporten for Nordlandssykehuset, etter å ha vunnet sykehusets





## Fakta

- Drøyt fire millioner pasienttransporter utføres i Norge hvert år.
- Disse koster om lag to milliarder kroner, og størstedelen er knyttet til drosjereiser.
- Helse Nord brukte 513 millioner kroner til pasienttransport i 2007.
- Av disse gikk 166 millioner til drosje og turvogn. I tillegg kommer pasientenes egenandel.

Kilder: pasienttransport.no og Helse Nord.



anbudsrunde. Kjøreavtalen omfatter til sammen åtte kommuner i Salten-distriktet.

Med pålegg fra staten har sentrale og regionale helse- og trygdemyndigheter over hele landet vært nødt til å ta grep for å kutte utgiftene til pasienttransport. Blant annet er det vedtatt at transport med drosje skal samordnes bedre. Det vil si at pasienter skal kjøre sammen til sykehus i stedet for i hver sin bil, og at transporttjenesten skal ut på anbud.

Målet er å legge opp pasienttransporten så kostnadseffektiv som mulig, slik at man kan frigjøre ressurser til pasientbehandling for helseforetakene. Alle pasienter som er friske nok til å ha noe ventetid, og til å dele bil med andre, blir derfor i dag samordnet. Også pasienter som av helsemessige årsaker trenger transport rett hjem etter behandling, kan bli samordnet dersom andre pasienter som skal samme vei er ferdige til samme tid.

### – Man blir innkjørt

Bussen stopper foran pasienthotellet i Bodø. Der venter neste pasient. Jens Johnsen (76) har tilbrakt den siste måneden på sykehuset, etter en operasjon. I dag skal han hjem. Med seg har han kona Hanna-Laila Johnsen (72). De er bosatt i Glomfjord, som blir dagens endestasjon.

– *Hva synes dere om å sitte sammen med andre når dere skal hjem fra sykehuset?*

– Det er litt lettere nå, etter at veiene er blitt bedre. Men det er 15 mil helt hjem, og det er bare hvis vi ikke skal innom andre steder på turen. Men man blir nå innkjørt med tiden, svarer Hanna-Laila Johnsen.

### – Vi setter pasientene først

Kritikken har vært massiv etter at Bodø Sightseeing overtok ansvaret for pasienttransporten til Nordlands-sykehuset. Publikum, lokalpolitikere

*ikke klassifiserer til transport i ambulanse, men som av ulike grunner er for syke til å reise kollektivt. Vil dere gå inn for en slik mellomløsning?*

– Når det gjelder pasienter som har særskilte behov, er det opp til fastlegen å rekvirere tilpasset transport. Det skal vi selvsagt etterkomme. Men det er ikke dermed sagt at man får egen drosje. Det kan være at man får sitte alene i en minibuss eller maxitaxi, sier Angelsen.

Hun legger til at det er etablert et avvikssystem, som skal gjøre det enkelt for pasientene å melde inn feil.

– Dette ligger tilgjengelig i alle busser og biler som blir benyttet, i tillegg ligger det på internett. Vi har gått langt for å gjøre dette mest mulig tilgjengelig, nettopp fordi vi synes det er viktig å kunne tilrettelegge transporten på best mulig måte for pasientene.

– *Har Helse Nord større fokus på*

## – Man blir nå innkjørt med tiden.

Hanna-Laila Johansen

og helsearbeidere i distriktene har gjennom det siste året vært med på å fylle avisene med førstesideoppslag og leserinnlegg.

Bruk av for gamle kjøretøy, for dårlig utstyrte biler, brutte avtaler om henting og kjøring uten løyve er bare noen av forholdene som er blitt kritisert.

Ifølge informasjonssjef ved Nordlandssykehuset, Randi Angelsen, kan imidlertid flere av forholdene knyttes til innkjøringsproblemer.

– Vi har hele tiden vært opptatt av å tilrettelegge transporten på best mulig måte for pasientene, sier hun.

Angelsen forsikrer om at kritikken de mottar fra brukerne blir tatt på største alvor. Men understreker samtidig at samkjøringen nødvendigvis vil innebære forandringer.

– Det har vi poengtert hele tiden. Dagens pasienttransport tilsvarende kanskje ikke hva man har vært vant med, men vi mener at tilbudet slik det er i dag er bra.

– *Fra flere hold etterlyses det en mellomløsning for pasienter som*

*regnskapet enn på pasientene?*

– Nei. Det har vi selvsagt ikke. Men samkjøring av pasienter har tvunget seg frem fordi kostnadene til transport var for høye, og vi er pålagt av staten å gjennomføre anbudsrunder. I anbudene som lyses ut, er det satt opp klare kvalitetskrav for de som skal gjennomføre transporten for oss. Og disse ser vi selvsagt til at blir fulgt opp.

### Ingen nød

– Fryser du?

Hanna-Laila Johnsen bøyer seg frem mot ektemannen, som har tatt plass i passasjeretsetet fremme i bilen. Bilen til Bodø Sightseeing har jevn fart over asfalten.

– Neida, det går bra.

– Har du god nok plass til beina, legger sjåføren til.

Jens Johnsen trekker på smilebåndet og sier at han lider ingen nød. Han er mest spent på hvordan det ser ut i hagen når de kommer hjem.

– Der er det sikkert bra, sier sjåføren.

## – På verdigheten løs

– Eldre pasienter har grått på kontoret mitt. Og dette er mennesker som ikke har stilt store krav gjennom et langt liv, sier kommunelege i Meløy, Christian Rokseth.

Han er en av mange som har engasjert seg sterkt i debatten rundt den nye pasienttransportordningen. Han mener den er et langt tilbakeskritt. På legekantoret har eldre pasienter ifølge kommunelegen tatt til tårene. De fortviler over den nye pasienttransporten.

– Mange pasienter opplever det som krenkende å bli fraktet til behandling i en buss full av andre. Nå har vi hatt en ordning som har

fungert utmerket, og som alle har vært fornøyd med, i over tjue år. Helt til Helse Nord måtte stramme inn på budsjettet, og la pasienttransporten ut på anbud. Da ble det slutt på tilpasset transport, sier Rokseth.

### Klagestorm

Eldre pasienter forteller om lange, ubehagelige bussturer som har tatt opptil sju-åtte timer. Og om bussen

som aldri kom til avtalt tid. I hui og hast måtte de be barna eller naboene sine om skyss til sykehuset. Kombinasjonen av økt usikkerhet og lange ventetider har ifølge Rokseth tvunget mange eldre til å spørre sine barn, slektninger eller naboer om hjelp til å komme seg til sykehuset.

– Da den nye ordningen ble innført fikk jeg 15-20 klager hver uke, fra eldre pasienter som ikke

fikk transport til lege, eller som ikke kunne benytte seg av tilbudet. Nå har klagestormen stilnet noe, av den enkle grunn at man ikke når frem. Det ser kanskje bedre ut på papiret i dag, men realiteten er den samme, understreker kommunelegen.

Han mener det nye systemet først og fremst går ut over de svakeste av de eldre, og psykisk syke pasienter.

– Gangføre pasienter som skal inn til utredning tåler gjerne en busstur. Det er pasientene i mellomgruppen, som ikke klassifise-

## – Det går ikke an å behandle folk slik

To ganger har leddgiktpasient Unni Brattøy (66) latt seg frakte i minibuss til og fra sykehuset i Bodø. Det gjør hun ikke igjen.

– Jeg vil bare si med en gang at dette ikke er noen kritikk til sjåførene. De gjør en glimrende innsats, og jeg har ingen ting å si på jobben de utfører.

Unni Brattøy skjenker i kaffe. Fra stuevindue i leiligheten på Ørnes har hun panoramautsikt

mot de mektige fjellene som stuper i fjorden nedenfor.

### Savner å bli hørt

– Tidligere fungerte pasienttransporten godt. Nå er jeg nødt til å ordne med transport selv. Leddene mine er helt ødelagt, og jeg kommer meg bare ikke inn og ut av disse bussene. Og jeg blir helt ødelagt etter å ha sittet på i timevis. Vi bor i en kommune med spredt befolkning, vet du.

Når Sykepleien er med som blindpassasjer fra Bodø til Ørnes denne maidagen, er det på tørt sommerføre og med bare to stopp underveis. Det gir ifølge Brattøy et glanset bilde av virkeligheten.

– Kom tilbake i januar, med mørke, såpeglatte veier, og en buss full av pasienter som skal hjem til hver sin utpost. Da kan vi snakke, sier hun tørt.

I likhet med kommunelege Chris-

tian Rokseth, etterlyser Brattøy en fleksibel mellomøsning for pasientene som faller mellom to stoler.

– Jeg savner et mer lydhør Helse Nord. Jeg vet ikke om de fullt ut forstår dette med avstander. Det er greit å sitte på et kontor og legge planer og strategier, men det er noe

i mange timer, måtte holde sengen i flere dager etterpå.

Da Brattøy var med på sin første tur, skulle en av beboerne på stedets sykehjem være med. Pleierne måtte hale og dra i den motvillige, eldre damen for å få henne inn i bussen.

– Sjåføren ble til slutt så opp-

### – Det er noe med menneskeverdet oppi dette her.

Unni Brattøy

helt annet å være bruker i dette systemet.

### – Uverdigg

Unni Brattøy forteller om venninnen som opererte foten på dagkirurgisk i Bodø, og som ble sittende sidelengs i bussen hjem til Ørnes. Og om sin 92 år gamle tante, som etter å ha sittet med beina rett ned på bussen

brakt at han ringte for å få en privat bil. Men det fikk han ikke.

Unni Brattøy stirrer stivt framfor seg.

– Det er noe med menneskeverdet oppi dette her. I tillegg til smertene mange av pasientene skal takle. Jeg forstår at det er et behov for å spare penger, men det går bare ikke an å behandle folk slik.

Foto: Geir Arne Johansen



LYDHØR: Unni Brattøy savner et mer lydhørt Helse Nord.

rer til ambulanse, men som likevel har behov for annen transport, som blir taperne. Likevel tvinges de til å dele buss med andre. Det er stigmatiserende for en psykisk syk pasient som skal legges inn, å måtte være nødt til å sitte i buss med andre pasienter. I en privat drosje ville pasienten bli fraktet direkte mellom adressene, og det ville dessuten være enklere å ivareta taushetsplikten.

Den tidligere ordningen innebar at man kunne bestille egen taxi på rekvisisjon. Man ble hentet hjemme til ønsket tidspunkt, og

kjørt tilbake så snart man var ferdig med avtalen.

– Nå må man bestille reisen senest innen klokken 13 dagen før transporten, og det er et ekstra stressmoment for de eldre.

#### **Mellomløsninger**

Kommunelegen har sendt klager både til pasientombudet og til fylkeslegen. I tillegg har han i flere

## **Her vil helseforetaket spare penger på bekostning av distriktene.**

Christian Rokseth

dialogmøter med Helse Nord etterlyst mellomløsninger. Han mener besparelsene Helse Nord gjør på å samordne pasienttransporten i distriktene, er små i forhold til belastningene de påfører pasientene.

– Så langt har de vært ganske bastante på hovedprinsippene. Sakens kjerne er at her vil helseforetaket spare penger på bekostning av distriktene, og det er ikke snakk om

de store summene heller. Konsekvensene av disse tiltakene er imidlertid at folk får atskillig dårligere helse. Og det mener jeg blir feil i forhold til signalene vi får fra helseministeren, som har sagt at intensjonen er å bedre distriktshelsenorge.

En annen uheldig bieffekt av den nye pasienttransportordningen er ifølge kommunelegen inntektssvikten i den lokale drosjenæringen.

– Drosjenæringen er en skjult ressurs for de eldre i distriktene. Flere sjåfører har imidlertid måttet si opp sine løyver på grunn av tapt inntekt etter at pasientkjøringa forsvant.



## **NSF Unique**

**Enten du vil spare eller låne**

- **2,00%\*** sparerente fra første krone
- **Gebyrfrie varekjøp over hele verden**
- **Gebyrfri nettbank**
- **Kredittreserve på inntil kr 75.000**

### **Vil du vite mer?**

Se [www.nsf-unique.no](http://www.nsf-unique.no) eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.



\*Betingelser pr. juli 2009.

Nominell kredittrente: 8,90% årlig. Effektiv kredittrente: 50.000 (9,92%) - 25.000 (10,58%) - 10.000 (12,57%)





# 90 000 ~~sykepleiere~~ 90 000 VELGØRERE

Sykepleierne er ekspertene på hva som skjer i helsevesenet hver dag. Hva er det de vet som politikerne ikke vet? Og som de burde vite når pengesekken skal fordeles?

Sykepleien har vært i Buskerud og bedt fire sykepleiere fortelle hva de ser rundt seg når de er på arbeid i et av landets største pengesluk: Helsevesenet. De gir råd til politikerne som stiller til valg 14. september. Og til kolleger over hele landet. Også Sykepleierforbundets leder Lisbeth Normann kommer med tips.

Flere fagfolk! er bønningen til politikerne.  
Si ifra! Det er meldingen til kollegene.

Turen går fra Oslo til Buskerud. Det er samme dag som partene i tariffforhandlingene er blitt enige om at de ikke er enige om hva som er framtidens beste pensjonssystem. På veien passeres

I ELVEBYEN: Linda Lavik vet at mange lengter etter det nye sykehuset som er lovet.

båthavnen i Sandvika. Der ligger farkostene, små og store, ubrukte det meste av året. Hvor mange plasser i psykiatrien kunne man fått for disse millionene? Og der er Ikea. Det private forbruket går sin gang, finanskrisen eller ikke finanskrisen.

Motorveien snor seg videre gjennom Akershus, som har landets største trafikk tetthet og top-

per statistikken over bilulykker. Men området har i hvert fall flust av sykehus. Herfra og vestover skal sykehusene bli hetende Vestre Viken i løpet av sommeren.

Politikerne har jammen litt av hvert å tenke på.

I september blir landets 90 000 sykepleiere velgere. 169 stortingsplasser skal fylles på nytt. En regjering skal pekes ut.

#### By på opptur

På Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontor i Drammen er det bare rådgiver **Linda Lavik** i dag. Hun tar med seg telefonen og guider Sykepleien gjennom byen som stadig får et bedre rykte. Elven er renset, nye hus og ny bro er bygd. Innbyggertallet øker. Nå bor det 61 405 personer her. Nest etter Oslo har

Drammen den største andelen av ikke-vestlige innvandrere.

Gjennom gågaten tenker Lavik på valget mens hun orienterer om elvebyen:



«Det er jo det med like-lønnen, da. Den kommer vi jo ikke utenom ved valget i år. Der på

venstre hånd ligger Aass bryggeri, landets eldste. 175 år i år. Norges beste øl!

Politikerne må vite at økonomiske argumenter ikke motiverer helsearbeidere til å gjøre forbedringer. Egentlig bør de finne fram NOU-en «Pasienten først» fra 1997 om organisering og ledelse i sykehus og lese den om igjen. Da vil de bli minnet om at pasientens behov er utgangspunkt for all behandling og at helsepersonell må anerkjennes for den innsatsen de gjør for pasientene.

Se, der er den nye Ypsilon-brua. Og bygget ved enden er den nye høyskolen. Veldig flott.

Sykepleierne må delta i den politiske debatten. Ikke føle avmakt overfor det politiske sys-

temet. Gi fagligheten en stemme. under samme tak, men vi vet ikke når. Det er en stor skuffelse at det ikke er vedtatt når det skal settes i gang.

**Linda Laviks råd:**

**Til politikerne:** Bygg nytt sykehus i Buskerud nå!

**Til sykepleierne:** Glem avmakten!

**– Får opp øynene for oss**

På sykehuset i fjerde etasje, medisin 1, jobber **Line Spiten**, som er plasstillitsvalgt. Her er hennes tanker før valget:



«Jeg har bare jobbet som sykepleier i to år. Men jeg skjønner at skal vi være med og forme

vår hverdag, trengs det flere engasjerte sykepleiere. Vi er mange og kan ha stor gjennomslagskraft. Jeg opplever stor avstand til politikere. De beslutter uten at vi føler at vi er tatt med i betraktningen. Jeg skulle ønske at sykepleierne var mer med i utvalg og råd. Hør på oss!

Vi er jo hos pasientene 365 dager i året, mens politikerne

## **POLITIKERNE MÅ VITE AT ØKONOMISKE ARGUMENTER IKKE MOTIVERER HELSEARBEIDERE TIL Å GJØRE FORBEDRINGER.**

Linda Lavik

temet. Gi fagligheten en stemme.

Nå er sykehuset rett her oppe, gjennom parken her. De ansatte venter på at det skal bygges nytt. Somatikk og psykiatri skal

jobber med mange saker.

Mangelen på ressurser er noe vi merker. Vi løper fortere. Bemanningen kuttes. Da kan vi gå glipp av viktige observasjoner.

## **JEG SATTE DET JO LITT PÅ SPISSEN OG BLE LITT LATTERLIGGJORT ETTERPÅ. "SÅ DU HAR IKKE TID TIL Å SPISE, DU?"**

Line Spiten

I verste fall vil liv gå tapt. Når pasientene feilbehandles, blir liggetiden lengre. Det blir ikke mye sparing av det, men derimot høyere kostnader.

Gi oss tid til kompetanseheving. Legene har avsatt dager til fagutvikling og studiedager i turnusen. Det har ikke vi.

Samtidig misliker jeg det evige maset vårt om at vi ikke har nok tid. For det handler mye om god ledelse og organisering. Men så kommer jeg tilbake til at vi må ha nok folk på jobb. Jeg ser til stadighet at vi ikke får jobbet så godt som vi burde. Vi blir slitne av ikke å nå over alle oppgavene.

Jeg kjenner ofte stresset i kroppen. Da mister jeg oversikten, og blir veldig slitne i hodet. Så kommer frustrasjonen over systemet og misforholdet mellom ressurser og krav.

Sist høst var jeg på mediekurs arrangert av NSF. Etterpå hadde vi en runde i avisene om mangel på bemanning. Vi har bemanning til 27 pasienter, men ofte har vi 30, fordi sengene som ble nedlagt er fortsatt fysisk i avdelingen. I Drammens Tidende sa jeg at vi ikke har tid til å spise matpakken.

Jeg satte det jo litt på spissen og ble litt latterliggjort etterpå. «Så du har ikke tid til å

spise, du?» Jeg liker ikke å bli oppfattet som sutrete, for jeg er jo en positiv person. Jeg tenker mye på hvordan vi skal formulere oss for å bli hørt.

Sykepleielederne har et utrolig viktig oppdrag. De må hele tiden melde oppover i systemene om hva som hindrer oss i å gjøre en god jobb. Jeg synes sykepleierne, og særlig lederne, bør sette seg inn i politiske vedtak, så de vet hva det innebærer. Det kan brukes til å få tilført ressurser.

Jeg ønsker samhandlingsreformen velkommen og forventer at det skal skje noe i kommunene. Der et det absolutt en flaskehals. Her på avdelingen kan folk ligge ferdigbehandlet i ukevis.

Vi sykepleiere er grunnmuren i det norske helsevesen. Vi kan ikke erstattes av

ENGASJERT:  
Line Spiten vil helst ikke sutre.  
Ypsilonbrua inspirerer.



**HØR OSS!**

CLEARCHANNEL

INGEN SOMMER UTEN  
DIPLOM-  
**RUST OPP  
HJEMME-  
TJENESTEN!**







CLEARCHANNEL

FLERE  
FAGFOLK!

SANDWICH SANDWICH

DIPLOM-IS

FLERE DRAMMENSERE:  
Trond Smemo vil ha bedre tid.  
Men får i stedet mer å gjøre.

ikke spor  
på helse!



andre. Politikere — ikke lukk øynene for at befolkningen mener at vi har et av de aller viktigste yrkene.

Sykepleierne bør stemme på dem som jobber for likelønn og en god pensjon. Vi legger merke til om politikerne snakker om oss nå.

Det kommer ikke så godt fram hva vi gjør. Derfor må vi få mer pondus og vise oss fram.

Hvis jeg skal være sykepleier resten av yrkeslivet, orker jeg ikke



«Vi merker en sterk økning av brukere. Arbeidstygden har økt, men det har ikke ressursene.

Det er blitt bygd mange nye boliger her i Drammen. Mange flytter hit, og de er ofte 60 pluss. De som flytter i leiligheter kommer fra eneboliger og fra nabokommuner i Buskerud. Og de kommer fra Asker, Bærum og Oslo. Drammen er pyntet opp, vi har fått nytt teater og det

## PSYKIATRISKE PASIENTER ER OFTE TIDKREVENDE. SUICIDALPASIENTER BLIR RASKT SKREVET UT. SÅ GJØR DE ET NYTT SUICIDALFORSØK.

Trond Smemo

bare jatte med. Vi må finne våre allierte. Man blir mer tilfreds av det enn bare å sitte og klage. Vi må ta ansvar sjøl.»

### Line Spitens råd:

Til politikere: Ta oss med på råd! Øk bemanningen!

Til sykepleierne: Engasjer dere!

### – La politikerne ta en vakt

**Trond Smemo** er hjemmesykepleier i Drammen på tredje året. Også han er plasstillitsvalgt. Slik tenker han:

skjer mye kulturelt.

Psykiatriske pasienter er ofte tidkrevende. Suicidalpasienter blir raskt skrevet ut. Så gjør de et nytt suicidalforsøk, blir innlagt igjen — og skrevet ut. Det er lite kompetanse i hjemmesykepleien om dette. De som har kompetanse, altså psykososialt team, har kontortid til klokken 15. Vi er der resten av døgnet.

Avvikene som skjer oftest hos oss gjelder medisinerings. Vi snakker om at vi må skrive mer avvik for å gjøre dette synlig. Derfor jobber vi med opplæring i systemene. Ved å dokumentere i systemet EQS, går avvikene direkte tjenestevei.

Hva som trengs? Flere fag-

## ALLE POLITIKERE BØR TENKE AT DET KUNNE VÆRT DEM SELV, DERES MOR ELLER FAR, KONE ELLER MANN, MED BEHOV FOR PLEJE.

Anne Marthe Peveri

personer! Vi har stor utskifting i personalgruppen. Stabiliteten er liten. Jeg skulle ønske det var mer attraktivt å jobbe her. Da må lønnen heves og det må være rom for kompetanseutvikling.

Vi har mye vikarer og ufaglærte, og blir fort løpende etter. Hvis vi hadde nok folk med fagbakgrunn, ville ikke jaget blitt så stort. Da hadde vi også hatt tid til å veilede de ufaglærte. De følger våre eksempler.

Jeg tror det ville være sunt for politikerne å være på en sykepleiervakt for å få innblikk i hverdagen vår.

Det diskuteres en ny turnusordning i Drammen. Tre dager på, tre dager av, som skift. Det vil bety at i løpet av en 14-ukersperiode vil vi være innom jobben åtte helger. En slik løsning vil gå på helsa løs. For oss sykepleiere er kravet om arbeid maksimalt hver tredje helg ufravikelig.»

### Trond Smemos råd:

Til politikere: Rust opp hjemmetjenesten med flere fagfolk.

Til sykepleierne: Meld avvik!

### Har ikke sett de 10 000

Midt mellom Drammen og Kongsberg ligger Hokksund i

Øvre Eiker kommune, som har vel 15 000 innbyggere.

På Eikertun sykehjem finner vi **Anne Marthe Peveri**. Hun er hovedtillitsvalgt for sykepleierne og har jobbet her i åtte år. Dette mener hun:



«Vi må få flere faglærte. De 10 000 nye ansatte regjeringen har snakket om har jeg ikke sett mye

av. Vi har i stedet hatt nedbemanning. Det går ut over pasientene. Det er ikke gøy å jobbe når det bare blir halvveis.

Mange hjemmeboende her i kommunen har et sterkt ønske om langtidsplass. Behovet er reelt. Det gjelder både folk med demens og somatiske lidelser.

Andelen ufaglærte er altfor stor. Det sier seg selv at en uerfaren 19-åring ikke har kompetanse til å vurdere syke mennesker. Det gjør noe med pleien når det er for få faglærte. Alle politikere bør tenke at det kunne vært dem selv, deres mor eller far, kone eller mann, med behov for pleie. De bør sette seg inn i hva som skjer når det ikke er nok tid. Hvis de klarer å se at oppgavene våre også gjelder dem personlig, kan de kanskje forstå hva vi står i.

Vi kan ikke spare på helse.

Vi kan effektivisere, men ikke spare. Det går ut over noe. Dette er ikke butikk. Ved å satse på helsetjenesten får vi fornøyde og trygge mennesker. Samfunnet tjener på å ha innbyggere med god helse.

Et viktig virkemiddel er lønn. Politikerne sier de er opptatt av det – men er de det? Siv Jensen var på Bragernes torg i Drammen 1. mai og snakket om sykepleiernes lønn. Men jeg vet ikke om hun kommer til å jobbe for det om hun kommer til makten. Før et valg kommer det alltid mange lovnader fra politikerne.

Til sykepleierne vil jeg si: Det er viktig å se hva som skjer i din kommune nå. Hva har skjedd

tige. Vi må være tydelige og stå fram med historier.

**Anne Marthe Peveris råd:**

**Til politikerne:** Styrk helsevesenet en gang for alle.

**Til sykepleierne:** Fortell dine historier!

**Vi er pasientens advokat**

Bartekampanjer og pensjon har vært store tema for Norsk Sykepleierforbund (NSF) denne våren. NSF-leder **Lisbeth Normann** har fått mye ros for de iøynefallende og mangetallige annonsene for likelønn. Hun har kritisert flere partier som har skuffet om likelønn.

## JEG SER ALTFOR MANGE TOPPOLITIKERE SOM BRUKER ENKELTEKSEMPLER SOM DE HAR SETT ELLER HØRT OM, DET ER FOR SPINKELT.

Lisbeth Normann

de fire siste årene? Jeg stemte på den ordføreren vi har nå, men partiet hans har ikke innfridd. Ta dere tid til å gå til kommunestyremøter og se hvem som jobber for hva. Selv om dette er et stortingsvalg, så er det de samme partiene. Kommunen ligger nærmere. I partiprogrammene skriver de mye om alt de vil satse på. Men kommer de til makten, så må de likevel prioritere.

Vi sykepleiere er altfor forsik-

På kontoret i Oslo sentrum forteller hun hva hun vil trekke fram før valget:



«Det aller viktigste er å høre på dem som jobber der. Politikerne må skaffe seg et bredt grunnlag for sin politikk. Jeg ser altfor mange toppolitikere som bruker enkelteksempler som de har sett eller hørt om. Det er for spinkelt. Viktig at politikerne velger de viktigste sakene og

skaffer seg en kompetanse så det de mener er kunnskapsbasert. Det kan lønne seg hvis de vil bli tatt på alvor av velgerne.

Folk er kjempeleie av valgfleskpratet. De må framstå med mer inderlighet. Da er det bedre å orientere seg smalere og gjøre det ordentlig på noen felt. De der sykehjemsreportasjene er en hån mot pasientene og dem som jobber der. De drar rundt med valgflesket sitt. De må finne på noe mer troverdig. Vi vet jo mer enn nok hva som er problemet. Det er jo dokumentert.

Det må satses mer på forebyggende helsearbeid. Hvis ikke det blir mer forebygging, får vi store problemer med å håndtere alle pasientene. Kommuner og sykehus må få skikkelig belønning for å drive forebygging.

Men fortsatt er det viktigste å prioritere de mest sårbare: De sykeste gamle, og mennesker med psykiske lidelser i alle aldre. Og vi har betydelige utfordringer innen rusfeltet.

Sykepleierne må fortelle politikerne om sine utfordringer og være pasientens advokat. Mange flere burde si ifra og interessere seg for helsepolitikk. Hvis sykepleierne samler seg, kan de endre norsk helsepolitikk.

Velg ut fra det politikerne lover. Finn ut hvem som har gjennomføringsevne.

Vi har fortsatt gode velferdsordninger. Se etter politikerne som er opptatt av sårbare grupper. Ikke etter

dem som er opptatt av konkurranse og valgfrihet. For noen er ikke i stand til å velge. Og sykepleierne er først og fremst pasientens advokat. De som er friske – la dem bare velge. Men vi må sikre dem som ikke har den muligheten.»

**Lisbeth Normanns råd:**

**Til politikerne:** Vær seriøse!

**Til sykepleierne:** Forsvar pasientene!

Denne fine sommerdagen nevner ikke Normann lønn med et ord. Hun synes kanskje hun har sagt nok om det denne sesongen. Men dagen etter kommer det en sms. Hun har noe å tilføye:

«Jeg forutsetter at de partiene som sier at de vil satse på likelønn gjør det og at de går fra ord til handling og slutter å holde sykepleierne for narr.»

SLUTT Å  
HOLDE OSS  
FOR NØRR!



DE SÅRBARE: Lisbeth Normann vil  
passe på dem som ikke kan velge.

# – Vi kan alltid bruke tiden

– Vi sykepleiere har laget oss et mantra: Travelhet. Det må vi slutte med, sier sykepleieprofessor Brendan McCormack fra Belfast.

Brendan McCormack er professor i sykepleievitenskap på Ulster universitet i Nord-Irland. Han er en varm tilhenger av aksjonsforskning. All sykepleieforskning bør foregå i samarbeid med sykepleierne i klinikken, mener han.

– Alle sykepleiere skal ikke forske. Men de skal likevel tenke som forskere.

## – Aksjon!

Det er andre gangen McCormack er i Norge for å holde foredrag. Hjemme er han kjent for sine bøker om aksjonsforskning. Eldreomsorg er hans hjertebarn, og han er redaktør i *The International Journal of Old People Nursing*.

Doktorgraden om personorientert sykepleie tok han på Oxford universitet. Da Tony Blair på slutten av 1990-tallet trengte råd om finansiering av langtidsomsorg, var McCormack med i hans kommisjon.

## Fikk statusstilling

I sju år, fra 2000 til 2007, var han leder for sykepleieforskningen på Nord-Irlands største sykehus, Royal Hospitals in Belfast. Det var høyst uvanlig å ansette en professor til dette. Ingen andre sykehus ga samme status til sykepleieforskningen.

På sykehuset i Belfast, som har 2 500 sykepleiere, fikk han satt sine ideer om personorientert praksis ut i livet. 1 200 sykepleiere var involvert, mens selve forskningen ble gjort av et team på 26, de fleste sykepleiere. Målet var å endre praksis.

– Forskningsprosjektet ble en stor suksess. Det forandret

kulturen på sykehuset, forteller McCormack.

## Brukte pasienthistorier

Den største endringen målte de ved hjelp av pasientfortellinger. I fem år spurte de pasientene: «Hvordan er det å være pasient her?»

– Historiene i starten og på slutten ble helt forskjellige, forteller McCormack.

Pasientene med hjertelidelser likte at alle undersøkelsene ble gjort av en og samme sykepleier. Men sykepleieren gikk av vakt, og en ukjent lege la fram resultatet av undersøkelsene. Det likte pasientene dårlig.

– Derfor jobbet vi for å endre

rutinene. Etterpå var pasientene mye mer fornøyde.

– *Måtte sykepleierne jobbe lengre dager?*

– De begynte heller senere. Og vi snakket med dem på labben så de leverte svarene litt tidligere.

– *Mye logistikk altså?*

– Ja, ja.

## Turnoveren gikk ned

McCormack mener at den involverende – og tidkrevende – metoden ble akseptert av sykehusledelsen fordi den gjorde det lettere å rekruttere og beholde sykepleiere. På denne tiden var sykepleiermangelen ekstra stor.

– Vi fikk sykepleiere fra Filipinene, men klarte ikke å beholde dem. I 2000 var turnoveren på 17,5

prosent. I 2006 var den redusert til 3,6 prosent.

Sykepleierne satte pris på å bli ledet av sykepleiere. Og de likte å lære i praksis, ikke i klasserom. Det ble mye lettere å observere og gi tilbakemeldinger.

– Vi klarte å skape en lærekultur på sykehuset. Før måtte man på universitetet for å lære mer. Nå fikk de lære i praksis mens de jobbet.

## Fikk spise i fred

Forskningen førte spesielt til forbedringer for eldre pasienter på rehabilitering. Enkle endringer, som å skjermes de eldre pasientene under måltidene, er ett eksempel.

– Pasientene ble stadig avbrutt

mens de spiste. De ble tatt ut av måltidet fordi de skulle på røntgen. De ble stadig forstyrret fordi oppgaver skulle gjøres. Vi gikk inn for å beskytte dem under måltidet.

– *Får de fortsatt spise i fred?*

– Ja. Slik er det nå i hele Storbritannia. Ernæring er en av satsingsområdene i hele helsevesenet.

## Ni søsken

McCormack vokste opp i republikken Irland som nummer åtte i rekken av familiens ti barn. Ingen av de andre i søskenflokket har høyere utdanning. Men unge Brendan visste at utdanning kunne gi ham et annet liv. Det naturlige ville være å bli ingeniør, men tilfeldigvis så han en annonse om sykepleierstudiet.

– Jeg visste at jeg ikke ville bli in-

geniør. Dette passet meg mye bedre.

Men det ble en hard vei å gå.

– Jeg anbefaler det ikke. Det har vært smertefullt.

– *Når var det verst?*

– I tenårene. Jeg måtte motivere meg selv siden jeg kom fra en familie som ikke verdsatte utdanning.

## – Glem aldri personen

– *Hva vil du si til norske sykepleiere?*

– Da jeg var på Rikshospitalet og så omgivelsene både inne og ute, slo det meg at nordmenn er heldige. Det var så estetisk. Og selv om det var travelt, var det likevel en ro der.

– *Omgivelsene varierer nok rundt om på norske sykehus ...*

– Å! Jeg ville i hvert fall sette pris på å være på et sånt sted, både som pasient og pleier. Slike omgivelser virker helende.

Ellers mener McCormack at sykepleiere aldri må miste oppmerksomheten om personen, enten det er pasienten eller kollegaen.

– Man klarer ikke å ta ut det beste av pasientene hvis man ser dem som klienter. Og sykepleiere må anerkjenne hverandre.

– *Gjør de ikke det?*

– De er dårlige til å gjenkjenne suksess.

