

## – Får ned pillebruken

Nøtterøy bruker robot-sel på demensavdeling.

Side 42



## Mangler helsetilbud

80-95 alvorlige syke fengselsinnsatte får ikke behandling. Side 16

## Sto opp for de underbetalte

Side 86



# Sykepleien

**NSF POLITIKK:** Nå braker det løs. Vårens tariffoppgjør nærmer seg. Stikkord: Likelønn

**3** | 2010  
25. februar  
2010  
98. årgang

# På vei mot Homo maximus

I kampen mot kiloene vil sykepleiere ha en viktig rolle



# LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

...en lavdosert p-pille<sup>1</sup>

## Trygg bruk av p-piller

- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.
- Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref.: Statens legemiddelverk

The Pfizer logo is located in the bottom right corner of the advertisement. It consists of the word "Pfizer" in a stylized, italicized font, with the "P" being significantly larger and more prominent than the other letters. The logo is set against a white, oval-shaped background.

1) Referanse: SPC Loette

**TABLETTER, filmdrasjerte:** Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinylostradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

**INDIKASJONER:** Antikonsepsjon.

**DOSERING:** Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Mediseringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

**SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT:** Mediseringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Mediseringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

**KONTRAINDIKASJONER:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale nevrologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelser bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

**EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER:** Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte bukmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasia eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombrudds-

blødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formling løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arveditert laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

**INTERAKSJONER:** Nedsatt serumkonsentrasjon av etinylostradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparatet som inneholder etinylostradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinylostradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinylostradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarbamazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramet, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinylostradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalevegg kan øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol. Konsentrasjonen av etinylostradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinylostradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

**GRAVIDITET/AMMING:** Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt andre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

**BIVIRKNINGER:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasma, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose, Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedem, forverring av systemisk lupus erythematosus.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, bukmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

**ANDRE OPPLYSNINGER:** Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyroidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmamivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

**PAKNINGER OG PRISER:** 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009  
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

## Sykepleien

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

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

Ansvarlig redaktør Barth Tholens  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

## Medarbeidere:

Redaksjonsjef Bjørn Arild Østby  
tlf. 22 04 33 59/93 03 09 05  
[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

Journalist Marit Fonn  
tlf. 22 04 33 68/99 23 65 90  
[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)

Journalist Nina Hernæs  
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11  
[nina.hernes@sykepleien.no](mailto:nina.hernes@sykepleien.no)

Journalist Eivor Hofstad  
tlf. 22 04 33 71/91 75 39 03  
[eivor.hofstad@sykepleien.no](mailto:eivor.hofstad@sykepleien.no)

Journalist Susanne Dietrichson  
tlf. 22 04 33 53/45 42 96 41  
[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)

Fagredaktør Torhild Apall Dybvik  
tlf. 22 04 33 76/99 41 46 77  
[torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

Journalist  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
tlf. 22 04 33 73  
[annkristin.helmers@sykepleien.no](mailto:annkristin.helmers@sykepleien.no)

Journalist Kari Anne Dolonen  
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11  
[kari.anne.dolonen@sykepleien.no](mailto:kari.anne.dolonen@sykepleien.no)

Redaktør Anners Lerdal  
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44  
[anners.lerdal@hibu.no](mailto:anners.lerdal@hibu.no)

Journalist/deskleider Ellen Morland  
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22  
[ellen.morland@sykepleien.no](mailto:ellen.morland@sykepleien.no)

Grafisk formgiver Hege Holt (permisjon)  
tlf. 22 04 33 57  
[hege.holt@sykepleien.no](mailto:hege.holt@sykepleien.no)

Grafisk formgiver Hilde Rebaard Evensen  
tlf. 22 04 33 58  
[hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no](mailto:hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no)

Grafisk formgiver Sissel Vetter  
tlf. 22 04 33 61  
[sissel.vetter@sykepleien.no](mailto:sissel.vetter@sykepleien.no)

Markedssjef Ingunn Roald  
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12  
[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)

Markedskonsulent, produkt: Lise Dyrkoren  
tlf. 22 04 33 72/99 50 40 05  
[lise.dyrkoren@sykepleien.no](mailto:lise.dyrkoren@sykepleien.no)

Markedskonsulent, stilling: Finn Simonsen  
tlf. 22 04 33 52/91 68 46 64  
[finn.simonsen@sykepleien.no](mailto:finn.simonsen@sykepleien.no)

Repro og trykk  
Stibo Graphic AS



## SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

## Gjesteskribenter:



Sykepleierne har for lenge vært for snille, stille, og individorienterte, slik at det har gått på bekostning av sykepleiefaget, skriver **Berit Støre Brinchmann**. Side 84.



Ansvar og plikten for regnskapene og rapportene må ikke overskygge det moralske ansvar for å overveie hva som er rett og riktig i forhold til den enkelte bruker, skriver **Kristin Heggen og Tone Dyrdal Solbrekke** i en kronikk på side 82.



Det er viktig å være oppmerksom på at teknologi skal støtte oppunder planprosesser, men den kan ikke dekke over eksisterende dårlige samhandlingsrutiner, skriver **Bodil Bach** i verkstedet på side 46.



**Anders Folkestad** kan bli stoppet på gaten av folk som ikke liker kampen for likeverd. Kjønnsmønstret vi forbinder med foreldregenerasjonen lever i beste velgående. Side 92.



# Innhold

## Sykepleien

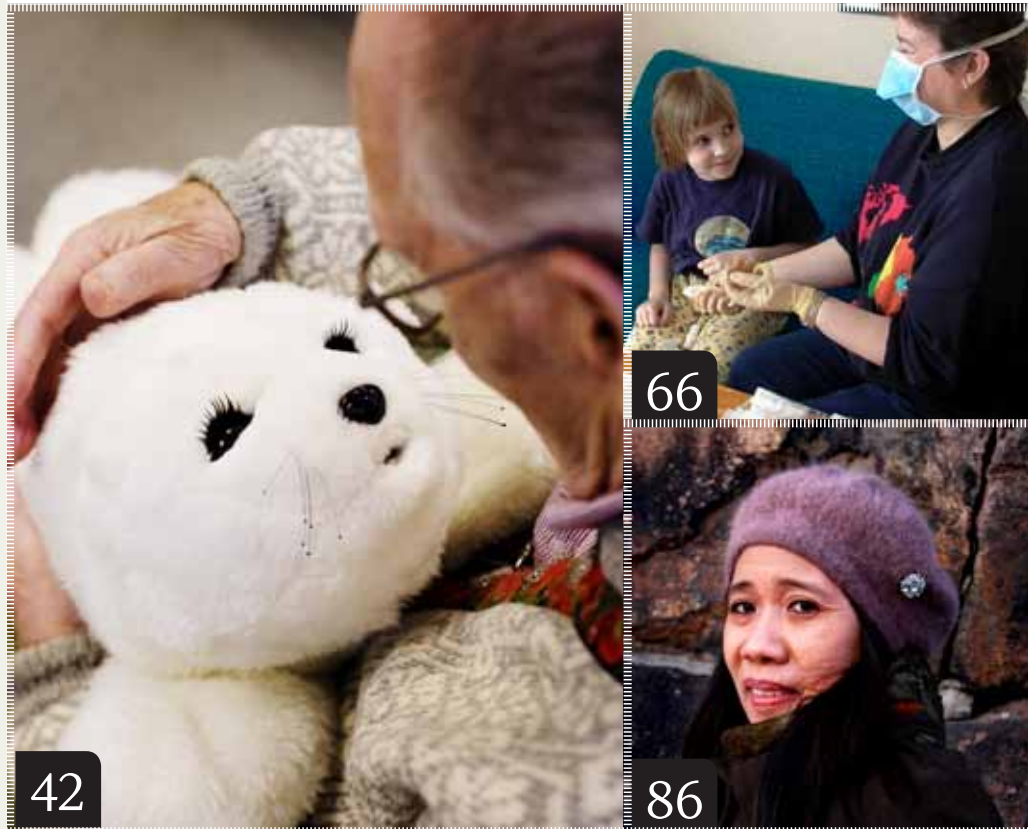
## AKSJONISTEN: «Det er viktig å spørre

## Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 11 Vil unngå 100% sykemelding
- 12 Sykepleiere tror de plages av stress
- 14 Det handler om likelønn
- 16 80–95 innsatte uten helsetilbud
- 18 Etter Haiti
- 20 Smartpris til vest og sør
- 24 Vil ha bedre sykepleie i Montenegro
- 26 Tvungen lønnsnemnd i sykepleierstreiken
- 28 Innvandrere redder pleie og omsorg
- 31 Vi bare spør Svein Erik Urstrømmen

## Der ute

- 42 Robot-sel roer demente
  - – Må ikke erstatte mennesker
- 46 Verkstedet
- 47 Min jobb
- 48 Nora skal opereres
  - Informerer skriftlig
- 52 Det siste stell
- 53 Behandles framfor å straffes
- 55 Høneblunder hjelper nattevakter
- 56 Øyeblikket



42

66

86

- 34 «Om vi ikke gjør noe, vil vi jo trille rundt om 50 år»
- 36 Måler blodsukker på trøndere
- 37 Motiverer på folkemøter
- 38 Snakker om overvekt
- 39 Vil telle kilo
- 40 – Fedme er følelser

# 32



seg hva som egentlig er verdien av egen innsats.»

**3 · 2010**

25. februar 2010 · 98. årgang

## Fag og bøker

- 60 Empati under press
- 64 DPS'ets rolle må avklares
- 66 Syke barn har det best hjemme
- 70 Forfatterintervju: Paul Moxnes
- 72 Det metodiske hjørnet
- 73 Bokanmeldelser
- 74 Quiz
- 74 Norge best på hjertestansforskning

## Mennesker og meninger

- 76 Lisbeth Normann om fedmeproblemet
- 77 Siden sist og meninger, terapi og riskhospitalet
- 81 Minneord
- 82 Kristin Heggen og Tove Dyrdal Solbrekke om ansvar
- 84 Dilemma
- 86 Tett på Ronalie Cravalho Catalon
- 90 Hør her: Anne-Kari Bratten vs. Karin Andersen
- 92 Refleks: Anders Folkestad

- 93 Stillingsannonser
- 103 Meldinger, skoler og kurs

Gjesteskribenten:

«Bør Norge følge Romania og skattlegge usunn mat?»

Lisbeth Normann

76

«Foreldrene ville veldig gjerne være til nytte.»

48



47



# Edward Albees

## Hvem er redd for Virginia Woolf?



foto: Jo Michael

Med ANETTE HOFF, INGAR HELGE GIMLE, NILS JØRGEN KAALSTAD, MARIAN SAASTAD OTTESEN.

Oversatt av PETER MAGNUS. Bearbeidelse /regi PETTER NÆSS. Scenografi/kostymedesign: LEIKO FUSEYA.

Musikk: NILS PETTER MOLVÆR. Lysdesign: TORHEL SKJÆRVEN. Lyddesign: ERIK HEDIN. Maskedesign: HELGE BJØRNÅ.

**Er dere fem eller flere som bestiller samlet, får dere hundre kroner i rabatt på hver billett**

19-feb Oslo / Nydalen  
20-feb Oslo / Nydalen  
22-feb Oslo / Nydalen  
23-feb Oslo / Nydalen  
27-feb Larvik  
01-mar Horten  
02-mar Nøtterøy  
03-mar Jessheim  
04-mar Drammen  
05-mar Vikersund  
07-mar Skien

08-mar Seljord  
09-mar Bø  
10-mar Gjøvik/Raufoss  
11-mar Fagernes  
12-mar Ål  
15-mar Egersund  
16-mar Sandnes  
17-mar Bømlo  
18-mar Haugesund  
21-mar Rena  
22-mar Elverum

23-mar Tynset  
24-mar Kongsvinger  
25-mar Sandefjord  
26-mar Fredrikstad  
07-apr Harstad  
08-apr Finnsnes  
09-apr Tromsø  
12-apr Bodø  
13-apr Mo i Rana  
14-apr Mosjøen  
15-apr Namsos

16-apr Inderøy  
17-apr Orkanger  
19-apr Røros  
20-apr Stjørdal  
21-apr Oppdal  
22-apr Åndalsnes  
23-apr Molde  
24-apr Ålesund  
26-apr Ørsta  
27-apr Nordfjordeid  
28-apr Florø

29-apr Sogndal  
03-mai Bergen  
04-mai Bergen  
07-mai Kristiansand  
08-mai Kvinesdal  
09-mai Arendal  
10-mai Grimstad

DnBNOR

Mer informasjon om forestillingen og billetter finner du på [www.riksteatret.no](http://www.riksteatret.no)



RIKSTEATRET

## Barth Tholens om nødhjelp

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

## Først ut til katastrofen

Når en naturkatastrofe inntreffer, samles gribbene.

**D**a jeg var 20 kunne jeg nesten ikke vente med å komme meg av gårde til fremmede land. Lengselen etter det eksotiske var så sterk at verken familie, utdanning eller banken klarte å holde meg tilbake. Jeg måtte bare ut. Til Asia, Afrika og Sør-Amerika.

Den gang var jeg overbevist om at den kunnskapen jeg fikk som globalt omstreifende, om mennesker og forhold i den tredje verden, ville komme disse til gode senere. Solidariteten med verdens fattige ville vokse sterkere om jeg kunne bidra til å berette om folk som var i nød. Det var i hvert fall teorien.

Opplevelsene fra den gang har preget livet mitt. Likevel kan jeg i ettertid lure på om dette vagabondlivet egentlig kom noen andre til gode enn meg selv. Ja, riktignok skrev jeg om den såkalte nellikerevolusjonen i Portugal, gateguttene i Brasil, angsten for vestlige missiler i Russland og hiv-syke sykepleiere i Zambia. Men hva skjedde egentlig med alle dem jeg møtte i disse årene – annet enn at de ble festet til papir, til glede ved frokostbordet for café latte-drikkende forståelsepøære her hjemme?

Det er viktig å spørre seg hva som egentlig er verdien av egen

Det er visst ingen grenser, verken for grådighet eller for menneskelig mot.

innsats. Særlig aktuelt er spørsmålet når det inntreffer store naturkatastrofer i fattige land, som på Haiti nylig. Da strømmer både journalister, hjelpepersonell og andre til. En hær av skue- og hjelpelystne som kanskje kommer i beste mening, men av og til med høyst uklare motiver.

Personlig fylles jeg av beundring for alle de menneskene som slipper alt de har i hendene, for å fly til et land som nettopp har opplevd å bli smadret. Leger og sykepleiere som reiser til katastrofen mens det ennå ryker i ruinene. Mennesker som klarer å organisere feltsykehus og førstehjelp mens likene ennå ligger omkring i gatene. Selv om akutt hjelp til verdens mest utsatte



**DEN BARMHJERTIGE SAMERITAN** er ikke alltid helt til å stole på.

Foto Scanpix og Stig Weston

pasienter burde være en slags yrkesplikt for helsepersonell, vet vi at bare noen få faktisk tar affære. De fleste sitter heller hjemme og ser det hele på tv.

Men sammen med akutthjelpens fortrøpper kommer også en bølge av ymse hjelpeorganisasjoner hvis motiver kan være mer varierende. De kan slåss om midler fra sin regjering og bruke tilstedeværelsen i katastrofeområder for å legitimere egen virksomhet. De kan ha bestemte politiske motiver. Eller religiøse. Formålet blir ikke bare å redde og hjelpe, men ikke minst å styrke seg selv.

Etter jordskjelvet på Haiti ble 10 amerikanske baptistmisjonærer stanset da de ulovlig forsøkte å ta med seg 33 «foreldreløse» barn ut av landet. Kanskje var de opptatt av barnas ve og vel, i nestekjærlighetens navn. De tok uansett ulovlige snarveier i noe som må betegnes som bortføring.

Eksemplet er bare ett av mange. Katastrofer tiltrekker seg også kriminelle fra hele verden. Rett etter at byen ble rasert av jordskjelvet, var lovløsheten total i Port-au-Prince. I fraværet av en sterk lokal autoritet, oppsto et moralsk vakuum som mange utnyttet. Det er visst ingen grenser, verken for grådighet eller for menneskelig mot. Mens Røde Kors opprettet feltsykehus og amerikanske brannmenn gravde ut overlevende fra ruinene, med fare for eget liv, benyttet andre katastrofen til å berike seg, rane og drepe.

Også etter tsunamien i Asia kom de kriminelle raskt på banen og utnyttet kaoset som fulgte bølgen. Barn ble bortført. Organer ble fjernet og videresolgt.

I fjor ved påsketider ble Italia rystet av et kraftig jordskjelv. Da omdirigerte statsminister Silvio Berlusconi et planlagt EU-møte nettopp til dette området. Mange forundret seg over det. Men Berlusconi er en mann som vet at «the show must go on». Om en katastrofe får tilstrekkelig oppmerksomhet, vil redningsmannskapenes gravemaskiner snart blir avløst av store pengestrømmer fra EU. Altså: Nye muligheter for den som vet å utnytte dem.

Om hva gjør jeg? Jeg vet ikke om det hjelper, men jeg skriver fortsatt om det.

## Sykepleiere vil i fengsel

Halden fengsel vil ikke få problemer med å ansette nok sykepleiere. Ifølge Halden Arbeiderblad er det kommet inn 90 søknader til ni sykepleiestillinger. Halden fengsel skal ansette sykepleiere med somatisk bakgrunn og med spesialutdanning innen psykiatri og rus. Det er Halden kommune som skal ha ansvaret for helsetjenesten, mens Sykehuset Østfold har ansvaret for spesialisthelsetjenesten.



Foto: Halden fengsel

## Sykepleien på Facebook

Nå kan du følge Sykepleien på Facebook. Siden er ment å gi en liten smakebit på aktualiteter som vi skriver om i bladet og på nettsidene våre. I tillegg er det lett for lesere å

kommentere artikler og innlegg. Sykepleiens redaktør, Barth Tholens håper også at Sykepleiens Facebook-lesere vil komme med gode tips og ideer. Siden heter Tidsskriftet Sykepleien.

## København innfører gratis heroin

Fra mandag 22. februar kan danske heroinavhengige få to sprøyter om dagen. Tilbudet er først og fremst for personer som får metadon, men som likevel fortsetter å bruke heroin og andre opiatier ved siden av, melder Vårt Land.

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen ønsker ikke et slikt tilbud i Norge.

– Det er nok ikke veien å gå. Jeg er langt fra å gå for et slikt tilbud. Jeg er mye mer opptatt av å styrke dagens tilbud, sier helseministeren til Bergensavisen.



Foto: colourbox

# Hva skjer

### Les mer om:

- 11 Mindre 100 % sykemelding >
- 12 Sykepleiere tror de plages av stress >
- 14 Snart tariffoppgjør >
- 16 80-95 uten helsehjelp i fengsel >
- 18 Etter Haiti >
- 20 Disse fikk Smartprisen >
- 24 Vil bedre sykepleie i Montenegro >
- 26 Streik ble tvungen lønnsnemnd >
- 28 Innvandrere redder helse og omsorg >

## sykepleien.no

Aker legges ned. Følg utviklingen på Oslo universitetssykehus på sykepleien.no



## Åpnere om psykiske problemer

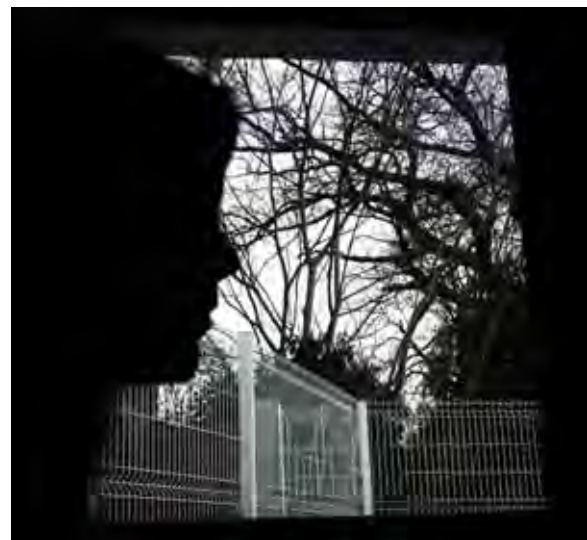


Foto: colourbox

**HEMMELIG:** Flertallet forteller ikke om psykiske problemer på jobben.

Ifølge en ny undersøkelse gjort på oppdrag av Mental Helse, er én av tre åpne om at de sliter psykisk til sine kollegaer. Én av fem velger å holde det hemmelig, mens 15 prosent velger å si det kun til sjefen. Undersøkelsen er et ledd i satsing på arbeid og psykisk helse i Nav. Målet er å finne ut hva som skal til for at personer med psykiske helseproblemer skal fortsette i jobb, eller komme i arbeid.

## Avbrudd hele tiden

Danske sykepleiere blir ofte forstyrret i sine gjøremål. Det konkluderer master i klinisk sykepleie, Liselotte Brahe. En undersøkelse fra 2007 viste at sykepleierne kunne bli avbrudd så ofte som 60-80 ganger i løpet av en arbeidsdag. Som oftest var det kolleger som sto for avbrytelsene, gjerne med spørsmål. Sykepleierne ble ofte avbrudd når de holdt på med medisindosering. Brahe mener at alle forstyrrelser kan gå ut over pasientsikkerheten og at det fører til stress hos sykepleierne.

Kilde: Sygeplejersken.



Foto: colourbox

## Vaksinebivirkninger strømmer på

Legemiddelverket har i midten av februar mottatt over 950 rapporter om mulige vaksinebivirkninger. Av disse er 233 rapporter mistanke om alvorlige bivirkninger etter Pandemrix-vaksinen, 10 rapporter om dødsfall og 21 rapporter om spontanabort eller fosterdød, melder Dagens Medisin.





NYE LEDEREMNER I PRODUKSJON

## Strøm-Erichsens plan

Hvis helseministeren får det som hun vil, blir Aker sykehus et sted for folk med livsstilssykdommer, kronisk syke og for pasienter som trenger rehabilitering. For at Strøm-Erichsen skal få viljen sin, krever det imidlertid at Oslo kommune er enig.

## Kunnskapsrike pasienter

I en dansk undersøkelse svarer 82 prosent av sykepleierne at pasientene er blitt mer kunnskapsrike om egen sykdom og behandling. 68 prosent av sykepleierne i undersøkelsen sier at dette påvirker dem i utøvelsen av yrket.

Kilde: Sykepleiersken

### Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i prosent.

	Antall sysselsatte				Avtalte årsverk			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Ingen fagutdanning	39,8	37,7	37,8	37,1	32,8	30,9	30,7	30,2
Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere	36,3	36,4	36,2	36,2	38,8	39,2	39,1	39,1
Helse- og sosialfagutdanning	20,4	20,9	21,3	21,9	24,7	25,2	25,7	26,3

Kilde: Evaluering av Kompetanseløftet 2015, Rapport 3/2010, NIFU STEP

### Meninger fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

#### På vei for å avløse i Haiti



” – Lykke til. Måtte det vere fleire som deg i denne verda.

Gunda

Hele innlegget finner du på: [www.sykepleien.no\\_debatt](http://www.sykepleien.no_debatt)

#### Sykepleie på Facebook

” – Facebook er en ren underholdnings-nettside. Den er til snakk om løst og fast – ikke å ha samtaler eller forholde seg til folk som pasienter.

Sykepleier

Hele innlegget finner du på: [www.sykepleien.no\\_debatt](http://www.sykepleien.no_debatt)

Nå lanserer KLP bank.  
Her får du beste rente  
fra første sparekrone



KAKTUS Foto: Elisabeth Tøllsen

men;

Da må du ha offentlig tjenestepensjon i KLP. I mer enn 60 år har vi levert pensjon til offentlig ansatte. Nå åpner vi bank med ekstra gode betingelser for medlemmene våre. Andre får også gode betingelser, men først når de har spart 100.000 kroner. KLP Banken skal være blant de beste tilbyderne på markedet, og er som nettbank svært enkel å bruke. Som medlem i KLP får du så gunstige betingelser at du også kanskje vil spare hos oss?

Sjekk sparerenten vår mot den du har i dag,  
på [www.klp.no](http://www.klp.no)

**KLP**

for dagene som kommer

# Vil unngå 100 %

Regjeringen og partene i arbeidslivet tror på ny avtale om inkluderende arbeidsliv (IA). Stikkordene er gradert sykmelding og tilrettelegging på arbeidsplassen.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Arbeidsdepartementet

**P**artene i arbeidslivet og myndighetene holder på å forhandle fram ny avtale om inkluderende arbeidsliv (IA) og drøfter i den sammenheng forskjellige tiltak for å få ned sykefraværet.

– Regjeringen er opptatt av at ambisjonen om 20 prosent reduksjon i sykefraværet må opprettholdes, understreket arbeidsminister Hanne Bjurstrøm i en pressemelding da forhandlingene startet i forrige måned.

Forut for drøftingene har regjeringen slått fast at den vil opprettholde arbeidstakernes rettigheter i sykelønnsordningen, og at eventuelle endringer i arbeidsgivers finansiering av sykelønnsordningen skal skje uten at det totalt vil koste arbeidsgiverne økonomisk.

### Motstridende mål

Regjeringen vil redusere sykefraværet med 20 prosent og samtidig inkludere flere personer med handikap og eldre i arbeidslivet. Disse målsettingene strider mot hverandre, mener overlege Håkon Lasse Leira ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital.

– Om vi lykkes med å inkludere flere eldre og flere med handikap, vil sykefraværet gå opp fordi dette er grupper som over tid tenderer mot å ha høyere sykefravær enn gjennomsnittet. Om vi strammer inn på sykefraværsrettighetene, vil vi ikke lykkes med inkluderingen.

### Mer forebygging

I forkant av forhandlingene satte partene ned en felles arbeidsgruppe som har oppsummert erfaringene med IA-avtalen i hele perioden. Konklusjoner er at man er langt unna målet om å redusere sykefraværet med minst 20 prosent, selv om sykefraværet har variert i perioden. Målet om økt rekruttering av personer med redusert funksjonsevne er heller ikke nådd. Den reelle pensjonsalder er derimot økt med seks måneder. Målet er nådd på dette punktet.

Arbeidsgruppen har valgt å rette oppmerksomheten mot arbeidet med å redusere sykefraværet, der partene vil møte de største utfordringene.

Konklusjonen er at dagens IA-avtale har et for stort fokus på å få sykmeldte arbeidstakere tilbake til arbeid, men at det er mindre fokus på virksomhetenes/partenes ansvar, for forebyggende arbeid og tiltak for å unngå sykefravær.

### Heltid sykmelding unntak

Arbeidsdepartementet har også oppnevnt en faglig ekspertgruppe som har vurdert mulige administrative tiltak som kan bidra til reduksjon i sykefraværet. Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm uttrykte optimisme da hun tidligere denne måneden fikk overlevert forslagene.

– Vi har en god og konstruktiv dialog med partene i arbeidslivet. Jeg har derfor tro på at vi skal bli enige om veien videre innen fristen 1. mars.

Ekspertgruppen lanserer en rekke forslag som skal gjøre at 100 prosent sykmelding bare

## «Lykkes vi med å inkludere flere eldre og flere med handikap, stiger sykefraværet.»

Overlege Håkon Lasse Leira

unntaksvis blir brukt etter åtte uker. Ett av forslagene er å øke antall dager folk kan være hjemme fra jobben uten å gå til legen fra tre til ti dager.

Andre forslag til nye sykefraværsregler er å doble antall dager arbeidstakere kan være borte fra jobb uten sykmelding fra dagens 12 dager til 24 dager i løpet av en 12 måneders periode. Etter utløpet av egenmeldingsperioden kreves sykmelding fra lege.

Etter åtte ukers sykmelding skal hovedregelen være gradert sykmelding, selv om dette vil kreve omfattende tilrettelegging fra arbeidsgivers side og innebære vesentlige endringer i arbeidstakers arbeidsoppgaver. Arbeidsgivere skal etter åtte ukers sykmelding betale 20 prosent av sykepengene hvis en arbeidstaker fortsatt er 100 prosent sykmeldt. De skal derimot få



**SYKEFRAVÆR:** – Regjeringen er opptatt av at ambisjonen om 20 prosent reduksjon i sykefraværet må opprettholdes, sier arbeidsminister Hanne Bjurstrøm.

full refusjon hvis arbeidstakeren har gradert sykmelding.

### Arbeidsgivere positive

– Dette er en interessant modell, hvor det kan ligge gevinster for bedrifter som tilrettelegger for deltakelse på arbeidsplassen under sykmelding. Men dette fordrer at også leger og arbeidstakere gjør en innsats for å øke bruken av gradert sykmelding, samt at Nav bistår bedriftene i tilretteleggingsarbeidet, heter det i en pressemelding fra arbeidsgiverorganisasjonen NHO.

NHO mener at i tilfeller hvor bedriften kan vise til at alle muligheter er blitt prøvd ut på arbeidsplassen bør det være fritak for egenandel.

KS-direktør Sigrun Vågeng er også positiv til forslaget om at sykmeldte arbeidstakere skal kunne jobbe delvis.

– 20 prosent innebærer at kommunen finner aktivitet til en sykmeldt arbeidstaker en dag i

uka. Vi er positive til forslaget om økt bruk av gradert delvis sykmelding, sier hun.

### Sats på tilrettelegging

Unio er positive til hovedoverskriftene: tilrettelegging på arbeidsplassen og gradert sykmelding.

– Det er viktig å komme raskt tilbake i arbeid, dersom helsa tillater det. Dette vil kreve spesielt mye av arbeidsgiverne. Unio kan på ingen måte akseptere at den som er sykmeldt blir presset tilbake til en håpløs arbeidssituasjon. Vi skal huske at dette handler om folk som er syke, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Folkestad mener partene må fokusere på mulighetene for å redusere såkalt arbeidsrelatert fravær, sykefravær som skyldes eller forsterkes av forhold på arbeidsplassene. ■■■

# Sykepleierne tror de pla

Over halvparten av norske sykepleiere i jobb sier de plages av stress. Men helseplagene de rapporterer er mye mindre enn for gjennomsnittet i befolkningen.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig Weston**

**S**ynovate har nylig intervjuet 300 sykepleiere fra Østlandet, Vestlandet og Midt-/Nord-Norge for Sykepleien. 258 var i arbeid, de resterende under utdanning.

55 prosent av dem som arbeider og 32 prosent av dem under utdanning rapporterer at de

plaget av stress. 40 prosent av dem under 35 år har følt seg plaget, mens 58 prosent av dem over 50 år har følt det samme.

Det er mer vanlig med stressplager blant sykepleiere på Østlandet (55 prosent), minst blant dem på Vestlandet (39 prosent).

**Hyppe omstillinger** er en signifikant større stressfaktor for sykepleierne over 50 år (16 prosent), blant dem som bor på Østlandet (11 prosent) og blant sykehusansatte (12 prosent) enn hos gjennomsnittet (7 prosent).

På Østlandet er det også flere som angir **dårlig ledelse** og **krevende pasienter** som årsaksfaktorer sammenlignet med gjennomsnittet.

Dårlig ledelse er det i gjennomsnitt 7 prosent som angir som årsak og 6 prosent oppgir **konflikter med eller mangel på støtte fra ledelsen**.

### Slitne, urolige og søvnløse

De ansatte i kommunen rapporterer signifikant oftere **dårlig humør** sammenlignet med gjennomsnittet, mens bare 2 prosent av kollegene i sykehussektoren sliter med dårlig humør. De som signifikant rapporterer mest

## «Dette viser vel bare at “stress” er et ullent begrep som brukes om så mangt.» Anette Harris

i meget eller ganske stor grad har følt seg plaget av stress på jobben den siste måneden. Totalt har 49 prosent følt seg plaget.

Aller mest plaget er de kommunalt ansatte, hvor 64 prosent svarer bekreftende, mens tilsvarende gjelder 50 prosent av de sykehusansatte.

Jo eldre sykepleierne er, jo mer føler de seg

Følelsen av å være plaget av stress er nokså likt fordelt blant dem med lederansvar kontra dem uten lederansvar.

### Arbeidspress

Det er signifikant flere under 35 år, blant dem som bor i Midt-/Nord-Norge og blant dem uten lederansvar, som blir stresset av for dårlig bemanning.

### Gjennomsnitt i befolkningen

Tall fra normalbefolkningen er hentet fra en Gallup i 2003, hvor det også er spurt om helseplager de siste 30 døgn. 2008-tall finnes også, men er ikke publisert. Anette Harris sier tallene er stabile.

#### Her er tallene:

- › Muskel- og skjelettplager: 75 prosent
- › Tretthet: 53 prosent
- › Søvnproblem: 26 prosent
- › Hodepine: 35 prosent

### 1. Årsak til stressfølelsen blant 147 som følte seg plaget av stress:



### 2. Hvordan stresset på arbeidsplassen gir utslag:



0 % 10 % 20 % 30 % 40 %

# ges av stress

hodepine og dårlig humør, bor i Midt- og Nord-Norge.

De over 50 år sliter mer med søvnløshet enn de yngre. De eldre har også vanskeligst for å si hvordan stressfølelsen har gitt seg utslag, 19 prosent av dem vet ikke hvordan de føler seg plaget.

## «Men du verden så godt de klarer seg.» *Holger Ursin*

Dette har også de kommunalt ansatte vanskeligheter med – her er det 16 prosent som ikke vet, i motsetning til 7 prosent av de sykehusansatte.

Kardinaltegnet på at den negative spiralen med stressplager har kommet langt – en følelse av **hjelpeløshet** eller en følelse av **håpløshet** – ble bare rapportert av henholdsvis 2 og 1 prosent i gjennomsnitt. ■■■

## – Artige tall!

– **DETTE VAR ARTIGE TALL!** 55 prosent er plaget av stress uten egentlig å vite hvordan de føler seg plaget, samtidig som de faktisk har mye mindre plager enn normalbefolkningen, sier Anette Harris, sykepleier, forsker og stipendiat ved Uni helse i Bergen.

– Dette viser vel bare at «stress» er et ullent begrep som brukes om så mangt og at stress faktisk kan være bra for helsen. Må si at jeg egentlig er overrasket over at de er såpass friske som de er, fortsetter hun.

Harris sin kollega ved samme sted, professor og stressforsker Holger Ursin, sier undersøkelsen viser at sykepleierne rapporterer både tretthet, søvnproblemer, humør og særlig hodepine og muskelsmerter langt under gjennomsnittet av den norske befolkning.

– De er altså en flott del av det norske folk, med viktig og utfordrende arbeid med tildels vanskelige problemer, men du verden så godt de greier seg! Det bør de få tilbakemelding på, sier han.





Helleristning. Begbyfeltet.  
Fredrikstad.  
Foto: Steinar Myhr/NN/Samfoto



**Skånsom med  
maksimal effekt:**

## En ny generasjon jernetilskudd

AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jernetilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. AminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jernetilskudd. Jernetilskuddet er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt.\* Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas sammen med måltid uten at effekten reduseres. Jernetilskuddet kan trygt anbefales da det ikke inneholder verken gluten, sukker, melk eller animalske ingredienser. Anbefalt døgndose er en tablett, tilsvarende 25 mg jern.

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS og føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger.

*For spørsmål eller bestilling av vår informasjonspakke (produktprøve, fagbrosjyre og pasientbrosjyrer på norsk, urdu og somali), ta kontakt på tlf 33 00 38 70 eller send e-post til post@vitalkost.no.*

**\*REFERANSELISTE:**

Iron absorption from ferrous biglycinate and ferric triglycinate in whole maize is regulated by iron status. The American Journal of Clinical Nutrition, Vol.71, No. 6, 1563-1569, June 2000.

US Food and Drug Administration: Agency Response Letter GRAS Notice NO.GRN 000019, 30.09.1999.

Safety Evaluation of Ferrous Biglycinate Chelate. Pergamon Research Section, Food and Toxicology 37, 723-731, 1999.

Effectiveness of Iron Amino Acid Chelate on the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Adolescents. Journal of Applied Nutrition, Vol. 46, No. 1 & 2, 1994.

Repleting Hemoglobin in Iron Deficiency Anemia in Young Children through Liquid Milk Fortification with Bioavailable Iron Amino Acide Chelate. Journal of the American College of Nutrition, Clinical and Laboratory Pearl, Vol. 17, No. 2, 187-194, 1998.



**Vitalkost**  
Tlf 33 00 38 70  
www.aminojern.no

# Det handler om likelønn

Norsk Sykepleierforbund (NSF) forutsetter ikke bare et avtrykk av likelønn i årets tariffoppgjør. Forbundet vil se tydelige spor.

Tekst Bjørn Arild Østby

Likelønn er Norsk Sykepleierforbunds (NSF) overordnede krav i hovedtariffoppgjøret i 2010, som er oversendt hovedsammenslutningen Unio.

«NSF forventer at 2010 blir stående som det året da likelønnsatsingen startet. Unio og Unios medlemsorganisasjoner må legge press på de arbeidsgiverne som sier nei til en statlig finansiert likelønnsnett», skriver NSF.

Forbundet finner det uakseptabelt at lavt lønnede menn med høy utdanning i offentlig sektor skal finansiere et lønnsloft for lavt lønnede kvinner med høy utdanning. NSF ber Unio stille krav som staker ut veien framover. En endring av lønnsrelasjonene i samfunnet forutsetter en plan som går over flere år, ifølge NSF.

### Tett likelønns-gapet

Likelønns-gapet skyldes delvis den tradisjonelle frontfagsmodellen, hvor resultatet i konkurranseutsatt industri har vært lønnsledende for oppgjøret i offentlig sektor.

– Unio må gå for en utvidet frontfagsmodell, og sette makt bak kravet om at kompetanse skal lønne seg. Eventuell mindrelønnsutvikling i 2009 må kompenseres gjennom høyere rammer i offentlig sektor i 2010, heter det blant annet i brevet fra NSF.

Forbundet begrunner kravet med at: «Kommuner, staten og helseforetakene er arbeidsgivere med ansvar for at innbyggerne møter kunnskap, uavhengig av om yrkesgruppen er dominert av kvinner eller menn. Den kunnskapen må de betale for. I motsatt fall bidrar de til å rive ned den velferdsstaten som

### Tariffoppgjør

- » Tariffoppgjøret 2010 er et såkalt hovedoppgjør. Det vil si at det forhandles om både lønnstillegg og endringer i de øvrige bestemmelsene i tariffavtalen.
- » Unio skal vedta sin tariffpolitikk 3. mars.
- » Forhandlingene starter i privat sektor mellom LO og NHO og skal være sluttført innen 1. april. Deretter følger de andre store organisasjonene i privat og offentlig sektor. Disse forhandlingene skal sluttføres innen fristen 1. mai.

sikrer gode og likeverdige tilbud til alle landets innbyggere.»

### Andre krav

I tillegg til likelønn ønsker NSF blant annet å legge følgende overordnede krav til grunn i hovedtariffoppgjøret i 2010:

- » NSF forutsetter at endringer i alminnelig arbeidstid for arbeidstakere i tredelt turnus som følge av endringer i arbeidsmiljøloven finansieres utenfor tariffoppgjøret.
- » NSF vil vektlegge utdanning, kompetanse og ansvar som overordnede kriterier for individuelle lønnstillegg. Kriterier utover dette forutsettes avtalt mellom lokale parter.
- » NSF forutsetter at medlemmenes pensjonsrettigheter ivaretas.
- » NSF vil vurdere eventuelle krav knyttet til yrkesskade. ■■■

# EN HALV MILLION NORDMENN HAR TØRRE, SÅRE, RØDE, KLØENDE ELLER SVIENDE ØYNE...



ER **DU** EN AV DEM?



## LENZMOIST OG VIZCURE FUKTER OG SMØRER TØRRE, SÅRE ØYNE.

### **Vizcure – førstevalget for øyne som er tørre og såre.**

Dråpene fukter og smører øynene og inneholder bl.a. fuktighetsbindende hyaluronsyre, og vitamin B12 som kan ha en antioksidantisk effekt på øynene dine. Konservert med Oxyd™ som omdannes til salt og oksygen etter få sekunder.

### **Lenzmoist – det beste alternativet for kontaktlins brukere.**

Dråpene fukter og smører tørre og såre øyne, samtidig som kontaktlinsene rengjøres for fett og proteiner – mens de ligger på øyet. Konservert med Oxyd™ som omdannes til salt og oksygen etter få sekunder.



Kun på apotek.

**Prøv en ny generasjon øyedråper!**

# 80 - 95 innsatte uten

En kartlegging ved norske fengsler viser at det sitter mellom 80 og 95 svært syke innsatte som ikke får den oppfølgingen de har behov for.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

**B**åde norske og internasjonale studier har tidligere vist at antallet psykisk syke i fengsel er større enn blant befolkningen for øvrig, men det er første gang det kartlegges hvor mange av de innsatte som ikke får det psykiatriske helsetilbudet de har behov for.

– Undersøkelsen viser at det er mellom 80 og 95 psykisk syke innsatte som krever en oppfølging man ikke kan gi i dag, sier Sigbjørn Hagen, seniorrådgiver i justisdepartementet.

Hagen har ledet en arbeidsgruppe nedsatt av justisdepartementet, og har foretatt en kartlegging blant alle landets lukkede fengs-

kiske lidelser som har psykotisk gjennombrudd i fengsel, men som i et terapeutisk sykehusmiljø klarer å kontrollere symptomene. Det er også suicidale, selvskadere og innsatte med paranoid beredskap, som er til fare for seg selv og andre. I tillegg er det en gruppe innsatte som isolerer seg over tid, og som blir gradvis dårligere.

– Disse blir svingdørspasienter. De får akuttbehandling på sykehus, men sendes tilbake til fengselet etter et par dager – hvor de blir til neste akutte situasjon.

## – Farlige må prioriteres høyere

I tillegg til de sårbare, er det et stort antall farlige og personlighetsforstyrrede som både

› har en tendens til bortforklaring og projeksjon, de legger skylden på andre, og ser ingen personlige endringsbehov

› oppleves som urettferdige og løgnaktige og utviser grov likegyldighet overfor andres følelser.

– Det eksisterer ikke noe behandlingstilbud for innsatte med farlige og alvorlig personlighetsforstyrrelser i norske fengsler, og det er veldig delte meninger om hva som er mulig og ikke mulig å gjøre for denne gruppa, sier Hagen.

– Innenfor mandatet til utredningen vi har gjort, foreslår vi en stabilisering av disse fangene ved at de plasseres i egne ressursavdelinger. I England foregår det imidlertid et enormt arbeid hvor man forsøker å arbeide aktivt med behandling av de farlige fangene.

– Jeg mener at ambisjonsnivået for disse fangene må oppjusteres i Norge. Mitt ønske er at norske myndigheter bidrar til kunnskapsinnsamling i forhold til om det er mulig å behandle denne gruppen. Disse innsatte blir gjemt bort og gitt opp, det er på tide å løfte gruppen og se på om behandling er mulig, sier Hagen.

## Oppga flere hundre

Både helseavdelingene og fengselsledelsen ved 18 fengsler har rapportert inn til arbeidsgruppa hvor mange innsatte de har som per i dag ikke får riktig helsetilbud for sin psykiske lidelse.

Fengselsledelsen innrapporterte 160 personer, mens fengselshelsetjenesten oppga at antallet var 120.

## «Disse innsatte blir gjemt bort og gitt opp.»

Sigbjørn Hagen

ler for å kunne dimensjonere forslaget om å opprette forsterkede ressursavdelinger for psykisk syke fanger.

### To grupper

– Hvem er disse 80 til 95 fangene?

– Dette er psykisk syke som kan deles i to grupper: De som er særlig sårbare og hjelpetrengende, samt farlige og personlighetsforstyrrede, sier Sigbjørn Hagen, som ikke i tvil om at det er et stort og udekket behov i norske fengsler.

De sårbare er definert som innsatte med psy-

fengselsansatte, helsepersonell og arbeidsgruppa er enige i at mangler et adekvat tilbud i dag. Disse fangene skaper mye uro i fengslene og er i undersøkelsen beskrevet som personer som oppleves som:

› manipulerende og selvsentrerte med lav frustrasjons- og aggresjonsterskel

› krise- og konfliktskapende og kan sette avdelingen på hodet

› negativt styrende. De sprer frykt og kan gjennom sin kriminelle status forsøke å ta kontroll over omgivelsene

## Lite tilfreds med helsetilbud

**INNSATTE I NORSKE FENGSLER** er misfornøyde med helsetilbudet, viser en ny undersøkelse.

– Innsatte er mindre tilfredse med helsetilbudet enn andre pasienter. Graden av misnøye er ulik

fra fengsel til fengsel. At tilfredsheten varierer gir grunn til å tro at det er forbedringsmuligheter innen denne delen av helse-Norge, sier helsetjenesteforsker Johan Håkon Bjørngaard ved Sintef og NTNU.

## Syk av isolasjon

**FIRE UKER I ISOLASJON** øker den relative risikoen for en alvorlig psykiatrisk lidelse med 20 ganger. Det viser en dansk studie publisert i fagtidsskriftet International Journal of Law Psychiatry og gjengitt i Tidsskrift for Den norske legeforening.



# helsetilbud



**TEMA:** I nr. 14/09 skrev Sykepleien om psykisk syke bak murene. Nå er tallene for hvor mange de er klare.

– Det var også varierende svar internt, ved ett fengsel oppga de fengselsansatte at det kun var en ansatt som ikke fikk den behandlingen han trengte, mens helseavdelingen oppga at det riktige tallet var 18 innsatte.

For å komme frem til tallet på 80 til 95, har arbeidsgruppen gått gjennom alle svarskjemaene, hvor både helsepersonell og fengselsledelsen har fylt ut en detaljert profil av hver enkelt innsatt de mener ikke får den behandling

som er nødvendig. Tallene baserer seg altså både på selvrapportering, og arbeidsgruppens vurdering i etterkant.

#### Ikke menn og kvinner sammen

Arbeidsgruppen konkluderer med at det er nødvendig å bygge opp egne ressursavdelinger ved de største fengslene for å gi de syke fangene et tilbud.

Arbeidsgruppen mener at det ved behov bør

opprettes en egen ressursavdeling for kvinner. Begrunnelsen er at det vil unngå at sex blir en handelsvare, at det oppstår ukritiske kjærlighetsforhold eller at manipulering gjennom spill om oppmerksomhet og sjalusi blir problemstillinger, i tillegg til at avdelingens tilbud i utgangspunktet i stor grad vil være basert på menns premisser.

Rapporten er nå ute på høring, med svarfrist 15. april. ■■■



## Effektiv og mild for tørr hud!

Tørr hud er ofte sensitiv, derfor inneholder Decubal kun rene, enkle ingredienser som pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Produktene er helt frie for parfyme og fargestoffer og kan brukes av hele familien. Decubal brukes også forebyggende eller som supplerende pleie i forbindelse med lett eksem og psoriasis.

**BLI  
MEDLEM  
NÅ!**

**DECUBAL<sup>®</sup> PLUSS**  
DIN PERSONLIGE HUDPLEIESPESIALIST

- ✓ Gratis vareprøver
- ✓ Gratis eksperthjelp

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



**DECUBAL<sup>®</sup>**  
Eksperten på tørr hud

# Etter Haiti

Tove Gunleiksrud har en uvirkelig følelse. I fire uker har hun stått på i jordskjelvrammede Haiti.

Tekst og foto **Marit Fonn**

I dag er Tove Gunleiksrud tilbake på jobben i Tønsberg. Hun føler seg midt imellom Port-au-Prince og Vestfold. Heldigvis har arbeidsgiveren gitt henne en myk start. Hun slipper de tøffeste operasjonene denne uken, og jobber

## «Naturen gjorde sin egen triage.»

bare dag. Det er under en uke siden hun landet på norsk jord.

### Overfylte gater

Katastrofen rammet det karibiske landet 12. januar. Fire dager senere sitter Gunleiksrud på bussen inn til hovedstaden i Haiti.

«Det virker rolig», skriver hun i en tekstmelding hjem til familien.

«Bare vent», er svaret. Familien har sett tv-nyhetene.

Ikke lenge etter ser hun det selv: Folk har flyttet ut på gaten. Alle åpne plasser og veikryss er fylt av mennesker – skadde, ubehandlede, døde. Noen lik er tildekket, andre ikke. Lukten er intens; emmen og søtlig. Og det er stille. I de fire ukene opplevde hun mer enn mange opplever i et helt arbeidsliv.

– Det var så voldsomt på så kort tid. Nesten ufattelig.

De materielle ødeleggelsene var ikke det verste. Hun har sett det mye verre før: Etter tsunamien i Bandache og jordskjelvene i Iran og Kashmir.

– Men så mye menneskelig lidelse har jeg aldri vært vitne til før. Ikke i nærheten, sier hun ved kantinebordet.

– *Vendte du deg til liklukten?*

– Nei, den venner du deg ikke til.

### Operasjoner på løpende bånd

Gunleiksrud var med i det første norske teamet sendt av Røde Kors. De kom seg greit inn i landet. Men utstyret ble forsinket da flyene ikke fikk lande.

– Det er lite å få gjort med bare hendene. Heldigvis ble vi ikke sittende der.

Gunleiksrud og kollegene bisto noen amerikanske hjelpearbeidere i over to døgn. Omsider kom deres eget utstyr. De var tildelt plass foran en kirke på universitetsområdet. Hele teamet var med på sjauen med å sette opp en såkalt «rapid unit» – et enkelt feltsykehus uten sengepost.

I operasjonsteltet ble det amputert og reamputert. De behandlet klemskader, stygge sår og infeksjoner. Transplanterte hud. Tok seg av skudd- og stikkskader. Utførte keisersnitt.

I pre-post-teltet ble pasientene klargjort før operasjon, og de våknet opp der etterpå. Så måtte de ut på gaten under åpen himmel. Pasientene lå i senger på fortauet eller i den lille parken i skyggen av trærne.

### Rotter i leiren

Første natt tilbrakte Røde Kors-arbeiderne på bakken med liggeunderlag og myggnett. Men andre dagen var boleiren på plass med både telt og mat. Det gikk mest i knekkebrød med kaviar. Søvn var aldri noe problem etter de lange arbeidsdagene.

– *Hva med rottene?*

– Jo, de var digre. De bodde der i leiren, men panikken tok meg ikke. Det bare var sånn.

De arbeidet til mørket kom klokken sju.

### Pratet hver kveld

– Det var en stoisk ro over de fleste haitierne. De virket takknemlige for å få hjelp.

Hun hørte om plyndringer, men opplevde selv lite uro.

– Det eneste jeg så var opptøyer på den amerikanske operasjonsstuen der pasientene kranglet om å komme først. Væpnede vakter ordet opp.

– *Hvordan prioriterte dere pasientene?*



**ENKELT:** Tove Gunleiksrud og Haiti-kollegene tror det blir vanskeligere å finne helsearbeidere som klarer å jobbe under enkle forhold.

## Nyttig utdanning

Tove Gunleiksrud er vokst opp på Helgeland, og ble sykepleier i Levanger i 1976. Hun flyttet til Holmestrand og ble anestesisykepleier to år senere. På sitt første nødhjelpsoppdrag i Afghanistan i 1990 fant hun ut at det ville være greit med «noe mer». Så dro hun hjem og ble operasjonssykepleier også.



– Naturen gjorde sin egen triage. Vi behandlet først dem som var mest preget av infeksjoner og blodforgiftning.

Gunleiksrud tror ingen kunne gjort denne jobben hvis de ikke hadde kjent hverandre så godt. Før de la seg, hadde de en time «på kassa», oppkalt etter metallkassene alt utstyret var pakket i. Der satt de i mørket og snakket sammen. Om dagens hendelser, eller om alt og ingenting.

Denne vanen med debriefing oppsto intuitivt. Som et behov for en slags normalitet, forklarer hun.

### Vil være først ut

Hun trives best med å være først på stedet etter en katastrofe.

– Vi jobber, spiser, sover. Kontrakten er på fire uker og vi har ikke fridager.

De som kommer i neste runde, jobber mer normalt, nesten som hjemme.

– Jeg liker hardt arbeid, det uforutsigbare, å måtte ta det der og da.

Hun har et realistisk forhold til hva hun kan utrette.

– Ja. I en absurd gul stellefrakk.

Hun tørker noen tårer.

– Vi har lært at skal vi takle krise, må vi fokusere på oppgavene. Henger vi oss opp i enkelt-skjebner, blir vi satt ut. Det stemmer i praksis. Da jeg var ute og gikk, ble inntrykkene enda sterkere. Jeg tror de 18-19 år gamle soldatene var temmelig berørt.

### Frykter smitte

Det er regntid i vente. Faren for smitte vil øke.

– Det kommer til å bli et gjørmehøl. De som jobber der vil bli lettere syke. Det blir ikke lett med hygienien i sånt vær.

Latriner var ikke mulig å grave i byen. Det ble tørrdo i stedet.

– 30 på to doer er ikke bra, konstaterer hun.

Ganske fort ble det ansatt haitiere som skiftet poser i doene, vasket klær og ellers holdt orden i leiren.

### Spør alltid familien

Hun reiser gjerne ut igjen. Men bare når hun får grønt lys fra familien. Mann og to barn har sagt nei før.

## «Henger vi oss opp i enkelt-skjebner, blir vi satt ut.»

– Vi kan ikke redde alle. Men jeg synes vi gjør noe nyttig. For noen betyr vi liv eller død.

### Scene med kontrast

Uklare personer, kanskje med hodeskader, var et vanlig syn i gatene.

En dag ser hun en dame virre rundt uten klær. En ung amerikansk soldat har også sett henne. Tungt bevæpnet i kamuflasjeuniform går han bort til den lille kvinnen for å hjelpe henne med å kle på seg. Gunleiksrud kommer også til. Så virrer damen videre.

– Med klær?

– De liker ikke at jeg tar oppdrag i krigsområder. Det er helt ok. Jeg kunne ikke reist hvis ikke jeg hadde hatt en grei hjemmesituasjon.

Gunleiksrud og kollegene frykter at det vil bli vanskeligere å finne helsepersonell som klarer å jobbe under enkle forhold.

– Operasjonssykepleiere er ikke lenger vant til å pakke, vaske og autoklavere instrumenter. Leger blir stadig mer spesialiserte. Avstanden til det de møter ute, blir større. Og vi som kan dette, går jo snart av med pensjon, ler 56-åringen. (Se også side 56.) ■■■

Har du tenkt over hvor mange timer om dagen du står og går på hardt underlag? Dette sliter på rygg, ledd og føtter og kan føre til smerter og plager.

MBT er den originale masaiskoen. Vi bruker betydelige ressurser på produktutvikling og forskning. MBT avlaster ledd, trener kjernemuskulatur og bedrer kroppsholdning.



- effekt dokumentert gjennom seriøse, uavhengige studier.
- flere millioner fornøyde brukere verden over.



physiological footwear

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

# Smartpris til vest og sør



Fagjuryen og leserne har sagt sitt: Agnethe Tholle fra Arendal vant lesernes smartpris på 100 000 kroner. Kjell E. Tjosevik fra Stavanger universitetssykehus vant fagjuryens pris på 100 000 kroner, mens Lene Sletta fra Aure kommune stakk av med kommunesektorens pris for beste idé, på 50 000 kroner.

Tekst Kari Anne Dolonen og Marit Fonn Foto Erik M. Sundt

**D**en 4. februar ble vinnerne av årets Smartpris offentliggjort på prisutdelingen, der alle de 15 smartpriskandidatene var representert. 2. nestleder i NSF Jan Erik Nilsen delte ut hovedprisen 100 000 kroner. Den stemt fram av leserne på Sykepleiens nettsider med stemmekort som kom med Sykepleien i posten. Totalt var det 1 325 lesere som stemte på Smartprisen.

– Det er ekstra hyggelig å være til stede når sykepleiere skal få priser. De er ikke bortskjemte med det. For meg er det spesielt hyggelig å se at det er så mange kandidater fra Jæren. Jeg visste ikke det var så mange gründere på Jæren, sa Nilsen som selv er rogalending.

Fire av kandidatene kom fra Stavanger universitetssykehus. En av dem kom hjem med prispenger. Men lesernes pris, som regnes som

– Vi håpet jo på en pris, men at vi skulle få medlemsprisen hadde jeg ikke ventet. Tenkte det var kandidatene på de store sykehusene som ville sanke flest stemmer, sier hun til Sykepleien.

Hun tror seieren skyldes at problemet med restmedisiner angår alle.

– De kjenner seg igjen. Det må ha vært utslagsgivende.

## Lei syltetøyglass

Hun og gode kolleger har jobbet med ideen i ganske mange år. Den ble født da Tholle tidligere var styrer på sykehjem. Hun har sett atskillige kolleger måtte utsette seg for tablettstøv. Medikamenter på avveie er en velkjent problemstilling.

– Det viktigste er helse-, miljø- og sikkerhetsperspektivet, understreker hun.

Men det er også et poeng at en trygg beholder for restmedisiner vil motvirke misbruk. Restmedisin oppbevart i et syltetøyglass med skruelukk er ikke vanskelig å forsyne seg av.

– Det er mange ledd fram til forbrenning og lite kontroll. Det er skremmende.

Kanskje kan boksen også brukes til å destruere eller oppbevare smerteplaster på en trygg måte. Nå blir neste skritt å realisere produktet. Da trengs det folk som kan hjelpe oppfinnerne med det.

– Vi har noen kontakter, sier Tholle.

– Ser du for deg salg i hele verden?

– Vi håper først på Norden. Så kan vi bare håpe på mer, skyter Anne Abrahamsen inn.

Hun har vært med på å utvikle ideen og jobber fortsatt på sykehjemmet. Hun har tatt turen til Oslo sammen med Tholle. De to er enige om at det burde være godt markert for produktet deres.

– TabDust kan være aktuell overalt; på syke-

## «Jeg visste ikke det var så mange gründere på Jæren.»

Jan Erik Nilsen



**STERK SØRVEST:** Stavanger universitetssykehus var representert med fire kandidater. Kjell E. Tjosevik fikk fagjuryens pris for kabelsamleren, som kollegene sendte inn til Sykepleien. Her er han omgitt av stavangergjengen, fra venstre: Wenche Høghaug, Klaus Skrudland, Sigrún Anna Qvindesland og Sigrun Einarsdottir og Hilde Hetland.

hovedprisen, gikk til Sørlandet.

## Gamle piller

Agnethe Tholle har utviklet en idé for sikker destruering av gamle piller. Med lesernes smartpris får hun nå muligheten til å lage en prototype.

– Knivingen om lesernes pris var tøff, så det ble en knepen seier. Det var bare noen få stemmer som skilte de tre toppkandidatene, sa Nilsen.

Tholle fikk 12 prosent av lesernes stemmer.

– Tusen takk, og takk til alle som har hjulpet til. Forhåpentligvis finner man om noen år denne medisindestruereren på alle medisinerom rundt om, sa Tholle.

Foreløpig er oppfinnelsen en virtuell prototype laget som en animasjonsfilm. TabDust kalles den smarte beholderen.

Agnethe Tholle, som er enhetsleder i Arendal kommune, hadde ikke trodd leserne ville stemme hennes forslag til vinner.

Det er fjerde året konkurransen blir arrangert. I år hadde femten innsendere blitt godkjent som kandidater og presentert i Sykepleien (i nr. 17/09). Bak konkurransen står Sykepleien, med Innovasjon Norge og KS som samarbeidspartnere.

**Det var tre premier:**

- › Lesernes hovedpris på 100 000 kroner
- › Fagjuryens pris på 100 000 kroner
- › Fagjuryens pris for beste kandidat fra kommunesektoren på 50 000 kroner

**KJENT PROBLEM:** Agnethe Tholle var lesernes favoritt, fordi alle kjenner seg igjen i problemet med restmedisiner, tror hun selv.



hus, sykehjem, fengselshelsetjenesten, rusomsorgen, hjemmesykepleien ... , ramser de opp.

**Kabelsamler fikk juryens hovedpris**

Det var en overrasket og glad Kjell E. Tjosevik som mottok fagjuryens hovedpris på 100 000 kroner.

Kjell E. Tjosevik er en praktiker og liker å finne praktiske løsninger på daglige utfordringer. Til daglig finner du ham på Stavanger universitetssykehus (SUS). Der er han vakthavende avdelings- sykepleier og traumekoordinator.

– Ble du overrasket over at du vant fagjuryens pris på 100 000 kroner?

– Jeg ble definitivt overrasket. Det er kollegene mine som sendte inn kabelsamleren som kandidat til Smartprisen. Jeg var på ferie, og fikk først beskjed om hva de hadde gjort da jeg var tilbake på jobb, sier han.

**På jakt etter gode ideer**

– Vi er kontinuerlig på jakt etter den gode ideen. Vi må derfor legge forholdene til rette slik at vi klarer å fange opp disse ideene. Smartprisen er en god måte å synliggjøre gode ideer for å løse praktiske utfordringer i hverdagen. Slik er det også med vinneren, sa divisjonsdirektør i utviklingsdivisjonen i Innovasjon Norge, Hans Martin Vikdal.

– Dette er rett og slett litt overveldende, sa Tjosevik da han mottok sjekken av Vikdal.

**Praktisk anlagt**

– Hvordan kom du på ideen?

– Som jeg har nevnt før har jeg sett hvilke uhell som kan skje i akutte situasjoner med mange ledninger. Jeg driver hele tiden og tenker på hvordan «vårt» traumerom kan være sikrest mulig for pasienten, og mest mulig hensiktsmessig å jobbe i for helsepersonell. Da hender det at jeg eller andre kommer opp med nye ideer å løse problemer på, sier han.

**Videreutvikling, kanskje?**

Etter som han ikke hadde regnet med å vinne, vet han ikke helt hvordan han skal bruke pengene.

– Jeg har akkurat begynt å tenke på hva pengene skal gå til. Kanskje vi kan videreutvikle kabelsamleren. Nå er den på en måte ett blått tøyestykke. Kanskje vi kan gjøre den transparent? Det er jo i prinsippet en praktisk anordning som kan brukes over alt i helsetjenesten hvor det er mye utstyr og ledninger å holde styr på, sier han.

**Unge skaper aktivitet for eldre**

Avdelings- sykepleier i hjemmetjenesten, Lene Sletta fra Aure kommune, stakk av med 50 000 kroner og fagjuryens pris for kommunehelsetjenesten. Kommunikasjonsdirektør i KS Arvid Weber Skjærpe fikk æren av å dele ut prisen.

– Prisen går til en hjemmesykepleier som vil gjøre noe for eldre i samarbeid med de

unge. Fagjuryens pris for beste idé fra kommunesektoren, på 50 000 kroner, går derfor til hjemmesykepleier Lene Sletta fra Aure kommune, sa han.

– Tusen, tusen takk. Dette er flott drahjelp for å sette prosjektet ut i live. Nå skal vi brette opp armene og gjøre en kjempeinnsats, sa en glad Sletta da hun fikk overrakt sjekken.

**En ære**

Sletta røper at det nå skal feires.

– Det er en ære å vinne en slik pris blant så mange gode kandidater. Nå skal det feires med bløtkake til medarbeiderne.

Med seg tilbake til Aure kommune har hun en sjekk på 50 000 kroner, og et stort engasjement.

– Jeg har mange tanker om hva vi skal bruke pengene til, men dette skal være et samarbeidsprosjekt, så nå skal vi møtes for å planlegge prosjektet mer konkret, sier hun.

Hun håper pengene vil bidra til at unge og eldre i Aure får mange trivelige opplevelser sammen.

**Aktivitetstilbud til eldre**

Ideen fikk Sletta da hun så smartprisen annonsert i Sykepleien.

– Jeg begynte å tenke på hva vi trenger i Aure kommune. Mange tanker dukket opp. Som mange andre distriktskommuner har vi på sikt behov for flere helsearbeidere. Samtidig så jeg



# Kommunetorget.no

– for planlegging og iverksetting  
av rusarbeid i kommunene



**Nyhet!**

LEVENDE  
VEIVISER  
INDIVIDUELL  
PLAN  
RUSMIDDEL-  
AVHENGIGE



**KoRus-Nord**  
Kompetansesenter rus, Nord-Norge  
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN

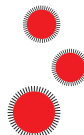


Helsedirektoratet

## HVA SKJER OPPFINNELSER



**STERK IDE:** Lene Sletta (til h.) fra Aure kommune fikk prisen for beste ide fra kommunesektoren, og hadde med seg sjefen, enhetsleder for hjemmesykepleien, Benedicte Tømmervåg.



et behov for aktivitetstilbud til eldre utover den allerede eksisterende ordningen med fritidsassistent på deltid. Jeg bestemte meg for å søke smartprisen med en idé om å etablere et aktivitetstilbud til eldre, drevet av ungdom. Gjerne som et valgfag i ungdomsskolen. Rådgiver på Aure barne- og ungdomsskole Cathrine Baglo ble konferert, og hun var veldig positiv. Min erfaring er at unge og eldre trives godt sammen. En felles aktivitetsarena vil kunne bli en vinn-vinn-situasjon. De eldre får en arena for sosialt samvær, samtidig som prosjektet forhåpentligvis vil inspirere ungdom til å søke utdanning og jobb innenfor eldreomsorg senere i livet, sier hun.

### Til høsten

Når ungdomsskoleelever i Aure vil få et eventuelt valgfag i kommunehelsetjenesten, er hun litt usikker på.

## «En felles aktivitetsarena vil kunne bli en vinn-vinn-situasjon.»

– Det blir tidligst til høsten. For som sagt, det er et samarbeid mellom flere enheter, og vi trenger litt tid på å planlegge godt. Sykepleien er hjertelig velkommen til å lage rapportasje når vi er i gang med prosjektet, sier hun. ■■■

## Eucreas Novartis

Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B D08

**TABLETTER, filmdrasjerte 50 mg/850 mg og 50 mg/1000 mg:** Hver tablett inneh. Vildagliptin 50 mg, resp. 50 mg, metforminhydroklorid 850 mg (tilsv. metformin 660 mg), resp. 1000 mg (tilsv. metformin 780 mg), hjelpestoffer. Fargestoffer: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus type 2 hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar peroral dose av metformin monoterapi, eller til pasienter som allerede får kombinasjonsbehandling med vildagliptin og metformin som separate tabletter. **Dosering:** Voksne: Basert på gjeldende metformindose innledes behandlingen med 1 tablett 50 mg/850 mg 2 ganger daglig eller 1 tablett 50 mg/1000 mg 2 ganger daglig, tatt morgen og kveld. Anbefalt daglig dose er vildagliptin 100 mg + metforminhydroklorid 2000 mg. Pasienter som får vildagliptin og metformin som separate tabletter kan bytte til Eucreas med tilsvarende dose av hver komponent. Doser >100 mg vildagliptin anbefales ikke. Gastrointestinale symptomer assosiert med metformin kan reduseres ved å ta tabletten sammen med eller umiddelbart etter mat. Eldre ≥65 år: Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig. Preparatet anbefales ikke til pasienter ≥75 år pga. begrenset erfaring. Barn <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Nedsatt nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner. Nedsatt leverfunksjon: Bør ikke brukes av pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. de med ALAT eller ASAT >3 × øvre normalgrense ved behandlingsstart. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Diabetisk ketoacidose eller diabetisk prekomma. Nyresvikt eller nedsatt nyrefunksjon, definert som CICR <60 ml/minutt. Akutte tilstander som potensielt kan endre nyrefunksjonen, slik som dehydrering, alvorlig infeksjon, sjokk, i.v. bruk av jodholdige kontrastmidler. Akutt eller kronisk sykdom som kan forårsake hypoksi i vev, slik som hjerte- eller respirasjonssvikt, nylig gjennomgått hjerteinfarkt og sjokk. Nedsatt leverfunksjon. Akutt alkoholforgiftning, alkoholisme. **Amming. Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved diabetes type 1. Laktacidose kan forekomme i svært sjeldne tilfeller pga. metforminakkumulering og oppstår primært ved signifikant nyresvikt. Forekomst av laktacidose kan og bør reduseres ved å samtidig vurdere andre risikofaktorer (f.eks. dårlig kontrollert diabetes, ketose, langvarig faste, overdrevet alkoholinntak, nedsatt leverfunksjon og enhver tilstand assosiert med hypoksi). Serumkreatinin bør monitoreres regelmessig. Minst 1 gang pr. år ved normal nyrefunksjon, og minst 2-4 ganger pr. år ved serumkreatininnivå i øvre del av normalområdet og hos eldre. Særlig forsiktighet i situasjoner der nyrefunksjonen kan reduseres, f.eks. ved oppstart av behandling med antihypertensiva, diuretika eller NSAIDs. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. I disse tilfellene er pasientene vanligvis asymptomatiske og uten klinisk sekvele, og leververdiene normaliseres etter seponering. Leverfunksjonstester bør utføres før behandlingsstart, hver 3. måned i løpet av 1. behandlingsår og deretter periodisk. Ved utvikling av forhøyet transaminasenivå bør en ny bekreftende leverfunksjonstest utføres, deretter bør pasienten følges opp med hyppige tester til verdiene er normale igjen. Dersom det observeres en vedvarende økning av ASAT og ALAT på >3 × øvre normalgrense, bør behandlingen seponeres. Ved gulsott eller andre tegn på leverskade bør behandlingen avbrytes. Behandlingen bør ikke gjenopptas når leverfunksjonstestene er normale. Diabetespasientene bør undersøkes med tanke på hudlesjoner i forbindelse med rutinemessig oppfølging. Behandling bør seponeres 48 timer før elektiv kirurgi med generell anestesi, og bør ikke gjenopptas før tidligst 48 timer etter inngrepet. Pasienter som opplever svimmelhet bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Vildagliptin er verken et substrat for CYP 450 eller en hemmer/induser av disse og har derfor lavt interaksjonspotensiale. Den hypoglykemiske effekten kan reduseres av visse legemidler, inkl. tiazider, kortikosteroider, thyroideapreparater og sympatomimetika. Inntak av alkohol og legemidler som inneholder alkohol bør unngås med tanke på laktacidose. Ved samtidig bruk av kationiske legemidler som elimineres ved renal, tubulær sekresjon (f.eks. cimetidin) bør glykemisk kontroll monitoreres nøye. Dosejustering innen anbefalt doseringsområde og endringer i diabetesbehandling bør overveies. Eucreas bør seponeres før eller ved i.v. injeksjon av jodholdige kontrastmidler. Behandling bør ikke gjenopptas før 48 timer etter, og kun etter at nyrefunksjonen er undersøkt på nytt og funnet normal. Ved samtidig bruk av legemidler med hyperglykemisk effekt (glukokortikoider, beta2-agonister og diuretika) bør blodsukker måles oftere, spesielt ved oppstart. Dosejustering av Eucreas kan være nødvendig ved samtidig behandling og ved seponering. ACE-hemmere kan redusere blodsukkeret og dosejustering kan være nødvendig. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta. Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Dyrestudier med vildagliptin har vist reproduksjonstoksiske effekter ved høye doser. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Utskilles i melk hos dyr. Skal ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, Neurologiske: Tremor, hodepine, svimmelhet, Stoflskifte/ernæring: Hypoglykemi. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Neurologiske: Tretthet. Ytterligere bivirkninger som er observert med de enkelte virkestoffene: Vildagliptin: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Perifer ødem. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Svært sjeldne (<1/10 000): Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon, nasofaryngitt. Metformin: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Oppkast, diaré, magesmerter, nedsatt appetitt. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Neurologiske: Metallsmak. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Hudreaksjoner som erytem, pruritus, urticaria. Lever/galle: Unormale leverfunksjonstester eller hepatitt. Stoflskifte/ernæring: Redusert opptak av vitamin B12, laktacidose. **Overdosering/Forgiftning:** En stor overdose metformin (eller samtidig risikofaktorer for laktacidose) kan medføre laktacidose, som må behandles på sykehus. Hemodialyse er den mest effektive metoden for fjerning av metformin. Vildagliptin kan ikke fjernes ved hemodialyse, men hovedmetabolitten som dannes ved hydrolyse kan fjernes. Støttende tiltak anbefales. Se Giftnformasjonsanbefalinger for metformin A10B A02 og vildagliptin A10B H02. **Egenskaper:** Klassifisering: Vildagliptin er en dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-hemmer. Metformin er et biguanid. Virkningsmekanisme: Vildagliptin gir hurtig og total hemming av DPP-4-aktiviteten, som medfører økning i fastende og postprandialt endogent nivå av inkretinhormonene GLP-1 og GIP. Ved å øke endogent nivå av disse, økes betacellenes glukosesensitivitet, med forbedring av glukoseavhengig insulinsekresjon. Økt endogent GLP-1-nivå øker alfacellenes glukosesensitivitet og gir mer hensiktsmessig glukoseavhengig glukagonsekresjon. Forsterket økning i insulin-/glukagon-ratio ved hyperglykemi pga. økt inkretinnivå gir redusert fastende og postprandialt hepatisk glukoseproduksjon, som igjen gir redusert glykemi. Metformin reduserer hepatisk glukoseproduksjon via hemming av glukoneogenesen og glykogenolysen, øker insulin sensitiviteten i muskler, som forbedrer perifer glukoseopptak og utnyttelse, samt ved å forsinke glukoseabsorpsjonen fra tarmen. Metformin stimulerer intracellulær glykogensyntese og har gunstig effekt på lipidmetabolisme. Kombinasjon av 2 antihyperglykemiske legemidler med komplementære virkningsmekanismer forbedrer den glykemiske kontrollen hos pasienter med diabetes type 2. Absorpsjon: Vildagliptin: Hurtig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,7 timer. Absolutt biotilgjengelighet 85%. Metformin: Maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 2,5 timer. Absolutt biotilgjengelighet 50-60%. Proteinbinding: Vildagliptin: 9,3%. Metformin: Ubetydelig. Fordeling: Distribusjonsvolum: Vildagliptin: 71 liter. Metformin: 63-273 liter. Fordeles i erytrocytter. Halveringstid: Vildagliptin: Ca. 3 timer. Metformin: Ca. 6,5 timer. Metabolisme: Vildagliptin: Hydrolysering til inaktiv metabolitt. Metaboliseres ikke i målbar grad av CYP 450-enzymene. Utskillelse: Vildagliptin: 85% via urin og 15% i feces. Metformin utskilles uendret via urin. **Pakninger og priser:** 50 mg/850 mg: 60 stk. (blister) kr 479,40. 3 × 60 stk. (blister) kr 1368,10. 50 mg/1000 mg: 60 stk. (blister) kr 501,80. 3 × 60 stk. (blister) kr 1435,30. **Refusjon: A10B D08 Metformin og vildagliptin. Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av type 2 diabetes mellitus.

### Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes ikke-insulinavhengig	171, 172	E11 Diabetes mellitus type II 171, 172

### Vilkår:

171 i) Refunderes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll med metformin og sylfonylurea, eller som av tungtveiende medisinske grunner ikke kan bruke sulfonylurea, og ii) kun til pasienter som ikke bør bruke insulin på det nåværende tidspunkt.

172 Oppstart av behandling skal kun skje i samråd med spesialist i indremedisin, eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.