– *Egen og hverandres?*

– Ja, begge deler. Pasientene merker det hvis sykepleierne jobber godt som team.

McCormacks etterfølger som forskningsleder har fulgt opp med å samle inn pasienthistorier. Hun har funnet ut at pasientene fort identifiserer sykepleierne som er greie, og de som ikke er greie.

– Det dreier seg ikke bare om tekniske ferdigheter. Vel så viktig er

# bedre

væremåten og hvordan vi arbeider sammen. Om vi smiler til pasientene. Om vi vil snakke, om vi holder hodet opp eller ned.

Sykepleiernes kroppsspråk oppfattes intuitivt og er et veldig kraftig uttrykk.

– Pasientene registrerer om vi går fort. Om vi snakker med dem, eller gjør oss usynlige. Om noen kommer når de ringer i klokken.

## – Sykepleierne skaper travelhet

– Men sykepleierne har ofte altfor lite tid?

– Dette involverer ikke tid, men er en måte å være på. Det dreier seg ikke om antall sykepleiere, selv om det selvfølgelig går en grense. Sykepleierne har en travelhetskultur. De skaper travelhet.

McCormacks råd er: «Stopp! Ta et skritt tilbake. Tenk nytt.»

– Sykepleierne kan som regel bruke tiden sin bedre. Dette skal lederne hjelpe dem med.

Mange henger seg opp i ideen om at det trengs flere sykepleiere.

– Selvfølgelig er vi for få, men det trenger ikke å hindre en lærekultur. God ledelse fører til effektiv pasientomsorg.

## Størst i Europa

I Belfast er helsevesenet omorganisert og blitt til Europas største helse- og sosialomsorgsforetak: Belfast Health and Social Care Trust.

– Er det ok?

– Interessant. Men for stort.

Man kan gå seg vill. Sykepleierne savner en synlig sykepleieledelse. De strever med det.

– Hva er utfordringen i Nord-Irland nå?

– Finansieringen. Den økonomis-



TRAVEL IRE: Brendan McCormack er fra Irland, jobber i Nord-Irland og forsker i mange land. – Men det har vært en hard vei å gå, sier han.

ke krisen fører til et press for å få helsevesenet mer effektivt. Kuttene truer fagutviklingen og utdanningen. Stillinger innen dette feltet er mest utsatt. Men det er kortsiktig

## Sykepleiere er dårlige til å gjenkjenne suksess.

tenkt ikke å investere i utdanning.

– Men den forskningen du driver med er veldig tidkrevende?

– Ja. Men den er effektiv. Den gir resultater.

– Et press på lønnen også?

– Dette rammer ikke bare sykeplei-

erne, men hele helsesektoren. Man kan tåle at lønnen ikke er på topp hvis det er mulig å utvikle seg faglig og hvis man har karrieremuligheter. Forsvinner det, er man ikke lenger villig til å gå den ekstra milen.

Han frykter at det er det som er i ferd med å skje nå. Dessuten registrerer han at sykepleierne blir bedt om å gjøre mer og mer uten flere ressurser.

– Pasientene får dårligere behandling, og de blir sendt for tidlig hjem. De eldre blir sjakkbrikker og ikke personer. Sykepleierne må holde sammen.

I Nord-Irland er det 10 000 av dem. I Belfast er det 6 000. Det bor

cirka 1,6 million mennesker Nord-Irland.

## Skriver bøker

McCormack har gitt ut fire bøker. I høst kommer den femte; om personorientert praksis. Han planlegger to til.

Metoden hans er tatt i bruk i Australia og Skottland. Han har ellers forskningsprosjekter i mange land, som Irland, England og Canada.

– Og forhåpentligvis snart også i Norge.

All forskningen hans er personorientert.

– Og ofte om eldre. Men ikke alltid.

# Årets sommerfloker

Utfordringen for sykehus og kommuner er den samme som i fjor: Å få turnusen til å gå opp på forsvarlig og lovlig vis.



## Fakta og tips om sommeravtaler

- Før man går inn på avtale om utvidet arbeidstid, må andre lovlige virkemidler for å løse utfordringene være forsøkt, og ferieavviklingen skal drøftes mellom partene lokalt.
- Dersom partene lokalt etter drøftinger mener det vil være behov for å utvide arbeidstiden for sykepleierne, må arbeidsgiver rette en henvendelse til NSF.
- Det er NSF sentralt som etter loven har fullmakt til å inngå avtaler om unntak fra arbeidstidsbestemmelsene.
- Tillitsvalgte må fortsatt påtale ulovlige arbeidstidsordninger i ferietiden, gjennom pålegg om opphør av ordningene og, om nødvendig, innrapportering til Arbeidstilsynet.

PÅ HALV TOLV: Forsvarlig drift blir vanskelig om sommeren, og det ser ikke ut til at kommende sommer blir mer «lovlig» enn tidligere.



NSFs erfaringer fra siste års sommerferieavvikling, viser at det fortsatt gjenstår en god del før ferieavviklingen gjennomføres på lovlig vis. Problemstillingen er den samme hvert år. Det er vanskelig å få sommerturnusen til å gå opp på forsvarlig vis. Vikarer er dyre og erfaringene med å bruke dem er blandet. Om sommeren er det i det hele tatt vanskelig å overholde kravene til faglig forsvarlig virksomhet. Arbeidsmiljøet blir heller ikke godt nok ivarett.

De fleste tillitsvalgte forbereder seg på at arbeidsgiver også i år bryter arbeidsmiljøloven og baserer seg på å dekke vakter gjennom overtid og merarbeid. Hvordan det faktisk blir, vet ingen før langt utpå høsten.

#### Kreativt i Tromsø

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) sier foretakstillitsvalgt Mai-Britt Martinsen at det florerer med kreative tilbud fra de enkelte klinikkene.

– Vi hører om forskjellige forslag til timesatser på planlagt overtid som er lavere enn i NSF's sentrale avtale. Det sider vi nei til, men fagforbundet kan godta disse lokalt. Sykepleiere får også tilbud om pengebeløp for å bytte ferieuker. Det sier NSF er greit, men det må være frivillig. Pengebeløpene varierer fra klinikk til klinikk, forteller hun.

#### Huller i turnus

– Er sommerturnusen godkjent?

– I begynnelsen av juni hadde vi 16 enheter som ikke er godkjent av NSF. De er ikke godkjent fordi de har mellom 50 og 300 udekte vakter i løpet av ni uker sommerturnus, sier hovedtillitsvalgt, Lill Sverresdatter Larsen.

– Hvor sliter man?

– Det er ved de samme avdelingene som har hatt problemer de siste ti årene; intensiv, nyfødt intensiv, medisinsk intensiv, hjerteroppvåkningen, oppvåkningen og føde/barrel. Med andre ord ved de avdelinger hvor det er vanskelig å få tak i kompetente vikarer. I tillegg er det enkelte avdelinger med høy drift som skiller seg ut, både kirurgiske

og medisinske sengeposter, sier Sverresdatter Larsen.

#### Planlegging

– Blir det bedre i år enn i fjor?

– Det vil nok variere. På enkelte avdelinger meldes det om tidligere prosesser, flere vikarer og bedre fordeling av ferie mellom kjent personell. Andre avdelinger opplever det er vanskeligere å få tak i kompetente vikarer, og er kommet seint i gang med planleggingen. De har heller ingen beredskapsplan for å dekke udekte vakter, sier hun.

– Er det gjort noe spesielt tiltak?

– NSF's avtale om utvidet arbeidstid er tatt i bruk på UNN, men kun på en enhet – Medisinsk Intensiv. Avtale om planlagt forskyvning fra ukedager til helg i turnus mot en økonomisk kompensasjon – dette gjelder ikke overtid. AMU har bedt om en statusrapport til 25.05.09 over godkjente turnuser og beredskapsplan ut fra tidligere sommerdriftsvalueringer. Men det kom ingen rapporter innen fristen, sier Sverresdatter Larsen.

#### Inn med teskje

Foretakstillitsvalgt Mai-Britt Martinsen er klar på at NSF ikke skal godkjenne turnuser som har «huller».

– Arbeidsgiver sier de kan sende turnuser til godkjenning hos arbeidstilsynet dersom ikke NSF underskriver. Det må de gjerne gjøre. Vi kommer til å lage en oppsummering for å varsle arbeidstilsynet om ikke godkjente turnuser. I fjor skjønte ikke arbeidstilsynet vår bekymring. Årsaken var at vi brukte begrepet «ikke godkjent turnus». Det står ingen ting i Arbeidsmiljøloven (AML) om godkjenning av turnus. Derfor skal vi i år bruke paragrafene i AML som omhandler «turnuser som mangler avtale om gjennomsnittsberegning» Her må noen ha det inn med teskje, sier Mai-Britt Martinsen.

#### Hullete Oslo

Ved Oslo universitetssykehus— Ullevål, har de også huller i sommerturnusen.

– Vi har ikke fått godkjent alle turnusene. Vi sliter spesielt ved inten-

sivavdelingene og andre avdelinger som krever tilnærmet lik bemanning året rundt. Men alt i alt er det bedre i år enn i fjor, sier hovedtillitsvalgt, Merete Norheim Morken-

Ved Oslo universitetssykehus Ullevål, startet planleggingen av sommeravviklingen allerede i fjor høst.

– Vi har hatt en gruppe bestående av arbeidsgiver, verneombud og tillitsvalgte som har hatt månedlige møter for å planlegge sommerferien. Gruppen har laget en handlingsplan som følges opp på møtene. I tillegg har NSF og arbeidsgiver avtalt en ordning som bidrar til å sikre riktig kompetanse og nok personell helgene, og dette har gjort at flere turnuser kan godkjennes av tillitsvalgte, sier Merete Norheim Morken.

#### Kanskje bedre i Bergen

Ved Helse Bergen melder hovedtillitsvalgt Brita Ommedal Tarberg at det har gått litt tregt med å få oversikt over sommeren.

– I slutten av mai har vi rundt 2 600 -2 700 udekkede vakter. Jeg mangler fortsatt tilbakemelding fra noen poster. Dette er muligens litt under fjorårets nivå, da var det rundt 3 200 udekkede vakter i midten av mai. Men tallene endrer seg hele tiden etter som avdelingene får vikarene på plass, sier hun.

De avdelingene som sliter mest er også i Bergen spesialavdelinger som intensivavdelingene og fødeavdelinger.

– Helse Bergen har for det meste årsturnus og dermed ingen spesiell

sommerturnus. Der de har vanlig rullerende grunnturnus er sommerturnus ennå ikke godkjent alle steder, men dette gjelder bare noen få poster, sier hun.

Tarberg er usikker på om sommeravviklingen går bedre i år enn i fjor.

– Jeg betviler sterkt at sommerferien kan avvikes uten utstrakt bruk av overtid/merarbeid og brudd på arbeidsmiljøloven. Dette er vanlig å gjøre ellers i året, så det blir vel neppe bedre i ferieperioden. For i tillegg til eventuelle udekkede vakter nå, så er det alltid noen som blir langtidssykemeldte i tillegg til det vanlige korttidsfraværet som alltid er der, sier hun.

#### Buskerud

På grunn av stram kommuneøkonomi, sliter mange med å få nok vikarer. I Buskerud sliter blant annet Flå kommune.

Tillitsvalgt Kristin Gullingsrud forteller til NRK at ved Flåheimen har kommunen ikke råd til vikarer og satser på overtid og ekstravakter blant dem som allerede jobber der. Sykepleiere og andre som jobber der blir nødt til å ta bakvakter.

Fylkesleder i Buskerud, Einar Vik Andersen, melder at bemanningen i kommunene er tynnere i år enn tidligere år på grunn av en dårlig kommuneøkonomi.

– Kommunene løser problemene ved å appellere til samvittigheten til de ansatte ved å be dem jobbe mer enn de pleier og overtid om sommeren, sier Vik Andersen.

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

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



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

Les mer om Wima-labben på vår nettside:  
[www.wima.no](http://www.wima.no)

# En tung tid

Om han bare kunne gjøre noe. Om han bare kunne bruke sin fagkunnskap. Men det eneste sykepleier Rajendhram Ponnuthurai får gjort er å stå foran Stortinget hver dag.

**Hvem:** Rajendhram Ponnuthurai

**Alder:** 45 år

**Hvorfor:** Han er sykepleier og med i Norsk-tamilsk helseorganisasjon.

Du har hørt om dem i media. En gruppe tamiler fra Sri Lanka samles hver ettermiddag på Eidsvoll plass i Oslo. De har med seg plakater og magafoner. Tidligere i vår var demonstrasjonene mer hissige. Situasjonen var desperat og tamiler over hele verden demonstrerte. I hjemlandet foregikk et blodig slag. Mellom frontene var mange tusen sivile tamiler sperret inne. De ble truffet av bomber og skudd. De ble sultet og ble syke, unge og gamle. Kunne ikke noen hjelpe dem?

– Vi har stått her i måneder, i regn og snø. Vi måtte gjøre den norske regjeringen og verdenssamfunnet oppmerksomme på hva som var i ferd med å skje, sier Rajendhram Ponnuthurai.

## Resignert

Ponnuthurai og resten av tamilene foran Stortinget er mer resignerte nå. Tamiltigrene (LTTE) har tapt militært. Organisasjonen som tamilene har håpet kunne kjempe frem en rettferdig løsning på en langvarig konflikt, er tapt. Nå gjelder det å hjelpe dem som lider. Over 300 000 flyktningene fra krigssonen er blitt overført til leire som myndighetene kaller «velferdslandsbyer». Men de som bor der får ikke komme ut. Flere tusen av dem er foreldreløse barn.

Rykter om overgrep og dårlige helsehjelp førte til at Røde Kors ønsker å komme inn, men det får de ikke.

– Jeg har nesten mistet håpet og troen på at verdenssamfunnet skal klare å gjøre noe. Det er veldig frustrerende at ingen klarer å presse det lille landet, som Sri Lanka er, til å gi Røde Kors adgang til flyktningene. Det kommer stadig meldinger om tortur og voldtekt.

Det er dette demonstrantene roper slagord om nå, mens sommerlette nordmenn passerer ubekymret forbi på Oslos hovedgate: Observatører fra FN og Røde Kors må få permanent tilgang til leirene.

De yngste leder an med megafonene.

Ponnuthurai forteller videre om bortføringer fra leirene. Han mener de er rene konsentrasjonsleire. På nettsider med nyheter fra området finner han grusomme bilder. Det sies at mange tusen mennesker er forsvunnet fra leirene.

– Nå rensker de ut LTTEs støttepillere. De blir bortført og drept, mener han.

LTTE regnes som den dominerende gruppen blant tamilene. De går inn for selvstyre i de tamilske områdene. Ponnuthurai er enig i det.

– Jeg tror ikke vi noen gang kan leve sammen i samme land. Området der tamilene bor har forfalt. Det har vært sterk politisk overvåking. Foreldrene mine har blitt tvangsflyttet. Der de bor nå, i Jaffna, har det vært portforbud om kvelden siden 1995. Også hel-sevesenet er forsømt, selv om det i utgangspunktet har vært et godt helsevesen på Sri Lanka.

## Mistet slektninger

Rajendhram Ponnuthurai møter opp foran Stortinget så ofte han kan. Han får dårlig samvittighet hvis han ikke kommer. Kona og barna på ti og 15 år må se mindre til faren akkurat nå. Det føles meningsfylt å møte opp i demonstrasjonen, et hakk bedre enn ikke å gjøre noe. Aller helst ville han reist til Sri Lanka for å hjelpe til, men ingen slipper inn i leirene. Det er nytteløst å sende penger også.

– Det er veldig frustrerende for oss som er helsepersonell ikke å kunne komme inn og bruke vår fagkunnskap i denne situasjonen. Det hadde vært til stor hjelp siden vi både er utdannet og snakker samme språk som de som trenger hjelp, sier han.

Han har selv mistet tante og onkel, deres barn og en kusine i konflikten. Noen andre slektninger





er savnet, ingen vet hvor de er. Mange tamiler i Norge opplever det samme.

– Det er veldig tungt for oss. Vi føler oss maktesløse. Folk klarer ikke konsentrere seg om jobber eller studier, ikke om å ta vare på barna. Folk gråter i fortvilelse.

Selv har han vært sykmeldt i perioder fra jobben som saksbe-

har søkt sammen. Organisasjonen jobber med helseprosjekter og opplæring på Sri Lanka og driver sykehus og klinikker sammen med søsterorganisasjoner i andre land. Foreningen har hatt hendene fulle i flere år. Sri Lanka ble hardt rammet av tsunamien 2. juledag i 2004. Mange helsearbeidere med tilhold i Norge reiste nedover for å hjelpe,

### Folk klarer ikke konsentrere seg om jobber eller studier, ikke om å ta vare på barna.

handler på bestillerkontoret i Bjerke bydel i Oslo. Men han kan bruke sin kompetanse som sykepleier til å hjelpe andre her i Norge. Tamilsk ressurs- og veiledningssenter har opprettet et kriseteam av helsepersonell som holder til på Rommen i Oslo. Dit kommer folk for å snakke og få hjelp.

#### Tamilsk helseorganisasjon

Ponnuthurai er også med i Norsk tamilsk helseorganisasjon, der tamilske helsearbeidere i Norge

blant dem Rajendhram Ponnuthurai. Tsunamien førte til en humanitær katastrofe. Foreningen hadde flere prosjekter i årene etterpå, blant annet om krisepsykiatri.

Tamilene regnes for å være godt integrert i norsk samfunn og arbeidsliv. Ponnuthurai kom til Norge i 1987 som 23-åring og gikk først et år på folkehøyskole. Etter det tok han videregående og sykepleierskolen i Bodø. Den fullførte han i 1997. Da flyttet han til Oslo hvor han begynte i hjemmetjenesten.

# Flere hundre års ufred

- Det bor ca. 12 000 tamiler i Norge, og noen hundre singalesere.
- Det bor nesten 4 millioner tamiler på Sri Lanka, 18 prosent av en befolkning som hovedsakelig består av singalesere.
- Tamilene er hinduer, singaleserne er buddister. Språkene til folkegruppene er forskjellige.

Det har vært konflikter mellom folkegruppene i flere hundre år. Fra gammelt av var øya delt inn i flere kongedømmer, i nord og øst tamilske.

Britene favoriserte tamilene, men slo sammen tamilske og singalesiske områder i kolonitiden. Da landet ble selvstendig i 1948

ble majoriteten singaleserne den styrende folkegruppen.

Tamilene ble undertrykt, og det ble blant annet vedtatt at singalesisk skulle være eneste offisielle språk. Tamilene krevde sin selvbestemmelsesrett tilbake. Konflikten tilspisset seg og flere militante tamilske undergrunns-

grupper ble dannet, blant den LTTE, også kalt tamiltigrene. LTTE ble i 2002 stemplet som en terrororganisasjon og ble forbudt i en rekke vestlige land.

LTTE ønsker selvstendig stat for tamilene. 18. mai i år ble de nedkjempet og deres leder ble drept.



KRAV: Observatører må få tilgang til flyktningene og de tamilske områdene nord og øst på Sri Lanka, krever demonstrantene.



#### Fakta:

Norsk tamilsk helseorganisasjon (NTHO) ble startet i 2003 og består av tamiler i Norge som er helseutdannet og jobber i helsevesenet. Organisasjonen hadde opprinnelig som mål å hjelpe til å forbedre helsevesenet i de tamilske områdene nord og øst på Sri Lanka etter mange år med uroligheter. Tsunamien i 2004 rammet disse områdene hardt. Organisasjonen samler inn penger til ulike helseprosjekter, og noen reiser til området for å gjøre en innsats. NTHO driver også sykehus og klinikker sammen med søsterorganisasjoner i andre land. Den driver opplæring og introduserer moderne utstyr i helsevesenet. Den tilbyr praksisopphold for studenter innen helsefag. Organisasjonen driver også helsearbeid blant tamiler i Norge. På organisasjonens nettside fins nyheter, rapporter og prosjektbeskrivelser: [www.ntho.no](http://www.ntho.no)

# La behovet styre valget



Kjell Runar,  
sykepleier og selger  
medisinske forbruksvarer og utstyr

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

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

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

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

# Turnus = skift gjelder ikke nattevakter

Odelstinget støtter regjeringens forslag om å likestille tredelt turnus med skiftarbeid. – På høy tid, sier leder i NSF, Lisbeth Normann. Hun er imidlertid svært skuffet over at rene nattevaktstillinger ikke faller inn under ordningen.



BEKYMRET: – Skift/turnus-utvalget var tydelig på de helsemessige konsekvensene av å jobbe om natten. Da er det underlig og bekymringsfullt at nattevaktene ikke tas med, mener NSF-leder Lisbeth Normann.

Siden 1994 har Norsk Sykepleierforbund (NSF) kjempet for at tredelt turnus skal likestilles med mannsdominerte yrkers skiftarbeid. Og i 1996 uttalte Likestillingsombudet at dagens ordning «innebærer en indirekte forskjellsbehandling av kvinner og menn, og derfor anses å være i strid med likestillingsloven.»

Nå har Odelstinget sagt ja til å

## Å utelate nattevaktene fra lovendringen vil fungere som insentiv for økt deltid.

Lisbeth Normann

reducere arbeidstida for arbeidstakere i tredelt turnus avhengig av belastningen i turnusen. Flertallet støtter Skift/turnus-utvalgets forslag med en gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid for arbeidstakere i tredelt skift- og turnusarbeid, men setter som krav at den enkelte arbeidstaker må arbeide minst hver tredje søndag.

Konkret innebærer forslaget at for hver nattetime får den ansatte 15 minutter redusert arbeidstid per uke. Hver søndagstime gir 10 minutter redusert arbeidstid per uke.

### Rene nattevaktstillinger

Odelstinget ønsker derimot ikke å innlemme rene nattevaktstillinger i ordningen. Det til tross for at flere høringsuttalelser har understreket at denne type stillinger bør få kompensasjon for belastningene med utført arbeid på natt og på søndager.

I begrunnelsen viser Odelstinget

til at de helsemessige ulempene ved nattarbeid er gjenstand for forskning, og «at det er behov for å arbeide videre med spørsmål knyttet til nattarbeid/ubekvemme arbeidstidsordninger og helsebelastninger.»

Lisbeth Normann reagerer på at rene nattevaktstillinger ikke får redusert arbeidstid.

### Føre til økt deltid

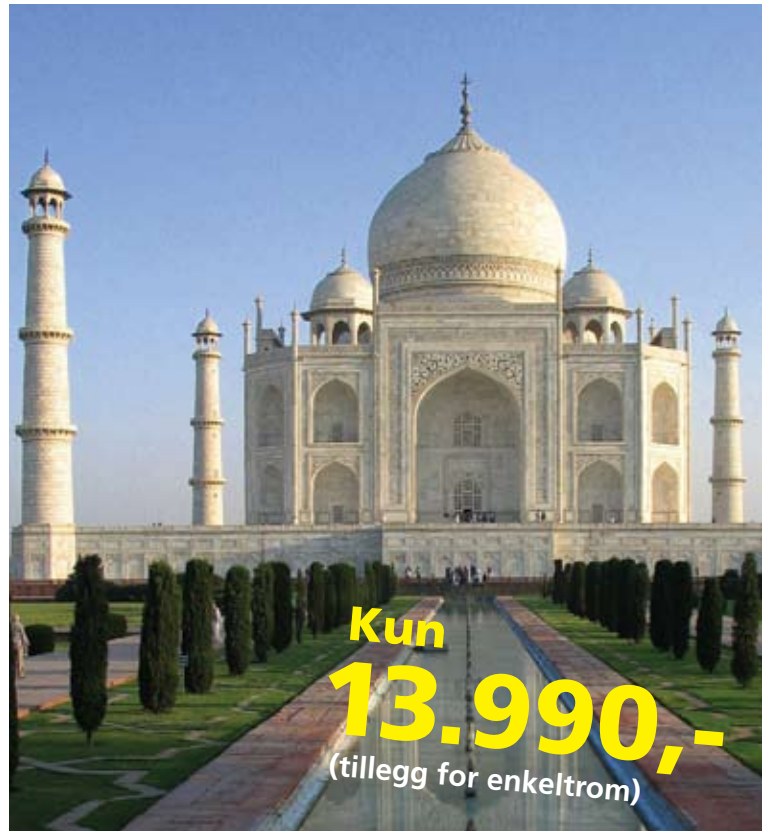
– Skift/turnus-utvalget var tydelig på de helsemessige konsekvensene av å jobbe om natten. Da er det underlig og bekymringsfullt at nattevaktene ikke tas med. Å utelate disse fra lovendringen vil dessuten fungere som insentiv for økt deltid, sier Normann.

– På hvilke måte?

– I helsesektoren organiseres turnus rundt deltid ved å bruke faste kvelds- og nattevaktstillinger i kombinasjon med todelt turnus, men også i kombinasjon med tredelt turnus. Dette er særlig utbredt i kommunehelsetjenesten. Ved å ha høy andel små stillinger er det lettere å få turnusen til å gå opp, da det blir flere å fordele de ubekvemme vaktene på. Deltidsansatte utnyttes også når det er behov for ekstra arbeidskraft.

Normann er bekymret for at den nye ordningen kan stimulere til mer deltid ved at virksomhetene velger å gå bort fra tredelt turnus for å spare ressurser.

– Ved å inkludere nattevaktstillinger, vil man gi virksomhetene et insentiv til å organisere arbeidet på en ny måte, i retning av hele stillinger i tredelt turnus, mener Lisbeth Normann.



# Bli med til fantastiske India

Bli med på en fantastisk 9-dagers tur og opplev Indias perler. Turen inkluderer reise, opphold, besøk på et moderne sykehus og mat. Benytt deg av denne sjansen og bestill i dag.

**Albatros travel arrangerer tur til India for Sykepleiens lesere i samarbeid med Albatros Travel. Lærerne fikk tilbudet i fjor, og var meget godt fornøyd. 12. november 2009 er det din tur! Ring og reserver plass på 800 58 106.**

Vi skal besøke berømte attraksjoner i Nord-India, samt noen av de ennå utforskede perlene. Vi starter i hovedstaden Delhi, der vi opplever kontrasten mellom det gamle Delhis kaos og det nye elegante Delhi. Deretter går turen til Gwalior, videre til Khajuraho med sine mange templer, samt mange Kama Sutra-skulpturer. Turen går videre til Orchha, der tempel og palasser kjemper om plassen med den omkringliggende jungelen. Reisen avsluttes med Nord-Indias strålende Taj Mahal, og det velbevarte Røde Fortet i byen Agra.

Vi skal også besøke 2 sykehus. Først et moderne sykehus i storbyen Delhi, og så et helt vanlig landsbysykehus i Khajuraho. Forholdene gir et godt bilde av hvor store forskjellene er.

## Opplev Taj Mahal og mye mer!

**Pris per person kr 13.990,-**  
(tillegg for enkeltrom kr 1.990,-)

**Prisen inkluderer:** Skandinavisktalende reiseleder, fly Oslo - New Delhi t/r med Finnair, alle flyskatter og avgifter, transport, innkvartering i delt dobbeltrom, helpensjon (drikke tilkommer), utflukter og entreer i følge programmet.

**For mer informasjon og bestilling:**  
Ring Albatros Travel 800 58 106 eller gå inn på [www.albatros-travel.no/sykepleien/](http://www.albatros-travel.no/sykepleien/)

**Åpningstider kl. 09.30 til 17.00**  
– mandag til fredag.

**Begrenset antall plasser**  
– vær rask!


**Oppgi annonsekode:**  
**SPL01 ved bestilling.**



**Albatros**  
travel

REISEGARANTIFOND  
RGF REISEGARANTIFONDET

# Dødelig stikk



PÅ VEIESTASJONEN: Ved helseklinikken er det førstemann til mølla. Det er køer til de ulike tilbudene. Dette barnet har fått sine vaksiner, og venter nå på å bli veid. De barna som mødrene tror er syke, vises videre til neste kø for legeundersøkelse.





**GAMBIA:** Kampen mot malaria er gammel. Likevel tar sykdommen livet av mer enn to barn hvert eneste minutt. Den slu Plasmodium-parasitten er myggens gratispassasjer, og er en av verdens største helsetrusler.

Solens stikkende stråler kjemper seg gjennom et tynt dekke av morgendis. Klokken har så vidt passert åtte, men venteplassen på New Jeshwang helseklinikk i Gambia er allerede fylt opp med pasienter. Noen småbarn krabber rundt på steingulvet, mens andre tar dagens første måltid av mødrenes bryst. Det er onsdag, og tid for vaksinasjon og utdeling av myggnett.

På et bord i den ene enden av venteplassen står ulike ampuller med vaksiner. Ampullene er stukket ned i hull i fryseelementer for å holde seg kjølige. Sykepleieren som skal gi vaksinene, tar et godt tak i låret til den lille jenta som er først i køen. Jenta følger nysgjerrig med fra morens fang. Sekundet etter vræler hun. Skriket går som et støt gjennom de andre barna i køen. Premien er en stor blå pakke. Under den knitrende plasten gemmer det seg et impregnert myggnett.

#### **Ni av ti er barn**

Febersykdommen malaria er en av verdens største helseutfordringer. Omtrent halvparten av jordens befolkning lever med risiko for å få denne sykdommen, og nesten en million mennesker dør av malaria hvert år. De aller fleste av dem bor i afrikanske land sør for Sahara, og ni av ti er barn under fem år.

– Barn har et umodent immun-



**SESONGSYKDOM:** Lederen ved New Jesuhwang helsesenter, Ousmann Gaye, forteller at over ni av ti pasienter som kommer i regntiden har malaria.



**TOMME HYLLER:** Mangel på både medisiner og helsepersonell er en stor utfordring for Gambia. Her er en av de ansatte ved helsesenteret som venter på at hyllene i medicinrommet skal fylles opp.

### «Jeg anser ikke lenger malaria som en trussel»

Direktøren for helsetjenester i Gambia, Tasmir Mbow

forsvar og er derfor særlig utsatt for malaria. I tillegg mangler de immunitet. Den kan utvikles etter noen år hos folk som bor i et område der de blir utsatt for kontinuerlig malariasmitte, forteller Ousmann Gaye, lederen for helseklinikken i New Jeshwang.

Klinikken har omtrent 2 500 registrerte pasienter i året, og malaria er det aller største problemet. I tillegg til å behandle syke, driver klinikken preventivt arbeid ved å dele ut permtrinimpregnerte myggnett til barn, og forebyggende malariamedisin til gravide.

– De fleste pasientene vi hadde i fjor hadde malaria. Det er særlig under regntiden, og de første månedene etterpå, at malaritilfellene skyter i været. Da jobber vi på spreng her og det er pasienter over alt, sier Gaye og peker utover det tørre landskapet foran helseklinikken.

#### Bekjempelse

Det er funnet tegn på at malaria har vært en trussel for menneskene helt tilbake til antikken. Også i Europa har parasittenes herjinger etterlatt seg død opp gjennom historien. Særlig nær sumpmarker og i forbindelse med krigshandlinger har infisert mygg spredd seg raskt. For eksempel var det over 3 000 registrerte tilfeller av malaria i Finland under andre verdenskrig. Også i

Norge var det utbrudd frem til forrige århundre, og særlig i områder rundt Oslofjorden.

Økende dødelighet på grunn av malaria bidro til at Verdens helseorganisasjon erklærte kamp mot sykdommen allerede på 50-tallet. Målet var å utrydde malaria i hele verden, og et av de viktigste midlene var utstrakt bruk av insektmidler som Diklor-difenyl-trikloretan (DDT). Kampanjen gav resultater, og malaria ble slått tilbake i Europa og Nord-Amerika. Ifølge Folkehelseinstituttet har det ikke vært innenlandske utbrudd av malaria i Europa siden 1975.

Men, hyppig bruk av DDT ødela miljøet, og de overlevelsesdyktige myggene utviklet etter hvert resistens mot DDT. På 80- og 90-tallet så man derfor en oppblomstring av malaritilfeller, særlig i fattige land i sør.

#### Kampen mot mygg

Det lille vestafrikanske landet strekker seg rundt Gambia-River som munner ut i Atlanterhavet ved hovedstaden Banjul. Om sommeren fører vinden med seg spor fra den mektige ørkenen Sahara, og støvet legger seg som et tynt lag over det tørre savannelandet. Men i regntiden, fra juni til oktober, åpner himmelens sluser seg og kjærkomment vann fyller alle elvens armer. Det er ikke bare menneskene som bor i det

subtropiske landet som gleder seg over regnet, det gjør også myggen.

– Gambia har hatt store utfordringer når det gjelder malaria, men vi har gjort store fremskritt, forteller direktøren for helsetjenester i Gambia, Tasmir Mbow.

De siste årene har både nasjonale og internasjonale partnere fokusert på bekjempelse av malaria i Gambia. På lokale radio- og tv-programmer sender myndighetene ut informasjon om hvordan man best kan beskytte seg. Gambia får også hjelp fra internasjonale organisasjoner til blant annet å dele ut myggnett, og de oppfordrer til å bruke innendørs insektspray. I tillegg tilbyr de forebyggende medisiner til gravide.

Men kampen mot malaria handler også om kampen mot malariparasittens smittebærer, hunnmyggen Anopheles. Mbow trekker særlig frem «Operation clean the nation», som et eksempel på dette.

– Den siste lørdagen i hver måned arrangerer hans høyhet, president Yahya Jammeh, en offentlig ryddedag. Da er alle invitert til å være med ut for å rydde og holde orden i nærmiljøet. I forbindelse med dette oppfordrer vi også til å fjerne kulper og hull, og steder hvor det samler seg vann hvor myggen yngler, forteller han og legger til:

– Vi har hatt synkende forekomst av malaria de siste årene, og jeg anser ikke lenger malaria som

en trussel, sier Dr. Mbow.

Men til tross for reduksjon i antall malaritilfeller, er det likevel mange av landets 1,6 millioner innbyggere som blir utsatt for denne sykdommen. I 2007 ble det registrert over en halv million tilfeller av malaria, ifølge Roll Back Malaria. Malaria er også den ledende årsaken til dødelighet blant barn under fem år i Gambia.