Sist endret: 02.02.2010

### Referanser:

1. Bosi E, et al. Effects of Vildagliptin on Glucose Control Over 24 Weeks in Patients With Type 2 Diabetes Inadequately Controlled With Metformin. Diabetes Care 2007;30(4):890-895.
2. SPC Eucreas

ID-kode: 5864/02.2010

 NOVARTIS

Novartis Norge AS • PB. 237 Økern • 0510 Oslo • Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no

  
vildagliptin/metformin

PÅ BLÅ  
RESEPT!

## Ved type 2 diabetes

# Når metformin ikke er nok

## Eucreas gir mer effekt

- Effektiv HbA1c reduksjon<sup>1</sup>
- Ingen vektøkning<sup>2</sup>
- Lav forekomst av hypoglykemi (1%)<sup>2</sup>

TM

# Vil ha bedre sykepleie i Montenegro

450 000 kroner av Norsk Sykepleierforbunds solidaritetsmidler går til Balkan. Det meste til å ruste opp søsterorganisasjonen i Montenegro.

Tekst og foto **Ellen Morland**

I januar tildelte NSF solidaritetsmidler. Nesten halvparten går til samarbeidet med sykepleiere på Balkan.

Det er i første omgang Montenegro som får støtte av NSF. 300 000 kroner skal gå til arbeidet med å bygge opp den montenegrinske sykepleierorganisasjonen. Den vil melde seg inn i ICN og deretter EFN, den internasjonale og den europeiske sykepleierorganisasjonen. Pengene fra Norge vil finansiere møtevirksomhet.

Pengene vil også dekke oversettelse av EFN-dokumenter, reiseutgifter, lederopplæring og lønnsutgifter til en generalsekretær.

Det er meningen at støtten skal fortsette

i seks år, men beløpet må bestemmes fra år til år.

## Gammel kontakt

Samarbeidet med montenegrinske sykepleiere har pågått siden 2007, da forbundet fikk en henvendelse fra Lovisenberg diakonale høgskole. Skolen har bidratt til å etablere en sykepleierutdanning i Igalo, på senteret der norske pasienter har hatt et rehabiliteringstilbud siden 70-tallet.

NSF ønsket å bidra til å heve standarden på utdanningen og yrkesutøvelsen for sykepleiere på nasjonalt nivå ved å samarbeide med helsemyndighetene og sykepleierorganisasjonen.

Per Godtland Kristensen, spesialrådgiver i NSF, har ledet samarbeidet med den montenegrinske organisasjonen om å utarbeide et lovforslag som regulerer sykepleierprofesjonen. Dette er nå klart for parlamentet.

Siden 2007 har NSF arrangert flere workshops for montenegrinske sykepleiere og jordmødre. Disse har i stor grad handlet om bevisstgjøring av hvilke krav EU stiller til utdanningssystemet, siden Montenegro har søkt medlemskap i EU.

## Strengt krav

Et vilkår for å bli EU-medlem er ofte at søkerlandet må legge om sitt utdanningssystem. Europeiske sykepleierorganisasjoner jobber for å oppfylle EUs standard for sykepleierutdanningen, det såkalte direktiv 36/2005.

Inntil nylig har ungdom i de tidligere jugoslaviske republikkene kunnet starte sykepleier- eller jordmorutdanning etter åtte års grunnskole og være ferdig utdannet som 18-åringer. I EU kreves minimum 10 års forutgående utdanning. Kravene til antall timer og praksis er strenge, så strenge at det i dag er tvil om hvor mange EU-land som fullt ut oppfyller dem.

– Montenegro la om utdanningssystemet i 2009 og har formelt lagt til rette for treårig bachelor i sykepleie eller annen høyere utdanning, opplyser Kristensen.

– Men det er fremdeles en del utfordringer. I Montenegro er sykepleieren i stor grad legens håndlanger, sier Kristensen.

## Fire land samarbeider

EU krever at søkerlandene må komme i gang med endringer i utdanningssystemet før medlemskap er aktuelt. Dette jobber også Montenegros naboland som har søkt medlemskap med: Serbia, Kroatia og Makedonia. I tillegg til pengene til Montenegro har NSF bevilget 150 000 kroner til et samarbeid mellom disse fire landene. Pengene vil dekke utgifter til 2-3 workshops der landene kan utveksle erfaringer fra arbeidet med å tilpasse sykepleierprofesjonen og utdanningen til EU-medlemskap. ■■■

«Her er sykepleieren i stor grad legens håndlanger.»

Per Godtland Kristensen



**BEDRE HJELP:** Pasienter og beboere på sykehjem, som de to på bildet, kan få bedre helsehjelp fordi Montenegro må oppfylle EU-krav for å oppnå medlemskap.



# zendium - mild og effektiv tannkrem

## - velg mellom 8 varianter tilpasset forskjellig behov

zendium tannkrem inneholder noen av de enzymer som inngår i spyttet. Voksenvariantene inneholder dessuten colostrum (melkeprotein) som supplerer bestanddelene i spyttet. Alle zendium varianter inneholder natriumfluorid i forskjellige konsentrasjoner, som øker tennenes motstandskraft overfor karies.

Slipemiddel og skummiddel i alle zendium varianter er både skånsomme og effektive. zendium inneholder ikke natriumlaurylsulfat (SLS).

### Til pasienter med behov for basis beskyttelse:

#### zendium Classic

En basis fluortannkrem til hele familien. Inneholder enzymer, sink og colostrum

Fluor: 1100 ppm. RDA\*: 75



### Til pasienter med spesielle behov:

#### zendium Sensitive

En ekstra mild og skånsom tannkrem med kaliumnitrat som beskytter følsomme tannhals og forebygger ubehagelig ising.

Fluor: 1450 ppm. RDA\*: 50

#### zendium Syreforsvar

En tannkrem som inneholder proteiner som i samspill med spyttet hjelper til med å beskytte tannemaljen mot syreskader.

Fluor: 1450 ppm. RDA\*: 80



### Til pasienter med lette misfarginger eller et ønske om friskere ånde:

#### zendium Fresh+White

Inneholder ekstra sink som motvirker dårlig ånde, samt en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger.

Fluor: 1450 ppm. RDA\*: 80

#### zendium Mild Whitener

Inneholder en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger skånsomt.

Fluor: 1100 ppm. RDA\*: 75

#### zendium Cool Mint

En basis fluortannkrem med frisk mint, til hele familien. Inneholder ekstra sink som binder de vondtluktende bakteriene, slik at dårlig ånde reduseres.

Fluor: 1100 ppm.  
RDA\*: 80



### Til barn:

#### zendium Første Tann med Postmann Pat

En mild tannkrem til de aller minste barna (0-5 år) med ekstra mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA\*: 60

#### zendium Junior med Asterix

En mild tannkrem til de litt større barna (6-12 år) med mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA\*: 80



zendium er mye mer enn tannkrem. Vi har også zendium Saliva Gel som motvirker munntørhet, zendium munnskyll og Postmann Pat barnetannbørste. Les mer på [www.zendium.no](http://www.zendium.no)

**Sara Lee Household & Body Care**

Postboks 653, 1411 Kolbotn

\* RDA: Slipemidler måles i RDA verdier: 0 – 50: lavt slipende / 50 – 100: middels slipende / 100 +: kraftig slipende

\*Voksenvariantene inneholder små mengder egg- og melkeprotein.



# Tvungen lønnsnemnd i sykepleierstreiken

5. februar stanset arbeidsminister Hanne Bjurstrøm (Ap) sykepleierstreiken med tvungen lønnsnemnd. Streiken hadde da vart i elleve dager. Rikslønnsnemndas kjennelse vil foreligge i begynnelsen av mars.

Tekst Bjørn Arild Østby Illustrasjon NSF

Jeg ble varslet av Statens helsetilsyn om at det har oppstått en situasjon der det er fare for liv og helse. Vi har derfor konkludert med å fremme forslag om tvungen lønnsnemnd, var beskjeden NSF og NHO Service fikk av arbeidsministeren fredag 5. februar.

Dermed ble streiken stoppet.

## Uhørt inngripen

– Det er uhørt at regjeringen så lett griper inn med tvungen lønnsnemnd i en lovlig streik. En streik for å sikre våre medlemmer i NHO

Service lønns- og arbeidsvilkår på linje med det som eksisterer i offentlig sektor og for virksomheter i KS Bedrift og HSH, sier NSF-leder Lisbeth Normann.

«Mange sykepleiere i NHO Service er lønnet langt under den minstelønn som eksisterer i de offentlige avtalene. De som tidligere har arbeidet i Oslo kommune har mistet sine sykelønnsrettigheter, retten til å gå av med AFP osv., og vi har sett flere eksempler på grov utnyttelse av utenlands arbeidskraft. Det er dette en landsomfattende tariffavtale skal forhindre.

Derfor er det beklagelig at vi blir stoppet i vår kamp for en avtale som setter anstendige standarder i denne sektoren», skriver NSF i brev til arbeidsministeren.

## Brukte frykt

– NHO Service har gjennom hele streiken brukt frykt som strategi for å avslutte streiken. De har skremt pasienter, pårørende og ansatte med denne kyniske strategien, mener Normann.

NSF-lederen sikter blant annet til presseoppslaget hvor NHO Service hevdet at en døende pasient ikke fikk godt nok tilsyn. Sønnen til pasienten reagerte sterkt på påstandene om at dødsfallet kan ha sammenheng med sykepleierstreiken. Til NRK uttalte han:

– Jeg synes det er feil å bruke min fars død på en sånn måte. Spesielt når det ikke er korrekt det de sier. Det viser at de bruker det bevisst i et spill for å fremme sine synspunkter.

## Til Rikslønnsnemnda

Nå går saken til Rikslønnsnemnda og Lisbeth Normann er klar på hva hun forventer:

– Regjeringen må sørge for at Rikslønnsnemnda tar inn over seg at Norge har ratifisert og implementert ILO-konvensjon nr. 94. Denne sier blant annet at når offentlige myndigheter konkurranseutsetter skal alle arbeidstakere sikres lønns- og arbeidsvilkår som i tilsvarende arbeid og arbeidsområde.

Partene vil nå først komme med skriftlige innlegg til Rikslønnsnemnda. Deretter avholdes det en muntlig forhandling hvor partene legger fram for nemnda alle opplysninger de mener er av betydning for tvisten. Nemnda kan i tillegg selv innhente opplysninger.

Rikslønnsnemndas kjennelse vil foreligge i første halvdel av mars, og vil få virkning som tariffavtale mellom partene. ■■■

«NHO Service har brukt frykt som strategi for å avslutte streiken.» *Lisbeth Normann*



**PROTEST:** Rikslønnsnemndas kjennelse vil foreligge i første halvdel av mars.

## Fakta

- ▶ 6. januar ble forhandlingene om tariffavtale mellom Norsk Sykepleierforbund og NHO Service brutt.
- ▶ Konflikten gikk til mekling. Heller ikke den førte fram, og fra morgenen 26. januar gikk 50 sykepleiere i Oslo og Stavanger ut i streik.
- ▶ To dager seinere ble ytterligere 43 sykepleiere i Oslo, Bærum og Bergen tatt ut i streik.
- ▶ 5. februar grep arbeidsministeren inn med tvungen lønnsnemnd.

# “Ømme ledd - ikke lenger et problem!”

“Mitt arbeid i helsevesenet innebærer mange tunge løft og er fysisk krevende. Jeg hadde i mange år slitt med både stive og vonde ledd før jeg prøvde Möller's Godt for Leddene. Nå plages jeg ikke lenger av stivhet og nyter et friskt og aktivt liv!”

*Mette S. Natvig*

Mette S. Natvig  
Sykepleier

• PRØV DU OGSÅ •  
OPPLEV EFFEKTEN



Dokumentert  
omega-3

Möller's Godt for Leddene er rik på omega-3-fettsyrene DHA og EPA, som har en dokumentert effekt mot ømme og stive ledd.



Ømt og stivt ledd



Normalt ledd

“Norsk Revmatikerforbund anbefaler Möller's Godt for Leddene på grunn av ingrediensenes gunstige effekt på leddplager.”

*Jack Skrolsvik*

Jack Skrolsvik  
Generalsekretær NRF



Vær oppmerksom på at produktet er et kosttilskudd og må ikke forveksles med et legemiddel.

www.mollers.no 800 80 555

Produktet finnes i din dagligvarebutikk.

# Innvandrere redder pleie og omsorg

Sysselsatte i pleie og omsorg i kommunene har økt, takket være innvandrerne. Men sykepleiere står for en mye lavere vekst enn det som var målet.

Tekst Bjørn Arild Østby

**F**ra 2005 til 2008 har antall sysselsatte innen kommunal pleie- og omsorgssektor økt fra vel 150 000 til over 162 000, og antall årsverk fra vel 102 000 til 115 000, ifølge rapporten «Evaluering av Kompetanseløftet 2015».

Målet i Omsorgsplan 2015 om å rekruttere 10 000 nye faglærte pleieårsverk i perioden 2005-2009 er dermed klart innen rekkevidde, konkluderer rapporten.

Totalt for hele perioden har rundt halvparten av veksten i fagpersonale kommet blant per-

soner med utdanning på videregående skoles nivå, mens sykepleiere står for i underkant av 1/3 av veksten. Målet om at 2/3 av veksten i årsverk skal komme fra personer med høyere helse- og sosialfaglig utdanning kan imidlertid bli vanskelig å oppfylle. Spesielt trekker rapporten fram problemer knyttet til å rekruttere personer med en annen høyere helse- eller sosialfaglig utdanning enn sykepleiere.

#### Arbeidsinnvandring

Arbeidsinnvandring av ulik art blir stadig vikti-

gere for pleie- og omsorgssektorens bemanning. Uten den ville sysselsettingsveksten vært nær null. Innvandrersysselsettingen øker med hele 2 400, noe som tilsvarer omtrent hele økningen i sektoren 2008.

Oslo skiller seg ut med 5 000 innvandrere av en sysselsetting på 14 000 i pleie og omsorg. Her er økningen blant de med innvandrerbakgrunn større enn den totale veksten. Antall sysselsatte i sektoren uten innvandrerbakgrunn viser en faktisk nedgang de siste årene.

Over halvparten av dem med innvandrerbak-

**30 % avtalerabatt**  
**med Avis**

Norsk Sykepleierforbund har inngått en avtale med Avis Bilutleie som gir alle medlemmer 30 % rabatt på den til en hver tid gjeldende pris i Norge.

Oppgi avtalenummer (awd) W330460 ved bestilling.



**Avis Reservasjon 815 33 044**

**[www.avis.no](http://www.avis.no)**

**AVIS**

**We try  
harder.**

Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet kommunal pleie- og omsorgstjeneste.

	Antall sysselsatte		Avtalte årsverk	
	2005	2008	2005	2008
I alt	150 153	162 105	102 190	115 549
Ingen fagutdanning	59 776	60 213	33 566	34 856
Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere	54 570	58 671	39 681	45 148
Helse- og sosialfagutdanning*	30 631	35 435	25 275	30 392

\*Omfatter sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.

grunn i pleie- og omsorgssektoren er ufaglærte, eller uten godkjent utdanning innen feltet. Den nest største gruppa er hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, men det er også et betydelig antall sykepleiere.

Blant sykepleierne er det Filippinene som er sterkest representert med 424 som arbeider i Norge. Så følger sykepleiere fra Sverige, Finland, Tyskland og Polen,

#### Større stillingsbrøker

Arbeidsgiverorganisasjonen KS og regjeringen har gjennom en avtale om kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge forholdene til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger. Dette for å sikre stabilitet og kontinuitet for brukere og ansatte.

## «10 000 nye faglærte pleie-årsverk i perioden 2005-2009 er klart innen rekkevidde.»

I hele sektoren sett under ett, har andelen som har en avtalt arbeidstid på 30 timer eller mer økt fra 33,0 prosent i 2005 til 37,5 prosent i 2008. Det innebærer en økning i gjennomsnittlig stillingsprosent fra 68,1 til 71,3 prosent i samme periode.

Omregnet til årsverk betyr dette at 5 225 årsverk kan tilskrives at de sysselsatte økte sin stillingsprosent i perioden.

«Det betyr igjen at det etter hvert vil være færre ekstra årsverk å hente ut fra fagpersonell som sykepleiere og andre høyskoleutdannede som allerede er sysselsatte. Økningen i årsverk vil primært måtte skje ved en økning i antall sysselsatte, det vi si ved nyrekruttering til sektoren», heter det i rapporten. ■■■



# 80 000

## helsearbeidere

### har tilgang til PPS

PPS inneholder 300 kunnskapsbaserte prosedyrer og et omfattende kunnskapsstoff til bruk i opplæring og faglig utvikling. PPS har også egne kunnskapstester med mer enn 1000 spørsmål og svar.

Vil du vite mer om PPS og ulike bruksområder, gå inn på våre nettsider

[www.akribe.no/pps](http://www.akribe.no/pps)

**PPS**   
Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

#### Kompetanseløftet 2015

er en del av Omsorgsplan 2015 i Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006). Kompetanseløftet har som mål å sikre nødvendig rekruttering og kvalifisering for å dekke de krevende og økende oppgavene i den kommunale omsorgssektoren i årene framover.



# Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en praktisk brødpose eller en termos. Ønsker du heller kokkekniv og metallsåpe eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

## Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 383,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig fellesskap
- Tilbud om medlemskap i 33 faggrupper
- 3000 tillitsvalgte bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- Sykepleien (18 utgaver)
- Bilaget SykepleienForskning (4 ganger per år)
- Juridisk bistand
- Godkjenning av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- Stipender og legater til reise, utdanning og forskning
- Kurs og kongresser
- Eget forsikringskontor med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på banktjenester i DnB NOR
- Sparing og kreditt med NSF's Unique konto
- Bensinrabatt hos Esso
- Eurocard Gold hos Europay
- Tilgang til NSF's nettbutikk med medlemsprodukter
- Tilbud om gratis medlemskap i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
- Fordelaktig mobilavtale med Telenor

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre.

Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivaretatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.

Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



Verv 2

2 verving: kokkekniv og metallsåpe fra Edge.

4 verving: iPod nano (siste modell).

Verv 4



Verv 1

Gratis ved 1 verving



1 verving: Stelton brødpose eller Wave termos.

Kryss av: Brødpose  Termos  Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

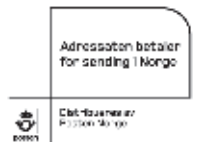
Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn



Norsk Sykepleierforbund  
Svarsending 1016  
0090 Oslo

# Svein Erik Urstrømmen

Alder: 54 år

Aktuell som: Sykepleier med 10 års fartstid som hovedtillitsvalgt for sykepleierne på Aker sykehus i Oslo.

Nå er han andre stedfortreder for foretakstillitsvalgt i Oslo universitetssykehus.

### BAKGRUNN:

17. februar ble det avklart: Aker sykehus skal legges ned. I flere år har det vært uro blant de ansatte om fremtiden for arbeidsplassen. Mange har aksjonert for å bevare Aker som et lokalsykehus. Men denne dagen, også kalt den svarte onsdagen, sa styret i Oslo universitetssykehus altså nei.

# Trist dag på Aker

### Hva føler du nå?

– Det er trist at det skjer.

### Uventet?

– Ikke ut fra tidligere vedtak.

### Er du uenig i nedleggelsen?

– Jeg skiller mellom det jeg skulle ønske og det som er konsekvenser av tidligere vedtak.

### Etter 10 år som tillitsvalgt – hvordan tror du de ansatte har det nå?

– De fleste Aker-ansatte opplever dette som en trist dag, selv om de har sett at det kanskje ville komme.

### Hva skjer med Aker nå?

– Det som allerede har skjedd er at sykehuset er blitt inndelt i klinikker under Oslo universitetssykehus (OUS).

### Og framover?

– Det vil bli etablert et storbysykehus i Kirkeveien – altså på Ullevål sykehus. Men det krever egnede lokaler. Fram til det er i orden, må det være aktivitet på Aker.

### Hvor lenge blir det?

– Vanskelig å si. Vi vet jo at eksisterende lokaler på Ullevål er dårlige. Når de vil bli tilgjengelig for innflytting, avhenger av midler til nybygg.

### Virker litt komplisert, dette her?

– Helt riktig. Veien fram mot et storbysykehus er avhengig av at mye skal på plass.

### For eksempel?

– Om overføringen av pasienter fra OUS til Ahus går etter planen. Det er jo også et stort og komplisert prosjekt.

### Ser du for deg at det blir bra til slutt?

– Hvis vi får gjennomført planene for et storbysykehus, kan det bli et bra tilbud for Oslos befolkning. Selve modellen er bra. Men det virker som det er langt igjen før det er på plass.

### Er du bekymret?

– Ja, det er jeg.

### Hvordan har det vært å være tillitsvalgt i urolige tider?

– Vanskelig. Man skal både være en del av prosessen med de premissene som er gitt, og talsmann for sykepleierne beste.

### Litt i skvis?

– Ja, slik har jeg opplevd det.

### Har sykepleierne vært sinte på deg?

– Til en viss grad fordi jeg er blitt forbundet med lokalsykehusprosjektet som gikk inn for storbysykehus. Jeg har fått ulike reaksjoner. En del har skjønt at vi måtte bygge på premisser bestemt utenfor oss.

### Hvor lenge har du vært sykepleier?

– Siden 1983. Jeg har vært psykiatrisk sykepleier på Gaustad sykehus siden 1991. Gaustad ble siden en del av Aker.

### Skal du tilbake til psykiatrien?

– Ehhh, det vet jeg ikke. Jeg er tillitsvalgt et år til. Så får vi se.

### Også sykepleiere på andre lokalsykehus i landet frykter nedleggelse. Har du gode råd til dem?

– Det viktigste er å tenke på pasienttilbudet.

### Og ikke føle så mye?

– Det er veldig sterke følelser knyttet til lokalsykehusene. Tror ikke jeg vil si mer om det. Men åpne og ryddige prosesser er viktig når det er snakk om å omorganisere. De ansatte må involveres på en god måte.

### Ikke alle forstår engasjementet for Aker, det er jo ikke langt mellom sykehusene i Oslo?

– Det behøver ikke være store avstander før stedstilhørigheten slår ut. Oslo-politikerne er uenig i at Oslo-befolkningen skal ha sykehus utenfor Oslo, det vil si Ahus. De har et poeng. Det er jo ulogisk.

### Er Aker-kulturen død?

– Den vil nok leve med de ansatte inn i OUS.

Tekst og foto Marit Fonn



## **Tema Overvekt og fedme**

- 36 Måler blodsukker på nordtrøndere ›
- 37 Motiverer på folkemøter ›
- 38 Hvordan snakke om overvekt ›
- 39 Nye retningslinjer om veiing av barn ›
- 40 Fedme er følelser ›

# Kampen mot



1 av 5 nordmenn har fedme.  
Helseplagene vil eksplodere  
hvis vi ikke gjør noe.

Sykepleierne må ut og krige  
mot fettet. Noen har allerede  
begynt.

Snart kommer nye retnings-  
linjer som blant annet gjen-  
innfører veiing av skolebarn.

Tekst Marit Fonn og Nina Hernæs Foto Scanpix

# fettet



# « Om vi ikke gjør noe, vil vi jo trille rundt om 50 år. Kristian Midthjell

Både overvekt og fedme øker og gjør oss sykere. Det bekrefter helseundersøkelsene fra Nord-Trøndelag. Nå må helsevesenet ta problemene de ekstra kiloene skaper på alvor, mener fagfolk.

Tekst **Marit Fonn**

**B**efolkningen i Nord-Trøndelag er veid tre ganger siden 1980-tallet, og regnes som representative for Kari og Ola Normann. Undersøkelsene bekrefter at det går en vei: Nordmenn blir tyngre. Og det er ikke muskelmassen som øker. Siden 1980-tallet er andelen av menn med fedme tredoblet. Økningen er størst blant dem under 40 år.

– Jeg er bekymret. Når folk blir overvektige alt i ung alder, vil de ofte bære med seg overvekten i flere år. Det øker risikoen for komplikasjoner, for eksempel diabetes, sier professor i anvendt samfunnsmedisin Kristian Midthjell.

Han har vært med i planleggingen og ledelsen av alle de tre Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) og ser på sammenhenger mellom sykdom og samfunn. Professoren er særlig opptatt av forskning om diabetes. Helsedataene skal komme til nytte i helseplanleggingen, og gi kunnskap om kroniske sykdommer.

## Kroppsbilde i endring

En god del sykdomsforløp har sammenheng med overvekt. Diabetes er velkjent. Type 2-diabetes er i sterk økning i hele verden. Overvekt og fedme er også en viktig risikofaktor for hjerte-karlidelser, slitasjegikt, gallveissykdommer – og psykiske lidelser. Spesielt for de yngre er det ofte belastende å være overvektig.

– Kroppsbildet endrer seg. Før var det langt mellom de overvektige. Nå tør de i større grad å vise seg fram. Det er kjempebra at de ikke skjuler seg, men det illustrerer også at overvekt er så vanlig at det er verre å gjøre noe med det, sier Midthjell.

« Problemet er ikke poteter, men potetgull. Henriette Øien

## Lettere å forby røyking

Det er to måter å forebygge overvekt og fedme: En ekstra innsats for dem i risikogruppen, slik at de som allerede er overvektige ikke utvikler komplikasjoner. Og generell forebygging, for å unngå at flere havner i risikogruppen.

Midthjell mener begge deler må til. Han trekker fram røykeforbudet som eksempel på et effektivt generelt tiltak.

– Men det er verre med fedme. Vi greier oss fint uten røyk, men vi kan jo ikke slutte å spise. Derfor må myndighetene legge til rette

slik at flest mulig kan ta sunne valg.

Midthjell tenker seg flere gang- og sykkelveier. Fornuftig plassering av matvarer i butikken. Gjøre sunn mat billig og usunn mat dyr. Skolefrukt.

## Leter etter risikogrupper

Et av sideprosjektene i HUNT 3 er å lete opp nordtrønderne med høy risiko for type 2-diabetes, følge dem opp og veilede dem til en sunnere livsstil.

Det viste seg at av 50 000 som svarte på 8 enkle spørsmål om risikofaktorer for diabetes, havnet omtrent 10 prosent i risikogruppen. De har minst 30 prosent risiko for å utvikle type 2-diabetes de neste ti årene.

– Er du fornøyd med helsemyndighetene?

– Samfunnsutviklingen går i gal retning. Det betyr at tiltakene ikke er effektive nok. Det er langt igjen og krever mer økonomi.

## Må kjempe mot genene

Å snakke om hver enkelts overvekt er langt mer følsomt enn å påpeke befolkningens stadig større magemål.

Medisinere erkjenner nå at å gå ned i vekt er vanskeligere enn man trodde. Utsagn som «det er bare snakk om selvdisiplin, så går det av seg selv», er ikke lenger gangbare. Man må nemlig kjempe i motbakke: Genene våre sørger for at vi lagrer ernæring for å ha noe å tære på.

– Vi er konstruert for å leve i steinalderen. Vi har utviklet oss så fort at genetikken ikke har fulgt med i svingene.

Vi utnytter maten ulikt. Hormonelle svingninger spiller inn.

– De individuelle forskjellene er store. Mange blir frustrert når det ikke er så lett å gå ned i vekt. Den psykiske faktoren må man være klar over.

– Kan fedme skyldes sykdom?

– Det er åpenbart at noen er genetisk disponerte for å legge på seg. De må akseptere at de må spise mindre og mosjonere mer enn andre.

Midthjell mener ikke at alle skal være sylslanke. En med KMI på 32 er ikke nødt til å gå ned til 25.

– 4-5 kilo vektreduksjon har stor betydning for helsa, understreker han.

Han forklarer at kroppen innstiller seg på det energinivået den blir vant til. Hvis man slås et par måneder, vil kroppen etter hvert omstille seg til å være fornøyd med mindre energi. Så trenger man ikke lenger kjempe så mye for å holde vekten. Det



**MANGELFULLT:** Henriette Øien erkjenner at helsevesenet mangler gode tilbud til overvektige. Foto: Jonassen/Helsedirektoratet

## Mål for vekt – kmi

Hos voksne kan man få et mål på vekten ved å regne ut kroppsmasseindeks (kmi).

For å regne ut kmi, deles vekten på høyden i annen.

Eksempel: En som veier 55 kg og er 1,60 meter høy vil få en kmi på 21,5.

Her er regnestykket:  $55 : (1,6 \times 1,6) = 21,5$

Klassifisering	kmi kg/m <sup>2</sup>	Sykdomsrisiko
UNDERVEKT	Under 18,5	Lav for diabetes, økt for andre helseproblemer
NORMALVEKT	18,5 – 24,9	Lav
OVERVEKT:	Over 24,9	
▪ Forstadium til fedme	25 – 29,9	Økt for diabetes
▪ Moderat fedme	30 – 34,9	Økt for diabetes, økt dødelighet
▪ Alvorlig fedme	35 – 39,9	Høy risiko for flere helseproblemer, økt dødelighet
▪ Svært alvorlig fedme	over 39,9	Ytterligere økt helserisiko

### Eller mål livvidden

Kroppsmasseindeks sier ingenting om forholdet mellom muskler og fett eller hvordan fett er fordelt på kroppen. Derfor er det å måle livvidde et alternativ. Ifølge Verdens helseorganisasjon øker faren for helseproblemer hvis menn har livvidde på mer enn 102 cm og kvinner på mer enn 88 cm.

### Barn og unge

Barn og unges vekt kan ikke vurderes på samme måte som hos voksne. Verdens helseorganisasjon har laget egne vekstkurver for barn mellom 0 og 5 år. For barn mellom 5 og 18 år fins ingen gode referanser for å måle høyde og vekt. I Norge anbefales det å se på eldre norske eller nyere svenske tabeller. International Obesity Task Force har laget en indeks for overvekt og fedme hos gutter og jenter mellom 2 og 18 år. Disse har et dårligere datagrunnlag enn kurvene fra Verdens helseorganisasjon.

Kilde: Folkehelseinstituttet



gir ekstra uttelling både å spise mindre og mosjonere.

– De to enkeltfaktorene samvirker på en slik måte at summen blir mer enn to, sier professoren.

### Gode tegn fra USA

Midthjell har merket seg nye rapporter om at vektøkningen begynner å bremse både i USA og Europa.

– Men vi ser foreløpig ingenting til det i våre undersøkelser. Det ser ut som det fortsetter. Men da vil vi jo trille rundt om 50 år. Så noe må skje.

### Mangler tilbud

Henriette Øien, leder i folkehelsedivisjonen i Helsedirektoratet, synes Nord-Trøndelag-undersøkelsen viser skremmende tall.

Hun konstaterer at overvektige har et mangelfullt tilbud i helsetjenesten i dag.

– Vi jobber med å styrke tilbudet. Klarer flere å legge om sine vaner, vil behovet for fedmeoperasjoner gå ned. De må få hjelp før det kommer så langt.

– Ingen land har løst problemet med overvekt. Men det har klar sammenheng med hvordan samfunnet utvikler seg. Mer velstand er et gode, men har også uheldige konsekvenser som stor biltetthet.

Skal vi reise lengre enn to kilometer, tar vi gjerne bil. Vi går ikke lenger når vi skal besøke en venninne. Barna blir kjørt til skolen. Før stengte butikken klokken fem. Nå bugner det av boller, pølser og halvliterer med cola døgnet rundt, og det koster en slikk og ingenting.

– Men politikken blir neppe å stenge butikkene?

– Nei, og heller ikke å rasjonere på bilene. Men vi kan sørge for daglig fysisk aktivitet i skolen. Det er en arena som når alle.

Øien vil ha mer gym på alle trinn, gratis frukt og grønt og sunne

kantiner. Og hun vil lære nybakte foreldre hva som er bra kosthold, og hvordan de kan begrense stillesitting og tv-spilling i time etter time.

### Mange fristelser

– Kostholdseksperter krangler stadig, hva skal vi tro? Er det egentlig sunt å spise poteter?

– Problemet er ikke poteter, men potetgull. De fleste er enige om at vi må ha mer frukt og grønnsaker, fisk, grovere korn og mindre brus og godteri, sier Øien som er utdannet ernæringsfysiolog.

– Men det er ikke alltid lett å følge rådene når fristelsene er mange.

### – Sykepleierne kan forebygge

Nye retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme, og om veiing og måling av barn på helsestasjon og i skole

« Vi greier oss fint uten røyk, men vi kan jo ikke slutte å spise. *Kristian Midthjell*

er rett rundt hjørnet. Disse angår særlig helsesøstre.

– Hva kan sykepleierne ellers gjøre?

– De kan være pådriverer overfor andre sektorer som skole, barnehager og bedrifter. Det er masse å gjøre på disse arenaene som fremmer sunne vaner, sier Øien.



**SIER FRA:** Kristian Midthjell er bekymret for helsen vår når to av tre er overvektige og én av fem har fedme. Foto: HUNT



**SUKKERBELASTNING:** Kjempegreit å få kontrollert blodsukkeret, sier Audhild Kvannli fra Frosta, som innrømmer at sukkervannet er i søtteste laget. Oddrun Håpnnes (t.v.) kan konstatere at Kvannlis verdier er under grensen.

# Måler blodsukker på trønderne

I løpet av tre år har sykepleier Oddrun Håpnnes målt blodsukker på tusenvis av nordtrøndere med risiko for diabetes.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Lena Knutli**

## Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT):

I tre omganger med rundt ti års mellomrom er det samlet inn data om nord-trøndernes helse. Første gang var på 1980-tallet. HUNT har blant annet sett på vektutviklingen i befolkningen. Nord-trøndernes vekt regnes å være representativ for gjennomsnittsnordmannen.

**O**ddrun Håpnnes bor på Snåsa. Høsten 2006 ble hun hyret inn av HUNT for å sukkerbelaste medfylkingene sine.

Ifølge HUNT risikerer rundt 10 prosent av befolkningen å utvikle type 2-diabetes. Risikoen er 30 prosent eller mer.

Nordtrønderne som har fått mer enn 15 poeng på diabetes-testen (se faktaboks), er blitt kalt inn. De får tilbud om å få målt blodsukkeret fire ganger i løpet av to år.

Håpnnes har reist fra kommune til kommune og blitt en kløpper i blodsukkermåling. Opp til 32 personer på en dag kan hun klare å teste. Som oftest får hun assistanse av en annen helsearbeider.

### Kvalmende test

På forhånd har Håpnnes kontaktet hver enkelt på telefon. De fleste er svært positive, til tross for at testen er ganske tøff.

De må møte fastende om morgenen. Først måler Håpnnes blodsukkeret. Allerede da kan hun plukke ut noen som kan

ha diabetes. Er verdien over 8,5, anbefales vedkommende å ta kontakt med sin fastlege, og Håpnnes dropper testen.

Men de fleste oppmøtte må drikke 75 gram druesukker utblandet i vann.

– Søtt og kvalmende, beskriver Håpnnes.

Deretter må de holde seg i ro i to timer og så måles blodsukkeret på nytt. Hun måler også blodtrykk, veier og tar hofte- og midjemål.

### Under grensen på Frosta

8. og 9. februar var det testing på Frosta. Audhild Kvannli var en av 50-60 som ble testet. Hun har diabetes i familien, men testen viste også denne gangen at blodsukkeret var under grensen.

– Kjempegreit å få det kontrollert, sier hun.

Dette var siste gangen for henne. Håpnnes brukte som vanlig sitt gode humør under oppdraget.

– Det må til, skal man få dem tilbake fire ganger, sier hun.

Noen er bortreist og noen detter av underveis, men Håpnas er imponert over hvor mange som stiller opp gang etter gang. De fleste er godt voksne folk. Også dem over 90 stiller opp.

– Synes du at du gjør en nyttig jobb?

– Ja, egentlig. Og veldig takknemlig. Mange takker meg og sier at hvis ikke de hadde blitt tatt tak i, ville de ikke gjort noe selv. Det hjelper med et lite puff.

#### Vet selv at de er overvektige

Hun påpeker at kommunene velvillig ordner lokaler og møblerer så hun får gjort jobben sin, som kan foregå i kom-

« Det hjelper med et lite puff. *Oddrun Håpnas*

munestyresaler, på samfunnshus eller legekantor.

Håpnas tar ikke opp folks overvekt hvis ikke de gjør det selv. Men kanskje anbefaler hun å gå en tur.

– Er overvekt et følsomt tema?

– Klart det. Og slett ikke alle er overvektige. Men enkelte vet det jo egentlig godt selv.

I juni skal hun være ferdig med siste runden. Hun regner med at da har hun tatt omtrent åtte tusen tester for HUNT.

# Motiverer på folkemøter

Diabetessykepleier Siv Nordholm anbefaler stavgangskurs og fraråder sukkerbomber.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Lena Knutti**

**S**iv Nordholm har informert på atskillige folkemøter om fysisk aktivitet og kosthold.

Målet er å forebygge type 2-diabetes og er en del av et forskningsprosjekt knyttet til HUNT 3. Nordholm veileder de samme menneskene som Oddrun Håpnas har sukkerbelastet.

#### Personlig invitert

Fra 4 til 60 personer deltar på hvert folkemøte. Alle med risiko for diabetes har fått personlig invitasjon. Nordholm tipper at de som møter opp er i alderen 50 til 75 år. Hun har hatt minst to møter i de fleste kommunene i Nord-Trøndelag.

Nordholm har holdt på siden 2007 og har ett møte igjen, i mars i Verran kommune.

#### Komme i gang

På møtene gir hun tips om hvordan man kan komme i gang med fysisk aktivitet. For eksempel kan hun foreslå stavgangskurs.

– Jeg vil vise at det kan være morsomt. Det handler mye om motivasjon og mestring. Skal man få til endring, må man jo holde ut. Mange har stor glede av å skrive dagbok. Da kan de se hva de har klart.

Et viktig tips er å begynne med det letteste først.

– Begynn i det små og øk heller på etter hvert, pleier jeg å si.

Til daglig arbeider hun på Levanger sykehus og har polikliniske konsultasjoner med diabetespasienter. Hun er også leder på tobakksavvenningsklinikken.

#### Like søtt som cola

På folkemøtene viser Nordholm gjerne til gladhistorier om pasienter som har klart å endre livsstil.

– Hva sier du om kosthold?

– Jeg snakker om sukkerbomber. For eksempel juice. Mange er ikke klar over at det er like søtt som coca-cola.



**GODT RÅD:** Begynn med det letteste først, sier Siv Nordholm, som er ute etter å motivere nord-trønderne. Hun tror på små endringer over tid.

#### Lærer om tall på emballasjen

Hun setter deltakerne til å studere varedeklarasjoner på tomemballasje. De må finne ut hvor mange karbohydrater de drikker, og hva tallene på brusflaskene betyr. De ser også på fett- og fiberinnhold i mat.

– Mange vet ikke at karbohydrater er det samme som sukker.

Poenget er å bevisstgjøre dem på hva de putter i munnen.

– Tror du det du gjør har effekt på folkehelsen?

– Det gir nok effekt for noen. Jeg tror på de små endringene over tid, sier Nordholm.

#### Test for diabetes

På [www.diabetesrisiko.no](http://www.diabetesrisiko.no) kan alle sjekke risikoen for å utvikle type 2-diabetes. Her spørres det blant annet om vekt, høyde, livvidde og om det er diabetes i familien. Åtte spørsmål som sammen kartlegger statistisk risiko for å utvikle sykdommen de neste ti årene. Det er Helsedirektoratet og Norges Diabetesforbund som står bak. Nettstedet er ledd i en kampanje som har til hensikt til å forebygge og avdekke sykdom. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har blant annet brukt denne testen.

« Jeg vil vise at trim kan være morsomt. *Siv Nordholm*



# Snakker om overvekt

Cecilie Dangmann savnet en strategi for å følge opp overvektige barn. Så hun laget sin egen.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig M. Weston**

## «Fra ønske til handling»

Et opplegg for å følge opp overvekt hos barn og unge. Forslag til fire samtaler med foreldrene. Avgjøres i hvert enkelt tilfelle om barnet skal være med. Oppfølgingsens fem prinsipper:

- › Den vet best hvor skoen trykker som har den på.
- › Små endringer er store forbedringer.
- › Vi er bra, men kan bli bedre!
- › Familien må jobbe sammen.
- › Praktisk kunnskap.

Les mer på [www.stange.kommune.no/article22204-5032.html](http://www.stange.kommune.no/article22204-5032.html)

## Aktivitetsgrupper

Stange kommune tilbyr også aktivitetsgrupper. Hensikten er bevegelse uten prestasjonspress. Rundt om i landet er det flere aktivitetstilbud til overvektige barn og unge. For eksempel «Liv og røre» i Ringerike, «Ha det gøy-gruppa» i Flora og «Full fres» i Sandefjord kommune.



**FØLGER OPP:** Cecilie Dangmann minner om at enkle tiltak ofte har størst helseeffekt.

**C**ecilie Dangmann er frontsoldat i kampen mot kiloene. Som helsesøster bruker hun vekten som et verktøy.

– Vi skal måle høyden til skolebarn ved visse aldre, men ta vekt på indikasjon. Det synes jeg er problematisk. Skal jeg plukke ut dem jeg synes ser overvektige ut, blir det i hvert fall en stor sak. «Hvorfor ble jeg veid, når ikke hun ble det», liksom.

Derfor bestemte helsesøstrene i Stange i Hedmark at de ville veie alle.

### Frivillig

– For de fleste er det ikke noe problem når jeg forklarer hensikten. Vi gjør det samme som vi gjorde på helsestasjonen da de var små. Veier og måler for å se hvordan de vokser og trives. For dem som strever med vekten, er det vanskelig. Å veie gir en mulighet til å snakke om hvorfor de vegrer seg, poengterer hun, men gjør ikke noe stort nummer av selve veiingen.

– De er selvfølgelig inne én og én, og kan gjerne gå baklengs opp på vekten. De trenger ikke engang få høre hva de veier. Dessuten er det å veie seg frivillig, på lik linje med alt helsestasjon og skolehelsetjeneste tilbyr, påpeker hun.

### Bedre helse

Hun tar affære når overvekten er veldig tydelig. Eller der hun ser en brå utvikling i gal retning. Da prøver hun å komme til for å endre vaner så tidlig som mulig.

– Når barna blir eldre, blir både overvekten og vanene mer etablert. I tillegg er det vanskeligere å få til endring hos ungdom. De utvider radiusen sin, får egne penger og ensidige ideer om hvorfor de skal endre kosthold. De vil bli supermodeller. Deres mål er å bli tynne. Mitt mål er at de skal få bedre helse.

### Utfordring

Før veiing og måling sender hun brev til foreldrene med informasjon om hva som skal skje og at hun vil ringe dersom hun ser behov for oppfølging. De kan også ringe henne med spørsmål. Egentlig skulle hun gjerne hatt dem til stede.

– Å formidle en bekymring i ettertid over telefon, kan være en utfordring, erfarer hun.

– At barnet ligger langt over normal vekstkurve er kanskje ikke en bekymring foreldrene deler. Eller de kan være bekymret, men ønsker ikke å dele bekymringen med meg.

En ting er å avdekke overvekt, en annen er å håndtere det.

– Der har jeg følt meg litt hjelpeløs, medgir hun.

– Det fins få verktøy.

Derfor har hun laget sitt eget med midler fra Helsedirektoratet. «Fra ønske til handling» er et samtaleverktøy basert på de kommende retningslinjene for å håndtere overvekt i primærhelsetjenesten, endringsfokuset veiledning og motiverende samtaler.

### Motiverer

Alle hun ringer til får tilbud om foreldresamtale. Ikke alle takker ja.

– Mange sier de allerede har lagt om kostholdet. De er i gang med noe. Det er jo bra de prøver selv, men har jeg avdekket overvekt, veier jeg alltid barnet igjen etter seks måneder. Da ser jeg jo om tiltakene har hatt effekt.

Når hun har foreldresamtaler, bruker hun samtaleverktøyet, men følger det ikke slavisk. Mye handler om å finne motivasjon.

– Foreldrene sier de er så lei av å høre at løsningen er å spise mindre og trene mer. Samtaler om overvekt ender ofte med det, og så får de det ikke til. De føler de mislykkes. Jeg prøver å hjelpe dem til å gjøre enkle tiltak. Å bytte til en magrere margarin for resten av livet har større helseeffekt enn å legge om kostholdet og jogge hver dag i tre måneder for så å falle tilbake til gamle vaner, sier hun.

– Å velge en lettere melketype monner. De lettvinne løsningene, de som nesten er for lette, har faktisk størst effekt. Da klarer man å holde på endringene. De som kommer til meg har ikke behov for detaljerte lister over hva maten inneholder.

### Realisme

Et viktig spørsmål er hva slags ideal foreldrene har.

– Det er lett å legge opp til en helsetilstand som er umulig å oppnå. Da er de nødt til å bli skuffet. Derfor hjelper jeg dem til å ha realistiske idealer. Jeg snakker om å ta ett skritt av gangen.

Det vanskeligste er når hun avdekker et vektproblem, og foreldrene ikke ønsker oppfølging. Men hun ser ikke bort fra at familier som ikke vil følges opp av henne, søker hjelp andre steder.

– Noen ganger kan den som avdekker et problem, bli den «slemme». Overvekt er så sårt.

### Tar tid

Det Dangmann ønsker, er mer kunnskap om hva foreldrene ønsker. Hva slags hjelp vil de ha?

– Der famler vi litt i blinde. Det vi ikke kan gi dem, er en magisk tablett. Å gjøre noe med overvekt er langvarig arbeid.

Hun venter på ny veileder for å forebygge, utrede og behandle overvekt og fedme i primærhelsetjenesten. Hun har selv sittet i arbeidsgruppen.

– Jeg håper den vil gjøre tilbudet mer likeverdig, sier hun.

I dag er det veldig forskjellig hva slags hjelp som tilbys.

At rutinemessig veiing gjeninnføres over hele landet, synes hun er bra. Men det må diskuteres hvordan det best kan gjenomføres.

– Det å unngå alle vanskelige temaer for ikke å såre noen, er heller ingen god løsning, mener helsesøsteren.

« Noen ganger kan den som avdekker et problem, bli den «slemme».

Cecilie Dangmann

# Teller kilo

Nye retningslinjer mot fedme er på vei. Veiing er ett våpen i kampen mot kiloene.

Tekst **Nina Hernæs**

I skolen skal det veies på 3., 7. og 10. trinn når de nye retningslinjene trer i kraft.

Det er to sett med retningslinjer myndighetene nå jobber med. Det er faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme i primærhelsetjenesten. Helsesøstrene mener de siste legger for mye ansvar på enkeltindividet.

### Sunnere samfunn

– Skal vi bekjempe en overvektsepidemi, må vi også kjempe på samfunnsnivå, sier Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre.

– Men i de nye retningslinjene nevnes nesten ikke samfunnets ansvar.

Helsesøstrene mener altfor mye legges på den enkeltes skuldre.

– Vi savner konkrete tiltak som å gjøre sunn mat billig og usunn mat dyr. Frukt og grønt og fysisk aktivitet i skolen.

Veiing er helsesøstrene for.

– Men det må gjøres i en sammenheng, understreker Grydeland Ersvik.

### Ikke redd

Frem til 1997 ble skolebarn rutinemessig veid hos helsesøster. Frykt for at det kunne oppleves som stigmatiserende, satte en stopper for det. Men stadig tyngre barn og unge har ført til at veiing gjeninnføres. Grydeland Ersvik kan ikke se noen risiko ved å veie. Det har helsesøstre gjort før.

– Men ikke på 10. trinn?

– Nei. Men det er et viktig årstrinn. Da er de fleste ferdig med puberteten og er på vei over i videregående og mot voksenlivet. Det er viktig å benytte anledningen til å snakke om kosthold og fysisk aktivitet.

– Kan det være utfordrende?

– Klart det. Det skal vi være oppmerksom på. Men vi ser ikke bare på vekten, men helheten. Noen kilo for mye på en veltrent kropp kan være bedre enn å veie lite og spise usunt. Jeg tror helsesøstre kan være med og korrigerer oppfatninger om vekt og helse. Vi har et vidt normalitetsbegrep.

### Nye retningslinjer

Myndighetene kommer med to typer faglige retningslinjer.

► Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten – Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme

► Faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Begge har vært på høring. Utkast til retningslinjene er på [shdir.no](http://shdir.no)



**OVERSPISER:** Mange overspiser for å dekke andre behov enn sult. Da er det livssituasjonen mer enn selve kiloene det må snakkes om, mener Kaja Flatøy.



# – Fedme er følelser

– Jeg er helt mot veiing av skolebarn. Man vil jo se hvilke barn som er overvektige, sier sykepleier Kaja Flatøy, som veileder om spiseforstyrrelser.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Privat**

**K**aja Flatøy har jobbet frivillig i Interessegruppen for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS) i Trondheim i 13 år.  
– Veiing vil føre til overopptatthet av kropp og vekt. Det er uheldig, mener hun.

Til daglig jobber Flatøy på akuttmottaket på St. Olavs Hospital der hun videreutdanner seg i akuttsykepleie. Hun er også utdannet kinesiolog.

Flatøy tror enhver helsesøster er i stand til å se hvilke barn som er i faresonen både den ene og andre veien.

– De bør nærme seg barnet på en annen måte enn via tallene vekten viser. Tall og tabeller kan ødelegge den tilliten som er nødvendig for å kunne snakke om dette temaet.

## **Nei-mat**

Flatøy hadde selv spiseforstyrrelser i ungdommen. Hun husker ubehaget da hun som en litt lubben ti-åring skulle veies på skolen. Helsesøster viste henne plansjer med ja-mat og nei-mat uten særlig mer informasjon om emnet.

– Jeg trodde jeg ikke hadde lov til å spise nei-mat i det hele tatt. Og vi var for unge.

Flatøy ser ikke noe annen gevinst med veiingen enn statistikk.

– Vi bør veie kun dem som det er grunn til å veie fordi de trenger hjelp.

– Vil ikke det virke stigmatiserende?

– Ikke hvis man forklarer hvorfor. Mest sannsynlig vet barnet



# « Barnet vet godt selv når det er overvektig.

Kaja Flatøy

godt selv når det er overvektig. Men temaet må tas opp på en omsorgsfull måte. Årsaken til problemene er som regel ikke tallene på vekten.

## Slankerne blir fete

Overvektige barn blir ofte overvektige voksne.

– Derfor er det viktig å ta for seg hele familien når det er behov for å endre vaner. Noen har jo fødd disse barna.

Flatøy tror overvekt ofte skyldes uvettig slanking.

– Man går opp, ned og opp i vekt. Det er klassisk. Det er vanskelig å holde vekten på sikt.

60 prosent av dem med spiseforstyrrelser overspiser eller tvangspiser. Fedmeoperasjoner er en dårlig løsning, mener hun:

– Jeg har sett skadevirkningene. Det gjøres for lite med livssituasjonen til disse pasientene. Mange får psykiske problemer etterpå. Beskyttelsen de hadde er tatt bort. De har bruk for den og går fort opp i vekt igjen. Så får de skyldfølelse for ikke å ha fått det til. Suicidale tendenser er registrert. Andre ender opp med alvorlige mangelsykdommer.

Hun viser til at i Vestfold åpnes det nå for å fedmeoperere ungdom også under 18 år.

– Det er kjempeskummelt. Operasjon er et inngrep som alltid er risikofylt. Man kan ikke si at en 13-åring har prøvd alt for å gå ned i vekt eller endre livsmønster.

## Bearbeider følelser med mat

Folkeopplysning om overvekt ser hun som nyttig.

– Men det kan fort oppfattes som skremselspropaganda. Forklar heller hvorfor noen spiser etter de er mett.

– Ja, hvorfor gjør de det?

– De prøver å dekke andre behov enn sult, som nærhet og omsorg. Det er noe som ikke er bearbeidet. Å overspise er en måte å takle livet på.

Flatøy understreker at de med sykkelig overvekt kan trenge vidt forskjellige opplegg.

– Kan oppmerksomhet om fedme føre til spiseforstyrrelser?

– Sikkert, men vel så farlig er vektleggingen av skjønnhet og mote. Jeg tror minst like mange av dem som slanker seg ender med fedme som med anoreksi. Flere av de fedmeopererte går over i en anorektisk fase.

## De nye ortorektikerne

Flatøy påpeker at ortoreksi er et relativt nytt fenomen, der de som rammes er svært opptatt av å spise sunt, trene og gjøre alt rett.

– De klarer ikke slappe av. Mye dreier seg om tvang, regler og rutine.

Hennes råd er å tenke livskvalitet.

– Jobb med følelsene, så kommer ofte normalisering av vekten som en følge av at man har det godt. Ingen er glad i kroppen sin når den veier 150 kilo. Eller 36. ■■■

Les også Lisbeth Normann om fedme. Side 76.

## Flatøys 3 tips til overvektige:

- › Ikke slank deg, men jobb heller med å legge om livsstilen.
- › Ha omsorg for kroppen din.
- › Sørg for et godt følelsesliv. Bruk språket til å be om det du har behov for i stedet for å overspise.

# « Å over- spise er en måte å takle livet på.

Kaja Flatøy

# 5 på gangen

Tekst Nina Hernæs

## Hvordan kan du stoppe fedmeepidemien?



**Jofrid Vigre Braadland, bedriftssykepleier i Søgne og Songdalen bedriftshelsetjeneste**

Med trim. Vi har nettopp hatt pausegymnastikk på jobben. Ti minutter med oppvarming og fem enkle øvelser. I dag brukte vi strikk. Vi motiverer bedriftene våre til å starte med det samme. Ark med forslag til øvelser hjelper den enkelte til å sette i gang alene. Det motvirker fedme og gir arbeidslyst.



**Heidi Hansen, bedriftssykepleier og kunst- og uttrykksterapeut, HMS-Instituttet, Trondheim**

Med å avklare roller. Tar du innover deg andres roller, eller spiller du selv hovedrollen i ditt eget liv? Jeg ser fedme i dag som et forsvar, en måte å takle samfunnets krav om vellykthet på. Det må møtes med noe annet enn råd om trim og kosthold. Vi må også se hvor godt man tar vare på det sjelelige.



**Iben Akselbo, barnesykepleier og lektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag**

Vi må tilby hjelp som er lokalt forankret. Tilbudene til svært overvektige er i dag hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten. Hjelpen må være tverrfaglig og gå over lang tid. Overvekt er nesten som kronisk sykdom. Ofte må hele familien involveres.



**Øivind Kristensen, klinisk spesialist i sykepleie og daglig leder av Hjerterehabiliteringen, Oslo universitetssykehus, Aker**

Vi må forebygge i barnehage og skole. For eksempel ved å tilby sunn mat, slik de gjør i Sverige. Da unngår vi at de unge går i kiosken eller på gatekjøkken for å kjøpe seg mat. De som ikke får sunn mat hjemme, vil i hvert fall få det på skolen eller i barnehagen.



**Beryll Kristensen, regional diabetessykepleier, Nordlandssykehuset i Bodø**

Som diabetessykepleier vil jeg motivere til sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet. Men det viktigste er å starte tidlig. Unger må bli vant til å bevege seg og spise sunt. Men det koster. I dag lages det nasjonale planer for å redusere overvekt, men dessverre følger det ingen penger med.

## Miltbrann i heroin

Per 15. februar er 11 personer i Europa drept av heroininjeksjoner som inneholder miltbrannbakterie (anthrax) i et utbrudd som begynte 10. desember i Skottland. De døde er en fra Tyskland og ti fra Storbritannia. Til sammen er 21 tilfeller av smitte bekreftet. Smittevernmyndighetene tror at bakterien kommer fra en enkelt kilde og at stoffet sirkulerer i Europa. Det siste dødsfallet var i Blackpool 10. februar.

Rusbrukere oppfordres til å søke medisinsk hjelp dersom de merker rødhet eller hevelse nær injeksjonsstedet, eller andre symptomer som høy temperatur, frysninger eller sterk hodepine. Tidlig antibiotikabehandling kan redde livet.

Tidligere er det bare kjent ett tilfelle av miltbrannsmitte gjennom heroin, og det var i Norge i 2000.



Kilde og foto: British Medical Journal

## Psykisk press på danske sykepleiere



Danske sykepleiere sliter også med nedskjæringer og høye krav til effektivisering. Særlig i hovedstaden er det mange sykepleiere som mister jobben for tiden. Dette gjør det psykiske arbeidsmiljøet dårlig, viser tall fra Det Nationale Forskningscenter for Arbeidsmiljø. I perioden 2005–2008 har sykepleierne opplevd tre ganger større stigning i følelsesmessige belastninger på jobben, enn gjennomsnittet for andre lønsmottakere. For denne perioden er det også vedtatt produktivitetstigninger på 7 prosent.

– Dette følelsesmessige presset handler ikke så mye om relasjonen til den enkelte pasient, det er ikke i seg selv blitt mer belastende å ha med mennesker å gjøre. Men det er rammene og vilkårene rundt relasjonene som avgjør hvor belastende det oppleves. Hvis man mangler tid til å imøtekomme den enkelte relasjon eller til å bearbeide de følelsesmessige belastningene, opplever man et press, sier Dorte Steenberg, nestleder i Dansk sygeplejeråd.

Kilde: Dansk sygeplejeråd

## Vil ha oversikt over alternativ behandling

Et EU-prosjekt skal finne ut av hvem som praktiserer alternativ behandling i Europa. Forskere fra 12 europeiske land er med i prosjektet, blant dem forskere fra Universitetet i Tromsø.

I Norge er dette ganske fritt, mens det i andre land, som Frankrike, bare er leger som får behandle syke.

Kartleggingen skal omfatte alle deler av alternativ behandling. Den skal også se på hvem som bruker dem, hva de ulike behandlingene innebærer og hvor utbredt de forskjellige behandlingsmetodene er. Meningen er å samle kunnskap om alternativ behandling i Europa og rydde opp i begrepene som brukes.

# Der ute

### Les mer om:

**48** Nora skal opereres på Ullevål ›

**52** Det siste stell i Bergen ›

**53** Behandling fremfor straff i Bergen ›

**55** Høneblund i Danmark ›

**56** Matpause på Haiti ›



## sykepleien.no

› Sykepleien er nå på Facebook som gruppen Tidsskriftet Sykepleien.



# Robot

– Næmmen, så nydelig. Jeg tror du liker deg hos meg, jeg.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Stig Marlon Weston

**D**en hvite og myke selungen Paro kroer seg og lager go-lyder når Reidun Larsen stryker den over pelsen. Med store, blanke øyne blunker selen fornøyd og kryper enda litt tettere inntil brystet hennes.

– Mor får se til at alt er i orden her, sier hun mens hendene sjekker loffene. Det liker ikke selen, og Larsen skvetter ørlite over lydene den lager.

– Nei, det likte han visst ikke, sier Vibebe K. Bru, sykepleier og konstituert avdelingsleder på forsterket avdeling på Bjonnesåsen bo- og behandlingssenter på Nøtterøy.

### Terapi og sosial stimuli

Paro er en robot. Pelsen er antibakteriell, og i magen er det syv motorer som gjør at den kan bevege seg, løfte hodet, blunke. Paro er ikke glad for å se noen, Paro er programmert til å se mot ansiktet og gni seg inntil brukeren.

– Vi kan ikke si at den er ekte, selv om noen tror det. Det vil ikke være etisk riktig. Hvis brukeren spør, sier vi at det er en robot, sier Vibebe K. Bru.

Robot-selen ble kjøpt inn for ett år siden. Bjonnesåsen er det første norske sykehjemmet som har tatt den i bruk. Formålet er sosial stimulering og atferdsterapi.

– Før robotselen ble kjøpt inn, fikk vi låne den i to uker. Jeg innrømmer at jeg var skeptisk til å begynne med. Etter å ha sett hvilken beroligende effekt den har, er jeg blitt mer overbevist, sier Anette Hansen, som er undervisningsleder ved Bjonnesåsen bo- og behandlingssenter.

Hun forteller at selen hjelper til å roe ned der hvor det er en begynnende til moderat uro. Dersom uroen allerede har eskalert, har den ingen effekt.

– Det er viktig at selen brukes på riktig måte. Er det brukere som ikke liker den, skal de selvsagt ikke få den opp i fanget, sier hun.

### Fornøyd i Danmark

En dansk studie gjennomført med 12 robot-

# -sel roer demente

seler ved et senter for demente i København, viser at selen ga inspirasjon og stimulerte til økt kommunikasjon. Også de ansatte som brukte selen sammen med pasientene, ga ekstra stimulans. (Se flere studier på [www.paro.jp](http://www.paro.jp))

I Japan har robot-selen også blitt brukt på barneavdelinger på sykehus.

En Sintef-rapport om omsorgsteknologi konkluderer med at det er naturlig å tenke seg at robot-kosedyr vil kunne aksepteres og være en stimulans for neste generasjon eldre også i Norge.

## Mindre medikamenter

– Vi bruker mindre beroligende medikamenter nå som vi har Paro, sier Vibeke K. Bru.

– Har dere dokumentasjon på det?

– Nei, ikke ennå. Men vi får stadig tilbakemeldinger på at enkelte brukere har hatt en begynnende uro, og der de ansatte tidligere

**«Vi kan ikke si at den er ekte, selv om noen tror det.»** Vibeke K. Bru

måtte gå inn med beroligende medikamenter, bruker de nå Paro, og unngår med det at uroen utvikler seg, sier hun.

– Hvordan bruker dere roboten?

– Den blir brukt både til terapi og til sosial stimuli. Når den brukes som atferdsterapi, for å roe ned brukere, er det i en-til-en-situasjoner. En ansatt sitter ved siden av brukeren og passer på – både for å roe ned og for å passe på at selen ikke plutselig blir kastet i gulvet.

Når selen brukes sosialt, skal alltid en av de ansatte være sammen med brukerne.

– Der hvor det ellers sitter to stykker ved siden av hverandre uten å snakke, ser vi at selen



**KOS:** Robot-selen Paro har antibakteriell pels og produserer kroppsvarme, så den blir varm og myk å kose med. Den beveger kroppen, lager lyder, og snur ansiktet opp mot den som har ham i fanget.



– **SÅ PEN!** Ester Nordnes synes Paro er pen med de lange øyenvippene sine, og Sverre Mathiassen stryker og stryker over den myke pelsen.

## «Den blir brukt både til terapi og til sosial stimuli.»

kan bli samtaletema. Brukerne blir engasjerte og opplever at den er noe nytt og interessant å snakke om.

– *Hvor lenge er den i bruk om gangen?*

– Det varierer, men batteriet virker bare i to timer, så det er uansett ikke lenger enn det. Men mange blir raskt lei, og vil gjøre noe annet, så jeg tror ikke vi har brukt den mer enn en time av gangen, sier Bru.

– *Hvor ofte tar dere den fram?*

– Det varierer også, men den er vel fremme tre-fire-fem ganger i uken, litt ettersom hvem som er på jobb. Vi har en ansatt som har vært i Danmark på kurs, og blitt autorisert Paro-bruker. Vi planlegger mer opplæring av de ansatte snart, slik at flere blir trygge på å bruke den, sier hun.

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter har den siste tiden fått henvendelser fra flere andre sykehjem som vurderer å skaffe en robot-sel.

### Heller Paro enn fru Jakobsen

Ved Bjønnesåsen har de også en katt, fru Jakobsen. Ifølge Bru er katten populær, og også den blir gjenstand for noen av beboernes sterke omsorgsbehov.

– Katten gjør som den vil, Paro dekker et annet behov, sier undervisningsleder Anette Hansen.

Når Paro skal videre til neste bruker, tvilholder Reidun Larsen på selen. De ansatte forsøker å lokke med den spill levende katten, men nei. Reidun Larsen vil ha robot-selen og ikke noe annet.

– Se, sier hun. – Nå sier han til meg at han vil opp.

# – Må ikke erstatte mennesker

Verken Jan-Erik Nilsen i Norsk Sykepleierforbund eller Trude Andresen i KS vil uten videre anbefale robot-selen.

– Blir selen brukt som et supplement, eller overtar den for ekte relasjoner? Mennesker er sosiale vesener med behov for ekte sosial stimuli, det gjelder også for demente. Det er viktig at teknologien ikke fører oss dit hen at vi devaluerer demente eller behandler demente som barn.

– Er du redd for at selen kan erstatte menneskelig kontakt i et sykehjem?

– Vi må være åpne for ny teknologi, men vi må samtidig holde den etiske debatten høyt, slik at vi sikrer en faglig forsvarlig bruk av det nye. Kan en robot-sel medføre at man nedprioriterer andre ting, blant annet kulturelle tilbud?

– Er det problematisk at hver enkelt virksomhet står fritt til å kjøpe inn det de ønsker og har råd til av ny omsorgsteknologi?

– Det er i alle fall viktig at virksomhetene har kunnskap nok til å prioritere hva de skal bruke penger til. Debatten om å bruke roboter til sosial stimulering bør løftes opp. Helsemyndighetene har et ansvar for å gi råd, gjennom for eksempel et nasjonalt kompetansesenter for omsorgsteknologi, slik at de som skal kjøpe inn nye ting har noe å støtte seg på. Markedskreftene er sterke, og vi må ikke komme i en situasjon der markedet forfører enhetsledere og virksomheter til å kjøpe inn teknologi som ikke er hensiktsmessig ut fra etiske eller andre vurderinger.

– Det er viktig at sykepleiere sitter i førersetet i beslutningsprosessen før anskaffelse og bruk av verktøy som for eksempel robot-selen – og

det er viktig å kunne bruke både gass og brems.

## – Må være obs

Trude Andresen er direktør for Innovasjon og nyskaping i KS.

– Omsorgsteknologi skal ikke erstatte menneskelig kontakt, men det kan være et godt supplement. Innføring av ny teknologi handler ikke om at vi skal fjerne folk fra jobbene sine, men at vi skal bruke folk på rett måte, sier hun.

– Bør man være spesielt oppmerksom ved innføring av teknologi som simulerer kontakt med levende vesener?

– Ja. Det er viktig å være obs, teknologien skal dekke de riktige behovene, og man må hele tiden ha et reflektert forhold til de etiske sidene. ■■■

## Våre møbler reiser turistklasse

**Kinnarps**



...men de slipper mellomlandinger, og vi tar godt vare på dem underveis.

**Et viktig element i vår miljøtenkning** er transport og emballasje. Vi har forbedret oss gjennom mange år, og nådde i 2008 hele 91% fyllingsgrad når vi laster våre biler. Bilene kjører i størst mulig grad direkte fra fabrikk til kunde, uten omlasting og lagring underveis. Dessuten sluttet vi i 1960 å bruke emballasje som papp, isopor og bobleplast. Istedet bruker vi tepper som vi tar med oss tilbake og gjenbraker.

**Vårt mål er: En gang til kunde.**

Kinnarps AS Tlf 67 16 71 00 [www.kinnarps.no](http://www.kinnarps.no)

Få inspirasjon til grønne ideer på [kinnarps.no/miljo](http://kinnarps.no/miljo)

**green ideas at work**

Tenk grønt. Spar penger.





**Bodil Bach** er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin  
E-post: bodil.bach@telemed.no

I serien «Verkstedet» ser hun på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

# Webbasert individuell plan – virker det?

Brukeren trenger en individuell plan (IP) basert på god dialog for å finne mål for livet sitt og hvordan han skal komme dit, sier Helsedirektoratet. Men er løsningen å stirre på en dataskjerm med rubrikker som skal fylles ut?

IP er et verktøy i samhandlingen omkring brukere som trenger langvarige og koordinerte tjenester, gjerne levert fra ulike instanser. Forskrift om IP skal bidra til at bruker og fagpersonell samarbeider mot de samme målene. Helsedirektoratet har laget en veileder til hjelp i prosessen.

IP inneholder mål, ressurser, behov for tjenester, oversikt over dem som deltar, ansvar, pårørende, tiltak og plan, gjennomføring, samarbeid m.m. Den skrives på papir eller web og det fins «maler» som brukes. Lagring skjer på minnebrikker i låste skap, lite tilgjengelig for bruker. E-post sendes mellom bruker og tjenesteyter. Spørsmålet er om dette gir sikker håndtering av pasientinformasjon og god samhandling. Og hva med visjoner om økt brukermedvirkning?

## Web IP

Web IP være et godt samarbeidsverktøy for å møte utfordringene. Ferdige løsninger finnes, som SamPro, som finnes i 70 kommuner i alle helseregioner. Acos IP er et annet nytt verktøy som brukes i fire kommuner i dag.

Verktøyet gir tilgang for bruker, pårørende, involverte tjenesteytere

og opprettes av ansvarlig HF eller kommune (oftest det siste). Tilgang gis til aktørene (bruker og koordinator bestemmer tilgangsnivå for de involverte) og de kan skrive og se informasjon. Det er åpen logg på hvem som leser og skriver i planen, så bevegelser er kontrollerbare. Sikkerhet er ivarettatt og etterjustert gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser og løsningene er vurdert av Datatilsynet.

Helse Midt-Norge har anbefalt bruk av felles Web IP og ansatt en rådgiver for HF/kommuner som veileder i den faglige prosessen. Nesten 800 deltakere i hele regionen har deltatt på fagdager. For å samle kompetansen om bruken og få den raskt ut til mange, er det også utviklet åpne nettbaserte opplæringsprogram. Disse er laget i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Lenker til programmene finnes på: [www.helsekompetanse.no](http://www.helsekompetanse.no).

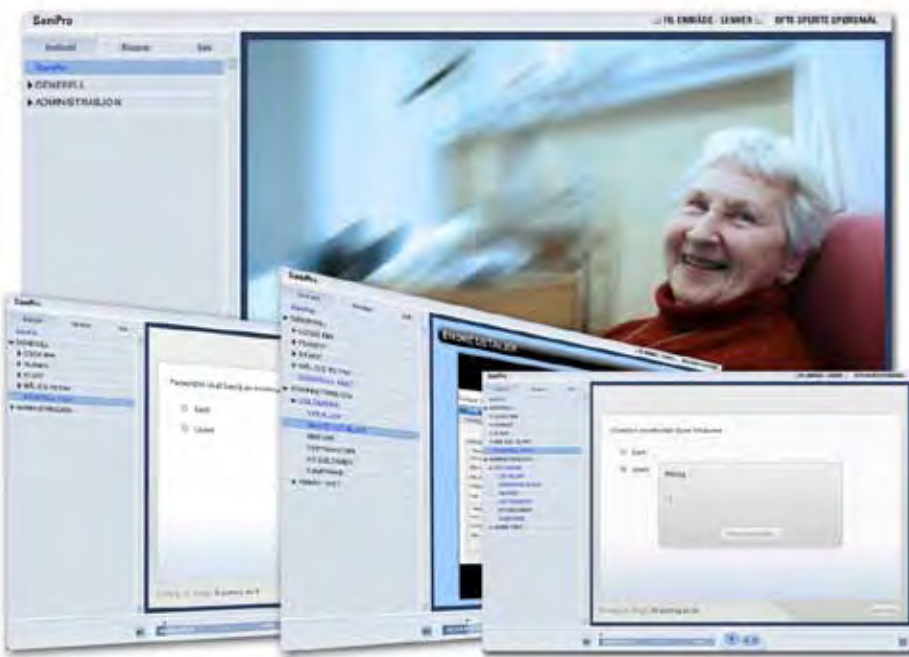
## Erfaringer

Doktorgradsstipendiat og sykepleier Jorunn Bjerkan har vært prosjektleder og veldig sentral i innføring av web IP i Helse Midt-Norge. Hun forsker nå på hvordan bruken av data kan endre rollene mellom aktørene. Hun sier at man i innføringsperioden så at både pasienter og tjenesteytere brukte verktøyet veldig aktivt. Men det var nesten ikke planmateriale på plass i det hele tatt. De som falt fra, gjorde det hovedsakelig av tekniske påloggingsårsaker, noe som er rettet.

Hvis gruppen følte det bekvemt å arbeide sammen foran skjerm, gjorde de det, eller de tok med seg hver sin utskrift av planen og fordelte skriving/oppdatering til neste møte. Alle deltakere har satt pris på muligheten til å være oppdatert på lik linje og føle sikkerhet for at planen var trygt og sikkert håndtert. Bruken har inspirert personell til å overholde sine plikter i forhold til IP. Det er enklere håndtering, vedlikehold og gir bedre oversikt.

Noen var uvante med å bruke PC, men de syntes det var bedre at de andre i gruppen var oppdatert og at de fikk en god utskrift av planen selv. Andre fikk kanskje det puffet de behøvde og ble rene internettsurfere etter opplæringen. Brukermedvirkningen er økt, de skriver i egen plan og styrer nå prosessen selv!

Det er viktig å være oppmerksom på at teknologi skal støtte oppunder planprosesser, men den kan ikke dekke over eksisterende dårlige samhandlingsrutiner. Samme regler gjelder her som for annen innføring av teknologi: Hvis man ikke vil eller har ressurser for å samarbeide, så kan ikke all verdens IKT-løsninger eller pålegg fra for eksempel Helsedirektoratet få dette til å fungere. ■■■



## Andre faste bidragsytere:



**Espen Helge Aspnes** er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for InnoMed i Midt-Norge.  
E-post: [EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no](mailto:EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no)



**Terje Anderssen** er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.  
E-post: [terje.anderssen@rikshospitalet.no](mailto:terje.anderssen@rikshospitalet.no)



**Brita Noorland** er anestesisykepleier på Bærum sykehus.  
E-post: [noorland@online.no](mailto:noorland@online.no)

## Grete Torsethaugen

Alder: 27 år

Yrke: Kontaktsykepleier for hjertesyke barn og unge

Jobber: St. Olavs Hospital i Trondheim

# Hjelper små hjerter

– Det er mye friskt i et hjertesykt barn.

**J**eg blir forferdelig glad i barna jeg møter. De er med meg hele tiden. De fleste møter jeg første gang når de er babyer. Hjertefeil oppdages som regel på ultralyd i svangerskapet eller ved kontroll etter fødselen.

At det er noe galt med hjertet, gjør alltid foreldrene redde. Å få et barn skal være en gledelig begivenhet. Med et hjertesykt barn venter ofte usikkerhet og lange sykehusopphold. Jeg skal formidle håp, men også gi realistisk informasjon. Det er en stor utfordring. Jeg er alene om å være kontaktsykepleier for hjertebarna, men er del av et stort team med hjerteleger og sykepleiere på post og poliklinikk. Vi samarbeider tett.

Å gjøre foreldrene trygge er viktig. Jeg prøver å hjelpe dem til å bli kjent med barnet. Det er alltid masse friskt i et hjertesykt barn. Disse barna har også helt normale plager, som vondt i magen, uten at det har noe med hjertet å gjøre. Det hender jeg må minne foreldrene om det.

Hjertesykdom omfatter alt fra tilstander som ikke gir plager og går over av seg selv, til komplekse hjertefeil det ikke går an å reparere.

Det verste med jobben er når vi mister noen. Heldigvis klarer de aller fleste seg bra. Medisinen har gjort store fremskritt. Men når liv reddes, mener jeg vi også har en forpliktelse til å hjelpe dem til å leve livet.

Min jobb er å bidra til at barnet og familien skal klare seg best mulig utenfor sykehuset. For eksempel legger jeg til rette ved overganger, som fra barnehage til skole. Da er det viktig å finne ut om barna har behov for spesielle tiltak. For eksempel kan sykdommen i seg selv eller behandlingen føre til at motorisk eller kognitiv utvikling blir forsinket.