#### Søker hjelp

De fleste pasientene ved New Jeshwang helseklinikk kommer fra Ebo Town. Det er en travel bydel i Serrekunda som ligger helt ned til en av Gambia-Rivers bielver. Det kraftige regnet i regntiden lager store hull i veiene og gjør dem nesten ufremkommelige. Hullene fylles med vann og gir ideelle vekstvilkår for mygg. Regnesongen er høysesong for malaria, men Gambia har tilfeller av malaria hele året.

Gravide kvinner, barn under fem år og andre med nedsatt immunforsvar, er mest utsatt. Det er sjeldent malaria smitter fra mor til fosteret, men dersom man blir smittet under graviditet øker faren for at moren dør, spontanabort eller lav fødselsvekt. New Jeshwang helseklinikk er derfor et populært tilbud til gravide i nærområdet.

Solen er på sitt høyeste, og skinner på bølgeblikk i boligområdet



BARNESJEKK: To ganger i uken kan mødre komme til helsesenteret for gratis vaksinasjon og kontroll av sine barn. Med seg hjem får de et impregneret myggnett.

som omkranser New Jeshwang helseklinikk. Køen utenfor kontoret til jordmor Sukai slynger seg som en fargerik ranke nedover gangen.

– Velkommen inn. Hvordan går det med deg, spør Sukai og viser pasienten til en benk i enden av det ellers nakne rommet.

Kvinnen legger seg ned på benken og trekker omslagsskjørtet til side. En struttende mage kommer frem mellom lagene med stoff. Huden er stram, og Sukai måler hevelsen på magen. Hun får plass til tre fingre over navlen før kulen går ned. Hun teller 24 uker frem til navlen, og deretter to uker per finger.

– Du har omtrent åtte uker igjen du da, sier hun og smiler til kvinnen.

Kvinnen setter seg opp igjen, og tørker vekk noen svetteperler i panna.

– Men jeg har så vondt i hodet, og jeg har smerter i magen, sier hun

og lener seg bakover på albuen.

Sukai rynker brynene mens hun svarer:

– Har du hatt malaria før?

Kvinnen nikker og svarer:

– Ja da, men ikke siden i fjor.

– Jeg tror det er best du tar en test før du går, sier Sukai og nikker mot døren.

#### De fattiges sykdom

Kostnadene knyttet til malaria er betydelige, både for den enkelte pasient og samfunnet. I et land som Gambia, hvor nesten 60 prosent lever under den nasjonale fattigdomsgrensen, er utgifter til både insektspray, myggmiddel, og medisiner en stor belastning for familiene. I tillegg er det mange som har lang vei til helsefasiliteter. På sikt går langvarig sykdom ut over skolegang og jobb, og ifølge WHO kan malaria på den måten redusere et lands økonomiske vekst. I tillegg

bruker mange land opp til 40 prosent av det totale helsebudsjettet til behandling av denne ene sykdommen alene.

De mest brukte medisinerne på markedet har mistet sin effekt fordi malariaparasitten har blitt motstandsdyktig. Men nå er det kommet en ny og mer effektiv medisin. «Artemisinin-based combination therapies (ACTs)» er en kombinasjon av ulike preparater. Problemet er at den er mye dyrere enn den gamle. Derfor kjøper mange heller den gamle som er mindre effektiv.

For å bedre denne situasjonen ble det nylig lansert et nytt internasjonalt initiativ i Oslo. Utenriksminister Jonas Gahr Støre forklarte da at hensikten med initiativet er å gjøre de nye medisinerne tilgjengelige for alle. Bedre og mer effektive medisiner vil bidra til å oppnå FNs tusenårsmaal, både når det gjelder

å redusere barnedødelighet, bedre mødres helse og bekjempelse av malaria.

#### Holdningskampanje

Innsatsen i Gambia de siste årene har gitt resultater. Ifølge den britisk baserte forskningsinstitusjonen «Medical research center» har malaria hatt en generell tilbakegang på mellom 45 og 85 prosent i ulike deler av landet. Likevel er det en del utfordringer som gjenstår.

Ismaila Gibbs i Røde Kors, Western region Branch, mener informasjon til folket er en helt sentral faktor i bekjempelsen av malaria.

– Mange i Gambia har aldri gått på skole. Særlig på landsbygda er det ikke alle som er klar over sammenhengen mellom mygg og malaria, og mange mangler kunnskap om hvordan de kan forhindre malaria.

– I månedene før regnesongen

reiser frivillige fra Røde Kors rundt til ulike landsdeler og lærer folk hvordan de kan forebygge malaria på best mulig måte.

– Blant annet er det viktig å holde nærmiljøet rent og fri for små hull og pytter som er typiske steder myggen formerer seg. Det er også en fordel å rydde bort skog, og tette busker i nærheten av huset, sier Gibba.

Røde Kors har også en informasjonskampanje på ulike skoler.

– Malaria forårsaker mye død i Gambia. Det er viktig å fortelle barn og unge om konsekvensene av malaria, og hvilke preventive tiltak

de bør gjøre for å forebygge smitte, forteller han.

#### Heldig denne gangen

Trengselen av svette kropp og temperatur over 30 grader skaper en fornemmelse av å være inne i en badstue på den lille laben på New Jeshwang helseklinikk. Teknikeren stikker den gravide kvinnen i fingeren og presser noen bloddråper på en liten glassplate.

For at hun skal kunne undersøke prøven i mikroskopet, setter teknikeren på en vifte i taket og holder prøven opp. Når blodet er størket,

heller hun på en blå fargevæske, før hun løfter platen opp mot viften igjen. Når det er tørt legger hun den under et mikroskop.

– De lys lilla ringene er blodceller. Dersom vi ser at det er en prikk i ytterkanten i litt mørkere farge, da er det malaria, forklarer hun.

Hun leter etter parasittene som spres med hunnmyggen *Anopheles*. Den skjuler seg i magen på myggen til myggen stikker et nytt menneske. Da overføres parasittene via myggens spytt, og finner veien til menneskets lever. Her utvikler de seg i en til fire uker før de setter kursen inn i blod-

banen og invaderer de røde blodlegemene. Der formerer de seg, og til slutt sprekker cellene. Resultatet er blodmangel og febertokter.

Teknikeren kan ikke finne tegn til verken bananformede gametocytter eller andre parasitter. Den gravide kvinnen puster lettet ut.

– Heldigvis, sier hun på vei ut døra.

#### KILDE:

Verdens helseorganisasjon, The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, Folkehelseinstituttet, The World Fact Book og The Gambia Multiple Indicator Cluster Survey 2006/2007.

## Turister mer utsatt

Nordmenn som oppholder seg i et område med malaria er svært utsatt for å bli smittet dersom de ikke beskytter seg. I fjor fikk 32 nordmenn påvist malaria.

De siste ti årene har det vært reduksjon i antall malariatilfeller i Norge. Folkehelseinstituttet registrerte 32 tilfeller i fjor, og hittil i år er det 19 personer som har fått påvist malaria. Personer som har arbeidet, studert eller oppholdt seg over lengre tid i malariastrøk topper statistikken.

– Før var det i hovedsak immigranter som reiste tilbake til opprinnelseslandet sitt på besøk som fikk malaria. Men i 2008 var det turister som utgjorde den største gruppen av dem som ble diagnostisert ved infeksjonsmedisinsk laboratorium her på Ullevål, konstaterer Mona Hjønnvåg Joof.

Hun er klinisk spesialist i sykepleie med «Certificate in Tropical Community Medicine & Health», og jobber på Kompetansesenteret for import- og tropesykdommer ved Ullevål sykehus.

I fjor høst slo danske leger alarm, og advarte mot å reise til Gambia etter at flere danske turister ble smittet av malaria.

– Det var også tre reisende fra Norge som ble smittet av malaria etter opphold i Gambia i fjor høst. Men så lenge man benytter både

myggstikkprofylakse og medikamentell profylakse vil man være godt beskyttet, og jeg ser derfor ingen grunn til å advare reisende mot å reise til områder hvor det er malaria, slår Joof fast.

#### Lite oppmerksomhet

Hun savner mer fokus på problematikken knyttet til malaria.

– Omtrent en million mennesker dør hvert eneste år av denne sykdommen, men likevel er det nesten ikke noe fokus på den i mediene, sier hun og viser til den massive mediedekningen den nye influensaen A H1N1 har fått.

– Per i dag er det 17 410 mennesker som er blitt smittet av influensaen, og 115 er døde. Det er klart at ethvert tap menneskeliv er ett for mye, men man må ikke glemme at det til sammenlikning dør to barn av malaria hvert eneste minutt, sier hun.

Joof har jobbet med tropesykdommer i mange år, og hun har også bodd i Gambia mens hun hospiterte på et sykehus der. Hun har flere råd til norske sykepleiere.

– For det første er det viktig å huske på at all feber hos pasienter

som har vært i malariaendemiske områder skal mistenkes som malaria inntil det motsatte er bevist. *Falciparum* malaria er en akutt medisinsk tilstand, og det haster med å få stilt diagnose og starte behandling.

Særlig i vintersesongen kan det være lett å overse malaria. Vanlige symptomer på malaria som feber, og nedsatt allmenntilstand, minner en del om symptomene på influensa. Joof påpeker at det derfor kan være lett å be pasienten «se an formen».

– Mange med *Falciparum* malaria kan bli alvorlig syke i løpet av kort tid. Derfor er det viktig at for eksempel sykepleiere på legevakt og legekontor er ekstra oppmerksomme på dette, og henviser pasienten videre til lege så fort som mulig. Helst spesialhelsetjenesten, legger hun til.

#### Mister immuniteten

De som bor i malariaendemiske områder, utvikler en grad av immunitet mot malaria. Men dersom man oppholder seg i et område uten malaria over lengre tid, svekkes denne immuniteten og blir helt borte etter omtrent to år.

– Mange immigranter blir overras-

ket når de blir alvorlig syke av malaria etter et besøk i sitt opprinnelsesland. For sykepleierne som kommer i kontakt med malariapasienter er det derfor viktig og informere om at også immigranter må beskytte seg på lik linje med andre reisende, og oppfordre dem til å dele denne kunnskapen med familie og omgangskrets, understreker hun.

#### Utrydde malaria?

I praksis tror Joof det vil være mulig å utrydde malaria fordi mennesket er det eneste reservoar for parasitten. Flere steder i verden som tidligere hadde malaria, er nå malariafrie.

– Men jeg tror ikke det er mulig på mange år enda. Først må det en holdningsendring til hos mange av dem som er utsatt for malaria. Allerede fra barna er små bør de få informasjon om malaria slik at de kan integrere forebyggende tiltak i sin hverdag. I tillegg må folk få bedre tilgang til forebyggende tiltak. Her er Gambia på mange måter et foregangsland, forteller Joof.

Gambia er ett av de landene som har hatt sterk reduksjon i antall malariatilfeller, men det er vanskelig



## Fakta om malaria

- 247 millioner mennesker ble smittet av malaria i 2006, og nesten en million døde. Av disse bodde 91 prosent i Afrika sør for Sahara, og 85 prosent var barn under fem år.
- Det finnes fem ulike typer malaria; Plasmodium falciparum, P. vivax, P. ovale, P. knowlesi og P. malariae. P. falciparum er den vanligste og farligste. De andre malariaformene kan gi kraftige symptomer, men er sjeldent livstruende.
- Malaria finnes i 109 land, og Vest-Afrika er det området med mest P. falciparum.

### Symptomer:

Vanlige symptomer er svingende feber med frostanfall og svetteøkter, anemi, splenomegali, ikterus og nedsatt allmenntilstand. Avhengig av hvilket organ som er rammet, kan pasienten også få kvalme, diaré, nyresvikt, delirium, kramper, koma, eller fokale neurologiske symptomer.

### Forebygging:

- Beskyttelse mot myggstikk er den beste malariaprofylaksen.
- Opphold deg minst mulig i områder med malaria, og ettersom malariabærende mygg kun er aktive fra solnedgang til soloppgang, er det viktig å dekke huden med klær på kvelden/natt.
- Bruk insektspray på huden og i huset.
- Sov under permetrinimpregnert myggnett.
- Benytt medikamentell profylakse.

Kilder: Verdens helseorganisasjon og Folkehelseinstituttet.



## I kampen mot malaria er det viktig at landene som har malaria selv er involvert i innovasjon av nye tiltak.

Mona Hjørnevåg Joof

for enkeltland å få bukt med malaria alene ettersom migrasjon av både mennesker og mygg vil føre smitten over landegrensene.

– I kampen mot malaria er det viktig at landene som har malaria

selv er involvert i innovasjon av nye tiltak. De nye myggnettene som har integrert insektmiddel er fantastiske, men det hjelper ikke å dele ut myggnett hvis det er altfor varmt for folk å sove inne i dem, sier hun.

### UNDER MYGGNETTET:

Om dagen rulles myggnettet opp, malaria-myggen stikker kun om natten. Storesøster Ramatoulie deler ofte seng med to år gamle Mariama.

### DRIKKER MEDISIN:

Gravide er særlig utsatt for malaria, og får derfor den forebyggende medisinen sulfadoxinepyrimethamine.





**Jeg har alltid prøvet at være god,  
det er meget krævende.**

Benny Andersen

## Er vi alle potensielle forfattere?

Flere kan smykke seg med tittelen «forfatter» i Norge i dag enn noen gang tidligere. Nå er også veien fra skrivebordskuffen til hylla i bokhandelen atskillig kortere enn den var før. Der du tidligere måtte gjennom forlagets trange nåløye, er det i dag tilstrekkelig at du ønsker å gi ut en bok. Og at du har et noenlunde lesbart manus å vise til da.

I år 2000 ble forlaget Kolofon dannet, som et alternativ til den etablerte forlagsverdenen. Forlaget opererer etter forespørsel-prinsippet, og mottoet er at alle som vil skrive bok – de skal få gi ut bok. Send inn manus, og vips, få uker senere kan du finne deg selv i selskap med Knut Hamsun og Sigrid Undset. Tidligere daglig leder Tom J. Halsør, uttalte i et intervju at grunntanken bak oppstarten til forlaget var «Kvifor kan ikkje eg også gjø ut bok?»

Det er han åpenbart ikke alene om å ha tenkt. I dag har forlaget over 300 forfattere på publiseringstlisten. «Hvor mange forfattere trenger Norge» spurte tidligere konkurransedirektør Egil Bakke i en kronikk i januar i år. Vel. Det blir det til syvende og sist opp til leserne å bedømme. Og til alle dem som vil realisere drømmen om å få tekstene sine utgitt. Vi siterer Kolofon:

«Når boken er ute tenker du: Jøss, går det an da!»  
Å jada.



*Oleir Arne Johansen*

## Forfatterintervjuet:

# Når mor blir farlig

Som romanfiguren Tove Vik er Kjersti Kollbotn alenemor til to, bosatt i Tromsø, og utdannet sivilingeniør. Men der stopper også likheten.



– Hun var forferdelig ubehagelig å være sammen med. Mens jeg skrev satt hun på skulderen min hele tiden. Og når jeg kom inn i en scene som bare skrev seg fram, måtte jeg gå inn med hud og hår. I perioder visste jeg nesten ikke hvem jeg var. Det var et slitsomt univers å bevege seg i, sier Kjersti Kollbotn.

På telefon fra Ishavsbyen forteller hun om jeg-personen i boken «Eg er mamma. Eg skal vere god». For enkelhetens skyld har hun lagt elementer fra eget liv til historien om Tove Vik, en kvinne som tilsynelatende har orden på livet sitt. Med sjefsjobb i veivesenet og en selvsikkerhet som får menn til å falle som fluer, later hun til å ha stålkontroll. Men skinnet bedrar. Hjemme råder kaos, frykt og

usikkerhet. Der er datteren på seks og sønnen på tre prisgitt sin mors lunefulle temperament.

– Jeg har alltid vært opptatt av voksenmakt og maktfordelingen som oppstår i nære relasjoner. Det var også mitt utgangspunkt for å skrive denne boken, sier Kollbotn.

Forfatteren mener det er ekstremt viktig å være seg bevisst maktforholdet mellom barn og foreldre. Fordi det er så lett å misbruke. Og hvis man ikke registrerer at man krenker et lite barn som ikke kan forsvare seg, er det fare på ferde, mener hun.

– Det er for eksempel lett å latterliggjøre og ubevisst mobbe et barn som er lei seg, fordi barnet ser komisk ut. Det gjør man uten å tenke over at det faktisk er krenkende. Men man ville aldri finne på å gjøre det samme overfor en kompis eller en venninne, utdyper hun.

Kollbotn påpeker at det er mange måter av maktmisbruk man kanskje ikke plasserer i skade-kategorien, men som likevel er skadelig.

– Barn som blir utsatt for en utrygg voksenverden utvikler en sensitivitet som er helt spesiell. Jeg husker da Paal André Grinuderud sto frem og fortalte om sin oppvekst med en alkoholisert mor. Etter hvert utviklet han en intuisjon som gjorde at han visste når noe var på gang. I boken min sover den seks år gamle datteren til Tove Vik med øynene halvåpne. Hun er

bestandig skjerpet, i tilfelle moren skal få et utbrudd.

Da Kjersti Kollbotn skulle skape bokens hovedkarakter var hun opptatt av å tillegge henne egenskaper som ikke passer inn i den typiske offerrollen.

– Tove Vik er ikke et typisk offer. Hun er en ressurssterk kvinne. Men hun mangler verktøy for å greie rollen som mor. Hun klarer ikke å håndtere livet på hjemmebane, og takler ikke summen av belastninger. Men hvorfor skal vi bestandig plassere offerrollen hos de såkalt ressursvake gruppene? Jeg tror problemstillingene i boken gjelder i alle samfunnslag.

Tove Vik er en mamma på randen av sammenbrudd. Hun strever og kjemper, men klarer det ikke helt. Derfor vekker hun også til en viss grad sympati.

– Venninner av meg har nikket gjenkjennende til en del av de daglige frustrasjonene hun sliter med.

Noen ganger blir imidlertid presset på tobarnsmoren så stort at demningen brister. Som når treårningen slår seg vrang, og Tove Vik responderer med å stenge ham inne i mørket på badet, under en iskald dusj. Eller når hun har tilfeldig sex med den halvgamle rørleggeren ved siden av barna som ligger og sover.

Desperasjonen har nådd sitt klimaks da hun setter inn en annonse i avisen, i håp om at noen kan overta barna hennes. Enten må noen ta over barna for henne, eller så blir hun nødt til å gjøre slutt på

## 3 bøker å lese i sommer

Anbefalt av Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund



Linda Olsson:

### La meg synge deg stille sanger

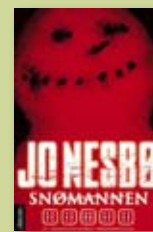
En fantastisk skildring av vennskapet mellom to kvinner, som livet på ulike måter har fart hardt med. Full av varme, humor og følelser.



Jette A. Kaarsbøl:

### Den lukkede bok

Nydelig, trist, og en utrolig kjærlighets- (og offer-) historie.



Jo Nesbø:

### Snømannen

Boka du rett og slett ikke legger fra deg før du er ferdig. Kjempespennende på Jo Nesbø-vis!

## Jeg er opptatt av å utforske mørke sider i menneskers liv.

det hele. Tove Vik spekulerer over forskjellige måter å dø på, med eller uten barna.

– Hun har kommet til et punkt der hun har gitt opp troen på at det finnes hjelp å få. Så i et siste desperat forsøk prøver hun å redde ungene fra seg selv.

– Finnes det håp for Tove Vik?

– Ja. Jeg tror det. Hun må bare ville det nok, hun må orke å ta kampen. Det er ikke tilstrekkelig å rope på hjelp utenfra, det må også komme innenfra.

– Men hvordan er det mulig for en familie å legge slike overtramp bak seg?

– Forholdet mellom barn og foreldre er skjørt. Og har man først skapt en utrygghet i hjemmet, er det vanskelig å rette den opp. Men båndene mellom foreldre og barn er utrolig sterke, så jeg tror ikke det er umulig å reparere skadene, hvis man bare ikke venter for lenge.

Kjersti Kollbotn har tidligere tilbrakt fem år i Latin-Amerika.

Der opplevde hun det hun kaller «storfamilien» på godt og vondt.

– Barna har et større sikkerhetsnett med en stor familie rundt seg. Men vi har ikke lenger tradisjon for storfamilier i Norge. Den norske familien har dessuten få korrektive. Flyktninger jeg har snakket med, som har kommet til Norge, gir uttrykk for at de savner noen å snakke med, å ha noen å henvende seg til.

– Hvordan har du tilnærmet deg temaet du skriver om?

– Jeg har bestandig hatt stor interesse for menneskets psyke. Jeg er opptatt av å utforske mørke sider i menneskers liv. Så min tilnærming bygger i størst grad på kunnskap og erfaringer jeg har tatt med meg gjennom livet. Det er fortsatt et tabu blant mange, å snakke om psykiske lidelser. Og jeg er helt opprørt over at psykiatrien i Norge fremdeles ligger så bakpå.

tekst Geir Arne Johansen  
foto Ingun Alette Mæhlum



## Kjersti Kollbotn

**Aktuell med:** Eg er mamma. Eg skal vere god

**Utdanning:** Sivilingeniør

**Yrke:** Byplanlegger

**Bosted:** Tromsø

**Alder:** 50



## Vil samle brev i bokform

Kjendisadvokat Abid Q. Raja ønsker med hjelp fra sin far Raja Abdul Qayyum, og Trygve Åslund i Aschehoug, å samle de første norsk-pakistanernes brev i en bok. De håper at alle som sitter på slike brev, nå vil finne dem fram i igjen. Det gjelder brev sendt fra Pakistan til Norge, og brev fra Norge til Pakistan. Meningen er å fortelle om røttene til minoritetene som vokser opp her i dag.

Kilde: Aschehoug

## Hjemmets betydning

**Anmeldelse:** Boken har tre hovedtema: Eldre og hjemlighet i Norge, hjem og tilhørighet for den syke eldre og hjemlighet i sykehjem. Sykehjem blir ofte forbundet med noe negativt. Samtidig oppleves det som noe trygt. Pårørende føler seg trygge når den skrøpelige eldre får fast plass i institusjon. Hjemmet derimot, tenker man gjerne på som noe positivt. Når en blir gammel kan det være vanene og minnene som konstituerer hjemmet. Hjemligheten forsvinner ikke selv om hjemmets aktiviteter endres.

Likevel kan det komme til et punkt hvor hjemmets positive elementer blir overskygget av de negative. Den gamles evne til å fungere er avgjørende for hvilken botype man kan ha som hjem. Det blir derfor en utfordring for det formelle og det uformelle hjelpeap-

paratet å gjøre det meningsfylt for den gamle å våkne opp hver morgen. Marianne Gullestad og Hanne Arendt er teoretikere med ulike syn på hvordan en persons identitet blir utviklet. Gullestad mener at hjemmet er stedet for identitetsdannelse og identitetsbevaring.

Opplevelsen av trygghet i barndomshjemmet vil senere i livet bli forbundet med begrepet «hjem», mener hun. Arendt er mer opptatt av det offentlige rom som identitets-skaper. Begge enes likevel om at det er viktig å skille mellom det private og det offentlige, uavhengig av om den gamle får omsorg i eget hjem eller på institusjon. For eksempel er soverommet noe av det mest intime i private hus, mens en pasients rom i en institusjon langt på vei er det motsatte. En dagligstue fungerer ikke optimalt for den enkelte når

den samtidig benyttes til spisestue, TV-rom, bingolokale, et sted for allsang, som besøksrom eller kirke.

Boken legger vekt på kunnskap om at selv alvorlig demente kan ha episoder med psykisk klarhet. Personalet som får pasienten til å oppleve følelsesmessig samstemthet vil kunne skape en opplevelse av hjemlighet også hos disse pasientene. Relasjonsbygging og tillit er viktig i møtet med pasienten. Virkelig hjemløs er den som taper relasjoner både til seg selv og andre.

Målgruppene er studenter innen helse- og sosialfag, samt relevante videreutdanninger. Boken har en oversiktlig oppbygging, den er lettlest og gir leseren ny innsikt i et tema som mange tror de kjenner. Boken egner seg også for kommunepolitikere.



### Hjem – Eldre og hjemlighet

**Av** Solveig Hauge og Frode Fadnes Jacobsen (red.)  
177 sider  
Cappelen akademiske forlag 2008  
ISBN: 978-82-02-28374-2

**Anmelder:** Liv Wergeland Sørbye, 1. Amanuensis

## Nyttig, men uten systemkritikk

**Anmeldelse:** Boken analyserer endringene i Sykehus-Norge de siste årene. Den gir en saklig og interessant fremstilling av hvordan sykehusvesenet i Norge har utviklet seg. Styringsystemene sees i sammenheng med sykehusene som kompliserte organisasjoner.

Bokens første del fokuserer på helseforetakene i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Den forklarer prinsipper for fordeling mellom ulike geografiske enheter og den historiske utviklingen i systemer for inntektsfordeling i sykehussektoren på en grei måte. Bestiller-utfører-modeller og finansieringsordninger er forbillig presentert. Effektivitet og produktivitet diskuteres godt.

Økonomenes utgangspunkt er spørsmålet om fordeling av begrensede ressurser og prioriteringer. Disse spørsmålene reises også i

denne boken. Forfatterne fremhever hvor viktig det er å velge riktige løsninger.

Andre del tar opp de bedriftsøkonomiske perspektivene. En rekke ulike styringsformer presenteres på en god måte, også hva som er utfordringer i de ulike styringsformene. Forfatterne er kritiske til formålsrasjonelle planleggingsmodeller. De forutsetter at planleggerne analyserer og konkretiserer problemene, og finner årsakene og mulige løsninger. Denne tilnæringsmåten overser at det finnes sterke interessekonflikter i helsesektoren. En formålsrasjonell styringsmodell gir en upresis, og gjerne en feil, forståelse av virkeligheten.

Den såkalte «søppelbøttemodelen» presenteres som alternativ til de tradisjonelle rasjonalistiske modellene for planstyring. Boken

gir en interessant presentasjon av erfaringene med økonomistyringen i sykehusene. Utfordringene fremover er, ifølge forfatterne, å håndtere situasjonen med stadig lavere egenkapital og anstrengt likviditet på lang sikt.

«Økonomi og helse» er en viktig, men ikke systemkritisk bok. Her er mye faktakunnskap, kombinert med gode analyser og modeller, for å kunne forstå noen av de største utfordringene i årene fremover; nemlig hvordan samfunnet skal kunne styre det «bunnløse» økonomiske sluket som sykehussektoren utgjør.

Boken har gode kapitler om budsjett, regnskap og budsjettarbeid. Beskrivelsen av regnskap som styringsinstrument bør ha stor interesse for sykepleiere i lederstillinger. Den anbefales derfor ledere og tillitsvalgte i helseforetakene.



### Økonomi og helse Perspektiver på styring

**Av** Inger Johanne Pettersen, Jon Magnussen, Kari Nyland, Trond Bjørnenak  
268 sider  
Cappelen akademisk forlag, 2008  
ISBN: 978-82-02-26332-4

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



# Månedens bok



Den moderne pasienten

Av Aksel Tjora

254 sider

Gyldendal akademisk forlag, 2008

ISBN: 978-82-05-38097-4

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

## Pasienter er ikke som før

Den moderne pasient er mer informert og stiller høyere krav enn tidligere. Hva betyr det for fremtidens Helse-Norge?

**Anmeldelse:** Som gruppe er dagens pasienter annerledes enn tidligere. I denne boken diskuteres den moderne pasienten i en sosiologisk sammenheng. Et bredt sammensatt team av forskere diskuterer ulike pasientkategorier. Pasientene sees på som handlende aktører som står i en relasjon til en behandler. I utgangspunktet forstår forfatterne pasientbegrepet ut fra den amerikanske sosiologen Talcott Parsons definisjon av sykerollen, som definerte den med fire komponenter:

Sykerollen legitimerer fritakelse fra en rekke forpliktelser. Den syke er ikke skyld i sin tilstand. Den syke har selv et ansvar for å bli bedre. Og det forventes at den syke vil søke hjelp.

I en total sammenheng er vi alle pasienter. Dette understreker boken ved å vise til fastlegereformen, som definerer alle nordmenn som potensielle pasienter. Vi har alle vår fastlege som skal behandle oss om vi blir syke eller opplever oss som syke. Den moderne pasient er

mer informert enn tidligere.

Legenes kunnskapsmonopol er truet ved at pasienten selv fremtrer som spesialist på egen sykdom. Dette omtales godt av Roar Stokken, som i et av bokens kapitler skriver om den kunnskapsrike pa-

sienten. Stokken identifiserer fem typer relasjoner mellom behandler og pasient. Og han viser hvordan ulike maktforhold preger kommunikasjonen mellom behandler og pasient. For å illustrere dette bruker han Jürgen Habermas sine begreper «livsverden og system-verden».

Olaug Lian, på sin side, fokuserer på pasienten som kunde. Ellers inneholder boken kapitler om pasienten i den medisinske diskurs; den alvorlige syke nyfødte som pasient, nettverkspatienten, pasienten som ikke passer inn, den

alminnelige pasient, menn som pasienter, forebyggingspasienten, den ansvarlige pasienten og den selvforvaltende pasienten.

Det er i hovedsak relasjonen mellom lege og pasient som er i fokus i boken. Ellen Ersfjord har

### I en total sammenheng er vi alle pasienter.

imidlertid også satt forholdet mellom sykepleier og pasient i fokus. Med utgangspunkt i fire måneders etnografisk feltarbeid i et akutt-mottak, identifiserer hun hvordan pasienter med akutte magesmerter gjør rede for dette overfor både sykepleiere og leger.

Hun viser tydelig hvordan kommunikasjonen er forskjellig etter som pasienten forholder seg til lege eller sykepleier. Pasientene tilpasser sitt språk avhengig av hvem de kommuniserer med. Det er en mer avslappet og uformell tone i kommunikasjonen mel-

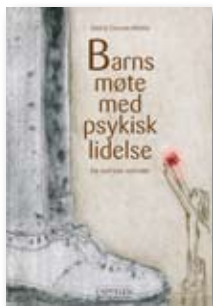
lom sykepleiere og pasient enn mellom lege og pasient. Lege og pasient har en mer formell tone der dialogen på det mellommenneskelige plan stopper opp. Hun mener at pasientenes forestillinger om helseprofesjonene bidrar til å legge konserverende rammer for interaksjonen mellom pasient og helsepersonell.

Boken gir god oversikt over et viktig sosiologisk forskningsfelt. Artiklene er velskrevne og tilpasset lesere uten sosiologisk kompetanse. Boken holder likevel et høyt vitenskapelig nivå – noe som gjenspeiles i grundige referanser etter hvert kapittel. Jeg savner imidlertid et stikkordregister. Boken anbefales til alle som er interessert i samfunnsmedisin, og de mange utfordringer vi vil stå overfor i fremtiden, der pasientene både vil være mange og selvbevisste om egne rettigheter og kunnskap.



## Hvem har skrevet romanen «Jeg lovet deg aldri en rosenhave»?

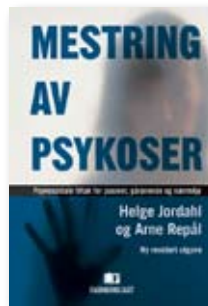
Svar: Hannah Green



**Barns møte med psykisk lidelse – En datters historie**  
Av Grete Lillian Moen

### De glemte barna

**Omtale:** Forfatteren vokste selv opp med en mor som var psykisk syk. Hun følte seg usynlig i møte med hjelpeapparatet, og ønsker med sin historie å vise hva fagfolk kan gjøre i møte med barn som vokser opp med psykisk syke foreldre.



**Mestring av psykoser**  
Av Helge Jordahl og Arne Repål

### Veiledende for pårørende

**Omtale:** Boken er ment for helsefagstudenter og andre som i det daglige arbeider med pasienter som har psykotiske lidelser. Den beskriver psykososiale tiltak for pasienter med langvarige psykotiske tilstander, og tar spesielt for seg situasjonen til de pårørende.



**Mat og helse**  
Av Bjørg Korsnes

### Grunnleggende om ernæring

**Omtale:** Boken gir en grunnleggende innføring i matvarekunnskap og ernæring, og legger vekt på sammenhengen mellom mat og helse. Retter seg mot helsearbeidere og andre som driver helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet til ernæring.



**Spiseforstyrrelser – symptomforståelse og behandlingsstrategier**  
Av Anne Røer

### Om vår kulturs mest utbredte psykiske lidelse

**Omtale:** Hva er spiseforstyrrelser? Hvordan oppstår de? Hvem får spiseforstyrrelser? Hvordan kan de behandles? Dette er de sentrale spørsmålene i denne læreboken, som henvender seg til alle typer helsepersonell som møter pasienter med spiseforstyrrelser, pasientgruppen selv og deres pårørende.



**Når plager blir sykdom – Kognitiv behandling ved sammensatte lidelser**  
Av Peer H. Staff

### Helseplager under lupen

**Omtale:** Blant de vanligste årsakene til sykemelding og uførhet i Norge i dag, er muskel- og skjelettsmerter, mage-tarmplager, tretthet og engstelse. Forfatteren setter helseplagene i perspektiv, og legger en kognitiv atferdsrettet behandling til grunn for hvordan pasienten kan forholde seg til plagene sine og problemene disse medfører.



**Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok**  
Av Ida Torunn Bjørk og Marit Solhaug

### Fokus på prosjektarbeid

**Omtale:** Boken er et svar på det økende kravet sykepleiere møter om å styrke bruken av kunnskap i eget arbeid, kvalitetssikre sykepleiefagets framgangsmåter i klinikken og utvikle ny kunnskap gjennom forskning på aktuelle problemer i sykepleie. Spesielt rettet mot sykepleierstudenter på ulike utdanningsnivåer og sykepleiere i praksis uten hovedfag eller masterstudium.



## Hva leser du nå?

- I det siste har det gått i pensjonslitteratur både dag og natt, sier **Anders Folkestad**, styreleder i Unio.
- Men jeg er glad i skjønnlitteratur, og kjøpte nylig «Lykka er en sjelden fugl» av Anna Gavalda. Jeg har lest hennes to forrige bøker, og synes hun skriver godt.
- Ved anledning pleier jeg å skryte av boken «Den siste

langrennaren», av Gudmund Skjeldal. Den handler om snø, ski og langrenn, om utholdenhet og om gamle dager. Boken illustrerer et oppvekstmiljø og en natur som jeg kjenner meg igjen i.