Iblant underviser jeg skoleklasser. Det er gøy og krevende. Spørsmålene er ofte direkte og fantasien verre enn virkeligheten. Jeg får mange spørsmål om død. Å høre at en klassekamerat er hjertesykt setter mange tanker i sving.

Det er morsomt å se hva det å reparere et hjerte gjør med et barn. Da ser jeg hvor viktig det er å ha et hjerte som fungerer. Men jeg må også si at barna er fantastisk flinke til å være syke. De jobber hardt til tross for at hjertet jobber mot dem. De leker og holder på. Ser seg selv som mindre syke enn mange friske ungdommer.

Jeg får til mye, men jeg tenker også på dem jeg ikke får fulgt opp godt nok. Jeg har ansvar for å følge opp mange titalls barn og unge og er ett menneske i 80 prosent stilling. Hjertesykdommen handler ikke bare om barnet eller den unge selv, men også om foreldre og søsken. Det er mange å gi omsorg til. Skal jeg beskrive jobben, vil jeg si at den er engasjerende, bevegende, krevende. Og fryktelig artig. Men når jeg kommer hjem hender det jeg må sitte litt. Helt stille. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Lena Knutti

Det Nora husker best, er at hun greide å telle til 32.

# Nora skal opereres

## Barnekirurgisk pasientsløyfe

Barnekirurgen på Ullevål tilstreber at barn som skal opereres elektivt får besøke avdelingen på forhånd. Det gjøres i forbindelse med poliklinisk kontroll hos barnekirurg. Hensikten er å trygge barnet og foreldrene best mulig på forhånd og at de skal ha få og kjente personer å forholde seg til.

**H**usker du hva som skal skje i dag, spør barnesykepleier Terese Fritz.

Sju år gamle Nora nøler. Så husker hun det. Hun skal ha på tryllekrem.

### Forberedt

For de fleste rundt er det en vanlig torsdag. For Nora og foreldrene er det operasjonsdag. Klokken åtte om morgenen sitter de på Barnekirurgens ventorom på Ullevål. Nora har en hel sekk med leker. I armene holder hun Olivia.

I motsetning til Nora, har Olivia gått gjennom mye av det som skjer før en operasjon. Hun har fått venekanyler og medisiner rett i blodet. Det skjedde uken før, da Nora og mamma var på sykehuset for kontroll. Da fikk Nora en dukke som hun kunne tegne hår og ansikt på og bruke som forsøkskanin. Nå har dukken fått navnet Olivia og har på pene klær.

### God investering

Terese Fritz plasserer en solid mengde bedøvelseskrem på Noras venstre håndbak, plastrer med gjennomsiktig tape og tegner smileansikt på. Akkurat som hun har sagt hun vil gjøre. Nora og Terese har nemlig møtt hverandre før. Barnekirurgen på Ullevål tilstreber at barn som skal til planlagte operasjoner får besøke avdelingen på forhånd.

– Det tar litt tid, men er en god investering, sier fagutviklingspsykepleier Anja Smeland.

Barna kommer først til kontroll hos barnekirurg på poliklinikken.

Dersom det blir bestemt at de skal opereres, følger sykepleier dem opp på avdelingen. Her får de se lekerom og oppvåkingsrom og hilse på. Enten er det sykepleieren fra poliklinikken som informerer dem eller en sykepleier fra posten.

### Den grønne hetten

Barnekirurg Ole Schistad kommer og ber familien bli med til behandlingsrommet. Det er endringer i operasjonsprogrammet. Nora har rykket fram fra nummer fire til nummer to. Kanskje blir det ikke tid til å leke. Schistad tar en tusj og merker av på Noras mage. Det er han som skal operere bort brokket som kan ses som en kul ved navlen. Også han har Nora møtt før.

– Er det noe du vil spørre om, lurer han.

– Én ting. Må jeg ha på grønn hette?

– Ja, og det må jeg og. Det blir kult.

### Må være konkret

– Vi gir skriftlig informasjon før et inngrep, sier Anja Smeland.

– Men for barn er ikke det nok. De må se og leke. For dem bør det være så konkret som mulig.

Informasjonen må også være tilrettelagt for barnet og familien. Det er stor forskjell på liten og stor. På barnekirurgen er det pasienter fra null til fjorten år.

Smeland erfarer at barna ikke er så opptatt av hva som skjer på operasjonsstua, men hva som skjer før og etterpå. At de får bedøvelseskrem, venekanyler og at de må ut og kjøre

seng. Is, diplom og lekerom er også viktig. Det kan de se fram til etter operasjonen.

– Foreldrene forteller at barna gleder seg til isen.

Forberedelsene er like mye for foreldrene som for barna.

– Vi må trygge dem også. Er de redd, smitter det over på barnet.

Det hender barn har dårlige opplevelser fra tidligere.

– Veldig ofte viser det seg at de ikke var forberedt på hva som skulle skje. De er ikke blitt tatt på alvor. Å snu en sånn opplevelse kan ta lang tid og krever en helt annen tilnærming. Førsteintrykket får vi aldri korrigert. Et lite feiltrinn her, og barnet bærer det med seg videre, sier Smeland.

### Vil telle

Nora vet at hun skal telle før hun sovner. Terese Fritz har kjørt henne gjennom Ullevåls lange ganger og overlevert henne til anestesen. Mamma er kledd opp i hygienisk hvit romdrakt.

Bare en av foreldrene får være med inn hit. Anestesisykepleier Morten Høydahl spør om Nora har spist eller drukket i dag. Om hun har noen løse tenner. Så legger anesteselege Anne Holmberg inn venekanyler. Nora holder mamma i hånden. Husker at Olivia har vært gjennom det samme.

– Jeg skal jo telle.

– Ikke ennå.

Anestesisykepleier Morten Høydahl opplever at barna er godt forberedt.

– Opplegget er veldig verdifullt. At de er så godt informert, gjør at vi i mange tilfeller kan kutte ut premedi-





**MED GRØNN HETTE:** Kosedyret Vaske får være med helt inn på operasjonsavdelingen. Oliva slapper av nederst i sengen. Anne Holmberg og Morten Høydahl skal ta seg av anestesen.

sinering i form av midazolam. De har ikke behov for det.

Anja Smeland er opptatt av at foreldrene får vite at barnet kan sovne fort.

– Det er bra for barnet, men tøft for dem, sier hun.

Når barnet sovner, må foreldrene ut.

– Da føler mange seg ensomme. De har mobilisert mye for å være en god støtte for barnet. Når barnet sovner, ser jeg ofte at luften går litt ut av dem, sier Morten Høydahl.

– De opplever et stort tomrom.

Han synes det er viktig at foreldrene har noen som venter og kan gå sammen med dem gjennom korridorene tilbake til barnekirurgen.

#### Drømmeløs

Terese Fritz hadde antydnet 10. Mamma hadde tippet på 20. Nora kom til 32. Så sovnet hun.

Når hun våkner, er hun tilbake på barnekirurgen.

– Jeg klarte å telle til 20, sier hun.

## «Vi kan i mange tilfeller kutte ut premedisinering i form av midazolam.»

Morten Høydahl

– 32, korrigerer mamma.

– Jeg trodde ikke mine egne ører, kommenterer Terese Fritz.

Nora ser på diplomt sitt.

– Drømte du noe, spør pappa.

– Ingenting, sier Nora.

#### Må ikke lyve

Leder i Barnesykepleierforbundet, André Grundevig, er ikke i tvil om at preoperativ informasjon er viktig.

– Vi vet at det demper frustrasjon og angst, sier han.

– Vet de ikke hva de skal gjennom, har barn evnen til å lage seg forestillinger helt uten rot i virkeligheten. Derfor er de i en særstilling.

Han erfarer at graden av informasjon varierer.

– Å sende skriftlig informasjon i

posten er vanlig. De fleste foreldre informerer barna noe, men få setter seg grundig inn i hva barnet skal gjennom. Mange ønsker å skåne barnet.

Han tror noen lar være å si så mye i frykt for å måtte lyve.

– Å lyve er noe man aldri, aldri må gjøre, understreker Grundevig.

– Gjør det vondt, må vi informere om det. Da kan barn forberede seg. Selvsagt kan de grue seg, men å grue seg er ikke farlig.

Han er også opptatt av at det ikke må skilles mellom store og små inngrep.

– For barna og foreldrene er det en stor ting, uansett.

#### Tid for is

Nora spiser lollipop.



# «Å grue seg er ikke farlig.» André Grundevig



**PÅ OPPVÅKNINGEN:** Is er greit, selv om det ikke er lørdag.

– Jeg synes ikke den tok så lang tid den operasjonen, sier hun.

Sår gråt høres fra nabosengen. Men Nora er klar for å kle på seg. Ole Schistad kommer for å informere om inngrepet. Sier at de bare må ringe om de lurer på noe. Han

tar Nora i hånden.

– Tusen takk, sier hun.

– Du var veldig grei, da, sier han. Anja Smeland forteller at de forskjellige yrkesgruppene samarbeider godt.

– Her jobber vi alle med barn, og

ser mer og mer behovet for at de er godt forberedt. Vi har også egen barneanestesi, som har unik forståelse for barn. Er barnet urolig på operasjonsdagen, får vi aksept for å bruke litt ekstra tid for å skape trygghet. Klisjéaktig sagt: De barna som sov-



**PASSES PÅ ETTERPÅ:** Pappa Finn Olav Eide, sykepleier Terese Fritz og mamma Wenche Dahl Eide er på plass når Nora våkner.



**FERDIG:** Halv tolv er Nora på vei hjem.

# Informerer skriftlig i Bergen

Foreldre ønsker informasjon som er spesielt laget for barn.

**S**tadig flere inngrep gjøres dagkirurgisk eller poliklinisk. Barna kommer om morgenen, opereres og reiser hjem igjen. Tiden til å informere er knapp. Anestesisykepleier Marit Vassbotten Olsen på Haukeland universitetssykehus lurte på hvilke erfaring foreldrene som fulgte barna hadde og hva de mente om informasjonen de fikk. Det ble det mastergrad av.

## Små inngrep

På Haukeland får barn som er henviset til polikliniske inngrep i narkose skriftlig informasjon i posten. Olsen spurte 100 foreldre om deres erfaringer med informasjonen de hadde fått og det å følge barnet til behandling.

74 svarte. 63 kvinner og 11 menn. De fleste barna hadde hatt inngrep i øre, nese eller hals.

## Trygge

– Som helsepersonell er vi opptatt av om barna faster og slike ting, sier Marit Vassbotten Olsen.

– Men jeg ønsket å vite mer om foreldrenes perspektiv. Hva tenker egentlig de? Jeg har sett at ikke alle foreldre snakker dette like godt, og da har jeg lurt på om de var godt nok forberedt, sier hun.

I hennes undersøkelse var de fleste fornøyd med informasjonen og følte seg trygge når de kom til sykehuset. Mange hadde også vært gjennom lignende inngrep før eller de kjente noen som hadde det.

## Vil bli brukt

Olsen spurte foreldrene om noe kunne vært gjort annerledes.

– De var spesielt opptatt av hva vi forventet av dem. De ville veldig gjerne være til nytt. Vi kan involvere dem mer.

Å forlate barnet når det sovnet var tøft for mange.

– Da er vi er opptatt av å få gjort jobben vår, men foreldrene opplevde at de ble føyet ut av rommet. De lurte på hva som var galt med deres barn, siden alt plutselig gikk så fort, forteller hun.



Selv om de på forhånd er informert om at barnet kan sovne raskt, skjønner de det ikke før de erfarer det. De blir redde og mange begynner å gråte.

– At det er en normal reaksjon, er noe mange synes vi burde informert om.

## Noen passer på

Foreldrene lurte også på hva som blir gjort med barnet når de ikke er der selv. Å fortelle dem at det sitter noen hos barnet hele tiden og at barnet blir passet på og holdt smertefritt er viktig.

Når barnet våkner, er det viktig at foreldrene vet at det kan bli kvalme og uro. Foreldrene ønsket tydelige råd for dagene etter inngrepet.

Informasjonen må være enkel.

– Tidligere skrev vi at barna måtte faste fire timer før inngrepet, men at de kunne drikke vann, saft og juice uten fruktkjøtt. Likevel hendte det at de hadde drukket juice med fruktkjøtt

likevel, og vi måtte avlyse inngrepet. Noen foreldre lurte på hvorfor vi måtte nevne juice i det hele tatt. Kunne vi ikke bare skrive vann og saft.

## Skal informeres

At barna ble informert, mente foreldrene var viktig. De mente at det er syke-

**VIKTIG:** Nora og mamma får informasjon av barnekirurgen Ole Schistad.

## «Foreldrene opplevde at de ble føyet ut av rommet.»

Marit Vassbotten Olsen

husets oppgave å gjøre det. Mange ønsket informasjon spesielt laget for barn.

– Det ønsker jeg å følge opp, sier Marit Vassbotten Olsen.

– De er selvstendige pasienter som også har krav på informasjon. ■■■

Tekst Nina Hernæs Foto Erik M. Sundt

Eit brennande lys i resepsjonen på Medisinsk intensiv og overvakning (MIO) vitnar om eit liv som nyleg tok slutt.

# Det siste stell



**BLOME:** Viss dei etterlatne ønskjer det, kan sjukepleiarane plassere ein blome i hendene på den døde til syninga. (Bildet er arrangert.)

**T**ravle føter senkar tempoet og høge stemmer dempar seg i det dei kvitklede får auge på den oransje flammen i resepsjonen. Dei tonar ned kvardagen for å vise respekt for den som ligg i senga, og familien som skal ta avskjed.

– Vi ønskjer å synleggjere at dette er eit dødsfall, og at vi av omsyn til den døde og dei etterlatne ønskjer ro og verdigheit rundt den siste tida på avdelinga, forklarar spesialsjukepleiar Marianne Sætrang Holm.

**«Av omsyn til dei etterlatne ønskjer vi ro og verdigheit rundt den siste tida på avdelinga.»**

Ho er engasjert i MIO si ressursgruppe for palliativ omsorg. Grappa har fokus på å auke kvaliteten rundt pleie og omsorg av pasienten og dei pårørande i tida før og etter dødsfall.

## Eit verdig punktum

Det dør mellom 100 til 150 pasientar på MIO kvart år. Avdelinga, som behandlar indremedisinske intensivpasientar og hjerteovervakingspasientar,

har både pasientar som brått går bort i tillegg til dei som ligg over lengre tid. Her inne er ikkje menneske udødeleg. Ofte er det berre veggane mellom romma som skil liv og død. I slike tilfelle er det naturleg å spørje på kva måte helsepersonell kan vere med på å sette eit verdig punktum for den døde og dei etterlatne?

– For dei pårørande kan denne tida vere full av blanda kjensler, særleg når dødsfallet skjer brått og uventa. Vi må leggje til rette for at pasienten sin verdigheit blir oppretthaldt, og om muleg at dei etterlatne sin sorgprosess vert lettare, understrekar Sætrang Holm.

## Pårørande som deltek

Dei kvite veggane går i eitt med lakenet som om litt skal pakkast rundt kroppen i senga. Muskelane kjemper ikkje lenger, auga er tomme og ansiktstrekka er glatta ut. Alle dei medisinske apparata som tidligare var kopla til, er slått av og er ikkje lengre framtrudande i rommet. Idet kroppsvarmen sløkkjer veit sjukepleiarane at dødsstivleiken er på veg. Det er derfor viktig å ikkje vente for lenge med å kle om den døde.

Dei er alltid to under det siste stell. I dag er det Torbjørg Bjørnaraa Høi-

viss dei ønskjer det, fortel Sætrang Holm.

Ei hand blir løfta forsiktig opp og blir vaska over med ein klut. I det lunkne vatnet ligg det spor av små såpeboblar.

## Musikk

Dei to sjukepleiarane snakkar lågt, medan dei jobbar seg nedover frå hovud til føter. I bakgrunnen trillar rolege tonar ut i frå høgtalarane på ein cd-spillar og fyller rommet. Musikk er ein del av sjølve stellet, og som innslag når dei pårørande er hos den avdøde viss dei vil.

Det er ingen ord til musikken, berre sarte tonar som står i kontrast til dei aktive sjukepleiarhendene. Lakenet er allereie bytta i det ein kvit duk blir lagt på bordet ved sida av senga. Bjørnaraa Høidal fyller vatn i ei vase med raude og kvite blomar. Sætrang Holm tenner ein fyrstikk og lar den smelte i saman med lyset på stellebordet. Dei let musikken spele seg ferdig medan dei pakkar saman morsbrettet. Alt er klart til syning.

## Å sjå den døde

– Mange etterlatne opplever det som meningsfylt å sjå den døde. Særleg viss dødsfallet kom brått og uventa, seier Sætrang Holm. Ho forklarar vidare at det kan vere til hjelp i sorga å få ta avskjed ved å sjå den døde, men at ein sjølv bestemmer kva man vil. Nokon ønskjer å huske den døde slik den var, medan andre vil ta ein siste personleg avskjed.

Dei to sjukepleiarane tar eit siste overblikk over rommet. Cd-en blir starta på nytt. Utanfor vindauget er det allereie blitt mørkt, og små regndråpar treff glaset. Lydlaust. Inne blafrar flammen på trillebordet. Det er fredeleg.

(Reportasjen har stått på trykk på helse-bergen.no)

Tekst **Anette Hellstrøm**

Foto **Ole-Christian Amundsen**

I Bergen kan unge kriminelle rusmisbrukere velge behandling fremfor straff.

# Behandles framfor å straffes

**P**rosjektet «Tidlig ute» er et samarbeid mellom ulike etater og nivåer i Bergen. Politiet tok initiativet, og 15. juni 2009 var prosjektet i gang. Frem til 31. desember samme år var det 16 som fulgte behandling.

– Vi er fornøyde, sier Anne Loennechen, leder for Strax-huset i Bergen kommune.

Strax-huset er en av mange samarbeidspartnere.

– Vi hadde trodd vi skulle fått med fem i løpet av det første året.

## Vil redusere rus

Opprinnelig skulle prosjektet vare fra

juni 2009 til juni 2010. Det er nå utvidet til å vare ut 2010.

I Bergen har rusmisbruket i og rundt Nygårdsparken vært tema i flere år. «Tidlig ute» har som hensikt å redusere det tunge rusmisbruket blant unge og gjøre parken til et trygt sted for alle. Prosjektet omfatter unge under 25 år med rusproblemer og som begår lettere narkotikaforbrytelser som normalt gir straff som bøter eller fengsel.

## Rask oppfølging

Det er politiet som vurderer hvem som er aktuelle for prosjektet. De anholdte må erkjenne rusproblemet sitt og for-

plikte seg til behandling. De må også forplikte seg til å avstå fra ny kriminalitet de neste to årene.

– Tiltaket er basert på frivillighet og samtykke, understreker Loennechen.

Politiet har pågrepet 49 personer under 25 år. 22 takket ja til å bli med i prosjektet. 16 er fremdeles med.

Hvorfor mange takker nei, tror Loennechen kan ha ulike årsaker. Kanskje kan det skyldes at behandlingen har en lengre tidsramme enn straffen ville hatt.

Hvem som følger opp den enkelte som velger behandling, avhenger av deres alder. Er de under 18, er det bar-

nevernsvakten som får ansvaret. Er de mellom 18 og 21, er det utekontakten, og er de over 21 er det Strax-huset.

Videre oppfølging er individuell. Det kan være snakk om kommunale behandlingstilbud eller å trekke inn spesialisthelsetjenesten. Det kan være aktuelt å trekke inn Nav, pårørende, fastlege, skole eller arbeidsgiver.

Dersom noen avbryter vilkårene for å delta i behandlingsopplegget, går saken tilbake til politiet, som vurderer videre reaksjoner. ■■■

Tekst **Nina Hernæs**



## Weleda

### - Beskytter barnet fra første stund!

Weleda Baby er navnet på vårt babysortiment basert på Calendula (ringblomst). Calendula har en pleiende og lindrende effekt på irritert og ømfintlig hud. De spesielt milde babyproduktene er utviklet av Weleda i nært samarbeid med jordmødre, leger og fagpersonell. Alle Weledas babyprodukter er dermatologisk testet på meget ømfintlig hud og kan brukes allerede fra fødselen av. I Tyskland anbefaler 70 % av alle jordmødrene Weleda Calendula pleieprodukter til baby og barn.

Weledas produkter selges i helsekost og på enkelte apotek.

**Ja,** send meg gratis prøver og informasjon

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Vitalkost AS, Wirgenesvei 11, 3157 Barkåker | post@vitalkost.no | 33 00 38 70

Weleda kombinerer over 80 års erfaring med legeplanter og deres terapeutiske virkning med moderne produktutvikling. For en optimal kvalitet velges alle ingredienser med den største omhu. Både med hensyn til menneske og miljø. Weledas produkter er økologiske, naturlige og inneholder ingen syntetiske dufter eller fargestoffer.

**WELEDA**

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

# Ansetter du sykepleiere? Velg Sykepleien

Skal du annonsere etter sykepleiere er det lurt å bruke Sykepleiens blad og nett. Med 205.000 lesere når vi alle sykepleierne i Norge på en gang.

Velg mellom blad og nett – eller kun nett. Kommer det en interessant stilling søker de. Det sier i alle fall våre mange fornøyde kunder.

Brukes andre medier utelater du mange sykepleiere. De er vant til – og forventer – å finne sin nye jobb via sitt fagblad.

Bestill en stillingsannonse før 10. mars,  
og få annonsen gratis\* i blad og på nett.

\* Maksimalt 1/4-side i bladet  
(lever gjerne en lengre tekst som vi legger på nettet).

Kontakt Finn eller Ingunn på 22 04 33 04,  
finn.simonsen@sykepleien.no  
ingunn.roald@sykepleien.no



# Høneblunder hjelper natte- vakter

Ved Næstved Sygehus i Danmark har nattevaktene innført små høneblunder på 20 minutter. Effektene er positive både på jobb og privat.

Tekst **Eivor Hofstad** Illustrasjonsfoto **Colourbox**



**FØRST:** Ansvarshavende bestemmer hvem som får hvile først.

**V**ed barneavdelingen på Næstved Sygehus leste de en svensk forskningsartikkel. Budskapet der var at evalueringer flere steder har vist at personalet trives mye bedre både på jobb og i fritid hvis de har muligheten til å ta seg en høneblund, eller power- nap, som danskene kaller det.

Avdelingen gjorde som artikkelen anbefalte. En god høneblund skal være kort, cirka 20 minutter, så man ikke faller i dyp søvn. Pausen skal foregå mellom klokken tre og seks, før man blir riktig søvnnig. En kollega vekker til avtalt tid. Høneblunden kan bare tas dersom arbeidet tillater det. Ansvarshavende nattevakt bestemmer

hvem som skal få sove først. Det kan for eksempel være en medarbeider som er på sin tredje nattevakt, eller en som har syke barn hjemme.

– Nattevaktene tåler bedre vekten. Man er friskere til rapporten om morgenen og tør å kjøre bil hjem når man ikke er redd for å falle i søvn under kjøringen, sier avdelingsleder Kirsten Holgersen.

– Jeg hadde ikke overlevd de mange nattevaktene uten høneblunden. Den gjør en forskjell! Og det er mye lettere for meg å vende døgnet etterpå, sier nattevakt Mette Christensen. ■■■

Kilde: Videncenter for Arbeidsmiljø



NY OG BEDRE  
NETTBUTIKK!

FINN GAVEKORT I  
TRE AV TERMOSENE!

GAVEKORT  
à kr 1000,-

  
DAVID-ANDERSEN

Termos  
Vår pris:  
kr 149,-  
Veil. kr 299,-

## ATTRAKTIVE MEDLEMSTILBUD!

NSF ønsker å pleie sine medlemmer på best mulig måte. Vi har derfor fylt vår nyåpnede nettbutikk med en rekke nøyte utvalgte kvalitetsprodukter til gode medlemspriser.

Besøk vår nettbutikk  
i dag for gode tilbud:  
[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)









**KATASTROFEARBEID:** Røde Kors-personell fra Norge og Canada jobber sammen for å gi nødhjelp etter jordskjelvet i Haiti. De har satt opp feltsykehuset på denne plassen utenfor en kirke i Port-au-Prince. De første kveldene samlet de seg etter det ble mørkt – og arbeidsdagen var over – for å utveksle informasjon. Anestesi- og operasjonssykeplei-

er Tove Gunleiksrud er en av dem. (Se intervju på side 18.) Hun og to kolleger er de første norske sykepleierne som dro til dette fattige landet som kom i akutt nød 12. januar.

Tekst Marit Fonn Foto Olav A. Saltbones/Røde Kors



# NEI TIL PIRAT SEKTOR

Det var ikke bare 93 sykepleiere som streiket i elleve dager. Det var Norsk Sykepleierforbund som streiket, med 90 000 medlemmer i ryggen. Jeg vil benytte anledningen til å takke de streikende. Dere gjorde en enorm jobb, var modige og stolte gjennom alle disse elleve dagene. Jeg vil takke alle dere andre som ikke streiket, men som jobbet og stod i en situasjon med lav bemanning. Dere har vist oss støtte og forståelse hele veien. Og så vil jeg takke alle andre som har bidratt til å sette søkelys på den urettferdigheten som daglig foregår i NHO-området – eller pirat sektor som det er grunn til å kalle den.

Jeg vil oppfordre alle til å lese mer om saken på våre nettsider – [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) – og vil igjen takke dere alle for en enorm innsats.

Streiken er over, men kampen går videre!



Lisbeth Normann,  
Forbundsleder  
Norsk Sykepleierforbund



# Fag & bøøker



**HJEMMESYKEHUS:** Les hvordan pleie av langvarige og alvorlig syke barn hjemme hos dem selv kan skape trygghet og kontinuitet side 66.  
Illustrasjonsfoto: Colourbox

## 3 om hjemme- sykepleie

Anbefalt av  
Gjertrud Langnes,  
hjemmesykepleier i Oslo

ANNE IVERSEN  
**Hva gjør vi i  
hjemmesykepleien**  
Selve «urboken» om  
hjemmesykepleie. Må  
leses av alle med hjerte  
for tjenesten og interesse  
for historikk! Beskriver  
hjemmesykepleien som et profesjonelt fagfelt.  
Tjenesten er utviklet siden boken ble skrevet,  
men oppgavene er stort sett de samme.



ANN-KRISTIN FJØRTOFT  
**Hjemmesykepleie**  
Bør være på alle sykeplei-  
erhøgskolers pensumlister  
og i ethvert hjemmesyke-  
pleiedistrikt. Grundig og  
informativ beskrivelse av  
hjemmesykepleien i dag.  
Pedagogisk lagt opp med relevante  
case-beskrivelser og refleksjons-  
spørsmål.



LARS GUNNAR LINGÅS  
**Over andres døørstokk**  
En viktig bok for alle «hjemme-  
hos-arbeidere». Formidler  
etiske/verdimeisige sider ved  
å arbeide i andres hjem. Nyttig  
å tenke over i hverdagen når  
tidspress, tilmålt brukertid og  
oppgaveorientering ofte tar  
over for den holistiske sykepleietenk-  
ningen.





Arne Johan Vetlesen  
Professor i filosofi,  
Universitetet i Oslo

# Empati under press

New Public Management-reformer i psykisk helsevern gjør at helsepersonell kommer i skvis mellom krav om økt effektivitet og faglig og moralsk integritet.

I denne artikkelen vil jeg diskutere hva slags omkostninger de siste års reformer innen psykisk helsevern har fått for de berørte, især sykepleiere. Erfaringene er langt på vei felles for ulike profesjoner innen offentlig sektor som siden 1990-tallet har vært gjenstand for reformer inspirert av New Public Management (defineres nærmere nedenfor). Den man – som sykepleier, terapeut, pedagog – til enhver tid arbeider med, er enkeltmennesket. Oppgaven består i å møte denne personens behov på en måte som kan anses faglig forsvarlig og etisk riktig av fagpersonen så vel som av mottakeren. Når reformer innført fra det administrative ledelsesnivået truer kvaliteten ved giver-mottaker-relasjonen, (pleierpasient) har vi å gjøre med det jeg i denne artikkelen vil omtale som omkostninger.

## Stadig nye reformer

I boken «Umyndiggjørelse» undersøker den danske sosiologen Rasmus Willig vilkårene for å bedrive faglig fundert kritikk blant en gruppe pedagoger i Århus (1). Pedagogene har i 15 år vært gjenstand for reformer initiert av politiske myndigheter. Strukturer og rammevilkår endres kontinuerlig, og alt pedagogene gjør i løpet av en arbeidsdag måles for å kartlegge om «effektiviteten øker» og om «tidsbruken er optimal». For dem som jobber på gulvet medfører reformene en rekke dilemmaer: Spar på budsjettet/styrk arbeidsmiljøet; Konsentrer deg om det enkelte barns utviklingsbehov/følg opp flere barn for færre ressurser. Intensivering av slike dobbeltbindende arbeidsoppgaver fører til handlingslammelse. For mange blir det umulig å erkjenne hvilke angitte arbeidsoppgaver som er viktigst, når alle er formulert som positive. Den enkelte pedagog klarer ikke å realisere den ene pålagte målsettingen uten å undergrave andre.

## Varsling blir kverulering

Følgende mønster avtegner seg: Den enkelte pedagog påpeker oppgavens uforenlighet, men blir møtt med en rekke avvæpningsstrategier fra den kommunale ledelse. Smakebiter: «Man kan alltid bli litt bedre, ikke sant?» «Tiden for kritikk av det nye

er forbi; det toget har gått og det gjelder å være konstruktiv, altså å se fremover.» «Konkurransen er alltid av det gode, bare det forstås som at man må konkurrere med seg selv.» Og som et siste trumfkort fra ledelsen overfor en medarbeider som insisterer på at ubehaget ved reformene er saklig begrunnet: «Dersom du ikke liker lukten i bakeriet, kan du jo bare forlate det.» Kritikken ytres oppover i systemet, ofte basert på årtiers erfaring og faglig etablerte standarder for hva som er forsvarlig profesjonsutøvelse, demonteres og returneres til avsender i individualisert utgave: «Her er en medarbeider som ikke forstår de nye krav, skaper et negativt miljø og utgjør et samarbeidsproblem som best kan løses ved at vedkommende forsvinner – eller tier still.» Systemkritikk avpolitiseres og ufarliggjøres, den vendes om 180 grader, forvandles til en kritikk av avsenderen som individ. Du har valget mellom å bli syk fordi du sa fra, eller bli syk fordi du lar være, selv om du synes du burde. Varsling blir til kverulering, protest blir til personalsak.

## Redusere kostnader

Etter denne visitten innom Willigs funn, skal vi vende blikket mot norske forhold. Sosiologen Mia Vabø (2) forteller i artikkelen «Kvalitetsretorikk i norske kommuner» at hun på slutten av 1990-tallet deltok på et seminar om «total kvalitetsledelse» (TQM: «Total Quality Management»), arrangert for administrative sjefer innen den kommunale eldreomsorgen i Norge. Hun husker hvordan seminarlederen med enkle beskrivelser demonstrerte hvordan det var mulig, gjennom en systematisk og analytisk arbeidsmåte, å redusere kostnader og å øke kvaliteten på en og samme gang. For tilhørerne, som strevde med knappe budsjetter, fremsto budskapet om å slå to fluer i en smekk som forlokkende (2). Vabø er slått av hvordan ledelsesretorikken er gjennomsyret av en språkbruk der kvalitetssystemer og -beslutninger omtales som verktøy, og organisasjoner som forvokste individer (organismer) med en egen identitet. Ledelsen er hodet og medarbeiderne nedover i systemet er kroppen, og samspillet mellom de to må være så intimt og dynamisk som mulig for å sikre optimal måloppnåelse, utlagt som

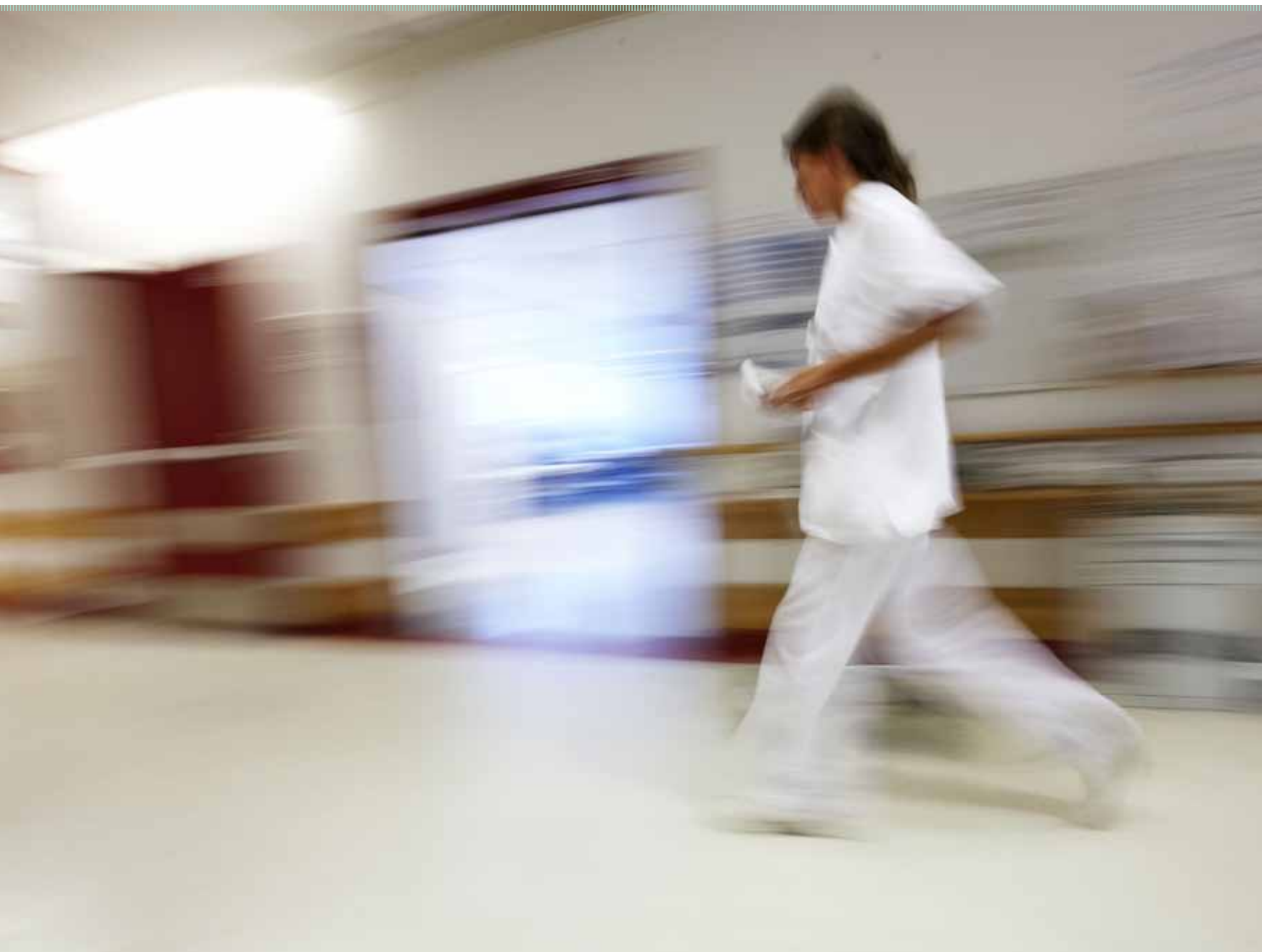
## www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Omorganisering
- ▶ Etikk
- ▶ Psykeisk helsearbeid
- ▶ Arbeidsmiljø
- ▶ Arbeidstaker





**ØKT PRESS:** Reformen inspirert av New Public Management gir den enkelte arbeidstaker på lavere nivåer i organisasjonen, mer ansvar, men mindre makt. Foto: Erik M. Sundt.

«best kvalitet for brukerne». Kvalitetssystemene generelt og de nye kontroll- og evalueringsrutinene spesielt, beskrives ved hjelp av metaforer der samtlige medarbeidere mobiliseres i en felles kraftanstrengelse for organisasjonen. Kvalitetssystemene skal for all del ikke fremstå som noe fremmed eller utvendig, noe unaturlig eller påtvunget. I stedet presenteres de som et organisk uttrykk for identiteten og motivasjonen til hver medarbeider. Alt handler om samhandling. De nyinnførte kvalitetssystemene beskrives som «medarbeidernes eiendom», noe hver og en må utvikle en følelse av eierskap til, investere av seg selv i. «Et levende system» som «sitter i ryggmargen på medarbeiderne»; et system som «får alle til å dra i samme retning». Alle har som felles mål å sørge for at det samlede resultatet blir tilfredsstillende for alle berørte. Som en ledelseskonsulent sammenfatter: «Kvalitetsledelse er sunn fornuft satt i system» (2, s. 156).

#### **Kopierer privat sektor**

Formuleringen illustrerer hvordan New Public Management-inspirerte reformer fremstår som ikke-ideologiske og politisk nøytrale, ja som hevet over «gamle» skille- og konfliktlinjer. Reformene

fremstår som objektive. Hvem som står bak dem holdes skjult. Politiske myndigheter og økonomisk-administrativ ledelse skyver pasientene, unnskyld «brukerne» – og i stigende grad: «kundene» – foran seg, og foregir å fremme det beste for dem på en måte som intet fornuftig menneske kan være kritisk til. Premisset i NPM er at virksomheter innen offentlig sektor (helse, skole, utdanning, transport, energiforsyning, medier) har alt å vinne på å kopiere

## *Varsling blir til kverulering, protest blir til personalsak.*

privat sektor, særlig når det gjelder tidsbruk og ressursutnyttelse, forstått som kostnadseffektivitet. Ingen fellesskapsoppgave – for å snakke gammeldags – skal være skjermet mot bunnlinjens forrang. Det vil si at kravet om å drive konkurransedyktig, i et marked med dels statlige og kommunale, dels rent privatkapitalistiske konkurrenter, har høyeste prioritet. Konkurransesituasjonen som



et marked skaper, er i seg selv å anse som stimulerende (et «insitament») for bedre kvalitet hos den enkelte tjenesteyter («aktør» i NPM-sjargong).