– Ellers tyr jeg ofte til krim. Særlig når jeg er ute og reiser. Stieg Larsson og Gunnar Staalesen er blant favorittene.

# En stemme for de stemmeløse

Møtet med norsk eldreomsorg var så skremmende at det ble bok av det. I «Adjø Felicia – hjemmesykepleier i det rike Norge» forteller Else Panagiotaki fra innsiden.

## 1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Da jeg kom tilbake til Norge etter flere år på Kreta, startet jeg å jobbe i hjemmesykepleien på Frogner i Oslo. Illusjonen om at jeg ville møte et velfungerende system, slo raskt sprekker. Den overveldende ensomheten jeg møtte hos de eldre, tok nesten pusten fra meg. Jeg hadde aldri trodd at det store flertallet av de eldre hadde det slik, og det attpåtil i en bydel i Oslo som man forbinder med velstand. Jeg gikk og tenkte på dette i lang tid før jeg begynte å skrive, men jeg tror det er viktig at noen fra innsiden forteller hvordan hjemmesykepleien fungerer og hvordan de eldre egentlig har det.

## 2 Hvorfor bør den leses?

Flere har sagt at de synes det er flott at noen på gulvnivå forteller om hverdagen til de eldre og de ansatte i hjemmesykepleien. Jeg håper boken kan være et tilskudd til faglitteraturen innen eldreomsorg. Den tar opp viktige problemstillinger. Vi henger oss lett opp i teoretiske tilnærminger og prosedyrer, mens det viktigste er at vi møter menneskene det handler om på riktig måte. De eldre fortjener vår respekt.



## 3 Hvem bør lese den?

Fagpersoner som jobber med eldre. Pårørende til eldre og syke. Og alle som er opptatt av eldreomsorg.

## 4 Hva liker du selv best ved boken?

Jeg liker best historien om Felicia, som riktig nok er delvis fiksjon. Men jeg både tror og mener at hun finnes. Jeg mistenker at det er en økende tendens til selvmord blant eldre og pleietrengende. Mange føler avmakt og hjelpeløshet. Vi må huske at dagens eldre er fra en generasjon der man ikke skulle

være til bry. Det er trist at eldre mennesker skal føle seg så tilsidesatt som de gjør.

## 5 Hva synes du boken mangler?

Da jeg skrev manuskriptet var jeg krassere i min kritikk av systemet, men tonet det ned etter forslag fra forlaget. Men jeg har tro på at det må et visst press til for at vi skal komme noe lenger. Snille formuleringer blir ikke hørt. Den som roper høyest får oppmerksomhet, og noen må rope ut for dem som ikke kan det selv. Vi sykepleiere

kan godt rope mer på vegne av de eldre.

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

Jeg er opptatt av internasjonal politikk, og holder på med boken «Å gjøre en forskjell» av Jonas Gahr Støre.

## 7 Og siste skjønnlitterære?

«Øya» av Victoria Hislop. Handlingen er lagt til Kreta, og omhandler blant annet Hellas' tidligere koloni for spedalske.

## 8 Hva inspirerer deg til å skrive?

En medfødt nysgjerrighet og trangen til å utforske. Jeg liker å komme til bunns i ting.

## 9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Jeg er omtrent halvveis i en sarkastisk og morsom historie om folkelivet på Kreta. Livet der er preget av mye humor og skiller seg veldig fra det norske.

tekst **Geir Arne Johansen**  
foto **Privat**

# Leger og sykepleiere leder

– Det er mye som tyder på at innføringen av enhetlig ledelse mange steder kun er skinnimplementert, sier Monica Skjøld Johansen (bildet).

Monica Skjøld Johansens doktorgrad tyder på at overgangen til enhetlig ledelse på sykehusene ikke nødvendigvis betyr at det er blitt slik i praksis.

Ifølge henne drives mange avdelinger som før: Legene har det medisinskfaglige ansvaret, mens sykepleierne tar seg av det administrative og det sykepleiefaglige.

– Skal vi betrakte dette som et fargerikt fellesskap eller snarere en pervertering av en offentlig initiert reform? spør hun selv, og svarer bekreftende til det siste.

– Spørsmålet er om det ikke må bli sånn når man forsøker å innføre endringer i profesjonssterke organisasjoner? På mange måter er det forutsigbart med tanke på hva man vet om dette fra andre studier, sier Monica Skjøld Johansen.

– *Er det leger, sykepleiere eller andre profesjoner som er årsaken til at enhetlig ledelse ikke er innført alle steder?*

– Ja, det vil jeg si. Det er jo nettopp på grunn av deres sterke profesjonstilhørighet og behovet for å markere revir mot andre profesjoner, at enhetlig ledelse ikke er blitt implementert etter intensjonen. Men når det er sagt, så er enhetlig ledelse innført på papiret; det er i dag en leder på hvert nivå, men i praksis leder de fortsatt mange steder i tospann, sier Skjøld Johansen.

## Vil ikke tilbake

– *Du er selv sykepleier, kunne du tenke deg å gå tilbake til klinikken?*

– Nei! Det ville vært rart for meg å gå tilbake nå. Jeg har også et hovedfag i sosiologi pluss en doktortrad. Jeg vet ikke hvordan jeg



## Fakta

- Monica Skjøld Johansen disputerte ved Institutt for ledelse og organisasjon ved Handelshøyskolen BI 18. mai. Hun er cand.polit. i sosiologi fra Universitetet i Oslo og er utdannet sykepleier fra Uilevål sykepleierhøyskole. Hun jobber som seniorrådgiver i Helsedirektoratet.
- Hun har studert ledelsesmodellene på norske sykehus fra 1945 til 2003. Hovedvekten i arbeidet har hun lagt til innføringen av enhetlig ledelse i 2001.

skulle fått benyttet den kompetansen som klinisk sykepleier. Men i jobben i Helsedirektoratet får jeg brukt all utdanning og formalkompetanse jeg har. Her er det en fordel å kjenne til klinikken, sier hun.

Hun sier studien viser at det er grenser for hva politikerne kan få til

ved å tre reformer ned over sterke profesjoner uten å ha dem med på laget.

## Respekt?

– *Respekterer leger sykepleiere som ledere?*

– Det kommer an på.

– *Hva da?*

– På hvilken avdeling det er, på hvordan legene på avdelingen er og ikke minst på hvordan sykepleieren utfører lederjobben. Om sykepleiere som leder avdelinger får respekt tror jeg er personavhengig, sier hun.

# ulikt



Skjøld Johansen nevner også en dansk undersøkelse som har vist at leger på kirurgiske avdelinger er mindre opptatt av ledelse enn leger ved medisinske avdelinger.

– Jeg kan ikke si at funnene er direkte overførbare til Norge, men det er ikke utenkelig at en norsk

undersøkelse kunne avslørt det samme, sier hun.

– *Hvorfor valgte du dette emnet for din doktorgrad?*

– Jeg ble tipset om at dette var et område som kunne være interessant å se på, sier hun.

– *Fant du noen overraskelser?*

– Kanskje ingen store overraskelser, men av de «nyere» funnene jeg har gjort er at sykepleiere leder ut fra fag. Selv om de har formell lederutdanning, bruker de faglige argumenter for å begrunne sine lederavgjørelser, og for å begrunne at de kan være ledere på lik linje med legene, sier hun.

## **Kliniske leger, administrative sykepleiere**

Leger som er ledere jobber 10 timer mer i uken enn sine lederkolleger med sykepleiebakgrunn. Sykepleierlederne bruker i gjennomsnitt 38 timer i uken på administrative oppgaver, mens legene i snitt bruker 27 timer i uken. I tillegg bruker legene 20 timer i uken på klinisk arbeid.

– *Er det positivt eller negativt at legene fortsetter med det kliniske arbeidet i tillegg til de administrative oppgavene, mens sykepleierne går over til det rent administrative?*

– Leger og sykepleiere har forskjellig syn på ledelse, men begge gruppene er opptatt av at de har faglig bakgrunn fra helsesektoren. Man kan si begge grupper er opptatt av at lederne er «tospråklige», sier hun.

Skjøld Johansen tror man vil få forskjellige svar på dette spørsmålet etter hvem man spør.

– Legene vil nok mene at det er en fordel å jobbe i klinikken ved siden av den administrative lederjobben, sier hun.

Doktorgraden hennes viser at sykepleierne som går inn i lederposisjoner, ønsker å forbli ledere.

– De har bevisst valgt ledelse som en karrierevei. Legene er langt mer vage om sine fremtidsplaner. Flere av dem antyder at de godt kan tenke seg å gå tilbake til

klinikken, sier Skjøld Johansen.

Sykepleierne har imidlertid oftere formell lederutdanning enn legene. Skjøld Johansen fant at over åtte av ti sykepleiere som blir ledere, har lederutdanning. Mens bare halvparten av legene har formell ledelsesutdanning.



## Takk for tilliten!



Samtlige regionale helseforetak og Helseforetakenes Innkjøpsservice, HINAS, har valgt achima helse som leverandør av vikartjenester innen helsepersonell.

Det er en glede for oss å hjelpe deg med å løse hverdagens mange utfordringer.

Vi hjelper deg med korte eller lange oppdrag på en kostnadseffektiv måte.

For mer informasjon ring achima, tlf 23 33 33 00 eller gå inn på [www.achima.no](http://www.achima.no)

For bestilling  
tlf: 23 33 33 03  
fax: 23 33 33 01  
mail: [bestilling@achima.no](mailto:bestilling@achima.no)

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

# Går for likelønn i 2012

Likelønn innen 2012. Det var oppdraget den nyvalgte ledelsen i Norsk Sykepleierforbund fikk av landsmøtet i 2007. – Det målet ligger fast, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Likelønn har vært diskutert og utredet siden begynnelsen av 1960-tallet. I likestillingssamfunnet Norge er alle selvsagt tilhengere av likelønn. Likevel har ingen ting skjedd, eller i best fall lite.

Nå skal Norsk Sykepleierforbund (NSF) med forbundsleder Lisbeth Normann i front få på plass likelønn innen 2012.

– Er det ikke vel ambisiøst?

– Det er det konkrete oppdraget landsmøtet har gitt forbundets politiske ledelse, og det står ved lag. I motsetning til myndighetene og arbeidsgivere nøyer vi oss ikke med å snakke om likelønn, for så å skygge arenaen når konkrete mål blir etterlyst, sier Lisbeth Normann.

– Men realistisk?

– Det gjenstår å se. Men timeglasset er i ferd med å renne ut for myndighetene og arbeidsgivere hvis de ikke gjør noe med lønnsdiskrimineringen av utdanningsgruppene i offentlig sektor. Stikkordet er rekruttering. I 2030 vil helsevesenet mangle 13 000 sykepleiere dersom det ikke utdannes flere enn i dag, viser beregninger fra Statistisk sentralbyrå. Og antall eldre vil fortsette å øke etter dette, sier forbundslederen.

## Kommer ikke av seg selv

Hvis myndighetene og arbeidsgivere virkelig er bekymret for rekrutteringen av personell til helsevesenet i framtida, må de

viser det i konkret handling, mener Normann.

– Lønn er et viktig virkemiddel for å rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft – som igjen er garanti for god kvalitet på helsetjenestene. Politikerne kan ikke prate seg bort fra dette. Og det skal vi heller ikke gi dem muligheten til under den kommende valgkampen.

Normann mener myndighetene og arbeidsgivere i alt for lang tid har utnyttet sykepleiernes samvittighet som sovepute for ikke å ta likelønn på alvor.

– Nå kan de ikke lenger stole på at «de gjør det likevel». Ikke for å antyde noe negativt om samvittigheten og yrkesstoltheten til min egen generasjon sykepleiere, men nye generasjoner sykepleiere vil ikke finne seg i å bli utnyttet på denne måten. Ungdommen vil i stedet velge andre yrker og søke andre utdanninger, advarer Normann.

## Likelønnskommisjonen

Det var NSF og Unio som i sin tid var pådrivere for å få nedsatt en likelønnskommisjon til å se på lønnsforskjellene mellom kvinner og menn. Kommisjonen overleverte sin innstilling i februar i fjor.

Sykepleiere og andre kvinnedominerte yrkesgrupper i offentlig sektor jublet da likelønnskommisjonen foreslo tre milliarder kroner i egen statlig likelønnsrett. I en kommentar til Sykepleien uttalte forbundslederen følgende:

«Rapporten som sådan fører

nepe til høyere lønn. Men tiltakene kommisjonen foreslår vil gjøre det, dersom det er politisk vilje til å gjennomføre det kommisjonen foreslår.»

– Hva sier du i dag?

– Det positive er at debatten er flyttet fra beskyldninger om synsing til fakta. Analysene til likelønnskommisjonen viser at NSF hele tiden har hatt rett i sin dokumentasjon på store lønnsforskjeller mellom kvinnedominert offentlig og mannsdominert privat sektor. Det er derfor skuffende at analysene i rapporten ikke blir tatt på alvor av regjeringen og barne- og likestillingsminister Anniken Huitfeldt.

Normann viser blant annet til Sykepleien hvor Huitfeldt i klartekst avviser en statlig likelønnsrett:

«Vi ønsker ikke å vedta et virkemiddel som likelønnsrett, men vil diskutere med partene i arbeidslivet hvilke virkemidler som kan tas i bruk for å skape likelønn.»

– Myndighetene og arbeidsgivere må slutte å skyve ansvaret for å tette likelønns-gapet over på fagforeningene. Det er ikke NSF's ansvar. Det er myndighetene og de offentlige arbeidsgiverne som må bære ansvaret for å gjøre slutt på den enorme lønnsdiskrimineringen. Her er det snakk om politisk prioritering og politisk lederskap.

– Så ingen ting er kommet ut av kommisjonens arbeid?

– Jo, likelønn har rykket høyere opp på den politiske dagsorden. For fire år siden snakket få partier



OPTIMIST: Sykepleiernes forhåpninger var store da leder i likelønnskommisjonen, Anne Enger, overleverte sin innstilling til statsråd Trond Giske februar 2008.



TAKTFASTE KRAV: Kvinnedagen lørdag 8. mars i 2008 ble markert med et demonstrasjonstog gjennom Oslos gater. Sykepleiere i uniform og røde kapper spiller på trommer.

om likelønn. Nå har SV vedtatt likelønnsnett i sitt partiprogram. Det samme har Sp. Høyre og Krf har også funnet plass til likelønn i sine programmer. Sinkene er Ap, Venstre og Frp, sier Normann og lover at de politiske partiene ikke skal slippe unna med festtaler og løst snakk om likelønn i valgkampen.

#### Tariffoppjørene

– Er det ikke naturlig å bruke tariffoppjørene til å utjevne lønnsforskjellene?

– Likelønn har stått på dagsorden ved hvert eneste tariffoppgjør i flere tiår, uten at vi har kommet særlig av flekken. Forhandlings-systemet skal selvsagt føres videre, men ikke retten til å diskriminere store kvinnegrupper i offentlig sek-

tor. Her må det settes inn ekstraordinære tiltak. Likelønnskommissjonen kalte det statlig likelønnsnett. Greit hva de kaller det, bare det skjer noe, sier Normann.

Prat og oppnevning av ut-

lønn. Det skal nemlig nedsettes en gruppe som skal legge fram forslag for tariffoppgjøret våren 2010, og tiltakene skal «blant annet bygge på likelønnskommissjonens rapport».

### NSFs LANDSMØTE 2007 Likelønn innen 2012.

### LIKELØNSKOMMISSJONEN 2008 Lønnsloft for utvalgte kvinnedominerte yrker i offentlig sektor.

valg har det vært mye av. Årets lønnsoppgjør i staten er ikke noe unntak.

I tillegg til pensjon inneholder protokollen fra årets lønnsoppgjør i staten også et punkt om like-

Ordet «rapport» er ikke tilfeldig valgt, skal vi tro fornyings- og administrasjonsminister Heidi Grande Røys. Til Dagens Næringsliv sier hun:

«Det heter ikke «innstilling».

Hadde det gjort det, hadde arbeidet i gruppen tatt utgangspunkt i forslagene fra likelønnskommissjonen. Slik det står nå, skal vi ta utgangspunkt i hele rapporten.»

– Slikt tærer på min og medlemmenes tålmodighet, og troverdigheten til regjeringen nærmer seg bristepunktet. Regjeringen lukker fortsatt øynene for analysene og argumentene til likelønnskommissjonen, de ser bort fra sin egen Soria Moria-erklæring og de bruker ikke sitt eget flertall på Stortinget. Hva mer skal til? spør Normann.

#### Likelønn og lavlønn

– Statlig likelønnsnett for utdanningsgruppene var ikke akkurat kampsak på LO-kongressen kort tid tilbake. Favner den ikke bredt nok slik LO-ledelsen påstår?

**TARIFFOPPGJØRET 2009** I staten skal det nedsettes en gruppe som vil legge fram forslag angående like-lønn før tariffoppgjøret våren 2010.

**LO-KONGRESSEN 2009** Statlig likelønnsrett for utdanningsgruppene var ingen kampsak på LO kongressen.

– NSF er enige i at likelønn også gjelder lavlønnsgruppene. Men det er uforståelig at LO ikke er mer på banen i forhold til sine egne utdanningsgrupper i offentlig sektor. Særlig når lavlønnsstrategien beviselig ikke har bidratt til å lukke lønnsgapet.

– *Hva med de med lavest lønn?*

– Vi stiller oss solidarisk med de lavtlønnede, og sier ja til et lavtlønnsloft. Men da snakker vi om betydelig mer enn tre milliarder kroner. Et sted må vi begynne og da er Likelønnskommisjonens forslag et første steg. NSF og Unio har også fremmet forslag om en lønnsloftplan over ti år, der kvinnedominerte grupper i offentlig sektor, gis 15 prosent utover de tradisjonelle lønnsoppgjørene.

Normann synes det er slitsomt stadig å bli møtt med argument som «hva med de andre?».

– Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere er alle nødvendige. Når vi påpeker at sykepleiere er et fundament i helsevesenet, så betyr ikke det at andre ikke er viktige. Som fagforening er NSF opptatt av å sikre kvaliteten på tjenestene og å legge forholdene til rette slik at sykepleierne blir i yrket.

#### Arbeidsgiverne

– *Hva med arbeidsgiverne, som tradisjonelt er motpart når lønn står på dagsorden?*

– De har bidratt lite for å tette lønnsgapet. Og når arbeidsgiverorganisasjonene tviholder på at likelønn bør overlates til de lokale forhandlingene, har de forstått

lite av problematikken. Vi får ikke tettet likelønnsgapet for 88 000 sykepleiere gjennom lokale forhandlinger. Til det er potten det skal forhandles om alt for liten.

Normann rister på hodet av direktør Anne-Kari Bratten i arbeidsgiverforeningen Spekter når hun i et innlegg i Dagbladet påstår at årsaken til det kjønnsdelte arbeidsmarkedet er at «vi har fagforeninger som gjør sine medlemmer – svært mange kvinner – den bjørnetjenesten det er å jage etter tariffavtaler og lønnsystemer som gjør at høyutdanningsgruppene har et lavere lønnsnivå enn høyutdanningsgruppene i privat sektor».

– Å gi fagforeningene skylda for likelønnsdiskrimineringen er bare for drøyt. Likelønnskommisjonens analyser viser at den viktigste grunnen til lønnsgapet mellom kvinner og menn er at de jobber innen hver sine sektorer, bedrifter, yrker og stillinger. Og at lønnsgapet følger denne delingen. Det er så tungt dokumentert at også Spekter bør godta det, mener Normann.

Heller ikke arbeidsgiverorganisasjonen KS imponerer forbundslederen.

– KS er bekymret for rekrutteringen til den kommunale pleie- og omsorgssektoren i framtida. Og det med god grunn. Men når det blir snakk om virkemidler forsvinner bekymringen. Da er det kommuneøkonomien som skaper bekymring. Det kan fort vise seg å bli kostbart, advarer Lisbeth Normann.



NEI: - Vi ønsker ikke å vedta et virkemiddel som likelønnsrett, men vil diskutere med partene i arbeidslivet hvilke virkemidler som kan tas i bruk for å skape likelønn, sier barne- og likestillingsminister Anniken Huitfeldt, regjeringens ansvarlige for likelønn.



LO-leder Roar Flåthen ønsker ingen statlig likelønnsrett for utdanningsgruppene i offentlig sektor selv om mange av LOs medlemmer ville blitt omfattet av potten.



### Lønnsloft i offentlig sektor

«Myndighetene og partene i arbeidslivet gjennomfører et lønnsloft for utvalgte kvinnedominerte yrker i offentlig sektor. En forutsetning for å gjennomføre lønnsloftet, er at det etableres en avtale mellom partene om at lønnsveksten i offentlig sektor kan være høyere enn i privat sektor, og at nye relative lønnsforhold mellom grupper ikke utløser kompensasjonskrav. Forslaget innebærer at det bevilges friske midler over statsbudsjettet, om lag 3 milliarder kroner, som i forbindelse med en tariffrevisjon skal brukes til å heve lønnsnivået for kvinnedominerte yrkesgrupper i offentlig sektor.»

Likelønnskommisjonen





## INFORMASJON FRA FELLESKATALOGEN

### Identifisering av kapsler og tabletter

Felleskatalogens preparatidentifiseringssøk er nå tilgjengelig på web, [www.felleskatalogen.no/preparatidentifisering](http://www.felleskatalogen.no/preparatidentifisering). Søket er et hjelpemiddel ved identifisering av kapsler og tabletter med ukjent identitet. Identifikasjonssystemet bygger på en felles nordisk løsning, som driftes av Dansk Lægemiddel Information.

Søket inneholder foto med tilhørende data for kapsler og tabletter som er på markedet i Norge. Dersom du ikke får treff i norske data, vil du kunne søke videre i danske/svenske data. Dette gir deg tilgang til over 4000 foto. Vær klar over at databasen ikke er fullstendig. Dersom det er noen som helst tvil om identiteten, skal identifiseringen verifiseres gjennom kjemisk analyse. Kontakt eventuelt Giftinformasjonen tlf.: 22 59 13 00.

### Felleskatalogen i Helsebiblioteket

På [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) finner du informasjon fra Felleskatalogen. Ved søk på preparatnavn får du treff med linker til de ulike avsnittene i Felleskatalogteksten og link til pakningsvedlegg. Søk på virkestoff gir deg treff i Felleskatalogens interaksjonskapittel, forgiftningskapittel og linker til Felleskatalogtekstene.

### Bestilling

Katalogen og CD-rom bestilles fra Fagbokforlaget v/Elisabeth Rasmussen.  
Telefon: 55 38 88 00/55 38 88 05.  
Telefaks: 55 38 88 39.  
E-post: [ordre@fagbokforlaget.no](mailto:ordre@fagbokforlaget.no)

**Identifikasjon av preparater**  
Informasjon om preparatidentifisering

Ingen merking:

Merking (søk):

Merking 1 (tekst): Ikke valgt

Merking 2 (tekst): Ikke valgt

Merking (Symbol):  IKKE VALGT

Form: Ikke valgt

Deling:  ALLE

Mål (mm):  x   
lengde x bredde

Kapsel  Tablett

Ensfarget  Flerfarget

Gjennomsiktig

Vis foto direkte

Norsk søk  Nordisk søk

Det er mulig å søke opp foto basert på ett eller flere av følgende søkekriterier:

- Merking (symbol og tekst)
- Form
- Deling
- Lengde og bredde i mm
- Kapsel eller tablett
- Ensfarget eller flerfarget
- Farger
- Gjennomsiktig
- Norsk eller Nordisk søk

Foto av kapsler og tabletter er i tillegg knyttet til de enkelte Felleskatalogtekstene.



## ISF-refusjon på poliklinikker:

# Fremdeles langt fra mål

Fra januar i år har enkelte sykepleierkonsultasjoner kunnet gi refusjon på poliklinikker. Men NSF savner fire ting for at finansieringsordningen skal kunne bli helt helsepersonellnøytral.

Tidligere var det kun legenes aktivitet som kunne gi sykehuset refusjon for polikliniske konsultasjoner. Det har vært en mangeårig kampsak for Norsk Sykepleierforbund (NSF) å få endret dette systemet slik at også sykepleierkonsultasjoner skal kunne utløse refusjon. På den måten får man et mer reelt bilde av hvem som gjør hva på poliklinikken, og kanskje blir ikke sykepleiere like lett en salderingspost i nedskjæringstider.

Fra januar i år ble endelig regelverket modernisert, slik at også andre helsepersonellgrupper enn leger skal kunne utløse refusjon for noen utvalgte konsultasjoner.

Slik det finansielle systemet har vært, og til dels også slik det fungerer i dag, er det lett at sykepleieraktivitet maskeres som legekonsultasjon, for at sykehuset skal få penger gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Dermed kan det ha sett ut til at leger gjør mer enn de faktisk gjør, samtidig som sykepleiernes innsats ikke blir synlig.

### Fire begrensninger

NSF har nå fått utarbeidet en rapport som har sett på hvordan ISF-refusjonssystemet fungerer ved poliklinikkene på 29 sykehus i landet. Rapporten har sett på første

tertial i år, etter at de nye refusjonsreglene kom, sammenliknet med samme periode i fjor. Til sammen er det inkludert nesten 1,4 millioner konsultasjoner.

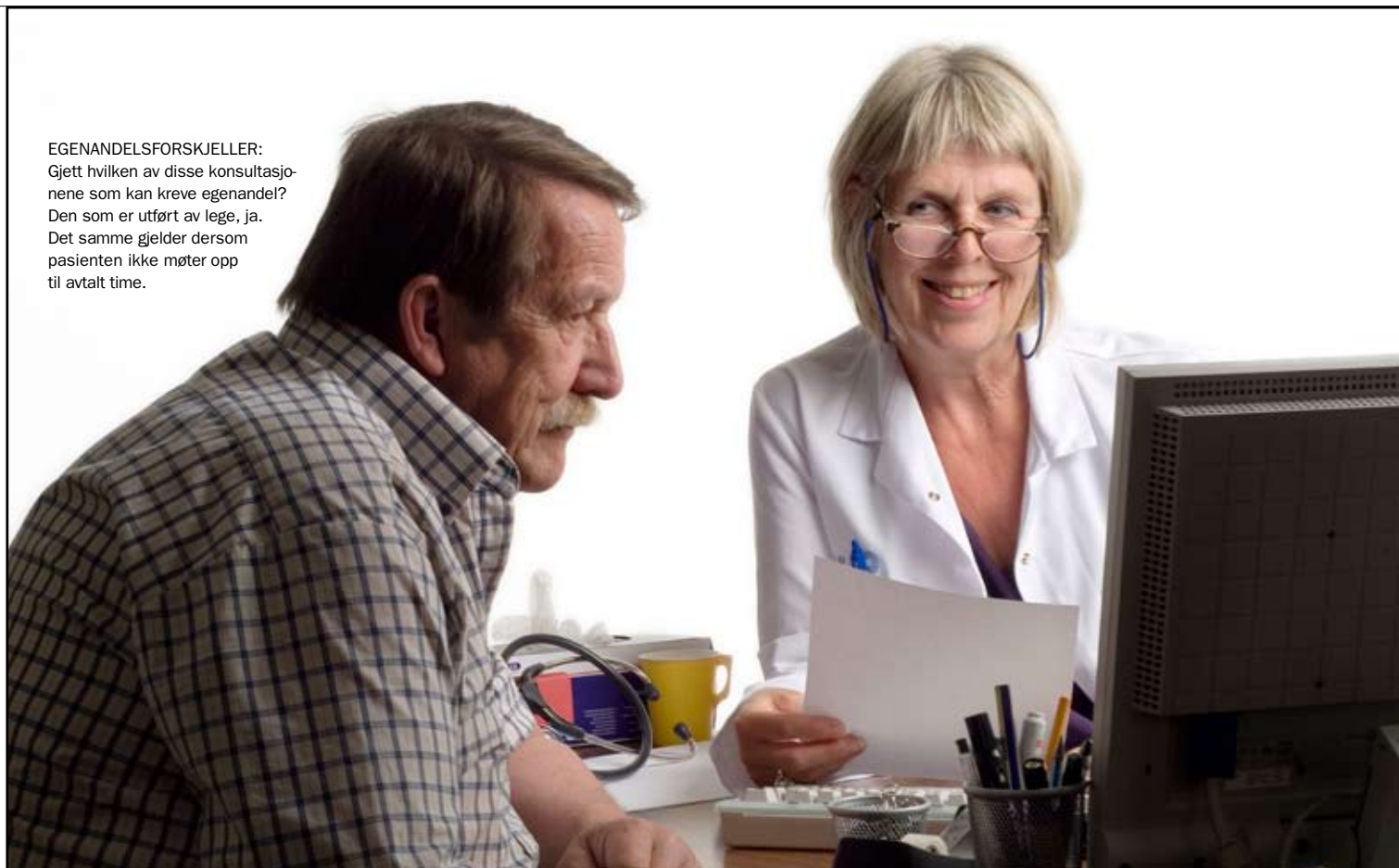
Resultatet viser at regelverket på flere områder fremdeles henger igjen i en fordums oppfatning om at det kun er leger som utfører spesialisthelsetjeneste. Spesielt fire problemområder er pekt ut:

- **Enkelte DRGer er fremdeles ikke godkjent for sykepleiere.**

Vurderingen av hvilke DRGer som skal åpnes for sykepleiere er gjort på et historisk datasett hvor en rekke sykepleierkonsul-

tasjoner fortsatt var kamuflert som legekonsultasjoner. DRG står for diagnoserelatert gruppe, og er et poengsystem basert på diagnosekoder, prosedyrekoder, kjønn, alder og utskrivingsmåte, og som avgjør hvilken refusjon konsultasjonen skal gi. Videre ble mange sykepleierkonsultasjoner tidligere ikke registrert fordi de ikke ga noen økonomisk uttelling. Når nå alt skal registreres i det nye systemet, dukker det derfor opp flere «nye» sykepleierkonsultasjoner i ulike DRGer som ikke er åpne for sykepleiere. Dermed ekskluderes denne konsultasjonen

**EGENANDELSFORSKJELLER:**  
Gjett hvilken av disse konsultasjonene som kan kreve egenandel?  
Den som er utført av lege, ja.  
Det samme gjelder dersom pasienten ikke møter opp til avtalt time.



fra beregningsgrunnlaget. Dette medfører også at kravene for riktig koding blir strengere for annet helsepersonell enn leger. Koder en sykepleier feil, er risikoen stor for å havne i en DRG som ikke er godkjent for sykepleier og dermed ikke gir refusjon. Koder en lege feil, får sykehuset uansett noe igjen for det.

• **Jordmødre oppfattes ikke som sykepleiere i ISF-poliklinikkordningen.** Ved mange sykehus og private virksomheter benyttes jordmødre som sykepleiere også ved annen poliklinisk virksomhet enn fødepoliklinikk. Det kan bli dyrt for sykehuset, som dermed ikke får refusjon.

• **Aggregeringsregler skiller mellom leger og annet helsepersonell.** Det er vanlig at pasienter som har lang reisevei til sykehuset går gjennom flere konsultasjoner samme dag. Polikliniske kontakter med ulike leger slås da ikke sammen, men det blir gjort dersom det er annet helsepersonell som utfører aktiviteten. Når minst én kontakt er med lege og minst én kontakt er med annet helsepersonell, slås alle kontaktene med annet helseperso-

nell sammen med den siste forutgående legekontakten. Altså: Er en pasient hos en lege og tre sykepleiere og en fysioterapeut, er det kun den avdelingen hvor legen jobber som får refusjonen for dette. Aggregeringsreglene gir flere uheldige konsekvenser, blant annet kan det føre til at sykehuset stykker opp pasientbehandlingen ved å legge konsultasjonene til ulike dager for å sikre inntektsgrunnlaget.

• **Sykepleierkonsultasjoner kan ikke kreve egenandeler.** Det er kun legekonsultasjoner som gir sykehusene rett til å kreve inn egenandeler, i henhold til forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp. Det samme gjelder når pasienten ikke møter til avtalt time. Poliklinikken kan kreve egenandel kun dersom timen skulle ha vært hos lege, ikke hos annet helsepersonell. Denne forskriften motvirker en effektiv organisering og tverrfaglighet. Virksomheter som legger om til mer tverrfaglige team vil tape inntekter i form av egenandeler.

– Det er vanskelig for oss å tolke tallene siden det fremdeles er en del sykepleieraktivitet som registreres

som legevirkosomhet. Men vi vet at egenandelene utgjør en stor del av finansieringsgrunnlaget for poliklinikkene, sier Tor Øistein Seierstad, medisinsk faglig rådgiver i Anlysesenteret som har utarbeidet rapporten for NSF.

#### **Motvirker målsetninger**

Rapporten hevder at slik systemet fungerer i dag, understøtter ikke ISF-finansiering i poliklinikker de ønskede mål som er satt for helsepolitikken i Norge:

- Det fører ikke til best mulig utnyttelse av de samlede ressurser.
- Det likestiller ikke helsepersonell med hensyn til selvstendig ansvar for å sikre faglig forsvarlig utøvelse av spesialisthelsetjenestene.
- Det motvirker tverrfaglighet og en sømløs spesialisthelsetjeneste.

#### **Endinger som trengs**

NSF forventer følgende endringer fra og med 1. januar 2010:

1. Alle polikliniske DRGer gjøres uavhengig av helsepersonell.
2. Alle polikliniske konsultasjoner inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF-poliklinikk når det dreier seg om flere ulike problemstillinger

ger som håndteres samme dag.

3. Alle DRGer godkjent for sykepleier godkjennes også for jordmor (faller bort dersom første punkt gjennomføres).
4. Pasientbetalinger og egenandeler knyttes til den aktuelle polikliniske spesialisthelsetjenesten som ytes, og ikke til hvilket helsepersonell som yter tjenesten.

#### **NSF vurderer opplæring**

Rapporten ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i begynnelsen av juni, med beskjed om at NSF forventer at det seinest fra 1. januar 2010 blir en helsepersonellnøytral finansieringsordning for polikliniske spesialisthelsetjenester. Det er varslet en endring i den nevnte forskriften om egenandel, som snart skal ut på høring.

– Derfor burde det være mulig å få til en oppdatering av ISF-finansieringssystemet for poliklinikkene fra neste år, sier Lisbeth Normann, leder i NSF.

Hun oppfordrer alle sykepleiere til å ha kvalifiserte meninger om temaet.  
– NSF vurderer seriøst opplæring for fagmiljøene våre ute på sykehusene, opplyser hun.



**Tone Hærås**, sykepleier og mastergradsstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo

**Sykepleierens evne til innlevelse i pasientens erfaringer, smerte, vonde og negative følelser er viktige komponenter i behandlingen.**

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

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

**Søkeord:**

Flyktning  
Krig  
Psykisk lidelse  
Tortur  
Stress

# Omstridt behandling av posttraumatisk stress

EMDR-behandling av flyktninger som lider av posttraumatisk stress er en omdiskutert, men etter hvert ganske utbredt metode.

I løpet av de siste årene har vi hatt en tidobling av antall flyktninger som oppholder seg i Norge (1). På bakgrunn av dette ser vi at helsevesenet møter mange utfordringer i forhold til innvandrerpasienter (2). Halvparten av innvandrere i Norge oppgir å bli diskriminert (3). Mange av disse pasientene sliter med Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Til enhver tid regner man med at cirka en prosent av befolkningen lider av PTSD (4).

## EMDR-behandling

Behandlingsmetoden Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) ble først tatt i bruk av psykologen Francene Shapiro (5). Hun prøvde ut metoden på pasienter med PTSD og oppdaget at disse pasientene responderte veldig bra på behandlingen. Behandlingen kan foregå poliklinisk eller på institusjon. Den går ut på at helsepersonell beveger en finger frem og tilbake foran pasientens ansikt. Pasienten skal følge fingeren med øynene, samtidig som han eller hun blir bedt om å fremkalle bilder fra de traumatiske hendelsene på netthinnen. Videre ber behandler om at pasienten forsøker å forvandle disse traumatiske bildene til positive tanker. Pasienten responderer gjennom å formidle sin opplevelse av hvordan negativiteten rundt traumene reduseres i kroppen. Behandlingen er ferdig når pasientens stress angående traumat er redusert eller helt borte (6). Behandlingen skal bare utføres av kompetent helsepersonell (7).

## Metode

I min bacheloroppgave ønsket jeg å se nærmere på hvorvidt det er forsvarlig å behandle PTSD-pasienter med EMDR. Vi valgte kvalitativt intervju (8) i kombinasjon med litteraturstudie, som metode. I forberedelsestiden før intervjuet skrev vi søknad til institusjonen om å få intervju helsepersonell som arbeider med vår problemstilling. Intervjuet er anonymisert (9).

Sykepleierens mål er å hjelpe den syke til å utholde og mestre sykdom. Sykepleieren kan oppnå dette gjennom å hjelpe pasienten til å finne mening i sykdommen, dersom pasienten ikke er i stand til dette alene. Er dette mulig i alle situasjoner? (11). Intervjuobjektet påpekte at innvandrerpasientene med PTSD i utgangspunktet har vanskelig for å finne mening i det de har blitt utsatt for, og at de blir syke først når de kommer til Norge hvor de er trygge. Intervjuobjektet hadde en mulig forklaring på dette. Dette er interessant ettersom de fleste pasientene vet at krigen er over og at de forferdelige opplevelsene bare er grusomme minner. De vet at de ikke er i fare lenger, men de føler det ikke slik. Problemet har sitt utspring i den emosjonelle delen av hjernen, hvor sporet etter traumat ligger. Og den kognitive, rasjonelle delen av hjernen når ikke inn hit (12).

## Trygghet viktig

EMDR-behandlingen av PTSD-pasienter har gitt raske, positive resultater. Også når det gjelder behandling

av komplekse og krevende pasienter (6). Intervjuobjektet hevder at det er individuelt hvem som kan dra nytte av behandlingen. Dette er fordi behandlingen krever at pasienten har et trygt og godt minne å tenke tilbake på under behandlingen, når situasjonen blir for tøff. Det er dette som avgjør om behandlingen har effekt eller ikke. Enkelte PTSD-rammede innvandrere kan ha opplevd så mye vondt i livet at de ikke med sin beste vilje klarer å hente fram et trygt og godt minne. I slike tilfeller vil ikke behandlingen være aktuell, ifølge intervjuobjektet. Trygghet er hjørnesteinen i alt arbeid med traumatiserte flyktninger. Tryggheten kan bli truet fordi gode minner også inneholder et tapsaspekt. Dersom dette er tilfelle for innvandrerpasienten, kan EMDR-behandlingen likevel utføres, fordi pasienten har et godt minne. Vi ser da at behandlingen kan ha negative konsekvenser, i form av økt tapsfølelse og utrygghet (16).

Sykepleierens evne til innlevelse i pasientens erfaringer, smerte, vonde og negative følelser er viktige komponenter i behandlingen. Men dette kan også føre til medinnlevelsestretthet (compassion fatigue) hos behandler, både psykologisk og fysisk. En flyktning er en pasient i en livssituasjon de fleste norske sykepleiere ikke engang ønsker å få innblikk i. Likevel er det helt nødvendig at sykepleieren gjør nettopp dette. Da er det viktig at arbeidsledelsen i institusjonen er god, slik at den enkelte behandler får variasjon i og



HAR KRIGSTRAUMER: I 2008 bodde det 132 400 personer med flyktningbakgrunn i Norge. Mange av disse lider av posttraumatisk stress. Illustrasjonsfoto: Colourbox

innflytelse over arbeidet. Dette kan gjøres på ulike måter, for eksempel i form av undervisning, veiledning og stimuleringstiltak (16).

#### **Lite forskning**

EMDR er et verktøy som både behandler årsakene til symptomene og hjelper pasienten med å forholde seg til disse. EMDR-teknikken fjerner arret etter de vonde følelsene, og da forsvinner også som regel symptomene (12). Det er gjort lite forskning

på EMDR-behandling. Er det slik at behandlingen kun er i bruk på grunn av god markedsføring? Det er også i liten grad vist til negative effekter av EMDR. Betyr dette er at behandlingen ikke har noen negativ effekt eller er den bare ikke dokumentert? I en undersøkelse ble det bare identifisert én negativ effekt hos en PTSD-pasient som hadde gjennomgått EMDR-behandling.

Mange tviler på hvorvidt virkningen av behandlingen skyldes place-

boeffekt. Selv helsearbeidere som arbeider aktivt med EMDR i møte med PTSD-pasienter klarer ikke å si nøyaktig hvordan behandlingen virker. Det er noe mystisk ved den. Dette har ført til at psykologen Shapiro har utarbeidet modeller for å forklare hvordan EMDR virker. Men disse modellene er det mange som er svært skeptiske til. Helsearbeideren går inn i en nær relasjon med pasienten, ved å la pasientens øyne følge fingerbevegelsene. Noen

mener det er dette som gjør behandlingen effektiv (6).

#### **Spor etter smerte**

Det finnes en studie som ble gjort veldig tidlig i EMDR-behandlingens historie. En forsker tok røntgen- og CT-bilder av hodene til pasienter som gikk til EMDR-behandling på grunn av PTSD. Bildene viste at den delen av hjernen som arbeider med å skifte oppmerksomheten fra en ting til en annen, var svært aktiv

etter slike behandlinger. Men det var få som var med i undersøkelsen og det var ingen kontrollgruppe, det er derfor mange som tviler sterkt på resultatet (6). Likevel, en undersøkelse utført ved avdelingen for psykiatri ved Harvard-universitetet viser at svært smertefulle opplevelser setter dype spor i hjernen. Den viser også hvordan dette sporet ser ut. Dette viser at mye av årsaken til sykdommen sitter i hjernen, og det er derfor viktig å forske på om behandlingen

## EMDR er et verktøy som både behandler årsakene til symptomene og hjelper pasienten med å forholde seg til disse.

har innvirkning på hjernen (12). En nyere og mer troverdig undersøkelse av PTSD-pasienter som har gått til EMDR, er gjort ved å ta blodprøver av dem. Blodprøvene inneholder stoffer som responderer på stress. Etter behandlingen kunne man se en endring i disse stoffene. Ytterligere forskning kan føre til kunnskap om biologiske mekanismer som endres ved EMDR. Dette kan kanskje føre til at vi til slutt kan forstå hvordan EMDR kan påvirke neurologien i hjernen (6).

### Neurologisk effekt

Det nyeste gjennombruddet når det gjelder forskning på nevrologiske effekter av EMDR skyldes en søvnforsker ved navn Stickgold. Han har klart å finne ut av hvorfor disse øyebevegelsene er så effektive ved å koble dem til øyebevegelsene mennesket gjør under REM-søvnen (6). Dersom disse to typene øyebevegelser gir samme effekt – kan EMDR kobles sammen med mye god nevrobiologisk forskning på REM-søvnen. Samtidig er det også påvist effekt av EMDR ved at man lager lyder eller driver med annen påvirkning av pasienten i stedet for øyebevegelsene. Denne forskningen bidrar til å etablere en nevrobiologisk forklaring på EMDR-behandlingen. Per dags dato kan ingen si hundre prosent sikkert hvordan EMDR virker (6). Noen hevder at EMDR-behandlingens

styrke ligger i at den først fremkaller minnets forskjellige bestanddeler, de visuelle, følelsesmessige, kognitive og fysiske. Deretter stimuleres tilpassningssystemet, altså øyebevegelsen, som skal bearbeide informasjonen, fordi minnet ikke har blitt fordøyd av seg selv. Dette skal bidra til å aktivere hjernens naturlige selvhelbredende funksjon. Noen forskere har vist at øyebevegelser gir «tvungen» avslapning som bidrar til en øyeblikkelig reduksjon i hjerterefrekvensen

og en økning i kroppstemperaturen. Dette kan bety at EMDR stimulerer aktiviteter i det parasympatiske nervesystemet som får PTSD-symptomene til å forsvinne (12).

### Mangelfull forskning

Generelt er mye av forskningen på EMDR-behandlingen mangelfull, som for eksempel: Manglende diagnostisk likhet hos pasienter, få pasienter per studie og manglende standardiserte målinger. Forskningen kan minne mer om idealisme enn om reell vitenskapelig forskning (6). Den franske psykiateren Servan-Schreiber var i begynnelsen svært skeptisk til EMDR. Det som overbeviste ham var resultatet av en undersøkelse, som ble offentliggjort i et av de mest seriøse tidsskriftene for klinisk psykologi, hvor åtti pasienter med store traumatiske lidelser ble behandlet med EMDR-teknikken. Konklusjonen viste at 80 prosent av pasientene ble kvitt sine posttraumatiske stresssymptomer etter kun tre behandlinger. Da de samme åtti pasientene ble intervjuet femten måneder senere, var effekten enda bedre enn den hadde vært rett etter behandlingen (12).

I den mest brukte database for posttraumatiske stresssymptomer, «Pilot Database» ble det i år 2000 registrert flere kontrollerte kliniske studier av EMDR-behandlingen enn noen andre behandlingsformer.

Som følge av dette ble det utført tre studier av alle de offentliggjorte studiene. Her kommer det frem at EMDR-teknikken er minst like effektiv som de beste behandlingsmetodene. Det kom også frem at den var den raskeste behandlingsmetoden og den som pasientene tålte best (12).

Likevel er EMDR en omstridt behandlingsmetode. Flere universitetsansatte, i for eksempel USA, beskriver den som en «mote» eller en «markedsføringsteknikk». Grunnen til dette er at det fremdeles ikke er noen som kan forklare nøyaktig hvordan EMDR virker. Slike reaksjoner som dette er ganske vanlige fenomener i medisins historie. Dette gjelder særlig dersom behandlingen er «naturlig» eller «virker for enkel», noe som nettopp er tilfelle med EMDR-teknikken (12).

### Avslutning

På grunnlag av enkelte begrensede forskningsmetoder som er gjennomført på området, er det i dag ikke mulig å være helt sikker på virkningen av EMDR på PTSD-pasienter. Behandlingen har også likheter med andre effektive behandlingsformer. Dette gjør at EMDR-behandlingen ikke er i noen særklasse og det er heller ikke en gjennombruddsbehandling. EMDR er likevel påvist som klinisk effektivt, men er det nok til å kalle EMDR for forsvarlig behandling av PTSD-pasienter? Det er forskjell på vitenskap og klinikk. Dette gjenspeiles ved at helsepersonellet som bruker EMDR er helsepersonell med klinisk fokus, som ikke er så opptatt av forskning (6).

I dag er EMDR offisielt godkjent som en effektiv behandling av PTSD-symptomer av «American Psychological Association», den internasjonale organisasjonen for studier av traumatisk stress. Organisasjonen foreslår behandlingsmetoder for posttraumatiske stresssymptomer på et etablert vitenskapelig (kunnskaps-) grunnlag (12). Det er også blitt opprettet en organisasjon ved navn, «EMDR Norge», som er tilsluttet organisasjonen «EMDR Europe».

### LITTERATUR

1. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsstatistikk (2007) [http://www.ssb.no/emner/02/01/10/flyktninger/\(28.02.2008\)](http://www.ssb.no/emner/02/01/10/flyktninger/(28.02.2008))
2. Sveaass N, Hauff H. Flukt og fremtid – psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
3. Blom S, Henriksen K. Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp\\_200805/rapp\\_200805.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/rapp_200805.pdf) (28.02.2008).
4. Gøtestam GK, Thorsen O. Posttraumatisk stresslidelse. Legehåndboka. <http://www.legehåndboka.no/asp/document.asp?id=3126> (28.02.2008).
5. Bisson J. Eye movement desensitisation and reprocessing to treat PTSD. Clinical Evidence, 10. [http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1005/1005\\_i10.jsp](http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1005/1005_i10.jsp) (29.02.2008).
6. McCabe S. EMDR: Implications of the Use of Reprocessing Therapy in Nursing Practice. Perspectives in Psychiatric Care 2004; 40 (3): 104-113.
7. Selle HS. Hva er EMDR? EMDR Norge. <http://emdrnorge.com/page1/index.html> (01.04.2008).
8. Jacobsen DI. Forståelse, beskrivelse og forklaring – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse og sosialfagene. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
9. Helsinki-deklarasjonen. <http://www.etikk.no/retningslinjer/helsinki-deklarasjonen> (01.04.2008).
10. Granum F, Solvoll BA. Sykepleieren – den forskende praktiker. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.
11. Kirkevoold M. Sykepleieteorier – analyse og evaluering. Oslo: AdNotam Gyldendal A/S., 1992.
12. Servan-Schreiber D. Evnen til helbred – Behandling av stress, angst og depresjon uten medikamenter eller psykoterapi. Oslo: Pax Forlag A/S., 2005.
13. Sveaass N, Johansen LEE. Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktningers møte med psykologisk behandling. Tidsskr Nor Psykologiforen 2006; 43 (12): 1282-1291.
14. Pasientrettighetsloven. <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html> (11.03.2008).
15. Ahlberg N, Duckert F. Minoritetsklinter som helsefaglig utfordring. Tidsskr Nor Psykologiforen 2006; 43 (12): 1276-1281.
16. Dahl S, Sveaass N, Varvin Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: Unipub AS., 2006.
17. Selle HS. Hva er EMDR? EMDR Norge. <http://emdrnorge.com/page1/index.html>



# Vet lite om våre naboer

Vi blir omtalt som broderfolket – Norge, Sverige og Danmark. Men vi er ikke så like som vi ynder å tro ifølge en ny doktoravhandling om sykehussystemene i Norden.

Hvordan blir reformer i offentlig sektor til? Hvordan får de sin form og omsettes i praksis?

Det er blant spørsmålene forsker Simen Neby tar opp i sin doktoravhandling «The End of the Decentralized Model of Healthcare Governance? Comparing Developments in the Scandinavian Hospital Sectors:»

## Alle er vi (u)like

Et viktig funn i Nebys doktoravhandling er at det selv mellom tre land som oppfattes som veldig like, er store forskjeller når det gjelder bruken av reformer, organisatoriske løsninger og politisk styring.

Norske politikere på nasjonalt nivå er for eksempel mer direkte engasjert i sykehuspolitikk enn sine svenske og danske kolleger. Det henger ifølge Neby sammen med

tradisjoner for organisering, politisk styringsinnsats og relasjoner mellom aktører som har utviklet seg over tid.

## Ulik praksis

Han fant også at ideer og organisatoriske prinsipper som mange tror er like for de tre landene, tolkes og blir omsatt i praksis på ulike måter.

– Det har konkrete konsekvenser for hvordan systemene bør forstås, sier Simen Neby.

I Sverige har ikke markedsretting eller nye ledelsesideer utfordret landstingene som det viktigste administrative, økonomiske og politiske nivået i sykehussystemet.

I Norge består fremdeles de fleste

lokalsykehusene. Det til tross for at helseforetakene ofte ønsker endringer eller kutt.

I Danmark har de beholdt regional demokratisk innflytelse over sykehus- og helsetjenester. Selv om de har en tydelig tendens til sentralisering.

## Naboland

Den skandinaviske tilnærmingen valgte Neby fordi han mener vi vet altfor lite om hvordan ting fungerer i våre naboland.

– Forhåpentligvis kan forskningen bidra til å skape forståelse for forholdet mellom politisk styring, organisasjon og reform, blant både politikere, «byråkrater» og folk flest. Jeg tror mange har nytte av et mer nyansert bilde enn det vi får gjennom enkeltsaker i mediene, sier han til forskning.no.

# PPS

PPS er en elektronisk database med ca 300 grunnleggende prosedyrer i sykepleie.

15. juni fikk sykepleietjenesten i nærmere 150 kommuner, ved 15 sykehus og alle sykepleiestudenter i Norge tilgang til oppdatert og kvalitetssikret kunnskap!

## Ny versjon - PPS 7.0

- Tilfredsstillter myndighetenes krav til dokumentasjon
- Er kunnskapsbasert og bidrar til økt kvalitet i behandlingen
- Frigjør ressurser og gir tid til mer pasientbehandling



[www.akribe.no/pps](http://www.akribe.no/pps)

 Akribe

PPS - eneste kunnskapsbaserte prosedyreverk på markedet



**Torill Kloster,**  
førstelektor,  
Høgskolen i Vestfold



**Vigdis Granum,**  
førsteamanuensis,  
Høgskolen i Oslo

# Lærer å formidle kunnskap

Kurs i helsepedagogikk gjør helsearbeiderne mer bevisste sitt pedagogiske ansvar.

**Kurset har stimulert helsearbeiderne til å se flere muligheter.**

Hanssen sier i et intervju i Dagens Medisin, november 2008 (1) at han ønsker å satse på helsepedagoger. Hvem disse helsepedagogene skal være sier han ikke noe om, men han tror helsepedagoger vil få en viktig funksjon i kommunehelsetjenesten. Etterlysningen av «helsepedagoger» har fått en gruppe fastleger og forskere til å svare (2) at fastleger allerede er viktige «pedagoger» for sine pasienter, med 15 millioner pasientsamtaler i året, samtidig som de ser behovet for mer systematisk utdanning innen kommunikasjon og pedagogikk.

**Videreutdanning i helsepedagogikk**  
Høgskolen i Vestfold har fra 2006 årlig gjennomført en tverrfaglig videreutdanning innen helsepedagogikk for å øke helsepersonells pedagogiske kompetanse. Formålet har blant annet vært å bevisstgjøre helsearbeidere på deres verdi- og kunnskapsgrunnlag og videreutvikle relasjons- og kommunikasjonsferdigheter. Sykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer, vernepleiere og miljøarbeidere har deltatt på kursene.

Gjennom ulike metoder arbeider studentene med kliniske problemstillinger, individuelt eller i gruppe. Ved hjelp av obligatoriske, elektroniske innleveringer av konkrete situasjonsbeskrivelser og faglige refleksjoner, blir den praktiske kunnskapen bevisstgjort. Kursdeltakerne beskriver utfordringer og erfaringer fra egen praksis og innhenter relevant teori og forskningsbaserte artikler som kan belyse situasjonene. For eksempel har vi drøftet bruk av språk og makt. Skal vi betegne den vi skal hjelpe som pasient, klient eller bruker? Hva skjer i asymmetriske relasjonsforhold? Hva gjør vi når pasienten ikke etterlever den informasjonen vi gir? Hva med brukermedvirkning? Hvordan samstemmer forholdet mellom deltakerforutsetninger, innhold, arbeidsmåter, mål og rammefaktorer? Sjekker jeg at pasienten har forstått? Går det en grense for vår empati? Hvilke juridiske og etiske krav stilles til oss som helsearbeidere? Eksamen i kurset er praksisnær ved at studentene velger grup-



per av pasienter eller pårørende fra eget praksisfelt for å dokumentere sin kompetanse innen helsepedagogikk. Flere deltakere har for eksempel laget konkrete kvalitetsutviklingsprogram eller tiltak for å bedre informasjon, undervisning og veiledning som gis til pasienter og pårørende. Andre har fokusert på skriftlig informasjon som gis til pasienter de har ansvar for.

## Hva er helsepedagogikk?

I artikkelen vil følgende spørsmål bli belyst: Hva er helsepedagogikk? Hva hindrer helsearbeidere i

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

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

**Søkeord:**  
Undervisning  
Pedagogikk  
Utdanning  
Helsepersonell





å være gode helsepedagoger? Kan et tverrfaglig videreutdanningskurs i helsepedagogikk bidra til at helsearbeidere ivaretar sitt pedagogis-

i Norge hatt juridisk plikt til å informere pasienter og pårørende – og pasienter har en tilsvarende rett til å få informasjon (3, 4, 5).

**Den opplyste pasient og pårørende blir en utfordring, dersom helsepersonellet ikke følger med i kunnskapsutviklingen.**

ke ansvar? Resultater fra spørreundersøkelser blant kursdeltakerne i helsepedagogikk er utgangspunkt for diskusjonsdelen.

Fra 2001 har helsepersonell

I forarbeidene til Lov om Spesialisthelsetjenesten (6) presiseres det: «Like viktig som god medisinsk behandling er god opplæring og mestring av sykdommen. Mangel

på opplæring er like alvorlig som mangel på medisiner og gode behandlingsformer.» Kunnskapsrike pasienter bidrar til bedre kvalitet på helsetjenestene, fordi de både har vurderingskompetanse og kan formulere sine interesser og ønskemål for behandlingen. Pasientrettighetsloven (4) regulerer blant annet hva pasienter og pårørende skal ha av informasjon og hvordan denne skal tilpasses den enkeltes forutsetninger. Loven skal bidra til å ivareta respekten for den enkelte pasientens menneskeverd og integritet. Ifølge pasientombudenes

TID OG ROM: Det er også viktig at forholdene legges til rette for at sykepleier kan veilede og informere pasienter. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

årsmeldinger (7, 8), klager pasienter og pårørende ofte over dårlig eller manglende informasjon.

Helsepedagogikk, helsefremmende arbeid, pasientundervisning, pasientutdanning, pasientveiledning, helserådgivning, støtte og informasjon til pasienter og pårørende er begreper som går igjen i artikler og lærebøker for helsearbeidere nasjonalt og internasjonalt.

nalt. Søk i ulike databaser med de nevnte begreper gir mange tusen treff. Lærebøker i helsepedagogikk utgitt etter år 2000 henvender seg til helse- og sosialfagarbeidere generelt (9, 10, 11,12), eller de fokuserer på sykepleierens pedagogiske ansvar spesielt (13, 14, 15).

## Informasjon og veiledning

I nordisk sammenheng brukes pasientundervisning ofte synonymt med pasientveiledning og pasientinformasjon eller som et samlebegrep for ulike pedagogiske metoder; inkludert undervisning, støtte, veiledning, rådgiving, informasjon og instruksjon (13, 16). Helsesøstre sier: « ... at det var vanskelig å begrepssette hva veiledning egentlig innebar, fordi de i dialog med brukeren både måtte informere, undervise eller gi råd, avhengig av hva som var brukerens behov i øyeblikket, og tiden de hadde til rådighet» (17:81).

I engelskspråklig litteratur erstattes «patient teaching» nå ofte av «patient education». Dialog, brukermedvirkning og det helsefremmende og forebyggende perspektivet blir fremhevet (18). I Ottawacharteret (19) betraktes god helse som en ressurs, og det foreslås en rekke tiltak på individ- og samfunnsnivå for å fremme helse. Også helsearbeidere er ansvarlige for slike tiltak. Skelton (20) foreslår at «patient education» brukes når pasienter blir syke for første gang eller når pasienter skal mestre en kronisk sykdom, og at «health education» fokuserer på symptomfrie individer der hensikten er å informere om helserisikofaktorer.

I Norge har det de siste ti årene skjedd en endring i tråd med politiske og faglige føringer angående begrepsbruk og begrepsinnhold når det gjelder informasjon, undervisning og veiledning av pasienter og pårørende. Sykepleieres og legers løpende informasjon er komplettert av planlagte undervisnings- og veiledningstilbud. Det tilbys polikliniske konsultasjoner og pasientskoler. Helseforetakene

har opprettet Lærings- og mestringssentre for å hjelpe pasienter og pårørende til å mestre sin livssituasjon. Hvorfor opplever ikke pasienter og pårørende å få tilstrekkelig informasjon?

## Metode

Et spørreskjema med åpne spørsmål ble delt ut til deltakerne ved oppstart og ved slutten av kurset i helsepedagogikk. Første dag på kurset ble deltakerne bedt om å skrive ned hva de forbandt med helsepedagogikk. I tillegg skulle de skrive ned tre utfordringer som hindret dem i å være gode helsepedagoger i praksis. Siste dag på kurset ble de igjen bedt om å gjøre tilsvarende prioriteringer. Deltakerne ble også bedt om å

## Dialogen, kommunikasjonen og relasjonen er fundamentet for den gode helsepedagogen.

beskrive hvilken betydning kurset i helsepedagogikk hadde hatt for å bli en bedre helsepedagog.

Ved oppstarten av kurset fremhever deltakerne betydningen av kommunikasjon; å lytte, se pasienten og stille åpne spørsmål når helsepedagogikk skal klargjøres. Begreper som informasjon, veiledning og undervisning, rådgiving, støtte, motivering og kunnskapsformidling fremkommer, men det blir ikke gjort forsøk på å skille eller utdype begrepene. Begrepene mestring, brukermedvirkning og empowerment, samt å ha kontroll påpekes av enkelte. Forskjellen på å være syk versus frisk, eller å ha helse eller ikke, nevnes ikke.

## Utfordringer

Når det gjelder hvilke utfordringer som helsearbeiderne opplever at hindrer dem i å være gode helsepedagoger, blir faktorer som tid, rom og organisering trukket hyppigst frem. Mangel på tid er den faktoren som nevnes av de fleste: «Det er vanskelig å få tid til å holde seg faglig à jour, følge med

på forskningen, justere budskapet / innholdet i undervisningen.» Deretter fremheves mangel på rom og muligheten til ro. Enkelte er usikre på om pasienten har fått nødvendig informasjon før hjemreise. Organiseringen i avdelingen ivaretar ikke systematisk informasjon til pasientene. Audiovisuelt utstyr savnes til formidling. Skriftlig materiell brukes lite bevisst. Pasientopplæring i grupper byr også på utfordringer: «Vanskelig å lage grupper som passer sammen slik at alle får medvirket på en god måte.»

Deltakerforutsetninger både hos pasienter, pårørende og helsearbeidere erfares også som hindringer. Pasienters og pårørendes situasjon, som er preget av kriser, manglende

motivasjon eller kognitiv svikt, oppleves som utfordrende og beskrives blant annet på følgende måte: «Umotiverte pasienter som er kognitivt svekket, har ned-satt initiativ, eller er deprimerte. Hvordan skal jeg motivere til aktiv deltakelse uten å gå i kjelleren selv?» Helsearbeiderens egen kompetanse eller manglende kunnskap beskrives slik: «Jeg mangler kunnskap og erfaring.» (...) «Min egen kompetanse er lav. Jeg er utdannet for mange år siden.» I tillegg til manglende kunnskap fremkommer etiske utfordringer; å handle etisk forsvarlig i kombinasjon med en travel arbeidsdag oppleves belastende.

## Kursets betydning

På slutten av studiet fremhever flere kursdeltakere betydningen av mestring og brukermedvirkning når helsepedagogikk omtales. De understreker at både helsefaglig og pedagogisk kunnskap er nødvendig for å ivareta deres pedagogiske ansvar. På spørsmålet

om hvilke hindringer de opplever i å være gode helsepedagoger fremheves de samme hovedkategoriene som trekkes frem ved oppstart, men de beskrives annerledes og mer utdypende. Tidsfaktoren og romforhold blir fortsatt trukket frem som hindrende faktorer, men utfordringene som nevnes er færre og i tillegg blir mulighetene fremhevet: «Vanskelig å svare på dette nå da kurset har lært meg å se på muligheter mer enn begrensninger!»

Deltakerforutsetninger omtales i mer positive termer som: «Nå hører resten av staben på meg når jeg snakker om å undervise og veilede pasienter», og: «Jeg er blitt flinkere til å finne forskningsartikler på nettet.»

Hovedkonklusjonen når det gjelder kursets betydning er: bevisstgjøring av helsearbeiderens ansvar for informasjon, undervisning og veiledning i tillegg til økt kompetanse til å vareta den pedagogiske funksjonen. Avhengig av den enkeltes forutsetning for å starte på kurset, fremheves ulike kompetanseområder som er utviklet: «Kurset har hatt stor betydning, mye kunnskap og læring, særlig via eksamensoppgaven.»

## Diskusjon

Før de nye helselovene trådte i kraft ble det pedagogiske ansvaret beskrevet forskjellig innen lovverket for de ulike profesjonene. Selv om sykepleiere alltid har hatt undervisningsansvar integrert i yrkesfunksjonen, var det først i Rammeplanen 2000, (21) at pedagogikk nevnes som eget tema under samfunnsvitenskapelige emner.

At helsearbeidere har ulik forståelse av begrepet helsepedagogikk, samsvarer med tidligere studier (16, 17). Ulike pedagogiske metoder må tilpasses pasienters og pårørendes behov og ressurser. Det er bedre å bruke mer tid til informasjon enn å gi råd som blir motarbeidet (22).

Pasientombudene (8) presiserer at kommunikasjonssvikt er et

vesentlig element i alle henvendelsene de mottar. Om dette skyldes en stadig travlere hverdag for helsepersonell eller at pasientene er mer oppmerksomme på sine rettigheter, vet vi ikke. Vi kan jo stille spørsmålet om informasjon er gitt hvis mottaker ikke har forstått. Dialog med pasienter gir dem større mulighet til forståelse av informasjonen, slik at de kan ta valg i tråd med egne verdier. Helsearbeidere formidler kunnskap, men erfaring med å leve med sykdom og mestre den, er pasientene eksperter på. Dialogen, kommunikasjonen og relasjonen er fundamentet for den gode helsepedagogen. Dette uttrykker respondentene også i sine svar, spesielt i slutten av kurset – uavhengig av om de kaller det informasjon, undervisning, veiledning eller støtte. Målet er at pasientene opplever trygghet og mestring, noe pasienter også i andre studier fremhever som viktigst (16, 23).

#### Tid, rom og organisering

Selv om det ikke fokuseres like sterkt på tid og rom som hindring

mot slutten av kurset, er ramme-faktorene reelle hindringer hvis det ikke gjøres endringer i helsevesenet. Et kurs i helsepedagogikk kan ikke påvirke hindringene direkte, men kurset har stimulert helsearbeiderne til å se flere muligheter. Bevisstgjøring og fokusering på informasjon, undervisning og veiledning fører til at tiden blir omprioritert. Sykepleiere i hjem-mebasert omsorg opplever aldri at pasientundervisning er tidsan-gitt på arbeidsplanen. Kanskje undervisning og veiledning bør uttrykkes eksplisitt i vedtak som blir gjort ved tildeling av hjemme-baserte tjenester (24). God orga-nisering kan også sørge for at det blir tatt hensyn til når pasienter og pårørende er mest mottakelige for ny kunnskap.

#### Deltakerforutsetninger

Kursdeltakere sier at det kan være problematisk å motivere pasien-ter til aktiv deltakelse i egen helse. Pasienter har juridisk rett til medvirkning og nyere studier viser at pasienter profiterer på større deltakelse i kliniske avgjørelser

(25). Skal beslutninger fattes, kreves det kunnskap. Dersom helsearbeideren ikke har tilstrekkelige kunnskap om pasienten eller mangler faglig og pedagogisk kompetanse, vil resultatet bli dårligere for pasienten. Dette kan resultere i misforståelser og klager. Dersom en forholder seg til mange pasienter, slik flere nevner, er det ikke lett å få kunnskap om den enkeltes kognitive eller emosjo-nelle læreforutsetninger. Undervisning i gruppe er utfordrende, både med tanke på læringsutbyttet og taushetsplikten. Skal undervisning og veiledning i grupper lykkes, må det ikke kun styres av effekti-vitetshensyn. Betydningen av det uformelle læringsforholdet mellom pasientene der erfaringer deles, er også viktig.

At erfarne helsearbeidere for første gang under kurset tok i bruk databaser for å finne forsknings-artikler om «sine» pasientgrupper, er et tankekors. Flere pasientgrup-per anvender internett for å søke helse-relatert informasjon (26). Helsepersonells kjennskap til hel-serelaterte nettsider er vesent-

lig for å kunne hjelpe pasienter og pårørende til å vurdere kvaliteten på innholdet. Den opplyste pasient og pårørende blir en utfordring, dersom helsepersonellet ikke følger med i kunnskapsutviklingen, eller informasjonen som er gitt skaper urealistiske forventninger. Bruk av skriftlig materiell, enten via inter-nett eller i papirform, må vurderes nøye og kun være et supplement til muntlig dialog.