Tankegangen innebærer at det alltid er offentlig sektor som har noe å lære av privat – aldri omvendt. Kontrasten offentlig/privat får dermed en klar normativ betydning, den ikke-ideologiske fasaden til tross. «Offentlig» tolkes som avleggs, fortidspreget, statisk, rigid, treg, kolossaktig, paternalistisk, kollektivistisk, tvangsmessig. «Privat» konnoterer det rakt motsatte: fremtidsrettet, dynamisk, fleksibelt, individuelt, frigjørende. Argumentet slår knockout på alle andre argumenter: det ene har «gått ut på dato», det andre har verden for sine føtter. Den som vil minne om at offentlige oppgaver og virksomheter har en annen egenart enn private, som er svært forskjellig fra kommersielt kjøp og salg av varer på et marked, sitter med dårlige kort. Forbilde- og modellfunksjonen til det private overfor det offentlige er hevet over enhver diskusjon.

### Motstand bekjempes

Vabø kommenterer et hefte utgitt av Helsetilsynet i 1998, kalt «Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder». Her gis anbefalinger om hvordan sjefer og ledelseskonsulenter skal gå frem for å bekjempe alle former for forandringsmotstand. I dette perspektivet betraktes motstand mot nye kvalitets- og kontrollsystemer som «arbeidstakernes (for eksempel sykepleieres) motstand mot å miste egne privilegier». Det vil si at «motstanden relateres til medarbeidernes egeninteresser og settes i kontrast til hjelpemottakernes interesser. Å gjøre motstand mot kvalitetsavgjørelser blir med andre ord ensbetydende med å gjøre motstand

## Man splitter personell og mottakere, og setter sistnevntes påståtte interesser opp mot førstnevnte.

mot forbedringer for hjelpemottakerne. Her ligger en implisitt antakelse om at forandringsmotstand ikke er forenlig med hjelpemottakernes interesser» (2, s. 157).

Når den administrative ledelsen tolker fagpersonellet motstand mot omlegginger som et uttrykk for personalets egeninteresser (eller profesjonsinteresser), og videre går ut ifra at slike interesser er i konflikt med hva som er til mottakernes (pasientenes) beste, er dette etter mitt syn ren hersketeknikk. Man splitter personell og mottakere, og setter sistnevntes påståtte interesser opp mot førstnevnte. Budskapet er at den som motsetter seg nye rutiner, begår et svik mot de hjelpetrengende mottakerne, altså mot den svake part. Dette er det moralske stinget i ledelsens tolkning av forandringsmotstand hos dem som jobber på gulvet.

### Empati og skjønn

Mange av de ansatte Vabø har snakket med innenfor den kommunale eldreomsorgen, peker på at beslutninger og planer som legges på et overordnet nivå gir visse retningslinjer for arbeidet. Men de presiserer at disse retningslinjene aldri kan styre arbeidet fullt og helt. Omsorgsarbeid krever hele tiden menneskelige valg og beslutninger. Som Aristoteles (3) understreker: Hva som er rett å gjøre akkurat nå, overfor akkurat denne pasienten, gitt hennes sykdomshistorie, personlighet og tilstand, lar seg ikke forhåndsbestemme i forordning av et generelt slag. Her-og-nå-situasjonen er

ikke en enkel repetisjon av forutgående tilfeller; noen ganger må én faktor, andre ganger en annen eller en tredje, gis størst vekt. Det omsorgsarbeideren gjør sin innstas overfor, er et levende og unikt menneske hvis situasjon (behov, forventninger, engstelser og håp) er i forandring. Et subjekt i bevegelse, hvis eksakte bevegelse må fanges opp og tas hensyn til av omsorgsarbeideren. Her kreves en dynamisk blanding av erfaring og skjønn, en mulighet til å søke rettleiding i tidligere erfaringer, i frem-og-tilbakebevegelse med skjønn, forstått som evnen til å se det nye, det ikke-før-erfarte i denne pasientens situasjon.

Spillerrommet for utøvelse av skjønn i denne forstand, snevres inn i kjølvannet av de reformene vi her taler om. Skjønn kommer under samme press som empati gjør, og av samme årsaker. La meg forklare.

Slik jeg bruker ordet, handler empati om min evne til å bli følelsesmessig berørt av andres berørthet. Slik berørthet er noe annet enn en ren kognitiv registrering av at du har det slik eller slik. Berørtheten ved å stå overfor din berørthet, innebærer en deltakelse i din opplevelse, til forskjell fra at jeg betrakter den fra utsiden. Deltakelsen betyr ikke at jeg blir smittet, eller direkte kopierer din opplevelse, den tristhet, redsel eller angst som du viser. Jeg berøres av å se hvor engstelig du nå fremstår, uten at jeg dermed selv blir engstelig. Empatiens kjerne er ikke å føle eller oppleve det samme som den andre. Det er å bli engasjert i hva den andre opplever, selve det at den andre har det slik eller slik. Min respons vil grovt sagt samsvare med graden av alvorlighet jeg oppfatter hos den andre. Og der slik korrelasjon er fraværende, vil vi finne fraværet påfallende og søke en forklaring. Kort sagt: Min berørthet vekkes, avstemmes og kanaliseres av din (4,5).

### Krever tid

Empati og skjønn har en felles forutsetning: tid. Tid er en forutsetning for tillit. For at en pasient kan føle seg trygg på en pleiers ønske om og kompetanse i å gjøre godt mot pasienten, lindre, trøste, møte – akkurat her og nå, overfor akkurat denne pasienten, kreves tid. Å motta rapport ved vaktskifte, å bla i journalen og lese siste epikrise, er én ting. Å bli kjent med pasienten som unik person, er noe annet. Det krever sin tid. Ro til å sette seg ned, til å prate, lytte og fortelle. Samt å legge merke til alt pasienten kommuniserer nonverbalt, ved gestene, ved blikket, ved hånden, ja, ved hele holdningen som kropp og sjel, hender og øyne, utstråler mot pleieren. Som pleier må jeg ha mulighet – tid og rom – for å dvele ved denne pasientens situasjon, for å danne meg et grunnlag for å vite hvordan jeg skal handle.

Skjønn adresserer, og nødvendiggjøres av, partikularitet, av enkelttilfellets egenart. Skjønn retter seg dermed mot det som ikke lar seg strømlinjeforme, forutse og beregne i samsvar med kvantitative prosedyrer, målestokker og tenkemåter. Tenkemåter som har sitt opphav i bedriftsøkonomiske modeller, og som ikke lar seg overføre til et menneskelig, kvalitativt felt som omsorg uten å skade dets egenart.

Disse tause, rent kvalitative dimensjonene ved hva pleie er og hva god pleie krever, i tid og rom, av empati og utøvelse av skjønn, har kommet under særlig press gjennom de siste års New Public Management-reformer. Det er som om reformene, med sine kvantitative målestokker og homogeniserende prosedyrer, stammer fra et annet univers. Dette universet er uforenlig med pasientens opplevde livsverden, og det som preger pleier-pasientkommunikasjonen av tilstand og behov, smerte og lindring.

### Moralsk problem

At spillerrommet for utøvelse av erfaringsbasert skjønn skrumpet

inn, gir seg ulike utslag. Vabøs materiale viser at omsorgspersonalet opplever «en økende kløft mellom hva de burde gjøre for de pleietrengende, og hva de faktisk kan gjøre». Hun forklarer: «Til forskjell fra ledelsen som ser gapet mellom sosialpolitiske mål og ressurser som et organisatorisk problem, opplever medarbeiderne det som et moralsk problem. Dilemmaet setter seg i kroppen som «dårlig samvittighet» og «utilstrekkelighet» (2, s. 159). Dette stemmer med hva Willigs pedagoginformanter rapporterer. Belastningene ved å sette de nye arbeidsrutinene og evalueringsmålene som dikteres ovenfra ut i livet, setter seg i kropp og sinn hos den enkelte medarbeider (pleier). Med andre ord: Selv om belastningene ved «effektivisert» ressurs- og tidsbruk er systemisk betinget, forårsaket av et bestemt økonomisk-administrativt ledelsesregime, arter belastningene seg som konkrete individuelle belastninger hos pleier A og pleier B. Hodepine hos A, stivhet i nakkemusklene hos B, og atter annerledes hos andre. Slik individualisering av reformenes negative konsekvenser er karakteristisk for hvordan motstand avpolitiseres og avideologiseres, ja fratas sitt faglige fundament. Motstand nedenfra blir ikke møtt ovenfra som det systeminduserte problemet det er, men (omfor-) tolkes i stedet til et problem hos pleier A eller pleier B, som må takles deretter – individuelt, ikke systematisk.

### Individuelt ansvar

Fenomenet det handler om kan beskrives slik: Nyliberalismen generelt og New Public Management-inspirerte reformer spesielt, fremholder individuelt ansvar på alle nivåer i organisasjonen som en av reformenes viktigste goder. Både «individuelt» og «ansvar» er unektelig honnørord. De har her en tilslørende funksjon. Poenget er at den individualiseringen som foregår etterlater ansvaret, som pålegges den enkelte medarbeider på organisasjonens nedre nivåer, i et maktmessig vakuum. Den enkelte medarbeider på gulvet pålegges ansvar for antallet stelte pasienter på avdelingen i løpet av kvelden, antallet gjennomførte hjemmebesøk, antallet vaskede toaletter og så videre. Men det følger ingen beslutningsmakt eller ressurser med dette personbundne ansvaret for utført jobb (oppnådd produksjonsmål), som står i forhold til ansvaret. Medarbeideren gis med andre ord mer å svare for, men mindre å svare med.

Den politiske filosofen Brian Barry skriver: «Når det foreligger et dårlig resultat (manglende måloppnåelse), kan to ulike tilnærminger benyttes: en som appellerer til den enkelte medarbeider om å tilpasse seg i betydningen yte mer; og en som krever endringer i medarbeiderens omgivelser og rammebetingelser» (6, s. 150). Når alt fra kommunale omsorgstjenester til multinasjonale konserner bruker store ressurser på å fremme en «cult of personal responsibility» (6), gjør de samtidig hva de kan for å gi forrang til den første tilnærmingen, til forkleinelse for den andre. Å gi forrang til den andre ville medføre krav om endringer av en overordnet, systemisk art. Det ville innebære at den enkelte ble oppfordret til å sette spørsmålsteget ved legitimiteten til de store strukturene. Mikronivået ville ansvarliggjøre makronivået, gulvet stille toppen til ansvar for et dårlig resultat. De som nå opplever en individuell ansvarliggjøring, vil returnere den til avsender med spørsmål om de på lavere nivå har de ressurser og den innflytelse som trengs dersom ansvarliggjøringen skal samsvare med maktforholdene i egen arbeidshverdag.

Det er dette siste som nettopp ikke skjer. Ansvarstilskrivning for et dårlig resultat er gitt en ovenfra-ned, ikke nedenfra-opp karakter. Den økonomisk-administrative makten som iverksetter NPM-reformer, retter lyskasteren mot den enkelte påtrufne medarbeider på lavere nivå («hva har sviktet her, og hvem?»). Ved

å zoomme inn på enkeltindividets ytelse mørklegges de overordnede strukturene og rammebetingelsene. De går fri fra kritisk oppmerksomhet med henblikk på hva som der, på selve systemnivået, forårsaker det som fremstår som «individuell svikt».

### Individuelt valg

I våre dager finner også et annet skifte sted når det gjelder spørsmålet om hvem som gis ansvar for et uønsket resultat. Jeg tenker på skiftet fra tilbyder til kunde, eller om man vil, fra tjenesteyter (organisasjon, selskap) til bruker. Logikken er følgende: Oppgaver av typen helse, omsorg og utdanning «liberaliseres» og får markeds karakter, slik at mange tjenesteytere (noen statlig/kommunale, andre private) konkurrerer om kundenes (brukernes) gunst. Dette medfører at den enkelte bruker må gjøre sine strikt individuelle valg av tjenesteyter: A snarere enn konkurrentene B, C og D. Når man så blir skuffet over resultatet (hva som faktisk leveres), så blir man skuffet i rollen som en konsument som har gjort et ikke-optimalt valg på et fritt marked. Kort sagt: man blir minnet om at man jo kunne ha valgt annerledes.

Det er altså to måter for en organisasjon å unndra seg systemisk ansvar på, eller om man vil: ansvar som organisasjon og i en forstand som ledelsen må svare for. Den ene måten er vertikal og intern: Å skyve ansvaret nedover langs tjenestevei, slik at dårlig resultat knyttes til en – eller noen få – medarbeidere. Siden problemet viser seg å ha en slik individuell karakter, må det også løses individuelt – det er logikken. Den andre måten er horisontal og ekstern: Å overgi ansvaret til den enkelte bruker, betraktet av organisasjonen, og i økende grad av seg selv, som en autonom konsument (kunde, bruker) av tjenestene det er tale om. Her blir den til nyelig oppleste og vedtatte heteronome person, nemlig den syke og hjelpetrengende, satt i samme kategori som alle andre angivelig autonome velgere av tjenester, eller av behandlingsopplegg.

### Dårlig samvittighet

Det oppstår et dilemma mellom krav som stilles ovenfra om økt effektivitet, og det som både faglig og moralsk integritet tilsier. Hos mange som jobber i omsorgsyrene skaper dette en opplevelse som det ikke står noe om i materiellet utsendt fra ledelseshold; opplevelsen av å sitte med dårlig samvittighet for å ha bidratt til for stor produktivitet. Man hadde følt seg bedre, som fagperson og som medmenneske, dersom man hadde pleiet færre pasienter, altså dersom man hadde hatt mer tid med hver enkelt. I stedet legger systemet opp til at man skal rekke over flest mulig på kortest mulig tid. En vanskelig situasjon for dem som har arbeidsdagen sin i direkte kontakt med pasientene og deres behov, som verken følger klokke eller budsjett. Den enkelte helsearbeider er således satt i en «no win situation», der alternativene består i å ta belastningen det innebærer å sette alt inn på å nå de dikterte målene, eller belastningen det innebærer ikke å nå dem. ■

#### LITTERATUR

1. Willig R. Umyndiggjørelse. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
2. Vabø M. "Kvalitetsretorik i norske kommuner", i: Bejerot E, et al., red. Kvalitet uten grænser. Lund: Academia Adacta, 2002: 147-70.
3. Aristoteles. Den nikomakiske etikk. Oslo: Bokvennen, 2001.
4. Vetlesen A.J. Perception, Empathy, and Judgment. University Park, PA: Penn State Press, 1994.
5. Vetlesen A.J., Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Ad Notam, 1994.
6. Barry B. Why Social Justice Matters. Cambridge: Polity Press, 2005.



Torill Sæterstrand  
Førstelektor,  
Høgskolen i Bodø



Wivi-Ann Tingvoll  
Førstelektor,  
Høgskolen i Narvik

# DPS'ets rolle må avklares

Distriktpsikiatriske sentere har fått en mer sentral rolle i psykiatrien og står overfor store utfordringer etter at opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008.

**D**PS er en del av spesialisthelsetjenesten og er faglig selvstendige enheter. De har ansvar for en vesentlig del av den allmennpsykiatriske spesialisthelsetjenesten innen et geografisk område. Sentrene skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet og gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere, samt tilby polikliniske og ambulante tjenester til pasienter i kommunene (1).

## Opptrappingsplanen

Den utadrettede virksomheten i feltet psykisk helsevern, både på systemnivå og individnivå, innebærer store utfordringer når det gjelder samhandling (2). Kommunene er avhengige av at DPS fungerer i henhold til intensjonen, både når det gjelder veiledning og mottak av pasienter (2). Ifølge Opptrappingsplanen (2), NOU 2005:3 (3) og Stortingsmelding nr. 25 (4) bør samhandlingen mellom fagpersonell både internt i kommunen og i spesialisthel-

*Det at kommunene var organisert så forskjellig var en stor utfordring.*

setjenesten, samt disse nivåene imellom, fungerer optimalt for å realisere det helhetlige psykiatriske tilbudet til brukeren (4). Individuelle planer er et av virkemidlene som er tatt i bruk for å gjøre tjenesten bedre (5, 6,7,8,9,10,11). Individuelle planer er blitt et lovpålagt tilbud til brukere med langvarige og sammensatte lidelser, som har behov for koordinerte tjenester. Opptrappingsplanen for psykisk helse er gjennomført, og de strukturelle målene knyttet til antall fagpersoner og konsultasjoner ser ut til å bli oppfylt (2). Disse målene forteller lite om kvalitet, innhold og resultater av samhandlingen mellom de ulike tjenestene. Ifølge Stortingsmelding nr. 25 (4) pkt. 3.7.5 skal spesialisthelsetjenesten i større grad utforme sine tilbud som bistand til førstelinjetjenesten i kommunene. For at pasientene skal få en optimal behandling må DPS fungere på et høyt tverrfaglig nivå. Den helhetlige psykiatritjenesten er i for stor grad uoversiktlig, oppsplittet og derfor utilgjengelig for brukerne og pårørende (2,8). Ifølge Gråwe et al.

(12) har det ikke skjedd vesentlige endringer i hvordan brukerne opplever tilbudet ved DPS. De viser til at brukerne stort sett var fornøyde med behandlingskontakten, men mindre fornøyde med informasjon og muligheter for reell innflytelse. Coopers (13) studie påpeker at det er lite kunnskap om beslutningsprosessene rundt vedtak i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Det er ønskelig at brukerne trekkes mer inn i vedtaksprosessen.

## Mål med studien

Utgangspunktet for vår studie er Rundskriv 2006 (1) «Med blikket vendt mot kommunene og spesialisthelsetjenesten». Vi ønsket å undersøke hvordan ledere i DPS opplever samhandlingen med kommunehelsetjenesten. For å få en bredde i utvalget valgte vi å intervjuere ledere i DPS som hadde ulik størrelse på tilfanget av pasienter. Fem av DPS'ene hadde under 20 000 pasienter i sitt dekningsområde, og tre DPS'er hadde mellom 20 000 og 75 000 pasienter.

I løpet av 2006 intervjuet vi åtte ledere ansatt i DPS i to fylker. For å komme i gang med studien søkte vi om tillatelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). I forhold til håndtering av det anonymiserte materialet har vi fulgt Helsinki-deklarasjonens retningslinjer. Intervjuene ble renskrevet og sendt til informantene for verifisering. Vi har analysert datamaterialet i tråd med Kvaales (14) beskrivelse av innholdsanalyse. Vi har fulgt hans tre faser: 1) selvforståelse, 2) kritisk forståelse basert på «common sense» og 3) teoretisk forståelse.

## Diskusjon

Det at kommunene var organisert så forskjellig var en stor utfordring, særlig i de opptaksområdene der det var mange kommuner og dermed mange ulike organisasjonsprinsipper å forholde seg til. Det var utfordrende å få til en samordning mellom fastlegen, psykiatritjenesten og sosialtjenesten. Vi tror det ville vært best om kommunene får en fast koordinator, med en fast adresse. Det vil være lettere for pasientene å forholde seg til én person.

Ressursene må stå i forhold til DPS'enes målsettinger som igjen forutsetter tilstrekkelig og kvalifisert sammensatt bemanning. Opptrappingsplanen skulle bidra til å skaffe DPS tilstrekkelig bemanning og til en hensiktsmessig sammensetning av fagkompetansen. Viktigheten av tilgang til spesialistkompetanse, fra psykiater, psykolog og tverrfaglige behandlingsteam, ble spesielt understreket. Problemene

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

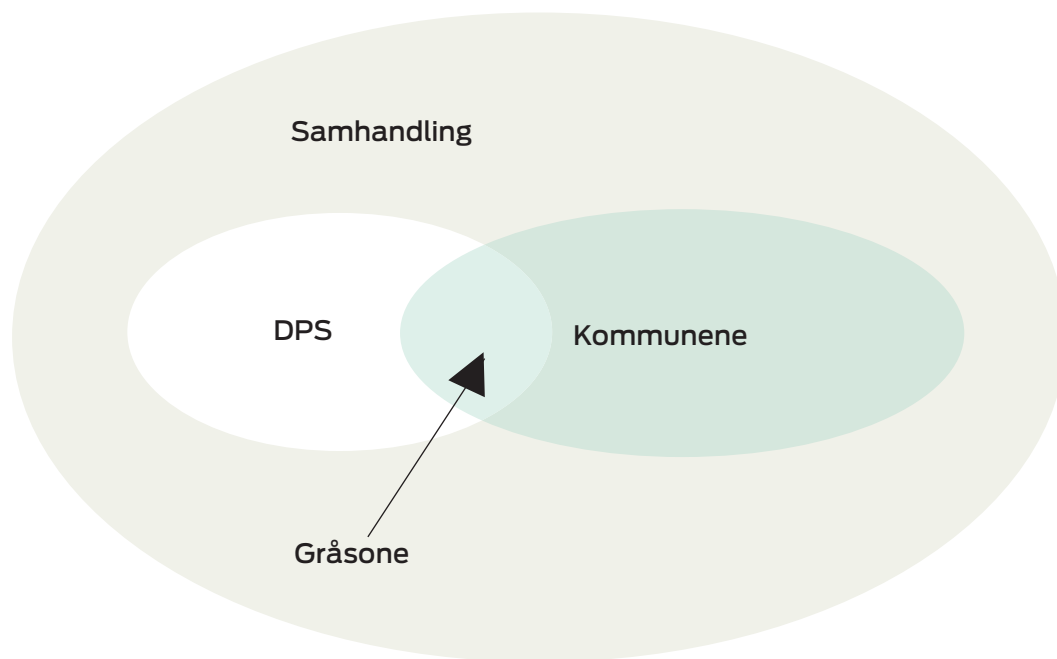
Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Psykisk helse
- ▶ Spesialisthelsetjenesten
- ▶ Kommunehelsetjeneste
- ▶ Samarbeid
- ▶ Samhandling







**FIGUR 1.** Samhandling mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten. For å etablere gode løsninger er det viktig at avstanden mellom nivåene reduseres.

med å rekruttere spesialister som leger og psykologer var stor, slik en informant uttrykker det: «Vi er avhengige av å leie inn arbeidskraft også fra andre land, noe som medfører språk- og kulturforskjeller mellom lege og pasient. Dette påvirker tilbudet til pasientene.»

#### Individuell plan

I DPS skal det fortsatt fokuseres på bruk av individuell plan (IP) som et samhandlingsverktøy. Dette innebærer samarbeid om behandling og hjelp til den enkelte pasient, inkludert utarbeidelse av IP. En av dem som ble intervjuet uttrykte det slik: «Vi synes ikke vi er kommet ordentlig i gang. Vi opplever at skjemaene som brukes er for tungvinte. Egentlig er det jo kommunenes ansvar å føre individuell plan. Det vurderes som hensiktsmessig at kommunenes koordinator følger opp det som gjenstår.»

Retten til individuell plan er lovfestet i pasientrettighetsloven (5), spesialisthelsetjenesteloven (8), lov om psykisk helsevern (7) og lov om kommunehelsetjenesten (6). Samhandlingen mellom DPS og kommunene ser ut til å være en utfordring med hensyn til individuell plan. Spesialisthelsetjenesten plikter å bidra til, og om nødvendig ta initiativ til, å utarbeide en individuell plan. Dersom det ikke er etablert et system som sikrer arbeidet med individuell plan, kan det føre til at brukeren ikke får medvirke, slik intensjonen med individuell plan er.

#### Samhandling

Det er et krav at det inngås samhandlingsavtaler mellom DPS og kommunene. Samarbeidet på systemnivå viste seg å være variert, men de fleste DPS har en samarbeidsavtale med kommunene i sitt opptaksområde. Disse samarbeidsavtalene skal sikre helhetlig tjenester innenfor DPS og i kommunene (1). En av informantene uttrykte det slik: «Vi har utarbeidet samarbeidsavtaler mellom oss og kommunene i nedslagsfeltet til sykehuset. Ikke alle kommunene har skrevet under.»

For å møte kravene fra kommunene har DPS etablert utadrettet virksomhet med ambulerende team. Hvor godt et slikt team fungerer, avhenger av hva slags tilnærming man velger når man initierer og utvikler teamet (15). Den viktigste oppgaven er å sette medarbeiderne i stand til å lede seg selv. Det må legges til rette slik at ledelsen ved DPS er i stand til å ivareta organisasjonen under omstillingen fra tradisjonell institusjonstenkning til en sterk faglig

organisasjon med fokus på teamarbeid og utadrettet virksomhet. Det er viktig med en ledelse som fremmer samhandling mellom nivåene, slik at gråsonen ikke blir en konfliktsone.

#### Oppsummering

Skal DPS være motoren i det desentraliserte psykiatriske helsevernet, må de avklare sin egen rolle for å unngå å skape usikkerhet. Mange ulike systemer skaper gråsoner som igjen fører til at pasienter

## Samarbeidsavtalene skal sikre helhetlig tjenester innenfor DPS og i kommunene.

blir kasteballer. Vår undersøkelse viser at det er behov for større systemkompetanse. Lederskap er i denne sammenheng en viktig faktor for å utvikle velfungerende og effektive team. Gjennom utadrettet virksomhet kan DPS sikre en bred tilnærming til pasientene i tilhørende områder. Dersom man baserer seg på ensidig organisering og arbeidsform, vil det etter vår mening lett kunne foretas prioriteringer som ikke er i tråd med opptrappingsplanens intensjoner. ■■■

#### LITTERATUR

1. Distriktspsykiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388\\_11512a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf) (lest 22.1.09)
2. Opptrappingsplanen for psykisk helse: oppdatering av kommunenes planer for deres samlede psykiske helsearbeid. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Rundskriv IS 1332
3. Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2005. NOU: 2005:3.
4. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial og Helsedepartementet; 1997. St.meld. nr 25 (1996-1997)
5. Pasientrettighetsloven Lov om pasientrettigheter. Kap. II. Tilgjengelig fra: Lovdata. (lest 15.01.08)
6. Om helsetjenesten i kommunene. Lov av 19. november 1982 nr 66. Tilgjengelig fra: Lovdata. (lest 22.1.09).
7. Psykisk helsevernloven. Kap IV. Tilgjengelig fra: Lovdata. (lest 15.08.08)
8. Lov om spesialisthelsetjenesten mm. Lov av 1. januar 2001 nr 61. Tilgjengelig fra: Lovdata (lest 15.08.08)
9. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
10. Individuell plan 2007: veileder til forskrift om individuell plan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00027/IS-1253NY\\_27349a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00027/IS-1253NY_27349a.pdf) (lest 22.1.09)
11. Veileder for individuell plan for psykisk helse (voksne). Oslo: SINTEF Helse; 2004. Tilgjengelig fra: [http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-0150\\_2405a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-0150_2405a.pdf) (lest 21.11.2006)
12. Ruud T, Gråve RW, Lilleeng S, Bjørngaard JH. Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktspsykiatriske sentre fra 2002 til 2005. Oslo: SINTEF Helse; 2006.
13. Cooper LA. At the center of decision making in mental health services and interventions research: Patients, clinicians, or relationships? *Clinical Psychology*. 2006;13 (1): 26-29.
14. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
15. Berg ME. Coaching: å hjelpe lederne og medarbeiderne til å lykkes. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.



Irene Toften  
spesialsykepleier/  
kreftsykepleier ved  
Barneavdelingen på  
Nordlandssykehuset

# Syke barn har det best hjemme

Når barn er alvorlig og langvarig syke, kan hjemmebehandling være et alternativ til innleggelse på sykehus.

Ved Barneavdelingen på Nordlandssykehuset i Bodø har vi gitt tilbud om hjemmebesøk til kreftsyke barn i mer enn ti år. Sykepleier har dratt hjem til pasienten for å ta blodprøver eller gi enkel medisinsk behandling. Vi har også fulgt pasienter tett i terminalfasen slik at de kan dø hjemme, eller har fått kortet ned sykehusoppholdet. I min masteroppgave i praktisk kunnskap har jeg skrevet om erfaringer med hjemmebesøk (1).

## Sikrer kontinuitet

Det er flere grunner til at man velger hjemmebesøk fra sykehuset og ikke overlater alt til hjemmesykepleien. For det første, det syke barnet og familien kjenner sykepleierne som jobber på barneavdelingen og spares for den belastningen det kan være å involvere flere personer i behandlingen. For det andre, barnet kan ha behov for hjelp fra en person med de kunnskapene en spesialutdannet sykepleier har. Det tredje argumentet er at det sikrer kontinuiteten i pleien, ettersom barnet får behandling på sykehuset og hjemme av de samme sykepleierne.

Ved svenske og danske sykehus har hjemmeinnleggelse vært praktisert i flere år. I Danmark startet man å planlegge et slikt tilbud allerede i 1985 (2), og nå praktiseres det ved de fleste barneavdelingene i landet (3). De gir også et tilbud til barn med mer akutt sykdom. Barna kan skrives ut fra sykehuset tidligere, og får deretter noen dagers oppfølging i hjemmet av sykepleier fra barneavdelingen. På Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm ble dette en fast ordning fra høsten 2000 (4).

I Norge har det vært tilbud om hjemmebesøk ved noen få sykehus, men det er ikke blitt et fast system. Det blir organisert ved særlig behov, og er i stor grad forbeholdt terminale kreftpasienter. Ullevål universitetssykehus var først ute, med prosjektet «Avansert hjemmesykehus for barn» høsten 2008 (5). Ved andre sykehus fungerer det slik at når en pasient kommer i terminalfase, eller andre forhold tilsier at pasienten har det best hjemme, organiseres tilbudet der og da (1).

## Informantene

Jeg intervjuet to foreldrepar som har fått hjemmebesøk til sine

barn. Når det gjaldt det ene barnet visste vi helt fra starten av at det ikke fantes noen behandling som kunne gjøre henne frisk. Hun ble fulgt i omtrent ett og et halvt år før hun døde. Bortsett fra noen måneders innleggelse da hun fikk diagnosen, etterfulgt av den behandlingen det var mulig å gi, hadde hun ikke behov for å komme på sykehuset. Det hun trengte av tilsyn og hjelp fikk hun hjemme. Det var nok med en sykepleier, samt enkelte besøk av lege. I tillegg ble hun fulgt opp med regelmessige telefoner fra den samme sykepleieren som kom på hjemmebesøk. Det andre barnet har mange og lange sykehusinnleggelser over flere år bak seg. Hun har tatt hyppige blodprøver og mange kurer med intravenøs antibiotika, i tillegg til behandlingen for kreftsykdommen. To sykepleiere har tatt alle hjemmebesøkene.

## «Kjempebra tilbud»

Det vil sannsynligvis være ulike behov for hjelp i de forskjellige familiene, og i de forskjellige fasene av sykdommen. Noen synes det er greit å gjøre alt på sykehuset, og noen vil foretrekke å være mest mulig hjemme. Selv om alle familier hadde fått tilbud om hjemmebesøk, måtte de som ønsket all behandling på sykehuset fortsatt fått det.

Jeg startet med å be foreldrene fortelle om fordelene og ulemene med hjemmebesøk. Erfaringsmessig vet jeg at de familiene som tar imot tilbudet er positivt innstilt til ordningen. Likevel ønsket jeg å få familienes egne vurderinger av positive og eventuelt negative aspekter. Svarene var ganske like: «Det er et kjempebra tilbud, og det gjør at vi forholder oss mindre til sykehuset. Det hender at hun sier: Nei, tok jeg blodprøver i dag? For sykepleieren var på hennes arena. Stakk innom og dro igjen, så da følte hun det ikke som en sykehusting. Det er et unikt tilbud. Spesielt i starten, da vi var hjemme tre-fire dager, og kanskje måtte ta prøver to av de dagene.»

Far til det andre barnet sier: «Jeg synes jo generelt sett at det aldri er noe hyggelig å dra på sykehuset, så når man kan unngå det, vil det alltid være en fordel. Det vil det jo være for unger og voksne i alle slags sammenhenger. Det er luksus, synes jeg, at det fungerer slik at dere kan komme hjem til oss. Datteren

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Barn
- ▶ Kommunehelsetjeneste
- ▶ Spesialisthelsetjeneste
- ▶ Hjemmesykepleie





**PÅ SYKEBESØK:** Sykepleier Irene Toften tar blodprøve av Maria. Foto: Marit Henriksen.

vår hadde ingen gode minner om sykehuset. Det var en fordel å være hjemme i trygge omgivelser.»

#### Få ulemper

Ingen av de to familiene opplevde spesielle ulemper ved tilbudet om hjemmebesøk: «Fordelene er så mye større enn ulempene. Det viktige er at hun har det best mulig, så får man betale en pris for det som foreldre. Men jeg synes ikke det har vært noen pris å betale. Det at dere kommer hjem til oss, og ser hvor rotete vi har det i gangen, og må hoppe over ti par sko for å komme inn, gjør ingen ting. Sånn er det bare. Når dere kommer hjem hit, så kan vi forholde oss til veldig få personer. På sykehuset forholder vi oss til utrolig mange forskjellige, og det er slitsomt. Når folk kommer på jobb og er på jobb i åtte timer, og vaktskiftene skjer, så er det fort å glemme at de som er innlagt, får med seg alle disse vaktskiftene, alle folkene. Det er utrolig mye folk. Datteren vår ga tidlig beskjed om at det er nok, nå orket hun ikke å forholde seg til flere. Det har vi nå i ettertid også sagt. Vi orker ikke den slepen med legevisiten, med alle personene som kommer inn. Vi slipper dette når sykepleieren kommer hit.»

Den andre familien mente at de ulempene som kunne oppstå hjemme også gjaldt på sykehuset: «Det er klart, at hadde det vært mange forskjellige som skulle inn her, så tror jeg det ikke hadde vært så kjekt. Men på den andre siden, så er det jo det du møter på sykehuset. Der vil du treffe mange forskjellige. Så

selv om det hadde blitt mange forskjellige her også, så ville det vært en fordel uansett, bedre enn å dra på sykehuset. Jeg kan ikke se noen ulemper med at dere kom hit. Jeg kan ikke tenke meg hva det skulle vært.»

## *Barnet får behandling på sykehuset og hjemme av de samme sykepleierne.*

Vi er bevisste på at det ikke skal være så mange forskjellige personer som drar på hjemmebesøk til hver enkelt pasient. To-tre er det ideelle antallet for oss sykepleiere ved mange og hyppige besøk. Mens hos de pasientene som trenger sjeldnere besøk, eller kanskje bare en kort periode med daglig tilsyn, kan det være nok med en person. Dette er også en fordel for sykepleieren, som får sjansen til å bli bedre kjent med den familien hun besøker.

#### Sykepleierne i kommunen

Nordland er et fylke med lange avstander og spredt bebyggelse, og slik er det over store deler av landet. Et tett samarbeid mellom sykehuset og helsepersonell i kommunen vil ofte være nødvendig. Jeg har intervjuet en kreftsykepleier på et lokalsykehus og to i nabokommunen. Jeg gjorde også et gruppeintervju med tre sykepleiere som jobber i en av kommunene som hører



inn under Nordlandssykehuset. Alle sykepleierne fortalte om sine erfaringer med barn de hadde vært på hjemmebesøk hos de siste ti årene. Jeg var interessert i hva sykepleierne kunne tilby lokalt, og hvilke behov de har.

Kreftsykepleierne i kommunen var åpne for å ta på seg alle slags oppgaver, fra pleie og stell, medisinerings og prøvetaking, til samtaler med pasient og pårørende: «Vi står på hjemmetjenesten sine arbeidslister de dagene vi går inn hos felles pasienter. Sånn at noen dager tar vi stellet eller dusjing, stomiskift eller sårskift. Så de pasientene bare vi er hos, er de som vi har samtaler med, eller der vi gjør enkle prosedyrer som ikke er daglige. Gastrostomiskift, skylling av veneport og slikt.»

De tre sykepleierne som jobbet i hjemmesykepleien tok utgangspunkt i en bestemt pasient, der behovet for hjelp hadde vært noe annerledes: «Det var å ta blodprøver, i all hovedsak. Den største utfordringen var forsendelsen av prøver på grunn av den lange avstanden til sykehuset.» Men også for disse sykepleierne var det aktuelt å hjelpe til med pleie og annet stell ved behov.

### Utfordrende med barn

Alle sykepleierne jeg intervjuet jobbet i hovedsak med voksne pasienter. For disse ville det være nye utfordringer med å ha et barn som pasient. Særlig de som hadde minst utdanning og erfaring så på dette som problematisk: «Et barn er et barn og

på noen måte slik at vi fikk panikk. Vi hadde fått en brifing på det, så vi var klar til å ta det. Vi hadde alt liggende klart, hvis vi måtte hjem til ham. Så barn tror jeg det ville vært veldig nyttig for oss å vite noe mer om i forkant, men vi er ikke avhengig av det for å fungere.»

### Bedre samarbeid

En av hensiktene med å intervju sykepleierne var å kartlegge hvordan vi kan få til et bedre samarbeid mellom sykehuset og distriktene. Samarbeidet skal resultere i bedre omsorg for pasientene og større trygghet for sykepleierne som jobber der pasientene bor. Alle informantene ga uttrykk for at de ønsket tettere samarbeid og bedre kontakt mellom sykehuset og de som jobber i kommunene: «Ellers så savner vi litt mer oppfølging og opplysninger fra sykehuset. Det kunne kanskje vært slik at vi hadde fått besøk av en kreftsykepleier fra sykehuset en gang i halvåret eller oftere. Vi vil gjerne være til støtte hvis familien ønsker det, men samtidig er vi ikke pågående heller. Så på mange måter kunne det vært veldig greit at en sykepleier kom hit, så man kunne hatt en fellessamtale, med pårørende også, for å snakke om situasjonen. Hvis det var endringer, og når det kommer nye sykepleiere. Kanskje har vi hatt opplæring på de første sykepleierne som var inne i bildet, men så var det plutselig noen nye som kunne hatt behov for litt oppfriskning.»

### Tryggest hjemme

Jeg har mange års praktisk erfaring som barnesykepleier og kreftsykepleier. Disse erfaringene har gjort meg til den sykepleieren jeg er i dag, og vært med på å forme de holdningene jeg har til pasienter og pårørende. Da jeg startet min yrkeskarriere var det ikke vanlig at syke barn hadde foreldrene med på sykehuset når de var innlagt. Nå er det en selvfølge. Både familiene og samfunnet rundt har erkjent at barn har det best når de får være sammen med sine foreldre eller andre nære pårørende, og at dette er spesielt viktig når de er syke.

Det neste trinnet i denne erkjennelsen, er at barn har det best hjemme, i trygge og kjente omgivelser. I de senere år har det vært en dreining av pasientbehandlingen på sykehusene fra innleggelse til dagbehandling og poliklinisk behandling. Dette skyldes i en viss grad forbedrede metoder for undersøkelser og behandling, men også at det er billigere å behandle en pasient når man kan gjøre det uten å legge ham inn. I Danmark og Sverige ble hjemmeinnleggelse innført for å effektivisere driften og reduserte kostnadene ved sykehusene (2). Økonomi vil alltid være en viktig faktor innenfor helsevesenet. At dette også kan resultere i et bedre tilbud, er i stor grad en positiv tilleggseffekt. Men det at hjemmeinnleggelse er billigere enn å ha pasienten innlagt på sykehuset, gjør det lettere å innføre tilbudet hos de familiene som ønsker og trenger det.

Intervjuene med foreldrene viser at de er svært positive til å ha fått et tilbud om hjemmebesøk av sykepleier. Foreldrene nevner blant annet: «Hverdagen blir enklere og familielivet mer normalisert. Det blir færre personer å forholde seg til, og barnet er mindre utsatt for smitte.»

Forutsetningene for at et slikt tilbud skal kunne fungere godt, uansett pasientens bosted, er ifølge foreldrene:

- at det er godt kvalifiserte sykepleiere som kommer hjem til dem
- at antallet personer som kommer holdes på et minimum
- at samarbeidet mellom sykehuset og sykepleierne i kommunen fungerer

Der avstanden ikke er noe praktisk problem, gir foreldrene ut-

## Hverdagen blir enklere og familielivet mer normalisert.

har sine foreldre, du får flere ledd å forholde deg til. Det er ikke bestandig så lett når du i utgangspunktet kanskje er litt utrygg på situasjonen, og den tekniske biten vil bli det du forholder deg til og glemmer deg litt bak. Det er litt skummelt før man er blitt ordentlig kjent, og det er lett å ty til det tekniske.»

Det er viktig med faglig støtte fra dem som har mer erfaring med denne pasientkategorien: «Det var veldig spesielt å ha omsorg for en unge som var kreftsyk, og som ble dårligere og dårligere og døde. De ønsket jo at hun skulle få være hjemme, at hun skulle få være sammen med venner, gå på skolen og være i sitt eget miljø. Det jeg syntes var vanskelig, var at jeg hadde så lite erfaring med barn fra tidligere. Men jeg hadde veldig god hjelp og støtte fra den kreftsykepleieren som var hennes kontaktsykepleier på universitetssykehuset. Kontaktsykepleieren var tilgjengelig på telefon, og kom også hit til kommunen ved to anledninger.»

### Krever opplæring

Opplæringsbehovet er svært forskjellig for de tre gruppene med sykepleiere. De som er spesialutdannet og en del av et større fagmiljø har en bredere kompetanse og større faglig trygghet enn dem som bare har grunnutdanning. Kreftsykepleierne behersker de fleste av oppgavene det er ønskelig at de skal påta seg. De har bare behov for gjennomgang hvis det dukker opp nytt utstyr eller innføres nye prosedyrer.

«Når det gjelder barn, så kan vi ikke alt. For det har vi lite erfaring med. Den siste vi hadde, måtte vi aldri inn til, for det skjedde aldri noe uforutsett hjemme. Vi trodde at han ville trenge intravenøs behandling, men så klarte han å spise selv, så vi slapp det. Men da var det noen nye propper, som vi aldri hadde sett, som var enklere å ta blodprøve av. Men det var ikke



**HJELPER TIL:** Storebror er assistent når sykepleier Rigmor Knutsen tar blodprøver av lillesøster. Foto: Svein T. Henriksen.

trykk for at det er ekstra trygt når sykepleier kommer fra barneavdelingen. «Barn er et spesialfelt, og jeg følte stor trygghet ved at det kom folk som var vant med unger.»

«Dette gjør samordningen enklere når det er behov for innleggelse, og det blir færre personer å forholde seg til. Fordelen med besøk fra barneavdelingen er at det er der hun blir innlagt hvis det skulle skje noe, og der vil hun treffe folk hun er kjent med.»

### Avstand avgjør

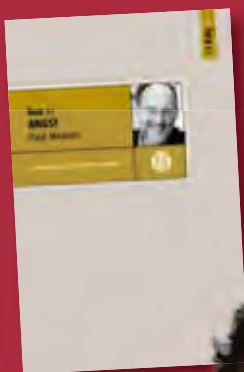
Sykepleierne i kommunene gir uttrykk for at de kan hjelpe pasienten med det meste, men de har følgende ønsker og behov: God orientering om den aktuelle pasienten før de kommer inn i bildet. Opplæring på prosedyrer og rutiner som de ikke har tidligere erfaring med, eller som de sjelden praktiserer. Regelmessige samarbeidsmøter, både i forkant og etter at de har begynt å arbeide med pasienten.

Å få til et spesialisthelsetjenestetilbud ved ethvert kjøkkenbord rundt om i landet er nok en utopi. Avstandene er for store og befolkningen for spredt. Men jeg tror at et nært samarbeid mellom sykehusene og hjemmesykepleien, og da spesielt kreftsykepleierne der de finnes, vil gjøre det mulig å gi de fleste familiene et godt og tilpasset tilbud. Særlig vil dette dreie seg om familier der barnet er i ferd med å dø, men det vil også være nyttig for familier

med langvarig og alvorlig syke barn. Noen steder er det ikke mulig for oss som jobber på sykehuset å stille opp i den daglige omsorgen fordi pasienten bor for langt fra sykehuset. Da kan vi bidra med tilrettelegging slik at de som jobber lokalt skal få best mulig forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi får håpe at helseministeren legger til rette for at samhandling mellom de forskjellige nivåene innenfor helsetjenesten vil lønne seg økonomisk for alle parter. ■■■

### LITTERATUR

- Toften I. Spesialisthelsetjeneste ved kjøkkenbordet, mulighet eller utopi? Masteroppgave i praktisk kunnskap ved Høgskolen i Bodø, 2008.
- Eltang S, Mathisen L, Møhring I, Rosenkrands H. Indlagt hjemme. København – Århus – Odense: Foreningen af Danske Lægestudenters Forlag, 1997.
- Skeiby Sygehus, informasjon om sykehuset på nett: <http://www.sundhed.dk/wsp/portal/>
- Astrid Lindgrens Barnsjukhus på Karolinska Sjukhuset i Stockholm: <http://www.sabh.nu>
- Prosjektet «Avansert hjemmesykehus for barn». Ullevål universitetssykehus, Oslo: [http://ullevaal.no/modules/module\\_123/news\\_template\\_avdeling.asp?CategoryId=974](http://ullevaal.no/modules/module_123/news_template_avdeling.asp?CategoryId=974)
- Bringager H, Hellebostad M, Sæter R. Barn med kreft. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003.
- Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1997.
- Kvåle K. Pasienten vil ha teknisk dyktighet – sykepleierne vil lytte. Sykepleien 1999; 10: 60-64.
- Paulgaard G. Feltarbeid i egen kultur. I: Paulgaard, Gry 1997: «Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler?» i Fossåskaret E, Fuglestad OL, Tor Halvdan Aase TH, (red): Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data, Oslo: Universitetsforlaget, 1997: 70-90.
- Toften I. (2002): Foreldres opplevelser ved å miste et barn på grunn av kreft – implikasjoner for sykepleierne. I: Berit Støre Brinchmann (red.): Bære hverandres byrder. Pårørende i sykepleien. Bergen: Fagbokforlaget, 2002: 49-62.



**Paul Moxnes**  
 Aktuell med: Hva er Angst  
 Yrke: Psykolog og professor ved BI  
 Bosted: Oslo  
 Alder: 67 år



# – Finn deg en

Har du arachnofobi, så oppsøk edderkoppen, ikke psykologen. Det er hovedbudskapet i boken «hva er ANGST».

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

**D**et er normalt å være redd. Og nødvendig.  
 – Hvis du aldri føler angst så er du heller ikke intelligent, påpeker forfatter Paul Moxnes.

Hans anliggende er med andre ord den friske angsten. Den dypt menneskelige, den vi alle, i en eller annen form, lider av. Uunngåelig, ifølge Moxnes til og med livsnødvendig. Angst kan overvinnes så lenge man ikke slutter å eksponere seg for den, skriver han. Har du flyskrekk, så fly. Har du høydeskrekk, dra til fjells. Får du angst ved tanken på å holde taler, ja så bør du benytte hver minste anledning til å plinge på glasset.

– Det er kanskje den lidelsen som er lettest å behandle. Spesifikke fobier som slangefobi og musefobi kan behandles i løpet av bare noen timer. Mye angst skyldes at du ikke konfronterer deg selv med det du frykter, du blir redd fordi du stikker av. Angst er i bunn og grunn redselen for å bli redd, oppsummerer Moxnes.

Dette er vel å merke ikke den eneste formen for angst. Panikkangst er eksempel på en angstlidelse du ikke kan eksponere deg for og som dermed heller ikke er så lett å bli kvitt. Den

slår ned som lyn fra klar himmel og er ikke rettet mot noe eller noen. Her må det stort sett medisineres til.

### **Friske-psykologi**

Moxnes ser på angst som en positiv kraft.

– Hvis ikke ville jeg ikke vært her.

Han slår ut med hånden mot det enorme atriet vi befinner oss i. BI-studentene løper rundt oss som flittige maur, ut og inn av auditorier, klasserom, lesesoner og kaffestasjoner.

– Jeg jobber med friske mennesker, med ledere. De er proppfulle av angst – prestasjonsangst.

Moxnes mener at angsten ofte er synonym med gode prestasjoner. Jo reddere man er før en prestasjon, jo tryggere blir man i situasjonen. Dette gjelder for eksempel for mange toppidrettsutøvere. Vi har jo alle hørt historier om skuespillere som fremdeles spyr bak scenen etter mange år i yrket. Men for at angsten skal føre til bedre prestasjoner og ikke handlingslammelse, må man altså utfordre angsten.

### **Engstelige ledere**

Som en del av eksamen skriver Moxnes sine studenter dagbøker. Her for-

# edderkopp!



teller de om angsten sin. Sjokkerende mange forteller også at de ble utsatt for seksuelle overgrep som barn. Men disse er som sagt ledere i dag, og har med andre ord snudd nederlag til seier.

– Hva er det som gjør at noen klarer seg og noen ikke?

– Jeg tror det er kontekstavhengig. Det handler vel så mye som hvem du

– Jeg skriver for meg selv, fastslår Moxnes etter en liten tenkepause.

– Jeg har som målsetting å skjenne det jeg selv skriver. Hvis jeg synes at noe er interessant, så satser jeg på at det finnes noen andre som synes det også. Jeg henvender meg til folk flest, det er nok derfor det jeg skriver ikke alltid er så godt likt av kliniske psykologer.

## Min første forelesning husker jeg ingenting av.

treffer som hvem du er. Jeg tenker på behandlere, lærere, venner og familie.

– Var det vanskelig å skrive om et så stort tema på bare 150 sider?

– Nei. Jeg reiste bort i tre måneder. Lagde en skisse, fant en tråd for å få det til å henge i hop. Jeg tror det er en fordel at jeg ikke går for detaljert til verks, jeg maler med bred pensel når jeg skriver, og da går det an å fatte seg i korthet selv om et så stort tema som dette.

### Fortell om angsten

– Og hvem skriver du for?

Men det viktigste med bokprosjektet er altså å «ta angsten ut av skapet». Fortell om angsten, er Moxnes råd. Og da snakker vi som sagt om den friske angsten, den naturlige redselen for det ukjente. Men hvis angsten får deg til å snu, hvis du ikke konfronterer den, kan det bli syk angst.

– Hva er du selv redd for?

– For å holde forelesninger. Jeg var i hvert fall veldig redd for det. Da jeg sluttet på Blindern og begynte på BI var jeg livredd for å forelese. Min første forelesning husker jeg ingenting av. ■■■



## Kunnskapskilden

**JEG KOMMER IKKE FRA EN BOKLÆRT** og lesende familie. Mor leste en del. Far åpnet aldri en bok. Han var praktiker, kroppsarbeider og skipstørrer. Hans verden ble aldri min.

«Skaff deg kunnskap! Gjør leksene dine – så slipper du å gå og slite slik som din far.» Mors budskap var klart. Kunnskap gjennom bøker er et frigjørende prosjekt.

Mor begynte å abonnere på Aschehous' konversasjonsleksikon. Hun hadde håp om at sønnen skulle skaffe seg boklært kunnskap.

Noen ganger i året kom forlagets selger og leverte et flunkende nytt bind på døren. Han kom på moped. Han hadde hvit hjelm, og han ble alltid invitert inn på en kopp kaffe og noe å bite i. For meg representerte han selve kunnskapskilden. Bøkenes verden – hemmelighetene om livet og det som ikke så lett lå i dagen hos en arbeiderklassefamilie på begynnelsen av 1960-tallet.

Jeg minnes lukten av de nye bøkene. Jeg kan ennå erindre spenningen ved å bla i det flunkende nye bindet som lå på bordet. Totalt skulle det bli atten bind. Atten øyeblikk med en kriblende følelse av å få tilgang til kunnskapens rike. Den nakne, velproposjonerte mannen på bøkens rygg vendte ryggen mot leseren, men blikket var rettet mot solen – lysets kilde. Det var jeg som satt der.

For meg ble leksikonet en lysets kilde. Å lyse opp det som ligger skjult, avdekke det som er hemmelig, skape transparens slik at vi kan avsløre det vi ennå ikke vet noe om.

Frete har fått mitt Aschehoug-leksikon. Andre leksikon har overtatt. De fyller mange meter i min bokhylle. De er ikke lest, men står der som porter inn til kunnskapens rike. De samler støv, men fortsatt kjenner jeg snev av den gleden jeg hadde som barn da fingrene mine forsiktig åpnet Aschehous' atten bind store leksikon for snart femti år siden.

Når peisilden lyser opp rommet i vintermørket, søker blikket mitt mot bokhyllene og den muligheten til innsikt som der lyser imot meg.

Kunnskap skaper tvil. Leksikonet har hjulpet meg til denne tvilen. Det tvilende mennesket er et søkende menneske. Den som søker trenger et kart. Leksikonet er et slikt kart – kunnskapskilden.



SYKLEPLEIEN



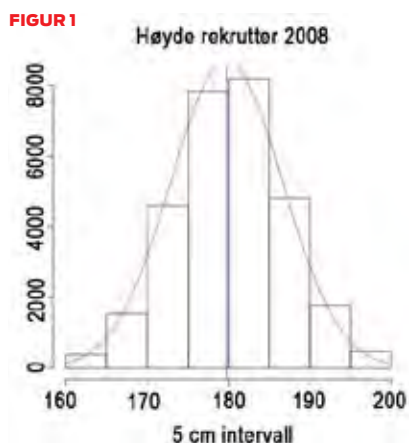
Arne Teige er psykiatrisk sykepleier ved Førde sentralsykehus.

I denne serien på 10 artikler gir han en grunnleggende innføring i de vanligste forskningsmetodene. Serien «Det metodiske hjørnet» skal sette leserne i stand til kritisk å vurdere nyere forskning i sitt arbeid.

# Normalfordeling 2

Sist skrev jeg om høyde på rekrutter, at denne var normalfordelt, og at normalfordelingen var bestemt av to størrelser: gjennomsnittet og standardavviket.

**F**igur 1 viser rekruttdataene, med normalfordelte data med samme gjennomsnitt og standardavvik «lagt over». De to figurene samsvarer bra.



Siden dataene er normalfordelte, og standardavviket (SD) er 6,8 cm, vil 1 SD på hver side av gjennomsnittet (179,7 cm) omfatte 68 prosent av alle målingene våre, 1,96 SD vil tilsvarende omfatte 95 prosent, mens 2,58 SD vil omfatte 99 prosent. (Jeg forenklet sist: til 2 SD og 2,5 SD).

Dette gir følgende: 68 prosent av målingene vil ligge i området  $\pm$  SD fra gjennomsnittet: dvs. (179,7 cm  $-$  6,8 cm) = 172,9 cm og til (179,7 cm + 6,8 cm) = 186,5 cm. 95 prosent av målingene vil ligge i intervallet  $\pm$ 1,96 SD fra gjennomsnittet: [166,3  $-$  193,1] cm. 99 prosent vil ligge i intervallet (MEAN  $\pm$  2,58 SD) = [162,4  $-$  197,0] cm.

## Høye menn

Velger vi «helt tilfeldig» en ung mann, vil sjansen være stor (67 prosent) for at vedkommende måler mellom 173 og 186 cm. Sjansen for at vedkommende enten vil være høyere enn 186 eller lavere enn 173 cm, vil være (100 prosent  $-$  68 prosent) = 32 prosent. Sjansen for at vedkommende vil være mindre enn 173 cm er 32 prosent /2, og så videre.

Vi måler vedkommende til 186,5 cm. Den gitte verdien (186,5 cm) kan fortelle oss tre ting:

- » (1) På hvilken side av gjennomsnittet ligger den? Den er større, altså på høyresiden.
- » (2). Hvor langt fra gjennomsnittet ligger den?  $+186,5 \text{ cm} - 179,7 = +6,8 \text{ cm}$
- » (3). Hva tilsvarende denne avstanden i standardavvik?  $6,8 \text{ cm} / 6,8 \text{ cm} = +1 \text{ SD}$

Vi har nå gjort noe så «komplisert» som å standardisere, vi har «regnet om» våre individuelle data til en «standard» normalfordeling. Her er fremgangsmåten, først skrevet alminnelig, deretter matematisk:

$$z = (\text{måleverdi} - \text{gjennomsnitt}) / \text{standardavvik}$$

$$z = (x - \text{mean}) / \text{sd}$$

## Et eksperiment

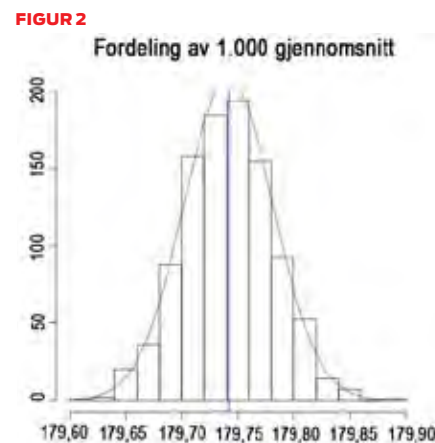
La oss gjøre et eksperiment. Rekruttene som ble målt i 2008 utgjør deler av ett eller flere årskull unge menn. Vi lar disse høydene være et utvalg.

Jeg trekker først 30·000 (n) tilfeldige «høyder» fra en normalfordelt populasjon med gjennomsnitt = 179,7 cm og sd = 6,8 cm. Hver stikkprøve er da omtrent like stor som årskullet rekrutter. Jeg tar 1·000 slike stikkprøver, til sammen (30·000·1·000) høyder.

Jeg benytter heretter små bokstaver for gjennomsnittet (mean), standardavviket (sd), og antallet (n) i stikkprøvene. (Store bokstaver benyttes ofte for å betegne de samme målene i populasjonen). «min» og «max» betegner den laveste og den høyeste verdien i hver stikkprøve.

Absolutt laveste «målte» verdi er 143 cm. Denne verdien forekommer to ganger. Vi har trukket til sammen (30·000 \* 1·000) = 30·000·000 høyder. Sjansen for å trekke ut en slik minimumsverdi er derfor  $2 / 30·000·000 = 1 / 15·000·000$ . Dette viser ett viktig poeng: Slike ekstremverdier kan forekomme i en stikkprøve. Også maksimumsverdien (216 cm) forekommer to ganger.

Jeg beregnet så gjennomsnittet for hver stikkprøve, og finner deretter «gjennomsnittet» av alle de 1.000 gjennomsnittene, her kalt «my».



Figur 2 viser fordelingen. Gitt forutsetningene, vil gjennomsnittet av alle gjennomsnittene ligge i området (my)  $\pm$  2,58 sd (my). sd (my) kalles nå «standard error of the mean», forkortet SE. Standardfeilen (SE) regnes ut slik:

$$SE = \text{standardavvik} / \sqrt{\text{antallet}}$$

$$SE = \text{sd} / \sqrt{n}$$

## Vet ikke gjennomsnittet

Måler vi et utvalg, vil gjennomsnittet (mean) for utvalget være det «beste» fellesmålet. Dermed bør vi kunne bruke avstanden fra gjennomsnittet i populasjonen til gjennomsnittet for stikkprøven, som mulig mål. Problemet er bare at vi – som oftest – ikke vet populasjonsgjennomsnittet. Men vi vet standardfeilen, og vi kan derfor regne ut hvor populasjonsgjennomsnittet bør ligge.

Under en forutsetning: I stikkprøven må alle (mulige) verdier ha samme sjans for å bli trukket ut. Det hjelper ikke å trekke stikkprøven av og blant landslaget av mannlige volleyballspillere. Dessverre. ■■■





**Psykatri for helsefag**

Av Trond F. Aarre, Petter Bugge, Siv Iren Juklestad  
254 sider  
Fagbokforlaget, 2009  
ISBN 978-82-7674-846-8  
Anmelder: Anne-Lill Haabeth, psykiatrisk sykepleier, klinisk spesialist

## For snever

**ANMELDELSE:** Dette er en innføringsbok, beregnet på studenter. Forfatterne beskriver det de mener er de viktigste behandlingsmetodene til de største diagnosegruppene innenfor psykisk helsevern.

Forfatterne frykter at kvaliteten i tjenestene kan svekkes dersom ikke den tradisjonelle, naturvitenskapelige og kunnskapsbaserte tilnærmingen holdes i hevd. Et hovedpoeng er at all tilnærming må baseres på vitenskapelig grunnlag. For eksempel sies det at «miljøterapi er sikkert nyttig ... men vi vet ikke hvilken måte som er best fordi de aldri er tilstrekkelig studert». Faglig skjønnes på som mangel på vitenskapelig kunnskap.

Boka beskriver greit og informativt ulike sykdomsbilder gjennom teori og korte sykdomshistorier. Kognitiv atferdsterapi har fått en del plass,

medikamentell behandling stor plass. Tidlig intervensjon og forebygging sies det lite om.

Jeg mener beskrivelsene av behandlingstilbud og oppfølging i en tradisjonell og naturvitenskapelig ånd blir for snever og lite nyttenkende. Vi er kommet til år 2009 nå.

Det fins ny forskning på andre typer tilnærminger med god behandlingseffekt.

Stort sett hele innholdet refererer til behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunenes tilbud er omtrent ikke tatt med. Det er ganske utrolig, da pasienten tilbringer det meste av sitt liv hjemme i kommunen. Det er her det meste av behandling og oppfølging skjer. Riktignok har forfatterne til slutt tatt med et kapittel på åtte sider som heter «Et sosialpsykiatrisk perspektiv». Her er blant annet brukermedvirkning og pårørende be-

skrevet. Dette fokuset burde fått mye mer plass.

I dag er fagmiljøene opptatt av en helhetlig og tverrfaglig oppfølging av pasienter/brukere, på tvers av nivåer og etater. Denne tenkningen preger også statlige føringer. Denne boka bidrar derimot til å opprettholde en tradisjonell modell med et skarpt skille mellom første- og andrelinjetjenesten, hvor spesialistene i psykisk helsevern er de som tar seg av selve behandlingen.

Hva er definisjonen på behandling? Hvilken type tenkning og kunnskap ønsker vi å videreføre til de kommende kull studenter? Faktisk sier forfatterne i dette siste kapitlet at «vi burde spørre oss om det finnes andre arbeidsmåter som monner mer, og som kan hjelpe med menneskene bedre.»

Ja, nettopp. Det finnes flere, men de er ikke nevnt i denne boka.

*Blant de største oppfinnelsene som menneskeånden har gjort i nyere tid, står etter min mening kunsten å bedømme bøker uten å ha lest dem.*

Georg Christoph Lichtenber



**Barn og unge som sørger**

Av Kari Elisabeth Bugge og Eline Grelland Røkholt  
206 sider  
Fagbokforlaget, 2009-12-16  
ISBN 978-82-450-0762-6  
Anmelder: Hege Elisabeth Øren, høgskolelektor

## Feil sjanger?

**ANMELDELSE:** Sorg er noe alle opplever i løpet av livet. Det være seg den lille skuffelsen i hverdagen, til den større tristheten som at bestefar plutselig dør.

Kari Elisabeth Bugge og Eline Grelland Røkholt forteller om barn og ungdom som enten sørger over tapet av mor, far eller søsken eller som lever med usikkerhet når en i nær familie er kronisk syk.

Boken beskriver mange metoder for hvordan barn, ungdom og familien kan bli møtt i barnehage, skole og helsevesen. Forfatterne tar blant annet for seg mestring og ulike reaksjoner på sorg. De legger vekt på hvor viktig det er å opprette en barneansvarlig i spesialistpsykiateri når barn er pårørende. Det er spennende med tanke på at pårørende er et forsømt kapittel på voksenavdelinger. Det fins mange

virkningsfulle og enkle metoder.

Forfatterne kan sorg. I denne boken har de systematisert erfaringer de har gjort seg gjennom mange år. Til sammen har det blitt en tettpakket oppskriftsbok klar til bruk av studenter og ansatte i skole og helsetjeneste, for eksempel i rollespill og kommunikasjonsskurs.

Men det er et stort utviklingsspenn fra ett til 18 år, også i måten barn og ungdom sørger på. Samtidig er sorg et dypt eksistensielt og høyst personlig tema. Det viser omfanget av de mange underkapitlene i boken. Der redegjøres det for så mange ulike former for støtte-, trøste- og samtalemetoder med barn, ungdom og foreldre at jeg gikk litt i surr.

Erfaringsbasert forskning utgjør bokens hovedtyngde, og det er også bokens sterke side. Alt det erfarings-

baserte materiale forfatterne sitter inne med er så verdifullt at det skulle ha blitt formidlet i en annen sjanger, kanskje romanen eller novellens?

Boken har fine barnetegninger og mange virkelighetsnære eksempler. Forskerspråket, med flere meningsinnhold i lange og kronglete setninger, forstyrrer alvoret i temaet. Noen setninger er så fortettet at jeg måtte lese dem flere ganger for å forstå sammenhengen.

Likevel er jeg overbevist om at leseren blir klokere og inspirert til å bruke denne boken, og etter hvert forstår at den lille så vel som den store sorgen alltid må bli møtt med høytidelighet. Først da kan sorgen langsomt bli en umistelig del av livet til barn og ungdom, og de kan leve videre sine begivenhetsrike liv i stort og smått.

# Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

**1 Hvor lenge anbefales det at norske barn fullammes?**

- A Ett år
- B Seks måneder
- C Seks år

**2 Et annet ord for brystbetennelse?**

- A Mastitt
- B Brystitt
- C Mammasitt

**3 Hva er mamillitt?**

- A For trange melkeganger
- B For små bryster
- C Brystvortebetennelse

**4 Hva er hyperbilirubinemi?**

- A Gulsott
- B Leverbetennelse
- C Misfarging av blodet

**5 Hva er en anomali?**

- A Et avvik
- B En medisin
- C En terapeut

**6 Hva er den medisinske betegnelsen på «svineinfluensa»?**

- A Influenza NIH1
- B Influenza H1N1
- C Influenza H2N1

**7 Hva er dystoni?**

- A Muskelspenning
- B Endret muskelspenning
- C Uten muskelspenning

**8 Og hva er dystopi?**

- A Mangel på organer
- B For mange organer
- C Organer som er på feil eller unormalt sted

**9 Hvor mange hjernehirner har mennesker?**





- A En
- B To
- C Tre

**10 Hvilken feber forårsakes av Coxiella burnetti?**

- A Tyfoidfieber
- B Gul feber
- C Q-feber



**AMMING:** Er det anbefalt å gjøre dette i seks år? 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.)

**SVAR:** 1B Seks måneder, 2A Mastitt, 3C Brystvortebetennelse, 4A Gulsott, 5A Et avvik, 6A Influenza H1N1, 7B Endret muskelspenning, 8C Organer som er på feil eller unormalt sted, 9C Tre, 10C Q-feber

## FAG FORSKNING

# Norge best på hjertestansforskning

Antall pasienter som overlever hjertestans i Oslo, er doblet på ti år, takket være systematisk forskning her i landet.

**N**orske forskningsresultater har fått internasjonal oppmerksomhet. Blant annet er de internasjonale retningslinjer for gjenopplivning påvirket i tråd med forskningsresultatene.

I Dallas ble det nylig arrangert en verdenskonferanse. Der utpekte amerikanske og europeiske organisasjoner to norske forskningsprosjekter ved Oslo universitetssykehus som verdens viktigste. Begge forskningsprosjektene tar utgangspunkt i at dødeligheten ved plutselig hjertestans er høy, men at det er mulig å gjøre noe med det.

### Ført til endring internasjonalt

– Det er selvfølgelig hyggelig med en slik anerkjennelse. Vi er veldig glade for at forskningen vår kan bidra til å redde liv og helse, og at mennesker fra land over hele verden også drar nytte av vår kunnskap, sier Kjetil Sunde, professor ved Oslo universitetssykehus, i en pressemelding.

De to norske forskningsprosjektene har hatt «redningskjeden» som utgangspunkt. Denne kjeden består av følgende ledd:

- › tidlig oppdagelse og tidlig varsling av 113
- › tidlig hjerte- og lungeredning (bryst-

kompresjoner, ventilasjon – munn til munn)

- › tidlig defibrillering (hjertestarter)
- › kvalitativ god sykehusbehandling

### Mange artikler

Forskerne har publisert rundt 200 artikler siden 1994. En av forskningsartiklene som nylig ble publisert i tidskriftet Resuscitation, viser at overlevelsen etter hjertestans ble doblet over en tiårsperiode. Av dem som i utgangspunktet har best sjanse for å overleve en hjertestans, har prosentandelen som overlever økt fra 15 til 35 prosent.

Følgende artikler ble nominert til de to beste på området i Dallas:

- › Olasveengen TM, Sunde K, Brunborg C, Thowsen J, Steen PA, Wik L. Intravenous drug administration during out-of-hospital cardiac arrest: a randomized trial. JAMA. 2009 Nov 25;302 (20): 2222-9.
- › Sunde K, Pytte M, Jacobsen D, Mangschau A, Jensen LP, Smedsrud C, Dragnei T, Steen PA. Implementation of a standardised treatment protocol for post resuscitation care after out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2007 Apr;73(1): 29-39.

Kilde: Oslo universitetssykehus



**ITETEN:** To norske forskningsprosjekter ved Oslo universitetssykehus ble kåret som verdens viktigste på en verdenskonferanse i Dallas i USA. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Ta tilbake kontrollen  
over faget. Side 84

Pene rapporter eller  
god moral? Side 82

Kunne ikke stille med bil  
– fikk sparken. Side 78

Sterke  
synspunkter?  
Skriv til oss!

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din  
mening på e.post til:  
redaksjonen@  
sykepleien.no  
eller som brev til:  
Sykepleien,  
p.b. 456 Sentrum  
0104 Oslo

TETT PÅ **RONALIE C. CATALON**

«Jeg fikk vite at  
ansiennitet bare  
gjelder fra da jeg fikk  
den norske autorisasjonen.»

86

**DILEMMA** ANDERS FOLKESTAD

«No må du slutte med dette  
likelønnsgrånet», sa ein aggressiv  
mann idet eg kom ut på fortauet.»

92



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

# Lære av Romanias fedmeskatt?

Flere land ser hvilke helseproblemer usunt kosthold skaper. Bør Norge følge Romania som kan bli det første landet i verden som skattlegger hamburgere, brus og annen usunn mat?

**B**arnefilmen «Det regner kjøttboller» som går på kinoene nå, handler om en oppfinner som utvikler en matmaskin. Befolkningen kan bestille den maten de ønsker. Etter hvert blir måltidene større og større, dessertene stadig søtere og folk spiser mer og mer. Borgermesteren eser ut, og landet blir nær bombet i stykker av gedigne kjøttboller og annen mat. Befolkningen blir på slutten av filmen klar over at de var langt lykkeligere før maskinen ble utviklet. Filmen har slik jeg ønsker å tolke den, en fin moral: Vi spiser oss fetere og blir mindre lykkelige. Lykken ligger ikke i større og søtere sjokolade, større flasker med brus og ekstra store hamburgere. Vi blir tvert imot fetere, latere og sykere.

Blant norske 8-12-åringene har 15-20 prosent overvekt eller fedme, og blant 15-16-åringene er andelen 8-14 prosent, viser tall fra Folkehelseinstituttet. Vektøkningen hos norske barn og unge ser ut til å være på samme nivå i Norge som i Norden og Vest-Europa for øvrig. Særlig ser det ut til at de tyngste barna har blitt tyngre. Dette har fått Verdens helseorganisasjon (WHO) til å slå alarm. De misliker sterkt den globale økningen i fedme hos barn de siste 20 til 30 årene. Dagsrevyen kunne 10.

Mens vi kartlegger tilstanden og debatterer, blir vi tyngre.

februar melde om en sterk økning av antallet fedmeoperasjoner – 3000 i 2009 som er en dobling siden 2004. Vi har til og med hatt en debatt nylig om hvorvidt 13-åringene skal få fedmeoperasjon.

Og mens vi kartlegger tilstanden og debatterer, blir vi tyngre. I kjølvannet finner vi



**NYE IDEER, ANYONE?** Vi må tenke nytt og kanskje innføre junk food-skatt, som Romania gjør, for å få resultater, mener Lisbeth Normann. Illustrasjonsfoto: Scanpix

økt antall mennesker med diabetes, folk som astma, slitasjeskader og andre helseproblemer grunnet overvekt. Hvorfor lar vi dette skje? Hvorfor velger politikere å reparere fremfor å forebygge? Vi trenger ikke flere fakta på bordet for å reagere!

Romania er ett av landene som har reagert. De vurderer å innføre en egen skatt på hamburgere, brus og annen «søppelmat». Helsedepartementet i Romania er villig til å sette i verk tiltak, og det å ramme lommeboka er gjerne effektivt. Mens det i Norge er rimeligere å kjøpe 1,5 liters brus fremfor juice, fremmes det i Romania etter all sannsynlighet et lovforslag i mars om å innføre en såkalt «fedmeskatt». Skatten skal både forebygge problemet knyttet til usunt kosthold, samtidig som den skal sikre inntekter til landets helsevesen. Noe å tenke på også i Norge? En matpolitikk som gir prisreduksjon på sunne mat- og drikkevarer, samt restriksjon i reklame og markedsføring, kan skape holdningsendringer hos barn og ungdom og medføre at de i større grad tar sunne valg. Vi har sett en positiv tendens gjennom

sukkeravgift som de siste årene har økt for å gjøre søte drikker dyrere. Gjennom prismekanismen kan vi styre forbrukerne, er tanken. Det samme gjelder forslaget om å redusere moms på frukt og grønt. Dette er tiltak som bør bli enda tydeligere og en enda mer ønsket politikk dersom det skal gi resultater.

Vi ser samtidig en veldig uheldig utvikling her i landet som i andre vestlige land; barna blir kjørt til skolen, kjørt til aktiviteter, det kuttes i antall gymtimer, svømmebasseng står fortsatt uten vann og grøntområder bygges ut. Dette gjøres selv om vi vet hvor viktig det er at det finnes nok lekeplasser og at det er lagt til rette for aktiviteter som ski og skøyter og annen idrett.

En annen side av vår vegring mot å forebygge, er kommunene som velger å kutte i antallet helsesøstre. Helsesøstre som kan gi råd og veilede om livsstil og ernæring, og som kan hjelpe familier og ungdom med fedme-problemer. Helt gratis! Kommunene sender heller regningen til staten – som tar kostnaden med å operere overvektige. I vår mer og mer effektive hverdag med tanke på å spare penger og tid, tyr man til raske løsninger som «kniv og piller» for å løse et problem.

Vi gjentar til det kjedsommelige; det er billigere å forebygge enn å behandle. Det er bare så vanskelig å få politikerne med på dette – resultatene viser først om mange år. Men allerede nå ser vi de alvorlige konsekvensene av manglende forebygging på helseutgiftene. Det må mer enn en samhandlingsreform til for å løse disse problemene.