#### Konklusjon

Økt vekt på effektivisering, indi-viduelle rettigheter, kunnskap og forventninger kan gjøre det utfordrende å tilfredsstille pasienters og pårørendes behov for informasjon. Faglig forsvarlig yrkesutøvelse krever at både det individuelle ansvaret og systemansvaret blir ivarettatt. Kurset i helsepedagogikk gjorde deltakerne mer bevisste på å ivareta det pedagogiske ansvaret. Om pasienter og pårørende har erfart endring i forhold til pasi-entundervisning i praksis er ikke undersøkt i denne studien, men eksamensbesvarelsene bekrefter at tiltak er iverksatt.

#### LITTERATUR

1. Dommerud T. Lei av dum debatt og pengemas. Dagens Medisin. 20.11.2008, s. 4.
2. Schei E, Rørtveit G, Diaz E. Ny fastlegereform! Aftenposten. 16.01.2009, s. 4.
3. Lov 1999-07-02 nr. 64 Lov om helsepersonell.
4. Lov 1999-07-02 nr. 63 Lov om pasientrettigheter.
5. Lov 1999-07-02 nr. 61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
6. Ot.prp. nr. 10 1998-99 Om spesialisthelsetjenesten
7. Årsmelding 2006 – Et sammendrag av pasientombudenes årsmeldinger.
8. Årsmelding 2007 – Et sammendrag av pasientombudenes årsmeldinger.
9. Dalland O. Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
10. Hopen V, Hopen L. Helsepedagogikk. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. 2004.
11. Saugstad T, Mach-Zagal R. Sundhedspædagogik for praktikere. København: Munksgaard, 2005.
12. Kostenius C, Lindquist AA. Hälsovägledning. Från tanke till ord och handling. Lund: Studentlitteratur, 2006.
13. Lesjgaard Christensen S, Huus Jensen B. Pedagogikk og pasientutdanning. Sykepleiens pedagogiske felt. Oslo: Akribe, 2003.
14. Granum V. Praktisk pasientundervisning. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
15. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
16. Kloster T. Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? Vård i Norden 1997;17 (3): 14-20.
17. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker ... Om veiledning i empower-mentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
18. Yoon SJ, Conway J, McMillan M. An exploration of the concept of patient education: Implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. International Journal of Nursing Practice 2006; 12: 129-135.
19. World Health Organization (WHO) (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa charteret om helsefremmende arbeid. Oversatt og utgitt av Helsedirektoratet.
20. Skelto A. Evolution or revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. Patient Educ Coun 2001; 44:23-27.
21. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Rammeplan for sykepleierutdanning, 2000.
22. Barth T, Näsholm C. Motiverende samtale Endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
23. Grønnestad BK, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. – En kvalitativ studie. Vård i Norden 2004; 24 (4): 4-8.
24. Fermann T, Næss G. Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold M, K Brodtkorb K, A Høyen Ranhoff A, red. Geriatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008: 196-218.
25. Holliday R, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78: 576-80.
26. Davallius C, Flensner G. Hälso-relaterad information via Internet: Hinder och möjligheter för individen. Vård i Norden 2006; 26 (4): 37-40.

# Ber om hornhinnedonorerer

Nytt regelverk for hornhinnedonasjon førte til mangel på donorer. I Norge er behovet cirka 300 transplantasjoner per år.

70 prosent av pasientene som dør på sykehus er aktuelle kandidater for donasjon av hornhinner. Likevel er det alt for få donorer. Årsaken er trolig det nye regelverket for hornhinne-transplantasjon.

## Import fra USA

Hornhinnetransplantasjon er den hyppigste formen for transplantasjon i verden. Oslo universitetssykehus, Ullevål, har den største øyeavdelingen i landet. De har blitt nødt til å kjøpe hornhinner fra USA.

– Det er ikke helt uproblematisk med tanke på at det også er mangel på hornhinner i USA, sier donoransvarlig sykepleier på øyeavdelingen, Linn Lillevold.

Hun ble ansatt som donoransvarlig sykepleier på øyeavdelingen. Øyeavdelingen ble etter det nye regelverket kom, nødt til gjøre noe for å kunne fortsette både forskning og transplantasjonsarbeidet.

Lillevold skal være med på å øke bevisstheten rundt donasjon og jobbe tett med sykepleiere og donoransvarlig lege på intensivavdelingen.

Avdelingen har også laget informasjonsmateriell som er tilgjengelig for ansatte, pasienter og pårørende.



## Hornhinnebanken

- Donorhornhinnen oppbevares i varmeskap i en liten beholder fylt med en væske som gjør at hornhinnen opprettholder god kvalitet.
- Hornhinnen kan oppbevares inntil fire uker før den brukes til transplantasjon.

## Store smerter

– Behovet for å dekke vår region er cirka 100 - 150 operasjoner i året. I tillegg får vi henvist pasienter fra andre regioner. I dag er tilgangen på hornhinnedonorer altfor liten i forhold til behovet, og mange pasienter må vente i lang tid med sterkt redusert syn og i noen tilfeller med kraftige smerter, sier Lillevold.

– Dersom sykehuset har en kandidat til å gi hornhinner, hvordan er prosedyren?

– Intensivavdelingen vil da ringe til meg. Vi dobbeltsjekker journalen for å være sikre på at dette er en pasient som egner seg til å



ETTERLYSER DONORER: Linn Lillevold er donoransvarlig sykepleier ved hornhinnebanken på Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

donere hornhinner. Er pasienten egnet, innhenter vi samtykke fra pårørende. Pasienten blir så kjørt til patologen hvor hornhinnene blir tatt ut og lagt i hornhinnebanken, sier Lillevold.

## Ja til organdonasjon er ikke ja til hornhinnedonasjon

Selv om man har sagt ja til organdonasjon, har man ikke sagt ja til at hornhinnene doneres. Hvis man sier ja til donasjon sier man ja til å donere bort: hjerte, to lunger, to nyrer, lever og bukspyttkjertel. I Norge står ikke hornhinnen på «Donorkortet» slik den gjør i flere land.

– Vi spør ikke pasienter som har sagt ja til å være donorer, om også å si ja til hornhinnetransplantasjon. Vi holder oss unna.

– Hvorfor det?

– Det er mulig dette vil endre seg etter hvert, men vi har bestemt oss for det enn så lenge, sier hun.

– De som ønsker å være hornhinnedonorer, hva skal de gjøre?

– De må informere sine pårørende om sine ønsker. Det er deres ønsker som skal følges, selv om pårørende har siste ordet. Pårørende vil alltid bli informert og spurt om samtykke i forkant av en eventuell hornhinnedonasjon, sier Lillevold.

# Tenketank for ME i Norge

Ti ledende forskere i Europa vil finne løsningen på myalgisk encefalomyelitt (ME), den mystiske sykdommen som rammer stadig flere.

Med støtte fra fjorårets nobelprisvinner i medisin, Luc Montagnier, starter de nå en tenketank for å fremme samarbeid mellom forskere fra forskjellige fagfelt og for å sette langt sterkere fokus på innovativ og kreativ forskning på sykdommen.

Den nye tenketanken er igangsatt av den nyopprettede organisasjonen European Society for ME (ESME). Denne organisasjonen vil ha fokus på å organisere forskning og utdanne helsepersonell innen ME.

## Rammer 15 000

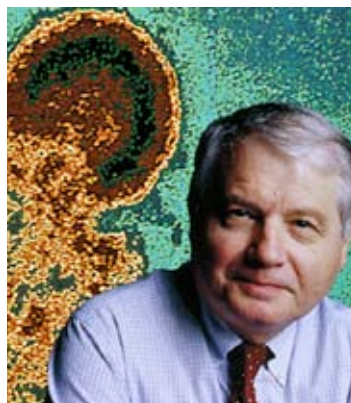
Myalgisk encefalomyelitt (ME), også kalt kronisk utmattelsessyndrom, er en sykdom som rammer rundt 15 000 nordmenn. Sykdom-

men er langt mer utbredt i Europa enn mer utforskede tilstander som multipel sklerose og aids.

I USA regner man med at rundt én million mennesker er rammet, og i Europa er tallet enda høyere. Allikevel mangler det midler til store forskningsprogrammer for å finne årsaken til det som ofte refereres til som «den mystiske sykdommen».

## Forskning

– Frem til nå har ME-organisasjoner vært pasientbaserte og har først og fremst fokusert på pasientenes behov. Dette er derfor noe helt nytt og unikt. Vi er en gruppe profesjonelle som ønsker å stimulere til ny og banebrytende forskning innen ME, i tillegg til



OPPDAGER: Nobelprisvinner i medisin, Luc Montagnier, var blant forskerne som i sin tid oppdaget hiv-viruset.

å hjelpe leger og annet helsepersonell med å holde seg oppdatert på den ferskeste utviklingen innen diagnostisering og behandling av ME-pasienter, sier styremedlem i ESME, Catherine Miller-Duhen.

## Utdanning

– Forskere har allerede avdekket mye om ME, men kunnskapen når ikke ut til helsepersonell. Sykdommen blir fortsatt ikke tatt på alvor. Det er på tide at dette endrer seg, sier Montagnier, som var blant forskerne som i sin tid oppdaget hiv-viruset.

– Det er en total mangel på kunnskap og forståelse rundt denne sykdommen i helsevesenet. Vi ønsker å bruke våre kunnskaper til å utdanne leger, terapeuter

og annet helsepersonell, slik at de bedre kan forstå hvordan de skal behandle en ME-pasient, sier professor Ola Didrik Saugstad, som er leder av Pediatrisk forskningsinstitutt på Rikshospitalet.

## Stiftet i Stavanger

Det første møtet for ME-tenketanken ble avholdt 13. juni i Stavanger. Mer informasjon finnes på ESMEs nettside: [www.esme-eu.com](http://www.esme-eu.com).

Kontaktpersoner for ESME: Svein Harvang: +47-90180049; Rebecca Hansen: +45-25713577, [icerebel62@hotmail.com](mailto:icerebel62@hotmail.com)

Pasientkontakter: Anette Gilje: +47-95934023, [anette.gilje@c2i.net](mailto:anette.gilje@c2i.net); Mette Schøyen: +47-47844671, [metteschoyen@gmail.com](mailto:metteschoyen@gmail.com)

## Dvergpalmekstrakt uten effekt

Dvergpalmekstrakt er ikke mer effektivt enn placebo i behandling av urinveisplager grunnet forstørret prostata. Det er Cochrane-samarbeidets konklusjon etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

Studiene viste at:

- Sammenliknet med placebo har dvergpalmekstrakt muligens liten eller ingen innvirkning på prostataplager målt ved endring i IPPS
- Sammenliknet med legemiddelet finasterid har dvergpalmekstrakt muligens liten eller ingen innvirkning på prostataplager målt ved IPPS
- Sammenliknet med legemiddelet tamsulosin har dvergpalmekstrakt muligens liten eller ingen innvirkning på prostataplager målt ved endring IPPS

## Fødselshjelp – kan vi lære av feil?

Norsk gynekologisk forening (NGF) skal sammen med Norsk pasientskadeerstatning (NPE) starte opp et prosjekt. Målet er å lære av erstatningssaker NPE har mottatt etter skade på mor og/eller barn i forbindelse med fødselshjelp.

Fra 1988 til 2008 har 450 pasienter eller pårørende fått erstatning etter behandlingssvikt under fødselshjelp. Mange sier til NPE det er viktig at helsevesenet lærer av feil som gjøres.

Nå skal 300 pasienter og foresatte spørres om å delta i en studie. Hovedansvarlig for studien vil være dr. med. Pål Øian, som er professor i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN. Assistentlege Stine Andreasen (Kvinneklinikken, Nordlandssykehuset Bodø) er ansatt som stipendiat for å gjennomføre studien.

## Sidsel Tveiten om helsekommunikasjon



**Fra:** avd. for helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Akershus

**Yrke:** Sykepleier, Dr.polit. og førsteamanuensis

## Mer enn en selger/kunde-relasjon

Myndiggjøring av brukere av helsetjenester betyr ikke at fagpersonene gir fra seg ansvaret.

Artikkelen «Kunnskap er egenmakt» i Sykepleien nummer 5–2009 setter søkelys på vesentlige utfordringer i helsetjenesten, blant annet samhandlingen mellom fagpersoner og pasienter. Imidlertid vil jeg komme med noen kommentarer som kan bidra til å nyansere innholdet i artikkelen.

I artikkelen redegjør Finbråten og Pettersen for begrepet «health literacy» eller helsefremmende allmenndannelse, og peker på at helsefremmende allmenndannelse er nødvendig for å oppnå «empowerment» gjennom helsekommunikasjon. Forfatterne hevder at for å oppnå helsefremmende allmenndannelse er man blant annet avhengig av å kunne lese og skrive, ha visse vesentlige og vitenskapelig baserte kunnskaper om kropp og helse, evne til å oppsøke informasjon om egen helsetilstand og evne til å føre adekvat helsedialog med helsepersonell. Med dette som utgangspunkt vil mange pasienter mangle grunnleggende forutsetninger for å oppnå empowerment. Hva en adekvat helsedialog er utdypes ikke. Nettopp dialogen mellom fagpersoner (helsepersonell) og pasienter er vesentlig for samhandlingen i empowermentprosessen.

I artikkelen viser forfatterne til omfordelingen av makt som ligger til grunn for empowermenttenkningen. De advarer mot denne maktomfordelingen som de mener i verste fall kan føre til at helsemessige problemløsninger like gjerne baseres på pasienters erfaringer og sterke argumenter, som på fagfolks profesjonelle kunnskap og nøkterne årsaksresonnementer. Det kan se ut som om Finbråten og Pettersen oppfatter makt-

omfordelingen i empowermenttenkningen dit hen at fagpersonene skal gi fra seg sitt ansvar. Her synes jeg det kan være relevant med en nyansering; empowerment kan ses som en prosess der fagperson og pasient samhandler. I denne samhandlingen er det to eksperter, pasienten og fagpersonen. De er imidlertid eksperter på hvert sitt område, pasienten på seg selv, sitt liv og sine opplevelser. Fagpersonen er ekspert på det faglige området knyttet til pasientens anliggende. Samhandlingen mellom de to ekspertene er komplisert og impliserer makt. Dersom fagpersonene tror at empowerment betyr at de skal delegerer sitt faglige ansvar til pasienten blir det farlig. Maktomfordelingen handler om å erkjenne og anerkjenne at det er to eksperter, men altså på

### I denne samhandlingen er det to eksperter, pasienten og fagpersonen.

hvert sitt område. Utfordringen er å samhandle gjennom dialog, slik at begge ekspertkompetanse erkennes og anerkjennes til pasientens beste. Denne samhandlingen er svært utfordrende, både for fagpersoner og for pasienter.

De sentrale prinsippene i empowermenttenkningen er maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse som ekspert på seg selv. Medvirkning er et mangetydig begrep. Medvirkning kan bety at man blir hørt og sett, det kan også bety at man bestemmer i

noen sammenhenger. Det betyr ikke nødvendigvis at pasienten skal bestemme type behandling, det ville innebære å la pasienten bestemme på fagpersonens ekspertområde. Derimot må fagpersonene i dialogen med pasientene sørge for at pasientene er i stand til å ta autonome valg når det er mulig. Empowermenttenkningen er i tråd med lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell. Som fagpersoner kan vi derfor ikke velge ikke å forholde oss til prinsippene i empowermenttenkningen. Selv om ikke alle pasienter har forutsetninger for helsefremmende allmenndannelse, slik dette defineres i artikkelen, må fagpersonene samhandle med pasienten og/eller pårørende i tråd med helselovene og prinsippene i empowermenttenkningen.

Empowerment kan også ses på som en kontinuerlig prosess mellom bevissthet og endring. Som fagpersoner må vi samhandle individuelt, person-, situasjons- og kontekstavhengig. Vi må også ta de utfordringer dette innebærer på alvor. Det fremheves i artikkelen at tanken bak empowerment er at kunnskaps- og autoritetsgapet mellom sender og mottaker av helsebudskap bør jevnes ut. Hva som jevnes ut og hvordan det jevnes ut er imidlertid ikke entydig og langt fra enkelt. Dette representerer en stor utfordring for helsepersonell.

Finbråten og Pettersen hevder at empowerment kan betraktes som en inviterende prosess som aktivt forsøker å sette pasienten i stand til å ivareta egen helse. Jeg forstår Finbråten og Pettersen dit hen at de mener at helsepersonell kan sette pasienter i stand til å ivareta egen helse. Her kan man muligens se antydningen

**Fag i utvikling**

**Helsekommunikasjon**

**Kunnskap er egenmakt**

Pasienters helseformende almenndannelse bør rutinesmessig kartlegges av helsepersonell før viktig rådgivende helsekommunikasjon starter.

**Det er ofte et gap mellom det pasientens faktisk forstår, og det profesjonelle forventer eller tror de forstår.**

**«Julehelse»**  
«Julehelse» eller helseformende almenndannelse er en viktig del av helsearbeidet. Det handler om å gi pasienter kunnskap og forståelse for sine egne helseutfordringer. Dette kan gjøres gjennom ulike aktiviteter som kurs, brosjyrer og informasjonsskrifter. Det er viktig å tilpasse informasjonen til pasientens nivå og behov. Dette kan gjøres ved å bruke bilder, filmer og praktiske øvelser. Det er også viktig å gi pasienter mulighet til å stille spørsmål og få svar på sine spørsmål. Dette kan gjøres gjennom gruppearbeid og rollespill. Det er viktig å huske på at helseformende almenndannelse er en pågående prosess som bør gjøres regelmessig. Dette kan gjøres gjennom ulike aktiviteter som kurs, brosjyrer og informasjonsskrifter. Det er viktig å tilpasse informasjonen til pasientens nivå og behov. Dette kan gjøres ved å bruke bilder, filmer og praktiske øvelser. Det er også viktig å gi pasienter mulighet til å stille spørsmål og få svar på sine spørsmål. Dette kan gjøres gjennom gruppearbeid og rollespill. Det er viktig å huske på at helseformende almenndannelse er en pågående prosess som bør gjøres regelmessig.

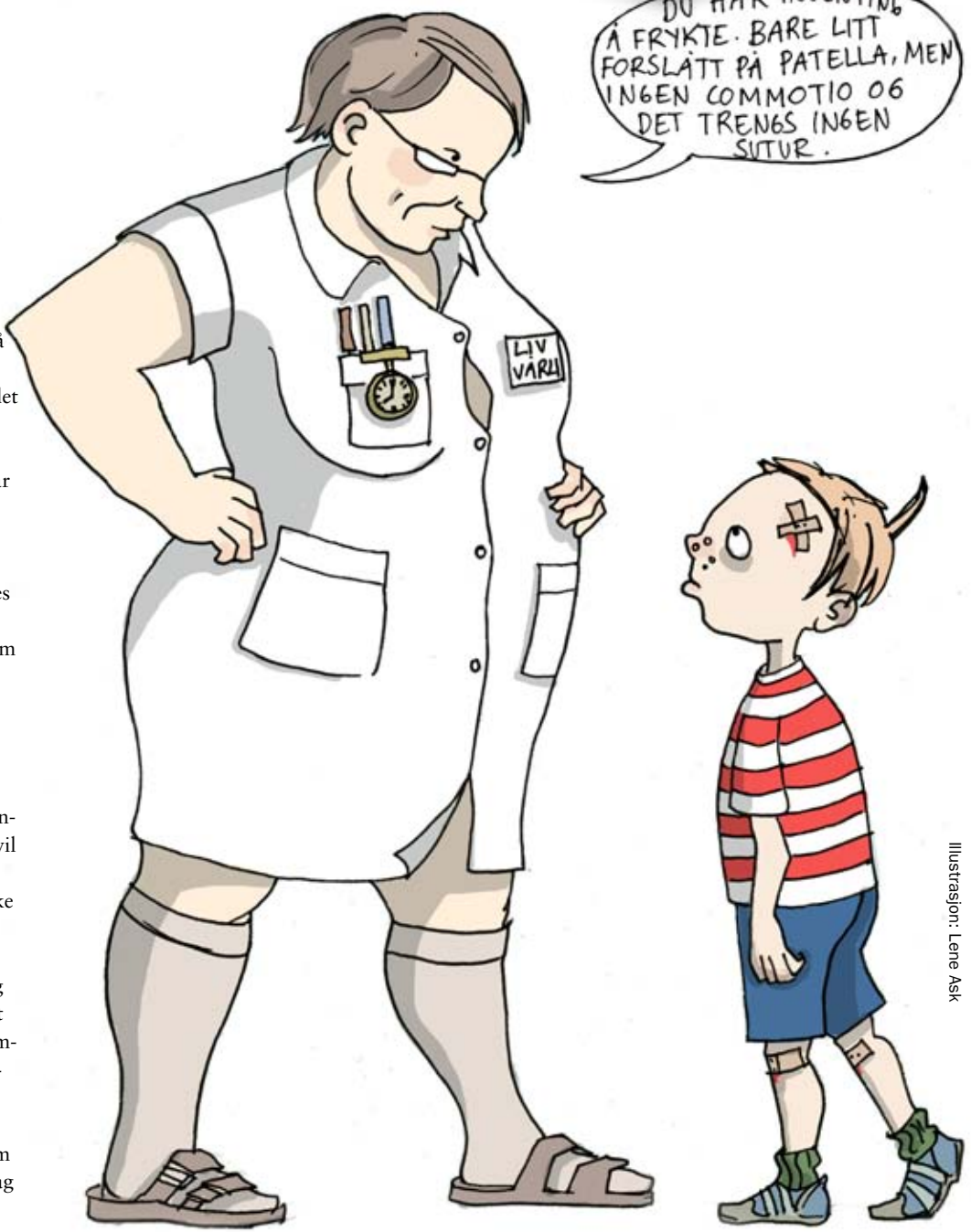
**«Liv VARI»**  
«Liv VARI» er et program som gir pasienter kunnskap og forståelse for sine egne helseutfordringer. Dette kan gjøres gjennom ulike aktiviteter som kurs, brosjyrer og informasjonsskrifter. Det er viktig å tilpasse informasjonen til pasientens nivå og behov. Dette kan gjøres ved å bruke bilder, filmer og praktiske øvelser. Det er også viktig å gi pasienter mulighet til å stille spørsmål og få svar på sine spørsmål. Dette kan gjøres gjennom gruppearbeid og rollespill. Det er viktig å huske på at helseformende almenndannelse er en pågående prosess som bør gjøres regelmessig.

**«Du har ingenting å frykte...»**  
«Du har ingenting å frykte...» er et program som gir pasienter kunnskap og forståelse for sine egne helseutfordringer. Dette kan gjøres gjennom ulike aktiviteter som kurs, brosjyrer og informasjonsskrifter. Det er viktig å tilpasse informasjonen til pasientens nivå og behov. Dette kan gjøres ved å bruke bilder, filmer og praktiske øvelser. Det er også viktig å gi pasienter mulighet til å stille spørsmål og få svar på sine spørsmål. Dette kan gjøres gjennom gruppearbeid og rollespill. Det er viktig å huske på at helseformende almenndannelse er en pågående prosess som bør gjøres regelmessig.

til en selvmotsigelse da empowerment er ment som et slags motstykke til paternalisme. Ingen kan antakelig gjøre noen empowered, men vi kan derimot hjelpe til i prosessen. Det kan også se ut som om Finbråten og Pettersen mener at ifølge empowermenttenkningen har pasienter det hele og fulle ansvar for egen helse. Dette synes jeg er vel kategorisk fremstilt. Det er nettopp i sammenhengen at pasienter kan ha hovedansvar for egen helse, men fagpersonene har selvsagt også et ansvar.

Begrepet «kunde» er ikke problematisert i artikkelen i noen særlig grad. Slik det fremsettes der er det ikke i tråd med kjernen i empowermenttenkningen som har med relasjonen mellom pasient og fagperson å gjøre. Når fagpersoner samhandler med pasienter er det altså en langt mer kompleks relasjon enn en selger-kunde relasjon. Det er i denne sammenheng fristende å hevde at kundebegrepet ikke er i tråd med kjernen i empowermenttenkningen. Samhandlingen må aldri reduseres til et kundeforhold, da vil den affektive dimensjonen lide. Det er interessant i denne sammenheng at kundebegrepet ikke brukes i helselovene. Pasientbegrep brukes om alle som bruker helsetjenester.

Finbråten og Pettersen hevder at det er viktig å være kritisk til empowermenttenkningen. Det er selvsagt viktig. Det er også viktig i denne sammenheng å fokusere vitenskapelig på samhandlingen mellom fagfolk og pasienter, forske på hvordan den skjer og hva partene opplever, for å få et vitenskapelig grunnlag for å vite hva som er god samhandling. Dette inngår heldigvis i dag også i forskningen ved Høgskolen i Akershus.



Illustrasjon: Lene Ask

## NSF Student-leder Tone Moan ser tilbake

Tone Moan har sittet et år ved roret til NSF Student. Hun mener at organisasjonen har fått utdanningen på den politiske dagsorden.

**Alder:** 28 år

**Fra:** Bodø



Foto: Stig M. Weston

# Jeg studerer for livet!

Et studentpolitisk år er snart over. Når medlemmene i NSF leser dette, er sykepleierstudenter fra hele landet samlet på Bolkesjø i anledning årsmøtet i NSF Student.

Viktige utdanningspolitiske saker skal diskuteres, modige vedtak skal fattes og ny ledelse skal velges. For mange av delegatene innebærer dette den første erfaringen med politisk virksomhet. Men ved møteslutt fire dager etter reiser nesten 100 studenter hjem med ny bevissthet om hvor viktig faget de studerer er. De vet at det finnes en rammeplan som regulerer utdannelsen deres, nettopp for å sikre at de oppnår den kompetansen de trenger som sykepleiere. Og de vet at det aller viktigste er at deres sykepleierutdannelse er avgjørende for pasientenes sikkerhet.

Ambisjonene var store etter forrige studentvalg. «Kvalitet i praksisstudier» har vært en gjenganger i NSF Student, og mange uttrykte dårlig skjult skuffelse over at studentene ikke kunne komme på «noe nytt». Nå ser vi at videre arbeid på dette var en helt riktig prioritering. Det lønner seg å stå på over tid og gjenta det samme budskapet mange ganger!

Vi ble tidlig på høsten 2008 gjort kjent med at finansieringsordningen for universitet og høyskoler skulle evalueres våren 2009, og at sykepleierutdanningen i dagens system får mindre penger per student enn de fleste sammenliknbare studier. Dette skjer på tross av politiske ambisjoner om mange flere sykepleiere i årene som kommer, og et mer effektivt og kvalitetssikret helsevesen. Gjennom god dialog med studielede, lærere og studenter vet vi at rammeplanens bestemmelser enkelte steder brytes, og at dette ofte begrunnes med ressursmangel. Vi så dermed en mulighet til å få politisk oppmerksomhet om sykepleierutdanningens behov. Vårt lobbybudskap ble «Underfinansiert sykepleierutdanning = trussel for pasientens sikkerhet».

Gjennom mediautspill og dialog med partipolitikere har vi fått til en offentlig debatt om

finansieringen av sykepleierutdanningen og hvilke følger dette har for kvaliteten på praksisstudiene. Vi benyttet anledningen oppmerksomheten ga til å møte sentrale politikere i samtlige partier representert på Stortinget. Målet var å synliggjøre at det er et felles ansvar for helse- og utdanningsmyndigheter å sørge for at det utdannes mange nok og gode nok sykepleiere. Gjennom å øke finansieringen til sykepleierutdanningen kan politikerne vise at de mener alvor med satsingen på helsevesenet.

Lobbyrunden medførte at flere av representantene stilte spørsmål til statsråd Tora Aasland og statsråd Bjarne Håkon Hanssen. Tydelige medieutspill og politisk press fra NSF Student,

### Studentorganisering er i stadig vekst og med gode allianser som kan brukes videre.

kombinert med NSF's langsiktige påvirkning for bedre rammevilkår for sykepleierutdannelsen, bidro til en debatt det ble umulig for aktuelle parter å overse. Dette har resultert i respons og handling fra utdanningsinstitusjoner, NOKUT, Statens Autorisasjonskontor og Kunnskapsdepartementet.

NOKUT vil på bakgrunn av debatten gjennomgå sine rapporter fra akkrediteringen av sykepleierutdanningene en gang til. Rapporten skal legges frem nå i juni og vi venter spent på å lese den. NSF har gitt klart uttrykk for at vi forventer at NOKUT som et uavhengig organ må kunne iverksette de tiltak som er nødvendig ut fra de rammeplansbrudd som forekommer. NSF ønsker også at det skal innføres en akkrediteringsordning for praksisplasser som sikrer

at det er en viss minstestandard på de steder sykepleierstudenter sendes i praksisstudier.

Statsråd Tora Aasland lovet å ta med seg alle våre innspill til gruppen som evaluerer finansieringsordningen, og vi forventer derfor å se resultater i fremlegg til statsbudsjett for 2010. Vi håper gruppen vil konkludere med at kategorisystemet slik det er i dag ikke samsvarer med behovene i høyere utdanning, og at man må starte en prosess med å endre disse. Vi har ventet lenge nok på en rettferdig finansiering av sykepleierutdanningen, nå er det på tide med handling!

I år reiser delegatene hjem iført en t-skjorte med «Jeg studerer for livet!» på brystet. Jeg håper vi gjennom dette året har klart å sette fokus på betydningen av kvalitet i sykepleierutdanningen på en måte som gjør studentene stolte av det studiet de har valgt. Vi trenger studenter som forstår kompleksiteten i faget, men som samtidig kan argumentere for hvorfor sykepleier er livsviktig. Kunnskapen NSF Student hvert år tilfører studentene på årsmøtet, gjør dem bedre rustet til å bruke engasjementet sitt på å fremme sykepleierfaget. Det gir håp for at man også i fremtiden kan ha et NSF som vinner viktige kamper for sine medlemmer.

Ved valgperiodens slutt kan vi med glede vise til en studentorganisering i stadig vekst og med gode allianser som kan brukes videre. Det er naturlig å bruke anledningen til å takke alle til-litsvalgte sentralt og lokalt for en strålende jobb i året som har gått. Jeg sender også en stor takk til alle vi har samarbeidet med internt i NSF og eksternt for gode diskusjoner og resultater, og ønsker tilslutt den nye studentledelsen lykke til med det spennende arbeidet som venter.

Tone Moan,  
avtroppende studentleder i NSF





## VI VOKSER STADIG

Sykepleiere er profesjonelle til fingerspissene. De ønsker stadig faglig påfyll, slik at de hele tiden kan utvikle seg. Da er det logisk å gi dem et samlingspunkt hvor det er mulig.

Sykepleien vil være det samlingspunktet, og heldigvis viser alle målinger at vi lykkes. Lesertallene våre vokser stadig, og det samme gjør vi. Slikt blir det utvikling av.

**sykepleien**

# Liberalisering av LAR

Til neste år kan flere rusavhengige få legemiddelassistert rehabilitering. Det betyr mer jobb på sykepleierne.

I dag er det 5 000 rusavhengige som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er dokumentert at tiltaket fører til bedre livskvalitet, skadereduksjon og mindre dødelighet. Med en liberalisering av dagens regler gjennom de nye forslagene til en forskrift og tilhørende nasjonale retningslinjer, kan antallet pasienter fort stige. Myndighetene har anslått at 7 000 i Norge har behov for LAR, eller 70 prosent av de antatt opioidavhengige.

Hvis forslagene godtas, blir det lettere å komme med i programmet

og vanskeligere å avslutte en slik behandling: **Aldersgrensen på 25 år er foreslått fjernet. Vold eller trussel om vold, samt bruk av andre rusmidler skal ikke lenger være grunn til å avslutte behandling.**

– Vold eller trussel om vold må møtes med andre tiltak enn ute-stengning fra LAR. Vold bør alltid politianmeldes og trusler om vold bør vurderes anmeldt, sier overlege Arne Johannesen ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark.

Han har ledet arbeidsutvalget som har foreslått de nye retningslinjene, og forventer mest disku-

sjon rundt forslaget om å ta vekk aldersgrensen på 25 år.

– Vi har ikke funnet faglig begrunnelse for å ha en nedre aldersgrense, men understreker at jo yngre de er, jo mer skal opiatfri behandling vektlegges. Gjennomsnittsalderen på LAR-pasientene har vært stabilt høyt på rundt 39 år, sier Johannesen.

Den foreslåtte forskriften med tilhørende retningslinjer skal erstatte det rammeverket som ble utformet da LAR ble et landsdekkende tilbud i 1998.

## Store forskjeller

En evaluering i 2004 viste at det var store forskjeller i hvordan LAR fungerte rundt omkring i landet, både i forhold til ventetid, medisinbruk, organisering og praktisering av opplegget.

Før rusreformen var de regionale LAR-sentre i gråsonen mellom statlig spesialisthelsetjeneste og kommunal rusbehandling som godkjente LAR-behandling etter søknad fra kommunen. Nå er sentrene blitt en del av spesialisthelsetjenesten, innarbeidet i TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) for rusmiddelavhengighet. Trepartssamarbeidet mellom sosialtjenesten i kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten er anbefalt opprettholdt, men i den nye forskriften vil spesialisthelsetjenestens ansvar bli tydeligere. «Oppstart og utvikling av LAR skal besluttes av spesialisthelsetjenesten», heter det i forslaget. Men både sosialtjenesten

og leger i primærhelsetjenesten vil ha henvisningsrett.

– Det nye blir altså at spesialisthelsetjenesten både skal betale og forskrive i LAR-behandlingen. Tidligere har kostnadene blitt dekt av LAR-sentrene og fastlegene har kunnet forskrive medikamentene, sier Svein Roald Olsen, spesialrådgiver i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

## Bort med tiltaksplanen

Et annet forslag er at tiltaksplanen faller bort.

– Individuell plan vil fange opp det vi mister med å fjerne tiltaksplanen. Planene er ofte satt opp lang tid i forkant av LAR-behandlingen, og blir derfor ikke reelle, sier Arne Johannesen.

Svein Roald Olsen i NSF tviler på om det er så enkelt.

– Vi vet fra før at individuelle planer ikke brukes så mye som de skal, sier han.

## Legemidlene

De legemidlene som benyttes i LAR er enten metadon som drikkes i flytende form, eller pillene buprenorfin (Subutex) eller buprenorfin kombinert med nalokson (Suboxone). Nalokson brukes blant annet som motgift ved heroinoverdoser fordi det er en full opioid-antagonist. Hittil har metadon vært mest brukt, men i de nye retningslinjene er førstevalget Suboxone.

– Buprenorfin er valgt av sikkerhetsmessige grunner. Det er sikrere enn metadon fordi det er en partiell



## Heroinhistorie

Hundrevis av sesonger med opiumsvalmuer (Papaver somniferum) har blitt tappet for plantesaft siden avhengighetspreget bruk av opium ble kjent i Vesten på 1600-tallet. I 1823 kom morfin, på midten av 1800-tallet kom injeksjonssprøyten, og da heroinen ble oppdaget i 1874 var det bare å starte storproduksjon, skjønt det tok 100 år før nordmenn merket noe særlig til det.

I Norge oppstod det moderne narkotikaproblemet først på 1960-tallet og i 1975 stod det i den første narkotikameldingen at «heroin er bare konstatert rent sporadisk».

Rundt år 2000 ble det anslått at Norge hadde opptil 15 000 sprøytebrukere. I 2005 ble anslaget nedjustert til 12 500. 85 prosent av dem bruker heroin.

Kilde: Helsedirektoratet



Går høringsforslaget gjennom, kan pasienter bli stående i LAR-program selv om de bruker andre rusmidler i tillegg. Bildet er fra Skippergata i Oslo.



Foto: Marit Fonn

”LAR er en anerkjent og regulær behandling med legemidler. Derfor blir det viktig at sykepleierne lærer seg legemidlene og møter LAR-pasientene på lik linje med andre pasienter.

Svein Roald Olsen

agonist. Metadon er en full agonist og virker fullt ut på alle opiatreseptorer i hjernen. Dermed kan den lettere føre til overdosering, forklarer Johannesen.

– Men hvorfor anbefaler dere Suboxone – brukerorganisasjonene foretrekker Subutex?

– Suboxone vil gi mindre effekt hvis de injiseres, og noe av hensikten er også å hindre salg. Men i retningslinjene står det klart at man skal legge vekt på pasientens ønsker, sier Johannesen.

– Suboxone har over dobbelt så lang liste med bivirkninger som Subutex i Felleskatalogen. Vi er ikke glade for at det har blitt førstevalget, sier Lise Aasmundstad, leder av RehabPiloten.

Hun var eneste brukerrepresentant i arbeidsutvalget for de nye retningslinjene.

#### Savner mer kunnskap

Aasmundstad synes de nye retningslinjene er et skritt i riktig retning, men hun savner mer kunnskap hos både brukergruppen og hos sosial- og helsepersonell i førstelinjetjenesten.

– Mange vet ikke at vi er pasi-

enter en gang. Her trengs det et kunnskapsløft, sier hun.

Aasmundstad ønsker også at de psykososiale tiltakene kunne vært definert litt klarere.

– Det kreves riktige tiltak for den enkelte. Det tar ikke forskriften hensyn til, men nå har vi en mal som kan utvikles videre, sier hun.

#### Hjemmesykepleien får mer å gjøre

– Hva blir så de største endringene for sykepleiere hvis forslagene går gjennom?

– Utleveringsordningene må differensieres i større grad. I dag skjer mye via apotek, men trolig vil hjemmetjenesten forpliktes i større grad enn før, sier Arne Johannesen.

Svein Roald Olsen i NSF tipper at også sykepleierne ved poliklinikkene ved TSB vil få mer å gjøre i forhold til henvisningsspørsmål.

– Det er bra at vi endelig får nasjonale retningslinjer for et likt helsetilbud til denne pasientgruppa. LAR er en anerkjent og regulær behandling med legemidler. Derfor blir det viktig at sykepleierne lærer seg legemidlene og møter LAR-pasientene på lik linje med andre pasienter.

ANTISTIGMA: – Sykepleiere må bidra med antistigmaarbeid overfor LAR-pasientene som ofte har blitt sett på som B-pasienter av helsevesenet, sier Svein Roald Olsen i NSF.

## Nedtrapping fra LAR

LAR trenger ikke være livsvarig behandling. Det er fullt mulig å trappe ned og bli helt rusfri. Her er oppskriften fra psykiater og overlege Arild Schillinger, ved avrusningsenheten på Østfold-klinikken:

– Min erfaring er at man etter hvert får en nedgradering av opiatreseptorene ved langvarig bruk av buprenorfin (Subutex, Suboxone). Dette innebærer at de kan gå ned i dosering, uten at det medfører noe ubehag.

**Dosereduksjon:** Det er uproblematisk å redusere med 2 mg per gang. Nedtrappingen skjer helt etter LAR-pasientens tempo, men det kan være lurt å ikke gå fortere ned enn 2 mg per uke.

**Full seponering:** Samme oppskrift, men det kan være lurt å bruke naltrexon (Revia) de første tre måneder etter full seponering. Naltrexon er en 100 prosent opiatblokker, og vil hindre tilbakefall til heroin og lignende. Preparatet er nå avregistrert i Norge, men fås i Sverige. Apoteket er behjelpelig med å søke synonympreparater på registreringsfritak.

# Trusler skal rapporteres

På en avdeling har de ansatte fått beskjed om å slutte å rapportere om trusler. Årsaken er at det er en spesiell pasient som står bak truslene.

Ansatte i helsesektoren er spesielt utsatt for trusler og vold på arbeidsplassen. (Sykepleien nr.9, s 62-64). Trusler og voldsepisoder skal rapporteres, men Arbeidstilsynet mener mørketallene er store. Men hva om arbeidsgiver sier du skal slutte å rapportere? Slik denne sykepleieren opplever:

**«På vår avdeling har vi nå fått beskjed om å slutte å innrapportere verbal utagering og trusler. Bakgrunnen er at det er den samme personen som kommer med disse truslene og at det skjer hver dag, og at det derfor ikke er nødvendig å rapportere dem inn lenger. Selv føler jeg at de verbale truslene ofte 'sitter i meg' lenger enn et fysisk slag...»**

## Ta problemet på alvor

– Vi i NSF's rådgivningstjenest mener at hun fortsatt skal rapportere dette, og at arbeidsgiver skal ta dette på alvor, sier seniorrådgiver Mette Høiland.

Psykiske belastninger, som tidspress, negativt stress, trakassering og vold og trusler om vold i arbeidssituasjonen, oppfattes i økende grad som betydelige arbeidsmiljøproblemer. Undersøkelser viser blant annet at ansatte har opplevd beskyldninger, utskjelling, fysisk aggresjon eller ubehagelig seksuell oppmerksomhet.

– Slike belastninger fører til at mange ofte gruer seg for å gå på jobb. Det kan også bidra til å forlenge sykefravær. I en kartlegging av helse- og sosialarbeidere, rapporterer seks av ti at de har opplevd vold eller trusler i arbeidet, sier Høiland.

det, sier Høiland.

## Lov og rett

Brukerne og pasienter har etter helse- og sosiallovgivningen krav på pleie- og omsorgstjenester. Samtidig har arbeidstakerne etter arbeidsmiljøloven, krav på et forsvarlig arbeidsmiljø.

– Kravet om et forsvarlig arbeidsmiljø er i like stor grad gjeldende i helsetjenesten som i arbeidslivet for øvrig. Ansatte skal kunne utføre arbeidet sitt på en sikker og forsvarlig måte. Det betyr at arbeidet i utgangspunktet tilrettelegges slik at hjelp kan ytes uten at arbeidet medfører uheldige belastninger eller skader på arbeidstakerne (arbeidsmiljølovens §§ 7, 8 og 12).

## Arbeidsgivers ansvar

– Vi vet ikke hvor denne sykepleieren jobber, men uansett må arbeidsgiver prøve å få til et arbeidsmiljø som ikke påfører arbeidstakerne helseplager eller skader. Utagerende brukere gjør at det blir nødvendig å få til en god dialog. Det er også viktig med et godt samarbeid mellom virksomheten som tjenesteyter, og brukerne som tjenestemottakere, sier hun

Ifølge NSF's rådgivningstjeneste er tilrettelagte arbeidsplasser, gode og sikre arbeidsvaner, klare ansvarsforhold og godt samarbeid hva systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (systematisk HMS-arbeid) består av.

– Ved å systematisere gjennomføring av tiltak og forebygging, er det mulig å oppnå forbedringer innen arbeidsmiljø for å redusere



### Arbeidsgiver har ansvaret for å:

- Kartlegge arbeidsmiljøet og sette i verk nødvendige tiltak.
- Sørge for at det drives en organisert vernetjeneste.
- Sørge for nødvendig opplæring og instruksjon for arbeidstakerne.
- Arbeidsgiver har hovedansvaret for å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø, men det hviler også en plikt på arbeidstakerne til å medvirke i dette arbeidet (arbeidsmiljølovens § 16).

sere risikoen for helseskader hos arbeidstakerne, sier hun.

## Psykisk blir fysisk

Uheldige psykiske belastninger er i like stor grad som fysiske belastninger, med på å øke risikoen for helseplager hos ansatte.

– Muskel og skjelettplager har ofte utspring i psykiske påvirkninger på arbeidsplassen. Vold eller trusler om vold har negativ psykososial betydning, sier Høiland. Hun understreker at vold og trusler om vold ikke kan godtas.

Uansett hva voldsutøveren har som bakgrunn og hensikt. God grunnbemanning og mulighet for at minst to arbeidstakere kan jobbe sammen hos brukere som er potensielt utagerende, kan også virke forebyggende.

– Det er viktig å ha en viss forutsigbarhet i jobben som skal utføres hos den enkelte bruker, sier hun.



# Marie Aakre om aktiv dødshjelp

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

**Alder:** 60 år

**Fra:** Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



## Jeg dør så fort jeg kan ...

... sa den gamle og smilte unnskyldende.

– Men det går ikke fortere.

Den gamle damen merket inderlig godt at både familien og de ansatte syntes prosessen ble altfor langvarig. Hennes tyngste lidelse nå var skyldfølelsen for at det ikke gikk fort nok.

### Eksistensiell smerte

På slutten av 80-tallet hørte jeg et foredrag av psykiater Leo Eitinger om sjelelig smerte og håp hos døende. Han pekte på lidelsen som ligger i å være til byrde for sine nærmeste, å være den største belastning. Dette ligner på hovedbegrunnelsen fra flertallet av dem som ønsker aktiv dødshjelp både i Nederland og i USA. Det er primært den eksistensielle smerte som ikke er til å holde ut.

Fremskrittspartiets «JA» til aktiv dødshjelp har ingen ting med fremskritt for de døende å gjøre, heller ikke for deres nære pårørende. Det er skremmende sant at alvorlig syke og døende mennesker fortsatt får altfor dårlig lindring og trøst, men svaret er jo ikke dødshjelp! Det er sterke grunner til å spørre hvorfor vi fortsatt tillater så mye ulindret lidelse, særlig hos gamle døende mennesker i sykehjem. De fleste som spør om aktiv dødshjelp, spør ikke om hjelp til å dø, men om hjelp til noe helt annet.

### Myter om dødsprosessen

Det er bekymringsfullt, trist og ekstra alvorlig at forslaget om legalisering av aktiv dødshjelp kommer fra de unge. Friske unge mennesker

tror altså på nødvendigheten av legehjelp for å ta livet av lidende mennesker. Det er bekymringsfullt at nye generasjoner ikke får lære seg å leve nært og åpent med døden. Fremskrittspartiets vedtak er basert på myter om den smertefulle og dramatiske dødsprosessen der det ikke er mer å gjøre. Vi som har arbeidet nær andres død vet at dette aldri er sant. Vet de unge hva aktiv dødshjelp faktisk er?

### Selv de som tidligere i livet har vært positive til aktiv dødshjelp, ønsker det ikke når de selv er i situasjonen.

Aktiv dødshjelp kan defineres som selvbestemt død, selvbestilt avlivning, frivillig selvbestemt død, barmhjertighetsdrap, mord eller drap. Aktiv dødshjelp kan gis enten som eutanasi eller legeassistert selvmord (Kaasa, red. 1998, Ruyter et al. 2000). Eutanasi (av gresk eu = lett, god, lykkelig, og thanos = død) er en aktiv handling med den hensikt og følge at personen dør, oftest umiddelbart.

Eutanasi betyr at legen, etter den sykes ønske, gir medikamenter i form av dødelige, intravenøse injeksjoner. Den syke dør umiddelbart eller i løpet av få minutter. Legen er den aktive part som tar livet av personen. Den

syke har overlatt til legen å foreta den siste handlingen som vil medføre døden.

Legeassistert selvmord betyr at legen hjelper personen til å begå selvmord, det vil si til å avslutte eget liv. Legen kan skrive ut resept på en dødelig dose medikamenter som pasienten kan innta når og om han eller hun vil, i henhold til legens instruksjoner. Legen kan også legge en sprøyte eller medikamenter til rette for at den syke skal bli i stand til å avslutte sitt eget liv.

### Vanskelige kriterier

Sykepleiere bør lære seg definisjon på aktiv dødshjelp, da mange er usikre både i debatten og i praksis. Verken lindrende sedering eller å avstå fra for eksempel ernæringsbehandling eller antibiotika hos døende er aktiv dødshjelp, men gode tiltak for å legge til rette for en naturlig og verdig død.

Fremskrittspartiets vedtak setter aktiv dødshjelp på den politiske dagsorden som aldri før. Vedtaket er provoserende fordi det bygger på for enkle og urealistiske begrunnelser. Intensjonen skal være at bare mennesker med smertefull livstruende sykdom og kort tid igjen å leve (hva betyr det?) skal få hjelp til å avslutte livet. Vi vet jo fra Nederland at disse kriterier blir svært vanskelig å styre etter og har ført til alvorlig misbruk. Vi vet som sagt også at smerter heller ikke er den viktigste grunnen til å etterspørre dødshjelp, men de eksistensielle lidelser. Jeg håper den videre politiske debatt



Illustrasjonsfoto: Colourbox

vil grave langt dypere i komplekse etiske og faglige dilemma.

#### **Hvor autonome er døende?**

Respekt for liv er viktigere enn autonomi. Respekt for liv er den viktigste og mest fundamentale etiske norm vårt samfunn og helse-tjenesten bygger på. Døden og dødsprosessen hører livet til. Det å ta liv er den alvorligste av alle forbrytelser. Fremskrittspartiets vedtak bryter med denne mest fundamentale av alle verdier, og de vil at samfunnet (les: helsetjenesten) skal stille opp for å ta livet av mennesker som ønsker dette.

Jeg må være fri til å velge selv, er slagordet, hvert enkelt menneske må få bestemme over sitt eget liv. Hvor autonome er døende mennesker? Og hvis dette blir det autonome

menneskets rett, blir det vel også legens plikt? Leger vil ikke ha denne plikten, og de har vel også rett til autonomi?

Sykepleiere bør si NEI til aktiv dødshjelp og fortsette kampen for styrket verdighet for de døende, ikke minst i norske sykehjem der de fleste dør. Å ta liv kan ikke forenes med sykepleieres og legers yrkesetikk. Sykepleiere er satt til å skjerme livet med døden og yrkesetiske retningslinjer gir oss ansvar for å legge til rette for en naturlig død. Døende mennesker spør sjelden etter aktiv dødshjelp hvis omsorgen er god. Selv de som tidligere i livet har vært positive til aktiv dødshjelp, ønsker det ikke når de selv er i situasjonen. Prinsippet om barmhjertighet er vårt fags grunnlag og peker på helt andre løsninger enn aktiv dødshjelp.



#### **Til refleksjon**

- Hva ville bli lettere for hvem hvis vi legaliserer aktiv dødshjelp?
- Hva skal til for å styrke respekt for liv og verdighet for de døende hos oss?

Send din mening på epost [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

# Trine Myhrvold om papirløse migranter

**Fra:** Høgskolen i Oslo

**Yrke:** Sykepleier og førstelektor



## Rettferdighet i ingenmannsland

Papirløse migranternes rett til helsehjelp er fundert i universelle menneskerettigheter.

Det er prisverdig at Marie Aakre, leder av rådet for sykepleieetikk, retter oppmerksomhet mot papirløse migranternes behov for helsetjenester. Og at hun peker på mulige etiske dilemmaer vedrørende denne gruppens særlig dårlige stilling i Norge (1). Det kan se ut som om Aakre mener man må ty til sivil ulydighet for å sikre papirløse migranter nødvendig helsehjelp. Jeg tror ikke man må det. Men det er sannsynligvis flere hindringer i veien for at denne gruppen sikres adekvate helsetjenester, også i Norge. Blant annet fordi finansieringen av eventuelle tjenester ikke synes åpenbar. De politiske myndigheter har et overordnet ansvar for å legge forholdene til rette for helsehjelp. Men det er også viktig at sykepleiere og andre helseprofesjoner har kunnskap om menneskerettighetenes stilling i Norge. I tillegg må sykepleiernes samfunnsansvar styrkes.

### Yrkesetiske retningslinjer

Slik jeg ser det ble sykepleiernes samfunnsansvar nedtonet ved siste revisjon av sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Det er, som sykepleier og høgskolelektor Sveinung Monstad skrev da revisjonen av yrkesetiske retningslinjer forelå (2), stor forskjell på å holde seg orientert om helse- og sosialpolitisk utvikling lokalt, nasjonalt og globalt, og det å ha et medansvar for en rettferdig fordeling av ressurser. International Council of Nurses' Code of Ethics for Nurses (3) legger større vekt på handling enn de norske retningslinjene, og skriver blant annet: «The nurse shares with the society the responsibility for initiating and supporting action to meet the health and social needs of the public, in particular those of the vulnerable populations». Om læreres og forskeres ansvar kan vi lese et krav om å: «Sensitize the students to the importance of social action in current concerns». Det viktigste er imidlertid at både internasjonale og nasjonale yrkesetiske retningslinjer bygger på FN's menneskerettigheter, da disse er universelle.

### Sårbar gruppe

Papirløse migranter er en særlig sårbar gruppe både med tanke på helsestatus, levekår og mangel på tilgang til offentlig helse- og sosialhjelp. Dette kan skyldes mangelfulle kunnskaper om menneskerettigheter blant helsepersonell, uklare retningslinjer, betalingssystemer i helse- og sosialtjenesten og krav til identifikasjon. Men det kan også handle om de papirløse selv; om mangel på overskudd til å pleie sin egen helse, språkproblemer og kulturelle forhold, mangelfulle kunnska-

**Rettferdighet avhenger av hvordan staten legger til rette for at helse-tjenester kommer dem med størst behov til gode.**

per om samfunnet og de muligheter som faktisk finnes, og frykt for politi og innvandringsmyndigheter (4,5,6,7).

### Hva vil det si å være papirløs?

Begrepet papirløs inkluderer mennesker som ikke har papirer ved ankomst til andre land, som ikke har meldt seg ved ankomst til andre land og som har fått avslag på søknad om asyl og gått under jorden. Plattform for International Cooperation on Undocumented Migrants, definerer papirløse slik: «Undocumented migrants are migrants without a residence permit authorizing them to regularly stay in the country of destination» (4, s. 5). Begrepet anvendes heller ikke konsekvent. Av UDI og i forskriften om tuberkulosekontroll, omtales papirløse som mennesker uten lovlig opphold (8). Tilværelsen som papirløs omtales også som diaspora (9), paria (10) og som ikke-medborgerskap og antiborgerskap (7). Dette reflekterer den vanskelige situasjonen de er i, og hvilke dilemmaer ulike instanser (som politi og

helsemyndigheter) har i forhold til dem. Men det fratras dem ikke rett til helsehjelp.

### Helsehjelp til papirløse

I Norge er det frivillig å bo i asylmottak. Men den midlertidige arbeidstillatelsen, i påvente av avgjørelse i asylsaken for alle uten gyldige papirer (nasjonale pass), ble trukket tilbake i januar i år. Det finnes heller ingen lavterskeltilbud for helse- og sosialtjenester til papirløse migranter i Norge, utover den hjelpen enkelte papirløse i prostitusjon til nå har fått på Prosentret. Tilværelsen som papirløs er svært usikker og risikoen for traumatiske opplevelser betydelig. Det er derfor grunn til å ønske Kirkens Bymisjons planlagte helsesenter for papirløse migranter velkommen, selv om det er ønskelig at nødvendig helsehjelp først og fremst tilbys gjennom det alminnelige systemet for helsehjelp, «since most NGOs are interested in making the common law system work rather than organizing a parallel charity-based system for undocumented migrants» (4, s. 9). Derfor er det også viktig at helsepersonell har kjennskap til menneskerettsloven (11).

### Loven om menneskerettigheter

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, ØSK, (12) ble i 1999 inkludert i § 2 i loven om menneskerettighetene, menneskerettsloven (11), og er gjort til norsk lov med forrang for annen norsk lov. I denne sammenheng vil jeg vise til artikkel 12 i ØKS hvor det blant annet står: «the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health». I sin drøfting av retten til helse som menneskerettighet (13) trekker Asbjørn Eide blant annet frem den nære sammenhengen mellom helse og de underliggende forutsetningene for denne. Et eksempel på slike underliggende forutsetninger er tilfredsstillende boforhold. Han påpeker også at retten til helseytelser innebærer «å nyte godt av helsein-





UTEN IDENTITET: Tilværelsen som papirløs omtales også som diaspora, paria og som ikke-medborgerskap og anti-borgerskap. Bildet viser flykninger fra Burma, i Dum-Dumia leiren, Cox Bazar, Bangladesh. Foto: Trygve Bølstad/Samfoto

stisjoner, helse relaterte produkter (medisiner, hjelpemidler), tjenester og livsvilkår som til sammen er nødvendig for å sikre høyest oppnåelig helsestandard». Videre inkluderer kravene til helsepleien blant annet at tjenestene må ha et tilstrekkelig omfang innenfor staten og være tilgjengelig for alle uten forskjellsbehandling.

### Rettferdighet

Rettferdighet er sentralt innenfor medisinsk etikk. Men begrepet diskuteres i liten grad i forbindelse med marginalisering av personer og grupper som faller utenfor etablerte helsetjenester, slik papirløse migranter gjør. Den enkeltes evne til å søke hjelp påvirkes av traumatisering, lært hjelpeløshet og stor frykt for å bli utvist i samspill med økonomiske, sosiale og kulturelle forhold. Rettferdighet avhenger derfor av hvordan staten legger til rette for at helsetjenester kommer dem med størst behov til gode. I John Rawls' (14) teori om rettferdighet (som rimelighet) trekker han opp tre nivåer av rettferdighet; det institusjonelle, det nasjonale og det globale nivået. Utgangspunktet er statens ansvar for å sikre den enkelte grunnleggende rettigheter og plikter. Herfra går rettferdigheten ut til et globalt nivå der respekt for menneskerettighetene er et krav, og innover til et lokalt nivå med vekt på ulike institusjoner og sammenslutninger, og samarbeid mellom disse.

### Konklusjon

Slik jeg vurderer statens forhold til menneskerettsloven, har staten her overlatt et første skritt for å sikre papirløse migranter helsetjenester til Kirkens Bymisjon. Det er ikke godt nok. Det kan ikke være opp til hver enkelt institusjon eller helsearbeider å finne løsninger i hvert enkelt tilfelle, der det er usikkerhet vedrørende identifikasjon og finansiering. Like fullt mener jeg at vi som helsepersonell har et ansvar for å bryte ned formelle og uformelle barrierer, mellom dem som opplever marginalisering og institusjonene vi arbeider innenfor, slik at alle kan «forstå seg selv som medlemmer med en viss politisk status» (14). Institusjonene er ikke verdinøtrale. Og rettferdighet er en verdi som fortjener større oppmerksomhet i diskusjonen om hvilke verdier vi ønsker at helseinstitusjonene vi arbeider innenfor skal målbære. Nettopp derfor spiller formuleringene av sykepleiernes samfunnsansvar en rolle. Og derfor er det også viktig å diskutere empati i tilslutning til rettferdighet, og vår tendens til å ta større moralsk ansvar for dem som er lik oss selv økonomisk, sosialt og kulturelt (15). En polarisering mellom nærhet og distanse er ikke hensiktsmessig i arbeidet for et mer inkluderende helsevesen og en mer inkluderende omsorgsetikk. Rettferdighet på alle nivåer representerer summen av våre anstrengelser.

### LITTERATUR

1. Aakre M. Papirløs helsehjelp. Sykepleien magasin 2009; 7: 74-75.
2. Monstad S. Autonomi og omsorg, Sykepleien magasin 2008; 11: 66-67.
3. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler. Norsk Sykepleierforbund, 2007.
4. Plattform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2007a) Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe
5. Plattform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2007b) Report of PICUM International Conference on Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe
6. Brunovskis A, Bjerkan L. Learning About Illegals: Issues and Methods, Utlendingsdirektoratet, 2008.
7. Khosravi S. Territorialisering av menneskelighet: irreguljære immigranter og det nakne livet I: Statens Offentliga Utredningar SOU 2006:37
8. Forskrift om tuberkulosekontroll. FOR 2002-06-21 nr. 567: www.lovdata.no (16.10.07)
9. McGuire S, Georges J. Undocumentedness and Liminality as Health Variables. Advances in Nursing Science 2003; 26(3): 185-195.
10. Sullivan M, Rebm R. Mental Health of Undocumented Mexican Immigrants A review of the Literature. Advances in Nursing Science 2005; 28(3): 240-251.
11. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21. mai 1999 (lov nr. 30).
12. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: www.United Nations (23.02.09)
13. Eide A. Retten til helse som menneskerettighet. Nordisk Tidsskrift for Menneskerettigheter 2006; 4: 275-290.
14. Rawls J. Rettferdighet som rimelighet En reformulering Oslo: Pax Forlag A/S, 2003.
15. Myhrvold T. The different other – towards an including ethics of care. Nursing Philosophy 2006; 7: 125-136



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



redaksjonssjef  
**Bjørn Arild Østby**  
tlf. 22 04 33 59  
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder  
**Marit Fonn**  
tlf. 22 04 33 68  
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist (vikar)  
**Geir Arne Johansen**  
tlf. 22 04 33 67  
geir.arne.johansen@sykepleien.no



Journalist  
**Eivor Hofstad**  
tlf. 22 04 33 71  
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist  
**Susanne Dietrichson**  
tlf. 22 04 33 53  
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør  
**Torhild Apall Dybvik**  
tlf. 22 04 33 76  
torhild.apall@sykepleien.no

JOB



Journalist/gruppeleder  
**Ann-Kristin Bloch Helmers**  
tlf. 22 04 33 73  
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist  
**Kari Anne Dolonen**  
tlf. 22 04 33 69  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SykepleienForskning



Redaktør  
**Anners Lerdal**  
tlf. 22 04 33 63  
anners.lerdal@hibu.no

NETT



Journalist/webredaktør  
**Lily Kalvø**  
tlf. 22 04 33 66  
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



Journalist/deskleder  
**Ellen Morland**  
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22  
ellen.morland@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Hege Holt**  
tlf. 22 04 33 57  
hege.holt@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Hilde Rebaard Evensen**  
tlf. 22 04 33 58  
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Sissel Vetter**  
tlf. 22 04 33 61  
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt  
**Lise Dyrkoren**  
tlf. 22 04 33 72  
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling  
**Finn Simonsen**  
tlf. 22 04 33 52  
finn.simonsen@sykepleien.no

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

## Likelønn og menn

Kjære Kai H. Fløtre! Jeg leser i siste utgave av Sykepleien at du føler deg diskriminert. Det har du ingen grunn til. I alle fall ikke av likelønnskampen til NSF. For la meg forsøke å gjøre budskapet og kampen tydelig: NSF mener IKKE at du som mannlig sykepleier tjener mer enn din kvinnelige sykepleierkollega. Vi har i dag lik lønn for likt arbeid, altså at du som mann tjener det samme som en kvinne i samme type stilling. Likelønnskampen handler om at vi som jobber i kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor, altså lærere, sykepleiere, sosionomer m.fl., tjener 80 prosent av dem som jobber i mannsdominerte yrker, for eksempel ingeniører. Og da spiller det ikke noen rolle at du er mannlig sykepleier – du «lider» under av at du har valgt et yrke der kvinnene dominerer.

Det er denne ulike verdsettingen av kompetanse likelønnskampen handler om. Vi synes det er urettferdig at en ingeniør som bygger veier skal tjene mer enn en sykepleier som redder liv. Man har like lang utdanning, men verdsettes ulikt når det kommer til lomdeboka.

Klarer vi å få gjennomslag for likelønn, betyr det selvsagt at du som mannlig sykepleier vil nyte godt av dette – på linje med dine kvinnelige kolleger. Jeg håper på din støtte i denne kampen, for vi kjemper den for alle våre medlemmer.

Med vennlig hilsen Signy Svendsen,  
kommunikasjonssjef i NSF

## Ikke første professor

På forsiden av nummer 9 skrev Sykepleien at Eli Haugen Bunch var Norges første professor i sykepleievitenskap. Det var hun ikke. Hun var den første med doktorgrad i sykepleievitenskap.

Red.

## Fem glade vinnere

I fem uker har Sykepleien invitert leserne til å delta i «Den store spørsmålsjakten» på våre nye nettsider, sykepleien.no.

Hver uke ble det trukket en vinner som skulle gratis få PC. Vi gratulerer!

Vinnerne ble: Trine Nordmark Jensen, uke 19, Reidulf Istad, uke 20, Magnhild Kummervold, uke 21, Aina Øverby, uke 22, Gunn Hanssen Høibraaten, uke 23.

## «Klin gjerne og gjerne utlendinger i tillegg»

Jeg leste Sykepleien nr. 9/09 og ønsker å kommentere intervjuet med Eli Haugen Bunch.

Hun er tydeligvis en fargerik dame som har mye erfaring og kunnskap som hun også har evnet å bringe videre. Det er bra. Jeg tror også at hun liker å provosere, og hun klarte i hvert fall å provosere meg. Å omtale pasienter som «klin gjerne og gjerne utlendinger i tillegg» er respektløst ovenfor en brukergruppe som har det vondt. Det bidrar til å stigmatisere både psykisk syke pasienter og utlendinger.

Når hun videre omtaler ansatte i psykiatrien som «søppel fra gaten» blir jeg overrasket over at Sykepleien i det hele tatt trykker en sånn uttalelse (det er nemlig ikke sånn at alt man sier til en journalist kommer på trykk, de vraker og velger ut fra eget skjønn og her burde de brukt litt skjønn).

Det er skremmende å se et sånt respektløst menneskesyn på trykk. Det er forskjell på å kreve en høyere faglig standard og argumentere saklig for det – og på å trække på sine medmennesker. Ufaglærte gjør en kjempejobb i helsevesenet, og samfunnet burde tilrettelagt for at flere av dem kunne utdanne seg videre. Det er mange «diamanter» blant

dem hun kaller «søppel». INGEN mennesker fortjener å bli kalt «søppel» alle er vi like verdifulle. Jeg er for en kvalitetsheving i norsk helsevesen, der dyp respekt for pasienter og medarbeidere er en selvfølge.

Kirsten Juni Nilsen

## Begrepsbruk i artikkel

Journalist Lily Kalvø skrev en fin artikkel «Ser tegnene før det smeller» i Sykepleien nummer 7/09, om vårt ERM- (Early Recognition Method) prosjekt ved Sikkerhetsenheten, Psykiatrisk avdeling – Sykehuset Buskerud HF. Vi er generelt sett veldig fornøyd med artikkelen, bortsett fra bruk av begreper på forsiden – «Håp for tikkende bomber».

Verken Lily Kalvø eller noen av oss ved Sikkerhetsenheten brukte begrepene «tikkende bombe» eller «prøvekanin» i forbindelse med artikkelen.

Disse begrepene opplever vi som spekulative, stigmatiserende og fullstendig malplasserte. Selv om enkelte aktører i samfunnsdebatten benytter disse begrepene, tar vi fullstendig avstand fra disse når vi snakker om mennesker med psykiske lidelser.

Med vennlig hilsen Gunnar Eidhammer,  
prosjektleder for ERM-prosjektet

## Sykepleien 11/09

### Evaluerer «Barnas time»

Smartprisvinner Britt Helen Haukmo presenterer evalueringen av «Barnas time» etter 6 år med prosjektet.

## Menn kan også vise omsorg

I Aftenposten hadde Kari Solbrekke og Kristin Heggen fra Univeristet i Oslo og Høgskolen i Vestfold nylig en kronikk om menn i omsorgsarbeid, og hva som hemmer deres deltakelse i faglært profesjonelt omsorgsarbeid. Et spennende tema, men hva i all verden skal dere egentlig frem til?

Dere sier at tradisjonelt kvinne-dominerte yrker og bransjer ikke tiltrekker unge menn, og dere undres hvorfor. Noen av oss har vel å merke valgt denne yrkesveien, det er både jeg og mine mannlige kolleger synlige bevis på. Vi har valgt av ulike grunner, men vi har alle valgt å bli sykepleiere. Og felles for oss alle er at vi vil jobbe med å fremme andre menneskers helse eller lindre deres lidelse

Da jeg startet på sykepleierutdanningen ble jeg møtt med en holdning om at jeg som mann ikke kan yte «rett» omsorg ovenfor mine pasienter, fordi omsorg er noe bare kvinner kan. Og dette skjer gjerne før noen ser meg i en pasientsituasjon. Derfor var gleden stor da jeg så at noen forsker på disse problemstillingene, og etterlyste politiske tiltak. Dessverre var skuffelsen tilsvarende stor da jeg leste videre. For Solbrekke og Heggen: dere hjelper ikke akkurat oss menn. Dere gjør heller det stikk motsatte.

Dere har observert mannlige studenter på øvelsespost, der man blant annet trener på å vaske medstudenter, skifte sengetøy mens pasienten ligger i sengen, tannpuss og plasser- ring av bekken. Dere påstår at «syke-

pleiens gullstandard» tøyes fordi dere har observert at guttene har humor og «leker» mens de øver. For det første vil jeg bare si at å øve på medstudenter faktisk er gøy, og humor på øvelsesposten kan jeg overhodet ikke se noe galt i. Og om dere trekker dette inn som noe negativt i menns evne til å lære seg grunnleggende sykepleie, så har dere tydeligvis grodd fast på øvelsesposten deres. Bli med ut på sykehuset og se oss i aksjon med faktiske pasienter. Dere får nok se noe helt annet når det gjelder sykepleie i en reell situasjon. Vi skjønner forskjellen, vi skjønner faktisk mer av begrepet «omsorg» og «medmenneskelighet» enn dere kanskje tror.

Dere sier videre at «vaskekluten utløser verken begeistring eller heroiske fortellinger» hos guttene. Jeg vet ikke hvor dere har sittet og observert sykepleierstudenter, men jeg tviler sterkt på at vaskekluten utløste veldig stor begeistring eller «heroiske fortellinger» blant de kvinnelige studentene heller! De fleste av oss har sett vaskekluter før, og de er ikke veldig spennende. Ikke kan du gjøre mye spennende ting med den heller. I hvert fall ikke på en øvelsespost, med en forholdsvis ren og nydusjet medstudent i senga. Med stetoskopet kan man lytte på hjertet, pust og puls, og er man trent kan man høre symptomer på lungebetennelser eller arytmier på hjertet. De sykepleierstudentene (jenter som gutter) som ikke syntes det er mer spennende å lære seg å bruke et stetoskop

riktig, til å observere og gjenkjenne kroppens avanserte funksjoner og sykdommer, enn å vaske en ren medstudent på skolen, har kanskje valgt feil studie.

Jeg er også kritisk til det dere kaller «sykepleiens gullstandard», som vi menn visstnok «tøyer og bøyer». Denne «gullstandard» som vi tydeligvis ikke passer inn i er en standard som er konstruert av kvinnelige sykepleiere. De har i årevis forsøkt å definere yrket sitt og den jobben de har gjort med definisjoner, ord og uttrykk som i stor grad er hentet i en oppfatning om at omsorgsyteren er en kvinne og mor, og som fremmedgjør oss som menn. Det dere har observert på denne øvelsesposten er at menn ikke blir kvinner når de utdanner seg til sykepleiere, men fortsetter å være menn. Og selv om dere ikke liker det, så er det lite som gleder mitt sykepleierhjerter mer enn akkurat det i dag.

Jeg venter forresten i spenning på å lese det ferdige forskningsprosjektet deres. Spesielt ser jeg frem til å lese om forskningsmetoden. Jeg er spent på å lese hvordan dere vurderer at oppførselen på øvelsespost med medstudenter er direkte sammenlignbart med oppførselen på en ekte sengepost med ekte syke pasienter. Jeg er også spent på hvordan dere forklarer at observasjonene deres er kvalitets-sikrede, og ikke farget av deres eget kjønn og syn på hvordan sykepleiere skal være, jamfør «gullstandard» deres.

Dere skal ha poeng for å påpeke myndighetenes mangel på handling og innsatsvilje. Dette gjelder både på rekruttering av menn og rekruttering generelt. Man har satt i gang drastiske tiltak for å øke kvinneandelen i mannsdominerte yrker. Det som har fått mest oppmerksomhet er kravet om 40 prosent kvinneandel i alle styrever. Dette har man ikke gjort av rettferdighetsgrunner, men i likestillingsens navn fordi man mener at det å blande menns og kvinners kvaliteter faktisk har store gevinster. Innsatsen i motsatt retning har glimtet med sitt fravær, ingen har jobbet for å få flere menn til å ville bli sykepleiere. Og når behovet for sykepleiere øker drastisk fremover, og både gutter og jenter velger yrker med høyere status og bedre lønn, er det skummelt å se hvor lite innsats regjeringen faktisk er villig til å sette til verks for å sørge for den rekrutteringen vi trenger, og for å beholde de vi faktisk allerede har. Bedre lønn, sterkere fagmiljø i hele helsetjenesten, anstendig pensjon og bedre arbeidsbetingelser er en vinnvinn-situasjon. Men om dere faktisk vil ha flere menn inn i dette fantastiske yrket må dere slutte med denne konstante fremmedgjøringen av oss. Dere må droppe den diskriminerende «gullstandard» deres og gi oss rom til å gjøre jobben vår uten å mase om at vi ikke gjør det rett (les: kvinnelig) nok. Selvfølgelig kan menn vise omsorg, vi er bare ikke kvinner.

Lars Martin Jensvoll Studentnesteleder,  
Norsk Sykepleierforbund



# Hva er det som skjer med videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo ?

Etter mange års erfaring i psykiatrien er det min bestemte oppfatning at videreutdanning i psykisk helsearbeid, tidligere videreutdanning i psykiatri, er et nødvendig og mye benyttet videreutdanningstilbud for klinisk arbeid. Faktisk har vi ved min arbeidsplass, en ungdomspsykiatrisk akuttavdeling, prioritert denne videreutdanningen så høyt at vi har som mål at samtlige miljøterapeuter skal få dette tilbudet.

Nå er imidlertid Høgskolen i Oslo i ferd med å avvike hele videreutdanningen til tross for at søkingen til studiet er større enn noen gang. På forespørsel ble un-

dertegnede forklart at videreutdanningens framtid var høyst usikker, muligens blir høstens opptak det siste kullet skolen har. Høgskolen er mer opptatt av å prioritere et mastertilbud framfor å opprettholde denne 1-årige videreutdanningen. På spørsmål om ikke videreutdanningen kunne inngå som en del av et masterstudium var svaret at dette ikke var akademisk nok. Imidlertid er det tydeligvis akademisk nok for Høgskolen i Agder, da videreutdanningen i psykisk helsearbeid faktisk er en del av et masterstudium der.

Det er ikke min hensikt å motarbeide masterstudium i psykisk helse-

arbeid. For dem som ønsker å rette sin faglige utvikling i mer akademisk retning har sikkert masterstudiet stor verdi. For dem som ønsker å arbeide klinisk, trenger vi en mer praktisk tilrettelagt fordypning og hvor studiefraværet fra avdelingen ikke er for langt. To års fravær fra klinisk arbeid er langt vanskeligere å få gjennomført, samtidig som avstanden til den praktiske hverdagen fort kan bli for stor.

Et annet viktig forhold er at NSF har etablert muligheten for å bli klinisk spesialist i spesialpsykepleie. Uten å kjenne godt til andre videreutdanninger, vet jeg at også flere av

disse er usikre på framtiden. Ved å slutte med 1-årige videreutdanninger slik vi kjenner dem i dag, kan jeg ikke forstå annet enn at mulighetene for å bli klinisk spesialist i spesialpsykepleie går mot slutten. Er dette en ønsket utvikling? På vegne av svært mange sykepleiere som er opptatt av faglig utvikling og kompetanseheving i den praktiske hverdagen er svaret i alle fall et klart nei. Her trenger vi NSF som pådriver for å ikke å miste noe som er høyt verdsatt i vår kliniske hverdag.

Nina Brandal Riise, medl.nr. 673823

## Sittedans

Jeg leste artikkelen «Deprimerte demente» i Sykepleien 01/2009 basert på Geir Selbæks dokumentasjon innen alderspsykiatri, og jeg kjente meg umiddelbart igjen som pårørende og som sykepleier. Det finnes mange som er understimulerte og deprimerte blant personer som har demens. Det er situasjonen for mange, også for min mor da hun levde.

Jeg har vært opptatt av å se på mulighetene til å bedre denne situasjonen. Å besøke min mor og gi av min tid til sosialt samvær har vært viktig. Jeg ønsket også å fylle

tiden med noe mer da det verbale språket ble gradvis borte. Jeg har erfart at personalet ikke alltid har kunnskap om hva som kan bedre situasjonen for den demente. Jeg ønsker derfor å gjøre sittedans kjent for sykepleiere. Dette er et enkelt og genialt verktøy til å få et fint samvær mellom pasient, personale og pårørende. Virkningen av dansen har vært spesiell å observere. Det unike er at vi alle er på like fot.

Dagen med sittedans på sykehjemmet står for meg som den beste dagen sammen med min mor i løpet av årene hun bodde på

sykehjemmet. Det var en opplevelse fylt med energi, glede, fellesskap og mestring.

Det var fantastisk å se virkningen av dansen. Beboernes øyne som ofte kan være litt triste, strålte under dansen og lenge etterpå. Selv min mor med langtkommen Alzheimer viste meg med mange gode blikk at hun hadde utbytte av sittedansen.

Som sykepleier og helsesøster vet jeg hvor viktig det er å opprettholde aktivitet for å forebygge forfall. Jeg håper at alle sykehjem i fremtiden kan få en mer meningsfull hverdag fylt med glede, aktivitet og fellesskap ved hjelp av sittedans.

Jeg har laget en dvd av denne opplevelsen med sittedansinstruktør Jette Fuglsang som har innført sittedans til Norge. Dvd-en har begeistret mange og inspirert flere sykehjem til å sette i gang med sittedans. Jeg håper bare at flest mulig kan få ta del i denne flotte aktiviteten som er lite ressurskrevende å få til i det daglige arbeidet.

Bare ta kontakt hvis du ønsker mer informasjon.

Ingjerd Hvatum, pårørende /sykepleier/helsesøster Mobilnummer 99 25 48 77



Faksimile fra Sykepleien nr. 1 - 2009

## Kjøp av NSF-artikler fra medlemsbutikken

Jeg gikk inn på NSF sine nettsider, for jeg ville kjøpe noe fra medlemsbutikken. Da jeg hadde bestemt meg for hva jeg ville ha, kom det fram at frakt og ekspedisjonsgebyr var på 100 kroner! Sjokkerende mye når man tenker på hvor mye man betaler i medlemskontingent.

Frakt og ekspedisjon burde derfor være gratis for medlemmer. Enden på visa ble at jeg ikke kjøpte noe som helst.

Håper NSF tar dette til etterretning og gjør en endring.

Anita Storbakken, medlem nr 1161108

# Er det naturlig å dø?

Etter å ha lest «Samtalen» med Stein Husebø i DAG og TID fredag 29. mai 2009, med overskrift «Hva er ein verdig død» og Marie Aakres fortelling om «Mammas død» i Sykepleien nr 9/09, vil også jeg dele min fortelling om min mors livs avslutning.

Mor hadde skratet ganske lenge, hadde problemer med å svelge og hadde gått en del ned i vekt. Jeg var med hos fastlegen da hun fikk diagnosen spiserørskreft. Hun og fastlegen hadde en fin samtale, og på direkte spørsmål fra mor, fikk hun vite at dette var noe hun kom til å dø av.

Mitt inntrykk var at dette var mor forberedt på å høre, og hun var med en gang klar på at hun ikke ønsket livsforlengende behandling. Hennes standpunkt ble møtt med respekt, samtidig som legen gjerne ville søke henne til Radiumhospitalet. Hun syntes det var greit så lenge det kun var for å vurdere eventuell lindrende behandling, noe legen ville presisere i søknaden.

Ved inkomstsamtalen ga mor igjen beskjed om at hun ikke ønsket livsforlengende behandling, og dette ble forstått og notert.

Etter utført gastroskopi-undersøkelse fikk jeg telefon om at nå var svulsten «skrellet bort» og mor skulle begynne med sondeemat. Problemet var at hun ikke ville. Jeg spurte om de ikke var kjent med mors standpunkt til behandling, og svaret var at det var de jo, men den informasjonen hadde nok ikke nådd fram til de som foretok gastroskopi, dermed ble svulsten behandlet, og når de hadde sagt A, så måtte de si B! Altså måtte hun ha sondeemat. Mitt svar var at de måtte respektere mors ønske.

Neste dag fikk jeg ny telefon med beskjed om at nå ville mor likevel ha sondeemat, men hun ville snakke med meg først, og jeg fikk en svak og forsiktig stemme i telefonen som spurte: «Astrid, hva er sondeemat for noe?» Jeg forklarte at de skulle legge en tynn sonde ned i magesekken og gi flytende næring gjennom slangen. Da kviknet stemmen til, og hun sa; «men det vil jo ikke jeg ha!», og fortsatte: «kan jeg få komme

levde at mor mottok beskjeden om at hun hadde kreft som en slags lettelse. Nå visste hun hva hun skulle dø av.

Spørsmålet var om hun skulle få lov? Hun var jo «bare» 80 år.

Jeg måtte, støttet av min fastlege, kjempe en liten kamp med Radiumhospitalet før de godtok å sende henne hjem til meg. Resultatet ble til slutt at ambulansen kom med henne, og kjørte

sjon etter tur og lot mor betale tapt arbeidsfortjeneste. Det går faktisk an! Vi ble veldig gode på å lage yndlingsretten til mor: vassgraut uten klumper, den ble tynnere og tynnere etter hvert som svelgvanskene tiltok, men smakte nok mye bedre enn sondeemat. Og appetitten avtok gradvis, hun var rett og slett ikke glad i maten, og syntes det var helt greit å ligge på sofaen og være sammen med oss mens vi spiste vår middag.

Vi hadde god kontakt med fastlegen og hjemmesykepleien, og fikk hjelp når vi hadde behov, men mor hadde lite smerter og var klar til det siste. Mor fikk en verdig død.

Når jeg i overskriften spør om det er naturlig å dø, er det for å spørre oss helsepersonell og pårørende om vi faktisk tillater den syke å la være å ta imot aktiv behandling, eller om vi mer eller mindre tvinger den

enkelte til å ta imot alt som finnes av behandling. Noen ganger kan en få inntrykk av at hvis en bare kommer over denne kneika, så har en kommet unna døden. Men vi må jo dø, uansett. Spørsmålet er hvor mye lidelse som skal til først, ikke minst hvor mye lidelse vi har rett til å påføre den enkelte i «behandlings- og livsforlengelsens» navn.

Å ha rett til å slippe aktiv behandling er noe helt annet enn å motta aktiv dødshjelp.

Få slutt på uverdig overbehandling. La det igjen bli naturlig å dø når tiden er inne.

Astrid, sykepleier og pårørende.



Faksimile fra Sykepleien nr. 9 - 2009



tekst **Eivor Hofstad**

**1 Hva jobber NSF for når organisasjonen krever likelønn?**

- A: At kvinnelige sykepleiere skal tjene like mye som mannlige sykepleiere
- B: At det skal være lik lønn uavhengig av om man jobber i offentlig eller privat sektor
- C: Å utjevne lønnsgapet mellom manns- og kvinnedominerte yrker gjennom å verdsette arbeid av lik verdi likt.

**2 Hva betyr egentlig det latinske ordet virus?**

- A: Gift
- B: Mikroskopisk
- C: Inntrenger

**3 Hvor stor del av norsk flått-bestand er infisert med borrelia-bakterien\***

- A: Mellom 10-30 prosent
- B: Mellom 40-60 prosent
- C: Mellom 70-90 prosent

**4 Hvor mange tilfeller av Lyme borreliose meldes hvert år til Folkehelseinstituttet?**

- A: I overkant av 300
- B: I overkant av 600
- C: I overkant av 1 200

**5 Hvilken annen sykdom kan flått overføre, foruten borreliose?**

- A: Toksoplasmose
- B: Hudbetennelse
- C: Hjernebetennelse

**6 Hva kjenner en adipøs person?**

- A: Den mangler tørstefølelse
- B: Den har en variant av ødipuskompleks
- C: Den er overvektig

**7 Hva går de nye retningslinjene i diabetisbehandling ut på?**

- A: Behandlingen skal i større grad legge vekt på økt risiko for hjerte- og karsykdommer
- B: Færre skal behandles
- C: Behandlingen skal i større grad dreie seg om å senke nivået av blodglukose

**8 Frp har vedtatt at partiet vil tillate aktiv dødshjelp i noen tilfeller, regulert av et strengt lovverk. Hva er begrunnelsen?**

- A: At alvorlig syke og pleietrengende er store utgiftsposter for samfunnet
- B: At enhver skal ha frihet til å bestemme over eget liv
- C: At vi bør lære av Nederland som er langt mer liberale på områder som prostitusjon, narkotika og aktiv dødshjelp.

**9 Hvor på kroppen er musculus rectus lateralis bulbi?**

- A: I endetarmsåpningen
- B: I øyet
- C: I nakken

**10 Hva er globus hystericus?**

- A: Klump i halsen
- B: Konfliktorientert PMS (premenstruelt syndrom)
- C: Tendens til å rive av seg hodehåret



FRUSTRERT FRUE: Lider hun av globus hystericus, mon tro? Foto: Colourbox



**10 poeng:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



**6-9 poeng:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



**3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



**0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

\*) ifølge Folkehelseinstituttets tall fra 2005



SYKEHUS: Nordfjord Sjukehus i Eid kommune ble tatt i bruk i 1936 med 42 senger. Sykehuset ble for en stor del bygget med midler gitt av den amerikanske kunstmaleren William Henry Singer jr. og kona Anna som budde i Olden. Siden har det vært mange aksjoner for å bevare lokalsykehuset på Nordfjordeid. Her fra demonstrasjonen i 1982.

## Mange slag for lokalsykehuset

Bak avgjørelsen om å bygge eget sykehus for Nordfjord i Sogn og Fjordane lå en klassisk sykehusstrid. En strid som langt fra har funnet sin løsning.

Nordfjord var ikke den eneste regionen i Norge som følte behov for et sykehus på begynnelsen av 1900-tallet. I alt ble det bygd 84 såkalte blandede sykehus i landet fra 1900 til 1920.

På slutten av 1920-tallet ble det også gjort vedtak om å bygge to sykehus i Sogn og Fjordane, ett for Sogn og ett for Fjordane. Men hvor skulle sykehuset ligge – Nordfjordeid eller Florø? Striden var i gang.

I fylkestinget støttet sju av ti ordførere fra Nordfjord en plan om «sentralsykehus» i Florø. Vedtaket ble sett på som et svik av folk i

Nordfjord, som ville ha sitt eget sykehus. Det ble startet en folkebevegelse i fjorden, og det ble satt i gang pengeinnsamling gjennom kollekt i Nordfjord-kirkene.

Kunstmaler William Henry Singer jr. hadde lovet 70 000 kroner i pengestøtte til nytt sykehusbygg i Florø, men trakk støtten til fordel for sykehus på Nordfjordeid. Og 23. juni 1936 stod sykehuset ferdig med plass til 42 pasienter. Det året ble det ifølge årsmeldingen behandlet 413 pasienter ved sykehuset, hvorav fire døde.

En egen stiftelse drev sykehuset

fra 1936 fram til 1949, da fylket tok over. Fylket gjennomførte ei ekstrem sparelinje som gikk hardt utover alle de fire lokalsykehusene i fylket. Resultatet var nedslitte og umoderne sykehus.

I 1964 reiste Helsedirektoratet spørsmålet om å bygge et nytt sentralsykehus i fylket og legge ned Nordfjord sjukehus. Fylkespolitikkerne sa nei. Da helsedirektør Karl Evang i 1967 på nytt ba fylkestinget om en ny vurdering av sykehusstrukturen, med sikte på ett sentralsykehus og nedlegging av lokalsykehusene, startet en bitter sykehusstrid.

Gemyttene roet seg litt da regjeringen Bratteli (Ap) i 1972 ga klar-signal til utbygging av lokalsykehusene i fylket, som plaster på såra fordi regjeringen året før hadde

vedtatt utbygging av sentralsykehus i Førde.

Deretter ble lokalsykehusene i fylket utvidet og modernisert. Sykehuset i Høyanger ble lagt ned i 1982, og sykehuset i Florø ble en avdeling under sentralsykehuset på 1990-tallet.

**Helsedirektør Karl Evang startet kanskje landets bitreste sykehusstrid i 1967.**

Sykehusreformen fra 2002 har skapt ny strid rundt lokalsykehusene. Også på Nordfjordeid. På siste styremøte i Helse Førde i mai etterlyste styremedlem Harry Mowatt en ny debatt om sentralsykehuset kontra lokalsykehusene i fylket.

## Forbundsleder Lisbeth Normann

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



# GRATULERER med et godt pensjonsoppgjør!

Resultatet av pensjonsforhandlingene ble at dagens ordning videreføres.

Det er en løsning NSF er svært fornøyd med fordi det er tilpasset vår medlemsgruppe med lang utdanning, kort opptjeningstid, relativt lav lønn og mye deltid.

Dette er en seier for våre medlemmer. Gratulerer!

NSF gikk inn i forhandlingene med krav om at den offentlige tjenstepensjonen også for fremtiden skal tilsvare 66 prosent av sluttlønn ved 65 år når opptjeningstiden er 30 år (bruttogaranti). Det ble også stilt krav om at de som går av mellom 62 og 64 år skal sikres pensjon på dagens nivå. Kravet om at grunnlovsvernet skulle respekteres sto også sentralt. Gjennom videreføringen av dagens pensjonsordning er hovedkravene oppfylt. Rekkevidden av grunnlovsvernet vil om nødvendig måtte avklares rettslig i ettertid.

Bruttogarantien har vært sentral for oss fordi den garanterer et visst nivå (66 prosent) på samlet pensjon, uavhengig av hva du mottar fra folketrygden. Tjenstepensjonen «fyller opp» til det garanterte nivået. Denne garantiordningen er særlig verdifull for utdanningsgruppene i offentlig sektor, da utdanning ikke gir opptjeningstid verken i folketrygden eller i tjenstepensjonsordningen. Våre utdanningsgrupper får derfor kortere opptjeningstid. Mange sliter med å klare

30 års opptjening, noe som vil føre til lavere pensjon.

Dagens garantiordning er også langt bedre for kvinner i offentlig sektor enn andre pensjonsordninger vi ble tilbudt under forhandlingene. Kvinner har generelt færre opptjeningsår enn menn både i folketrygden og i tjenstepensjonen. Det skyldes at kvinner generelt har flere avbrudd fra yrkeslivet på grunn av omsorgsoppgaver. Kvinner har også generelt lavere lønn enn menn (85 prosent av menns lønn) og jobber mindre overtid. Svært mange av våre medlemmer jobber dessuten deltid. Ufrivillig deltid er særlig utbredt i helsesektoren og er et stort problem for mange.

Selv om dagens pensjonsordning videreføres vil vi på sikt likevel få en reduksjon i pensjonsutbetalingene. Stortinget vedtok allerede i 2005 at såkalt levealdersjustering og ny indeksering skal innføres også for den offentlige tjenstepensjonen. Levealdersjustering betyr at pensjonen du har tjent opp må fordeles på flere år dersom

gjennomsnittlig levealder øker for ditt årskull. Det medfører at du enten må jobbe litt lenger eller du får lavere pensjon. Grunnlovsvernet demper imidlertid effekten av levealdersjusteringen. Indeksering betyr at pensjon under utbetaling verdireguleres på en annen måte enn i dag (lønnsveksten fratrukket en fast faktor).

Med dagens ordning samordnes tjenstepensjonen med folketrygdens alderspensjon. Samordningsreglene gjør at de fleste i realiteten oppnår mer enn 66 prosent av sluttlønnen. Samordningen er særlig gunstig for de med kort opptjening og mye deltid. Den virker utjevne og gjør bruttoordningen mer solidarisk. Samordningsfordelene utgjør store beløp, og hadde falt bort dersom vi hadde akseptert en av de andre pensjonsordningene vi ble tilbudt.

Vi gikk inn i forhandlingene med krav om at særaldersgrensene ble sikret og videreført på dagens nivå. Kravet ble oppfylt ved at det ikke ble gjort endringer nå. Særaldersgrensene våre har imidlertid vært under press i flere omganger og vi er forberedt på igjen å måtte slåss for disse, kanskje allerede ved hovedtariffoppgjøret i 2010. Dagens ordning gir oss et godt fundament for å sikre videreføring av særaldersgrensene.

Pensjon er komplisert. Vi har derfor laget en innføring som forklarer resultatet mer dyptgående enn det denne spalten gir rom for. Du finner den på: [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

Illustrasjonsfoto: Colourbox







# Livsviktig sykepleie

Et hospice vil for mange være ensbetydende med et trist sted å jobbe. Slik behøver det ikke å være. Det er Hospice Stabekk et godt eksempel på.

av **Tone Dalen**, kommunikasjonsrådgiver i NSF

Hospice Stabekk åpnet i 2003. Her får alvorlig syke pasienter individuelt tilpasset helsehjelp og omsorg i rolige og vakre omgivelser. Filosofien er å yte helhetlig omsorg 24 timer i døgnet, syv dager i uka for pasientene og deres pårørende. Alle behov skal bli sett og ivaretatt så langt som mulig. Dette er noe mer enn et sykehus.

– Det er viktig at folk får en god og verdig livsavslutning. Det er det vi jobber for her på Hospice Stabekk, sier Sonja Wiencke Welde, institusjonssjef.

## Svært syke pasienter

Tildelingskontoret i Bærum

kommune, i dialog med Hospice Stabekk, tildeler plassene etter bestemte kriterier basert på sykdomsbilde, alder og livssituasjon. Pasienter fra sykehus, unge og de som bor alene blir prioritert. De fleste er mellom 50 og 65 år, men det kan også være unge mødre med små barn på hospicet. Mange av pasientene har kreft. Andre har alvorlige sykdommer som ASL (Amyotrofisk lateral sklerose) og MS (Multippel sklerose).

Institusjonen har 11 sengeplasser, og det er i snitt 100 pasienter her i løpet av et år. Tilbudet er kun for de sykeste av de syke; ofte etter at pasientene har sluttet med aktiv behandling. De har innfunnet seg med at de er uheldelig syke.

– For mange pasienter er det en terskel å bestemme seg for å komme hit. Mange vet de ikke vil flytte hjem igjen, sier Welde.

På Hospice Stabekk kan pasientene gjøre som de vil. Ønsker de for eksempel å dra hjem en helg, er det ingen som hindrer dem. Hver pasient har sin egen lille leilighet med et gjesterom for pårørende. Sykepleierne og de andre ansatte har fokus på tiltak som kan gi glede til den enkelte pasient.

– Den individuelle behandlingen imponerer meg. Jeg føler meg virkelig personlig ivaretatt. De spør meg for eksempel om hvor mange minutter jeg vil ha egget mitt kokt, smiler Åse Jørgensen, pasient.

## Helhetlig sykepleie

For en utenforstående kan dette virke som et dystert sted å jobbe. Tvert imot, mener de ansatte på Hospice Stabekk. Sykepleie dreier

som å ivareta grunnleggende behov. På mange andre arbeidsplasser opplever sykepleiere «fragmentert sykepleie» i jobben, fordi de har så liten tid til pasientbehandling. Her er det ikke sånn. Sykepleierne utfører helhetlig sykepleie som handler om alt fra å lage et ernæringsrikt og appetittvekkende frokostbrett til avansert medisinsk behandling.

– På sykehus får jeg aktiv behandling. Her får jeg ro, hvile og service som jeg trenger for å komme meg, forteller Åse Jørgensen.

På Hospice Stabekk har de ingen rekrutteringsproblemer. Siden oppstarten i 2003 har de bygget opp et fagmiljø som utnytter og verdsetter de ansattes kompetanse. Det gjør stedet til en svært attraktiv arbeidsplass.

– Her står den gode sykepleie i fokus. På Hospice Stabekk får vi mulighet til å utøve det vi er utdannet til. Vi er stolte og glade for å jobbe her, sier Heidi Merete Andersen, fagutviklingssykepleier.

## Ansatte med høy kompetanse

Hospice Stabekk er i en heldig situasjon. De har tilstrekkelig bemanning, og de ansatte har en uvurderlig spisskompetanse. I praksis betyr det mer tid og bedre behandling til pasientene.

På hospicet finnes det spesialsykepleiere innenfor kreftbehandling, palliativ omsorg, geriatri og familierapi, så vel som hjelpepleiere og en overlege. Et godt tverrfaglig miljø er en trivselsfaktor for alle.

– Det at legen vår evner å se og å bruke sykepleiernes kompetanse, gjør at pasientene blir trygge. Stor grad av delegering gjør jobben vår spennende og motiverende, sier Grete Lie Røstad, avdelingssykepleier.

Hospice Stabekk har også et godt samarbeid med kreftavde-



Åse Jørgensen (pasient), Gunn Soot og spesialsykepleier og sykepleier Solveig Skedsmo.



Fra venstre: Grete Lie Røstad, Hilde Fjærvold, Elisabeth Gullasken, Sonja Wiencke Welde, Randi Gasmann Johnsen, Heidi Merete Andersen. Onkologiske sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien lunsjer på Hospice en gang i måneden for informasjons- og kompetanseutveksling.



Det ambulerte teamet kan blant annet gi opplæring i bruk av smertepumpe. Henriette Høyskel illustrerer.

lingen på Bærum sykehus. For pasientene er det betryggende at de ansatte jobber nært med helsepersonell som kjenner dem fra tidligere sykehusopphold.

– Det hjelper jo ikke at de er hyggelige hvis de ikke har kompetanse. Mitt inntrykk, er at det har de, sier Åse.

Felles for alle som jobber på Hospice Stabekk er at de er faglærte og har lang erfaring innen feltet. Mye handler om holdninger og respekt. Det ansatte tar ansvar som fordrer høy grad av refleksjon.

– Vi har nok et litt annet forhold til døden her enn hva folk flest har. Men vi liker ikke å si at vi jobber

med døden, vi jobber med resten av livet, mener Røstad.

#### Et godt arbeidsmiljø

De ansatte på Hospice Stabekk er opptatt av et godt arbeidsmiljø. I stedet for å prate om hva de bør gjøre, så gjør de det. En følelse av å gjøre situasjonen god nok, sørger for at de ansatte holder ut. De har tid og ressurser til å gi pasientene en verdig død.

– Vi har mye humor og glede i arbeidsmiljøet. For eksempel har vi et eget kor. Vi holder konsert for pasientene flere ganger i året. Om de ikke synes det er så fint, så ler de i alle fall, forteller Welde.

Også seks frivillige har funnet veien til Hospice Stabekk. En av dem tar seg for eksempel av blomsterarrangementene. Det er viktig å ha det koselig i lokalet. Også de frivillige må gjennom intervjuer og kurs som sikrer at de har de rette holdningene til å jobbe hospicet.

#### Romslig økonomi

Det er ikke til å undslå at Hospice Stabekk har en romslig økonomi. I tillegg til kommunale overføringer, får hospicet pasientdonasjoner. Det gir dem muligheter til å kjøpe god mat og drikke til pasientene, og iverksette tiltak som det tradisjonelt ikke er anledning til i kommunenes bo- og behandlingssentre.

Men for pasientene handler det ofte mer om tid enn om penger. Det er de mindre og nære tingene som

betyr mest. For eksempel det at de kan få hjemmelaget pizza, at de har noen å gå på tur med eller at noen har tid til å prate med dem når de trenger det.

En hospiceplass er omtrent dobbel så dyr som en sykehjemsplass, men koster likevel bare halvparten av en sykehusplass.

– Bærum kommune har satset enormt på å øke kompetansen og tilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Det er så å si ingen på ufrivillig deltid. Høy grad av heltidsstillinger skaper kontinuitet for pasientene og et godt fagmiljø. Dette er reflektert i helsetilbudet i kommunen, mener Welde.

#### Hun fortsetter

– På Hospice Stabekk må alle sykepleierne gå i turnus. Vi skal til enhver tid være faglig godt bemannet, og da kan vi ikke ansette folk som ikke kan eller vil jobbe i turnus og hver tredje helg. Nøkkelen til suksess er spisskompetanse, egnede mennesker og tilstrekkelig bemanning i en turnus som alle kan leve med. Vi har vært heldige som har egne nattevakter. Her er pasientene syke hele døgnet syv dager i uka, avslutter Welde.

**– Vi deler denne kompetansen for å styrke hverandre. Vi trenger et større nettverk av sykepleiere som har spisskompetanse på livets slutt.**

Henriette Høyskel, sykepleier og prosjektleder.



#### Fakta

Prosjektet «Kompetanseutvikling innen omsorg ved livets slutt» hadde oppstart i 2008 og utføres av Hospice Stabekk. Cirka 40 prosent av dem som dør, bor på sykehjem. For å øke kompetansen på omsorg ved livets slutt, har prosjektet to formål:

1. Overføring av kompetanse til sykehjemmene ved hjelp av internundervisning og refleksjonsgrupper.
2. Ambulerende team som gir veiledning til sykepleiere i vanskelige situasjoner eller som er med i møte med pasienten.

#### Eksempel:

*En pasient på korttids-sykehjemsplass har kreft med spredning. Det ambulerte teamet hjelper sykepleieren med å kartlegge symptomene hos pasienten. Smerter, angst, slapphet, kvalme, munntørrhet? Pasienten lider av munntørrhet, og sykepleieren får opplæring i munnstell. Enkle tiltak som å gi pasienten salvierte og pensle munnhulen med antibakterielle urter og olje for å holde på fuktigheten, kan bety veldig mye for pasientens velvære.*

Du  
trenger ikke  
flere rom i  
huset for å  
ha plass  
for en  
til  
.

Gloria, 3 år, Kenya

– **bare litt plass i hjertet.** Å være Plan-fadder er en personlig og virkningsfull måte å hjelpe på. I Plan blir du fadder til én jente eller gutt du kan ha kontakt med og følge over tid. Hvis du vil. Og pengene kommer frem. Minimum 8 av 10 kroner går til Plans programmer med å forbedre helse, utdanning og levekår i barnets lokalsamfunn. Slik skaper ditt bidrag varig endring. For bare 8 kroner dagen kan du forandre livet for barn som Gloria. **Gjør plass for et barn til.**

[www.plan-norge.no](http://www.plan-norge.no) / telefon 03123

Takk til våre sponsorer som gjør denne annonsen mulig.

**Bli Plan-fadder i dag.**



**Plan**  
For og med barn



- når du vil merkes!



## Å vise andre hva du heter, er å vise respekt.

Navnet er en viktig del av identiteten vår og har en sentral rolle i all kommunikasjon. Det første vi gjør når vi møter nye mennesker, er å presentere oss ved navn. Når vi ringer til noen, starter vi med å fortelle hva vi heter, og hvem vi er. Og når noen ringer oss, svarer vi med navnet vårt. Å fortelle eller vise hva vi heter, er et signal til andre om respekt og samtidig en vennlig invitasjon til å ta kontakt.

Sjekk våre nettsider  
for flere skilt og andre  
merkeprodukter for helsesektoren

SABO - det miljøvennlige alternativet!



Nøkkelibånd



Klokker



Graverte skilt