## DEBATT

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

# Tanker til helseministeren i innsparingens tidsalder

Jeg hadde fornøyelsen av å lese intervjuet med deg i Sykepleien nr. 1. Jeg synes du svarer godt for deg og at du fremstår som en god minister og person. At du, med erfaring fra forsvaret, ikke vikler deg inn i minefeltet likelønn er greit nok. Men om alle i regjeringen mener sykepleiere er så viktige som dere sier, bør dere signalisere dette i form av økt lønn og ryddigere arbeidsforhold for oss. Jeg reagerte imidlertid noe på at undertonen i en setning er at sykepleiere kan oppfattes litt sånn «Åhhh, noen forstyrrer rutinene mine». Jeg oppfatter ikke en eneste av oss på denne måten. Vi er tvert imot meget hardt arbeidende og oppofrende for våre pasienter. Vi er særdeles bevisst på at vi, og helsevesenet for øvrig, er til for pasientene og aldeles ikke omvendt.

Jeg sitter midt oppi overtakelse av nye lokaler og innflytting i disse nå, og er svært bekymret på pasientenes og vårt arbeidsmiljø vegne. I forbindelse med overtakelse av lån og den slags må min klinikk spare 4,5 mill. bare på pleiesiden. Dette skal blant annet gjøres med redusert innleie og

mindre bruk av mer- og overtid. Nå er realiteten allerede at vi ikke får innleid ekstra folk ved sykdom selv om oppgavene ikke tas bort. Vi som er tilbake må da løpe litt fortere og smøre pleien vår litt tynnere utover. De av oss som må gå litt over tiden, siden vi ikke har nok av den til å gjøre alt vi skal i løpet av dagen, skriver i stor grad ikke opp dette. Det ser da ut på økonomenes regnestykker som om mer- og overtidbruken er redusert, men den er bare ikke oppført lenger.

I forbindelse med innflytting er det også snakk om å omgjøre vedtak som er vurdert opp og i mente flere ganger tidligere, for om mulig å spare inn det som kan ses på som småpenger i det store regnestykket. Vi har alle forståelse for at man heller bør spare der det ikke går ut over bemanning, men det er svært belastende å få disse nyhetene nå når alt vårt fokus skal være på innflytting og oppstart i nye lokaler.

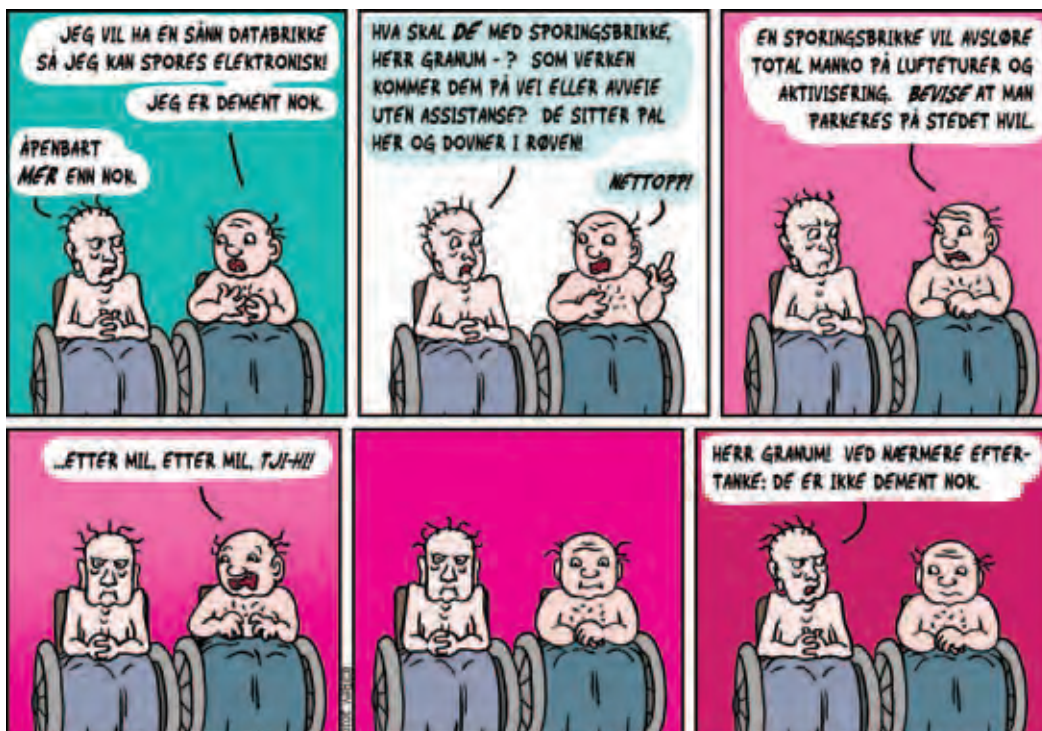
I disse nye lokalene er det ikke plass til pasienter i korridorene, da dette er ulovlig. Vi er alle sammen enige i at man ikke bør ligge på gangen

i et sykehus, men når alternativet er at man blir plassert på «feil» avdeling i stedet for den man med sin lidelse hører til, tror jeg mange foretrekker gangen og opplært personale. Vi har erfart at for eksempel gastrokirurgiske pasienter som blir liggende på en karkirurgisk avdeling ikke nødvendigvis får den oppfølging og behandling som er optimal for dem. Dette er internt på klinikken, vi tør ikke tenke på hvordan det blir om man ligger på «feil» klinikk. Vi har også erfaringer som pårørende der familiemedlemmer har blitt sendt hjem med beskjed om å ringe 113 om man blir veldig dårlig. Ingen av oss mener man på død og liv skal ligge inne i sykehus til man er totalt rekonvalisert etter sin sykdom, men dette føles for pasientene som om de blir sendt hjem på lykke og fromme. Slikt helsepersonell ønsker ikke vi å være! Vi føler oftere og oftere at vi ikke driver med helsehjelp, men nødhjelp.

Jeg vet at du, Anne-Grete, sitter langt nok oppe i systemet til at du kan skvise ansvaret nedover på helseregionen, foretaket, klinikken og til slutt den enkelte avdeling, og således ikke vil komme til å ta ansvar for det du kaller «enkeltsaker» og «interne utfordringer». Jeg vet også at du kan forbeholde deg retten til å pålegge alle ledersjikt under deg ansvaret for å drive «best mulig» og «forsvarlig» ut ifra de rammene de får. Jeg venter meg ingen revolusjon eller stor endring etter å ha sendt deg disse tankene, men jeg henvender meg til deg siden du er den med det politiske ansvaret og dermed den politiske muligheten til å gjøre noe med dette. Jeg henvender meg også til deg for å omgå «glava-laget». Det laget med isolasjon som tydeligvis finns et sted mellom oss, aller nederst, og deg, aller øverst. Siden informasjonen fra oss om at vi har det travelt, ikke rekker å gjøre alt vi skal og på lang nær greier å gi optimal og god sykepleie ikke når fram fra oss til deg.

Mvh. Kenneth Grip, PTV, Norsk Sykepleierforbund  
A4 & B4, Kirurgisk klinikk, St. Olavs Hospital

## TERAPI av Bodil Røvhaug



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

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



## Den nye pariakasten

Undertegnede prøver for tiden etter beste evne å skaffe seg ny jobb. Ringte derfor til et mulig nytt arbeidssted hvor de har utlyst en stilling jeg kanskje kunne tenke meg. Det er på en institusjon i Oslo kommune.

Etter å ha snakket litt med kontaktpersonen (sykepleier) om arbeidsstedet, spurte jeg litt om alder. Siden jeg er over gjennomsnittet aldersmessig, er dette et relevant spørsmål. Jeg får til svar at alder i og for seg ikke er noe de ser så nøye på, men (sitat) «Folk som har vært langvarig sykmeldt eller bruker egenmeldinger og sånt, ansetter vi

selvsagt ikke». Hun sa videre at referanser fra to siste arbeidsgivere er helt vesentlig, og begrunnet med samme standpunkt. Hun visste ingenting om undertegnede, annet enn litt om min arbeidserfaring i yrket, og alder.

Å si at jeg ble overrasket ville være galt, det ble jeg ikke. Det har skjedd en brutalisering i arbeidslivet, også i vår sektor, de siste årene. Men en så konkret melding om hvem som er ønsket og uønsket har jeg nok ikke fått før.

Når ble det sånn at folk som har vært sykmeldt ikke skal få lov å søke ny jobb? Når ble folk med

langvarige sykmeldinger bak seg en ensartet gruppe som det er «farlig» å ansette? Er det bare «unnasluntre» og «dovenpels» som er sykmeldt for kortere eller lengre tid? I gruppen «langvarige sykmeldinger» finner man som kjent alt fra trafikkskadde til folk som har hatt somatiske sykdommer som kreft, eller folk med psykiske plager eller nedslittethet. Kort sagt absolutt alle avskygninger av somatisk og psykisk sykkelighet.

Det er sjokkerende at representanter for vår yrkesgruppe (som burde vite bedre) står for slike holdninger. At det har blitt greit å diskriminere

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

### Fotograf

Bildet på forsiden og illustrasjonsbildene til temaet i nr. 1 var tatt av fotograf Stig Weston. Hans byline manglet beklageligvis i bladet.

Red.

### Misvisende om ambulant team ved DPS

Ambulant team og krisepost ved distriktspsykiatriske sentra (DPS) har ikke ført til endring i liggedøgn eller tvangsinnleggelse ved psykiatrisk akuttavdeling.

Etter intervju med leder for ambulant psykiatriteam May Kristin Sæther og avdelingssjef Trond Aarre ved Nordfjord psykiatrisenter (NPS), skrev Bjørn Arild Østby i Sykepleien 8/2009: «38 telefoner til ambulant team ved Nordfjord psykiatrisenter har bidratt til å redusere antall liggedøgn blant nordfjordinger ved helseforetakets akuttavdeling med 30 prosent.» Det ble også nevnt at det ambulante teamet hadde hindret tvangsinnleggelse, uten at man ville angi tall. Dette var resultater tre måneder etter at ambulant team var opprettet.

Jeg er meget fornøyd med samarbeidet med NPS. Men tall

for hele året 2009 viser at det ikke har vært noen vesentlig endring i Nordfjords bruk av helseforetakets akuttavdeling ved Psykiatrisk klinikk i Førde. For nordfjordinger var således antall liggedøgn og innleggelse ved akuttavdelingen bare 17 prosent og 5 prosent lavere i 2009 enn i 2008. Antall tvangsinnleggelse var 14 i 2008 og 13 i 2009. Velger man å sammenligne med 2007, var faktisk antall liggedøgn og innleggelse 37 prosent og 17 prosent høyere i 2009. Selv om ambulant team kan være nyttig, er det altså åpenbart andre faktorer som bestemmer behovet for opphold i akuttavdelingen.

Tallene fra Sogn og Fjordane er forenlig med resultater publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2009, fra en undersøkelse i Telemark (Kolbjørnsrud O-B, Larsen F, Elbert G, Ruud T. Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sykehus?). Der ble to områder med hvert sitt distriktspsykiatriske senter (DPS) sammenlignet før og etter etablering av akutteam ved ett av dem. Man fant ingen signifikant reduksjon av akuttinnleggelse fra området med psykiatrisk akutteam.

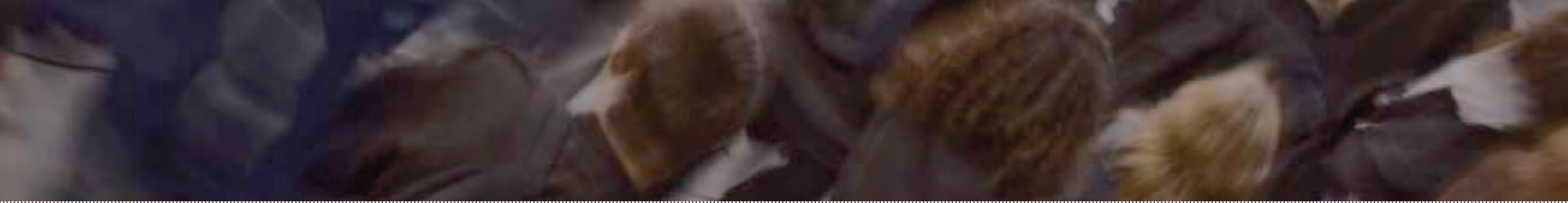
I samme nummer av dette tidsskriftet ble det publisert en undersøkelse fra Buskerud der innleggelse

ved akuttavdelingen fra områdene for to DPS-er ble sammenlignet før og etter etablering av ny krisepost ved ett av dem (Bergerud T, Møller P, Larsen F, Veenstra M, Ruud T. Krisepost ved distriktspsykiatriske senter reduserer ikke akuttinnleggelse i sykehus). I strid med forventningene økte antall innleggelse ved akuttavdelingen fra begge opptaksområdene, uten signifikant forskjell mellom områdene.

Trond Aarre mener «Man må kutte i akuttpsykiatrien og overføre ressurser til distriktspsykiatriske sentre. Akuttpsykiatrien er feil sted å putte pengene», gjengitt i Dagens Medisin i 2006.

Jeg vil advare mot en slik svekkelse av akuttpsykiatrien. Psykiater Terje Tørrissen har påpekt (også i Dagens Medisin i 2006) at utbygging av DPS-er ikke har redusert antall innleggelse i akuttpsykiatrien, og at det fins liten forskning som støtter at den kommer til å gjøre det. Han minner om at akuttpsykiatri er en høyspesialisert oppgave som det er viktig å gjenreise tilliten til. Han mener DPS-ene siler ut hva slags pasienter de vil ha. Hans undersøkelse viste at én eneste pasient fra den akuttavdelingen han gransket, ble overflyttet til et DPS i løpet av et halvt år. «Mange akuttavdelinger har





## «Kvinnene vender ryggen til omsorgsyrkene – vingeklipp englene.»

søkere som har vært syke og som gjerne vil jobbe etter sykmeldingen.

Det må være lov å spørre om hvem som misbraker sykelønsordningen i dette samfunnet. Kanskje det rett og slett i mange tilfeller er arbeidsgiver som misbraker den og bidrar til å holde folk «nede» hvis de har vært sykmeldt? Slike holdninger og slik ansettelsespraksis bidrar til utstøting og uføretrygding av folk som kanskje kunne klart seg om de fikk en annen jobb.

Unni Fonneland

Forsker Runar Bakken kommer med dette ut-sagnet i Sykepleien nr. 1 i år. I mine 20 år som sykepleier har jeg til stadighet fått høre av mine kollegaer at «dette ville ikke en mann ha funnet seg i!» når det har vært snakk om forskjellige arbeidsforhold som sykepleiere har jobbet under. Tida har kanskje kommet nå, hvor man begynner å se konsekvensene av politikken som har blitt ført. Det er synd at ikke politikerne ser at

man må tilby arbeidsforhold som er til å leve med og av.

Det snakkes varmt om at det er så viktig med fagkompetanse, men jeg har selv opplevd det motsatte. Jeg måtte slutte i min jobb i hjemmesykepleien i Sarpsborg kommune (Østfold) fordi jeg ikke hadde mulighet til å bruke privat bil i jobben. Det var viktigere at jeg kunne stille med bil enn at jeg var sykepleier! Jeg hadde en arbeidskontrakt som sa at jeg måtte disponere privat bil, så kommunen hadde sitt på det tørre. Jeg hadde jobbet der i 12 år og kunne telle på en hånd de gangene jeg hadde måtte bruke privat bil i tjenesten. Kommunen hadde kommunale biler, men ikke nok til alle. Vi fikk flere arbeidsoppgaver, og det måtte lages flere arbeidslister. Konsekvensen av det var at det ble utarbeidet en bilturturnus hvor de ansatte måtte bruke bil på rundgang. Dette hadde jeg ikke mulighet til. Jeg syntes det var urimelig å selv måtte gå til innkjøp av en bil som kun skulle brukes i kommunens lovplagte pleie og omsorgstjeneste. Jeg ble dermed bedt om å finne meg et annet sted å jobbe, noe jeg også gjorde.

Det er en enorm slitasje på de bilene som brukes i hjemmesykepleien. Antall brukere kan være over 20 per dag. Da blir det mange start og stopp for en bil i løpet av vakta. Vinterstid kan man selv tenke seg hvordan det sliter på bilen. Kilomtergodtgjørelsen man får er minimal. Skulle man komme ut for uhell i jobben, får man ingen kompensasjon i form av utgifter til verksted. Dette vil i realiteten si at man må trekke ganske mange tusen kroner fra den lønna man har til bil.

Jeg vet at mange kommuner tilbyr sykepleiere kommunal bil i hjemmesykepleien, og bra er det, men fortsatt henger mange kommuner etter.

Jeg mener det burde være en selvfølge at kommunen i sine stillingsannonser tilbyr både kommunal bil og arbeidstøy til sykepleiere.

Hanne Pettersen

bare én ansvarlig. Det er for lite. Utslitte psykologer og overleger foretar ikke så gode vurderinger som de burde», sier Tørrissen.

Hvis ressurser skal overføres fra akutt-psykiatrien til distriktpsykiatriske sentre, mener jeg disse sentrene må pålegges øyeblikkelig hjelp-plikt for frivillige innleggelses og plikt til å ta over pasienter omgående når leder ved akuttavdeling mener de kan overflyttes.

Per Bergsholm, overlege på akuttavdelingen, Psykiatrisk klinikk, Helse Førde.

### Feil og tendensiøst om Helsedirektoratets lovbrudd

Helsedirektoratet har brutt anskaffelsesloven og har derfor fått et forhåndsvarsel fra Klageorganet for offentlig anskaffelse (KOFA). Dette beskriver tidsskriftet Sykepleien i en artikkel i forrige nummer.

Det er dessverre riktig at vi har brutt loven. Men Sykepleiens artikkel er dessverre også preget av det jeg oppfatter som tendensiøse og feilaktige beskrivelser.

I artikkelen står det at «Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen blåste i anbudsloven for å sikre at legene skulle ta i bruk dataprogrammet e-Resept». Å påstå at jeg skal ha «blåst i anbudsloven» er en alvorlig påstand. Her etterlyser jeg mer

etterrettelighet fra Sykepleien. Hvilke kilder Sykepleien skulle ha basert seg på her er uklart.

Jeg har aldri blåst i, eller gitt tillatelse til at vi skal blåse i anbudsreglementet, snarere tvert om. Som øverste ansvarlig for Helsedirektoratet er jeg svært opptatt av at de lovene som regulerer vårt samfunn skal overholdes, hvis ikke kunne jeg ikke hatt denne jobben. Jeg og Helsedirektoratet ser svært alvorlig på Riksrevisjonens anmerkninger og på forhåndsvarselet fra KOFA. Derfor har vi nå også nedsatt en prosjektgruppe som skal vurdere, og iverksette tiltak for å lukke avvikene som KOFA og Riksrevisjonen har påpekt.

At artikkelen ellers inneholder tendensiøse beskrivelser som at «i 2006 lekte ledende helsebyråkrater med en tanke om å innføre et dataprogram i helsevesenet» (min uthevelse) og at «det direktoratet kanskje ikke hadde regnet med var Riksrevisjonens falkeblikk» gjør ikke saken bedre når dette samtidig kan kobles opp mot beskrivelse av at jeg skal ha «blåst i anbudsloven». Sykepleien omtaler en sak hvor Helsedirektoratet skal kritiseres for å ha brutt anbudsreglementet, men tidsskriftet gjør det på en måte som fremstår useriøs.

Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen, Helsedirektoratet

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

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



## DEBATT

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

# Sykehus til besvær – brutte forventninger!

Hvordan opplever pårørende og pasienter Akershus universitetssykehus?

Arbeidstilsynets har allerede presisert at det er en ubalanse mellom ressurser og oppgaver på flere avdelinger ved Ahus. Det er ikke ukjent at sykehuset er under nye omstruktureringer. Dette påvirker i stor grad arbeidsmiljøet på avdelingene, noe som igjen går ut over pasienter og pårørende.

Dagens situasjon på Ahus er sårbar for pasienter, pårørende og ansatte. Ahus har en stor pågang av akutte og elektive (planlagte) pasienter som har rett til god helsehjelp. For å kunne yte den gode helsehjelpen, trenger vi tillit fra befolkningen og ressurser for å takle de utfordringer som pasienter krever av Ahus. Pårørende og pasienter opplever en krise hvor forventningene om hjelp er større enn det rammene innfor sykehuset fire vegger kan tilby. Ahus er nok ikke uskyldige i sin pengebruk og feil har nok blitt gjort. Skal det gå ut over pasientene? Ressursene styres av økonomien og bevilgningene som kommer fra staten. Når så staten lukker pengesekken, går det utover de svakeste av borgerne som er i en sårbar situasjon. Hvor har det blitt av moralen til de som styrer ressursene?

Er det ikke slik at lov om pasientrettigheter bør være styrende hva angår tildeling av ressurser? Helt konkret så er sengepostene på Ahus bemannet med sykepleiere og hjelpepleiere i forhold til et belegg på 90 prosent. Det er dette tallet som også styrer hvilke ressurser posten får. Men når belegget ofte beveger seg opp til rundt 120 prosent, betyr det at inneliggende pasienter får mindre oppfølging, flere avvikende hendelser oppstår, fare for at pasientene blir liggende lenger på grunn av at komplikasjoner oppstår. Dette fører også til misfornøyde pårørende.

For personalet som ikke får økte ressurser ved høyere belegg, blir arbeidsbelastningene større og sykefraværet høyere. Umotiverte pleiere slutter og gir høyere turnover. Sykehuset vil ved dette miste nødvendig kontinuitet og viktig kompetanse. Ahus har ved flere sengeposter ofte for mange inneliggende pasienter enn det er plass til etter brannforskriftene. Overbelegg over tid går ut over pasientbehandlingene.

En trenger ikke være et geni for å se at dette er en vond spiral og av mange oppfattes som en krise. Jeg vil si at det er en krise hvis et sykehus som sliter

med å takle de daglige belastningene opplever ikke å kunne takle økte belastninger, som kreves av et helseforetak. Det er svært uheldig at menneskelig er nødt til å gå tapt for noen oppdager at det er mangel på ressurser! Jeg vil tro at:

- ▶ god bemanning i helsevesenet vil gi pasienter trygghet og oppfølging som vil føre til kortere liggetid på sykehus.
- ▶ god bemanning vil føre til redusert sykefravær og økt motivasjon for jobben
- ▶ dette vil bli mer økonomisk på lang sikt, fordi en da er mer robuste til å takle utfordringer.

Disse positive effektene vil føre med seg mindre stress i hverdagen og risikoen for å gjøre menneskelig feil blir mindre.

Det burde, etter min mening, være fullt mulig i et rikt land som Norge å drifte et sykehus på en måte som gjør at pasientene, pårørende, ansatte og samfunnet har tillit til at syke mennesker skal få den hjelp de trenger.

Mvh. sykepleier og tillitsvalgt i NSF, Stig-Thomas Bjørklund

## Riskhospitalet





## MINNEORD

### Berit Ane Andersen

På kvelden den 16. november ringte telefonen. I andre enden var Berit Anes blide stemme. «Kjæm du itj oppover snart?» Og samtalen ble avsluttet med en avtale om at vi skulle treffes i januar, og at deler av sommeren skulle tilbringes i fellesskap i Sverige. Lite visste vi om hva morgendagen skulle bringe. Bare noen timer senere omkom Berit Ane i en bilulykke i Trondheim sentrum.



Berit Ane ble utdannet ved Sykepleierhøgskolen i Trondheim i perioden 1980 – 1983. Hun var et sentralt midtpunkt både på skolen og privat. Alltid blid, godt humør og utrolig løsningsorientert! Hun var et engasjert menneske som elsket diskusjoner, og hadde mange og klare meninger, alt fra sykepleierens rolle, til EU, sminke og klær!

Ettersom årene gikk fikk Berit Ane mange helsemessige utfordringer. Men det stoppet henne ikke i å nå de målene hun satte seg. Hun var helt utrolig til å planlegge, og på tross av at hun etter hvert ble avhengig av rullestol, gjennomførte hun både en seiltur og en reise på egen hånd til New York. Og vi andre funderte mange ganger på hvor hun tok energien og pågangsmotet fra.

Berit Ane gjennomførte flere videreutdanninger, og så sent som i fjor vår tok hun grunnfagseksamen i spansk. Den siste kvelden hun levde sa hun at det hadde kostet mye innsats, og at hun var så fornøyd med endelig å være ferdig. Nå skulle hun kose seg med bøker, lesesirkel, sosial samvær og et nytt strikkeprosjekt til en av nevøene sine.

Berit Ane var så utrolig glad i livet. Det var sjelden hun lot andre få merke de utfordringene hun hadde møtt. Hun snakket ofte om familien sin og ikke minst foreldrene sine, «sjølan» som hun kalte dem. Når ting blir for vanskelig, sa hun, da ringer jeg bare til dem og de er her tvert!

I minnesamværet etter bisettelsen sa en av Berit Anes brødre at det var akkurat som om et lite vindpust hadde kommet og blåst henne bort fra oss. Dette lille vindpustet har skapt et stort tomrom.

Og jeg er sikker på at Berit Ane hadde kommet til å si: «Dere må gjerne gråte og være lei dere en stund». Men hun ville garantert også si at sorgen ikke må være det som preger minnet, men hvordan hun faktisk var. Og så ville hun nok lagt til: «Så håper jeg at dere har lært litt av meg, også!»

*Bente Norunn Løkken Kjøge*

### Maria Drønen Eide

Tidlegare helsesøster i Åsane og i Ulvik og Granvin, Maria Drønen Eide, sovna fredfullt inn 20. januar vel 88 år gamal. Maria vart fødd i 1921 på Drønen i Austevoll som den eldste i ein søskenflokk på seks. Faren Elias var fiskar og mora Kari Anna var fiskar-bondekone. Maria måtte tidleg ta del i arbeidet på garden og i faren sitt fiskarbruk. Under krigen jobba ho nokre år i butikk på Rostøy og fekk der nærkontakt med motstandsørsla og overfarten til Shetland.



Frå 1943-45 tok ho utdanning som sjukepleiar på Betanien i Bergen. Ho arbeidde mellom anna ved Betanien og ved Harastølen sanatorium for tuberkuløse.

Maria kom frå ei slekt med jordmødrer og hjelpekoner, og i åra 1948-49 tok ho utdanning som jordmor på Kvinneklinikken i Bergen. Same året melde ho seg inn i Norsk Sjukepleiarforbund. Etter nokre år på Kvinneklinikken, tok ho til på helsesøsterutdanning i Oslo 1952-53. Helsesøstrene vart utpeika som nøkkelpersonar i attreisinga av folkehelsa etter krigen, og Maria hadde eit brennande engasjement for dette viktige arbeidet.

I 1952, på kvinnedagen 8. mars, gifta Maria seg med Einar Eide frå Bergen, og saman fekk dei tre barn. I nokre år var ho helsesøster og distriktsjordmor i Arna og Haus, og i 1956 vart ho tilsett som helsesøster og distriktsjordmor i Åsane kommune. Her arbeidde ho fram til 1970 då ho flytta til Ulvik der ho og mannen hadde kjøpt ein gard. Her byrja ho som helsesøster i Ulvik og Granvin herad.

I 1972-73 tok ho Sosialhøgskulen sin desentraliserte etatsopplæring. Ho arbeidde som helsesøster i Ulvik og Granvin heilt fram til ho gjekk av med pensjon i 1987. Ho fekk Sjukepleiarforbundet si heiders-nål for 30 års aktiv teneste.

Maria var ei føregangskvinne og kvinnesakskvinne i den forstand at ho synta at det å ta lang utdanning, få barn, vere kone, medmenneske, dotter, søster og ven lot seg kombinere med å vere i full stilling gjennom heile livet. Gjennom å gjere dette – utan store ord eller behov for å sette seg sjølv i fokus – viste ho at ho var ei slik føregangskvinne. Ho bana slik sett veg for den likestillinga vi i dag tek som ei sjølvfølgje.

Sitt sosiale samvit og engasjement viste ho ved å støtta ei rad humanitære og sosiale organisasjonar. Ho var mellom anna medlem i Framtida i våre hender, Soppforeningen og Norsk Nyttvektstforening.

Ho ausa av sine kjelder og gav av dette til barna, sin mann, barnebarn, svigerbarn, søsken, vener, kollegaer og til andre ho møtte på sin veg. Dei som vart kjend med Maria fekk eit særskilt forhold til ho. Ho var eit fantastisk menneske som alltid ville alles beste og som alltid ville hjelpe til, eit menneske ein ser opp til og beundrar.

Ho etterlet seg eit stort tomrom og saknet er stort. Alle dei gode minna tek vi med oss i hjarta våre vidare i livet. Me beundrar ho alle for alt det flotte ho gjorde i livet sitt, og alt det flotte ho førte inn i våre liv.

Vi lyser fred over hennar minne.

*Barna, barnebarn ved Åshild Lekve Eide, slekt og vener.*



Professor ved seksjon for helsefag,  
Universitetet i Oslo  
Kristin Heggen



Forsker ved pedagogisk forsknings-  
institutt, Universitetet i Oslo  
Tone Dyrdal Solbrekke

# Ikke bare regnskapsplikt

Omlegginger i helsesektoren har fått betydning for sykepleieansvaret. Sykepleieren må stå til ansvar på nye måter! Hvordan og hvorfor?

**G**enerelt innebærer det å ta ansvar at en må kunne svare for sine handlinger og påvise at de er i samsvar med krav til faglighet samt etiske regler og retningslinjer. En sykepleier må kunne stå til rette for sine vurderinger og handlinger. Brukere og pasienter må kunne stole på at enhver sykepleier forankrer sin praksis i kunnskap og gjør løpende vurderinger av hva som er rett og riktig å gjøre. Sykepleieren har altså et faglig, etisk og personlig ansvar. Det dreier seg ofte om handlinger og vurderinger som ikke kan forhåndsdefineres eller måles etter gitte kriterier.

## Skjønn og felles ansvar

Det vi vanligvis snakker om som profesjonelt ansvar henger nært sammen med profesjonelt skjønn. Det bygger på tillit til at profesjoner «holder orden i eget hus» og gir handlefrihet for profesjonsutøveren sykepleieren til å bruke sin kompetanse til å overskue situasjonen, beslutte å handle pluss begrunne sin praksis. Jo større handlingsrom, jo større frihet og ansvar.

Inspirert av feministisk omsorgsetikk er sykepleieres ansvar blitt synliggjort som et ansvar basert på spesifikke situasjoner, relasjoner og akkumulert erfaring. De kollektive trekkene ved sykepleieansvar er godt beskrevet av de to forskerne Ingunn Elstad og Torunn Hamran. De viser at ansvar ikke bare dreier seg om den enkeltes valg i ulike situasjoner, men like mye om et felles ansvar. Svikter vi-mentaliteten på en sykehusavdeling, så svikter hele pleien og avdelingen blir et uttrykt

Ansvaret og plikten for regnskapene og rapportene må ikke overskygge det moralske ansvar

sted å være for pasientene. De to forskerne har også vist at et felles ansvar bidrar til å opprettholde kontinuiteten i kliniske virksomheter.

De kollektive og skjønnsbaserte ansvarsformene er satt under press de siste tiårene. Vårt anliggende er å vise at det tradisjonelle ansvaret brytes mot andre former for ansvar. Det er disse brytningene vi vil synliggjøre og forklare.

## Stoppeklokkeomsorg

Arbeiderpartikjempen Haakon Lie var kjent for sitt klare hode og en usminket argumentasjon. Når han i en alder av nær hundre opplevde effektivisering med tilmålte minutter til hjemmehjelp og omsorg, ble han rasende. I et intervju med Dagsavisen sommeren

2005 sammenlignet han stoppeklokkeomsorgen med det Stalin kalte kvotering, nemlig at du hver dag måtte oppfylle en bestemt kvote, eller aller helst overskride kvoten. Han uttrykte også en stillferdig sårhet over det å oppdage at de som takket ja til en kaffe og prat med AP-høvdingen var personer som brukte av sin egen fritid.

Haakon Lies erfaringer er en god illustrasjon på nye former for ansvar som utfordrer og bryter med profesjonens faglige og etiske ansvar. Det er ikke lenger bare det tradisjonelle profesjonelle skjønn eller relasjonen til brukeren som blir avgjørende for hvordan arbeidsoppgavene skal løses. Premissene for arbeidet og ansvaret er like mye definert utenfor relasjonen. Sykepleieren må nå være tilstrekkelig effektiv og levere forventet tjeneste innenfor et avgrenset og gitt tidsrom. Hvordan kan så Haakon Lies erfaringer forstås?

## Tidsskillet

Det går et tidsskille i hele den offentlige sektor på 1980-90-tallet. Vi får en ny offentlig styringsmodell, New Public Management. Det er ikke lett å beskrive disse endringene med få ord. Men kort fortalt skal politikere gis større styringsmakt over profesjonelt arbeid. Det er videre en idé om at målstyring, delegering og økt konkurranse mellom offentlige institusjoner bedrer både kvalitet på tjenestene og øker lønnsomheten. Regjeringens sykehusreform fra 2002 hadde det tidstypiske slagordet «Mer helse for hver krone».

Den nye styringsideologien er også forankret i demokratiseringsønsker. Brukeres rettigheter skal styrkes. Den enkelte bruker skal ha større innflytelse over de beslutninger som vedrører dem selv. Demokratiseringen kan også avleses i økonomistyring gjennom rammebevillinger. Lokale enheter, og de som selv kjenner hvor skoen trykker, skal foreta nødvendige prioriteringer. Målene settes av politikere mens ansvaret for å prioritere blir gitt til den enkelte institusjon og delegeres videre til sykepleierne. Vi får foretakslignende organisasjoner i helsevesenet og for øvrig i offentlig sektor, og profesjonelt arbeid kontrolleres på nye måter.

## Regnskapsplikt

For å tydeliggjøre brytningen de nye kontrollformer medfører, går vi veien om engelsk språk som har to ulike ord for ansvar. Det ene er «responsibility» og henleder oppmerksomheten omkring det tradisjonelle moralske ansvaret og allmenne sykepleiefaglige plikter. Det andre ordet er «accountability» eller det vi omtaler som regnskapsplikt. Det er et ansvarsbegrep som gjerne brukes i forbindelse med jus, økonomi og styring av organisasjoner. Denne formen for ansvar handler om en plikt til å levere resultater i henhold til forutbestemte økonomiske måltall, og er en dominerende form for ansvar innenfor

New Public Management. Det kan være plikten og ansvaret for ikke å bruke mer enn det tilmålte antall minutter per bruker, slik Haakon Lie erfarte. Det er måltall som er bestemt utenfor selve den profesjonelle relasjonen. Sykepleiarbeidet har fått en ny og sterkere styring utenfra, og tilliten til profesjoners selvstyring synes å være svekket.

I denne nye offentlige styringsmodellen ligger kimen til nye arbeidsvilkår for sykepleiere og andre profesjonsutøvere. Hva kan forskningen si oss om sykepleieres erfaringer med sitt nye ansvar?

#### Maktens samvittighet

Overskriften er lånt fra tittelen på boken som Halvard Vike og hans forskerkolleger publiserte i forbindelse med den store norske makt- og demokratiutredningen (1998-2003).

Det er en erfaringsnær grasrotstudie som identifiserer og forklarer samspillet mellom velferdsstatens hierarkiske nivåer – mellom politikk, forvaltning og konkret omsorgsarbeid.

Dette er solid empirisk forskning som setter sykepleieren inn i et politisk spill og viser oss logikken i de erfarte lojalitetskonflikter og opplevelsene av en splittet ansvarsfølelse.

Det høyaktuelle politiske spørsmålet for enhver kommune er hvordan den skal skaffe seg kapasitet til å innfri det skyhøye ambisjonsnivået på velferdstjenester. Kapasitetsproblemer er påtrengende, og misforholdet mellom ytelseskrav og yteevne skaper dilemmaer som delegeres til grasrota. I forsøk på å finne «løsninger» rapporterer sykepleiere om kapasitetsproblemer. Det er problemer som manifesterer seg i form av en utilstrekkelighetsfølelse, hevder Vike og hans forskerkolleger.

Ikke bare rapporterer sykepleiere utilstrekkelighetsfølelser, men også følelsen av å være overbelastet av ansvar. Stående ansikt til ansikt med brukeren er lojaliteten sterk, men samtidig erfarer sykepleiere et press i retning av å gå på akkord med egen faglige og etiske standard for å spare minutter og kroner.

Det er altså en splittet lojalitet og motsetningsfylte ansvarskrav sykepleiere erfarer. Videre viser forskerne at det foregår en privatisering av utilstrekkeligheten som gjør den lite tilgjengelig for kollektiv bearbeiding og protest. Det er åpenbart alvorlig hvis sykepleiere, som bærer maktens samvittighet, forstår utilstrekkeligheten som et problem ved dem selv og ikke evner å artikulere erfaringene og argumentere offensivt for egne arbeidsvilkår. Individualiseringen av ansvar er også et tydelig brudd med den tradisjonelle kollektive pleiekulturen hvor delt ansvar var et typisk kulturtrekk.

#### Å stå til ansvar på nye måter

Vår disseksjon er et forsøk på å gjøre noen snitt inn i den nye of-



Arkivfoto: Erik M. Sundt

**DOBBELT PRESS:** Sykepleierne opplever forventning om lojalitet både fra pasientene og ledelsen, som krever dokumentasjon og streng økonomistyring. Det er altså en overgang fra det å ta ansvar gitt under tillit til profesjonen, til det å ta ansvar ved å redegjøre for sin virksomhet. Arkivfoto: Erik M. Sundt

fentlige styringsmodellen og løfte frem noen konsekvenser for det profesjonelle ansvar. Forskning har vist at det er betydelige endringer i måtene profesjonelt arbeid kontrolleres og styres på, og følgelig krever arbeidet nye former for ansvar. Den enkelte sykepleier må i større grad gjøre rede for sin virksomhet. Hun og han må kunne vise til resultater både overfor arbeidsgiver og brukere. Det kollektive ansvar er svekket.

Det er altså en overgang fra det å ta ansvar gitt under tillit til profesjonen, til det å ta ansvar ved å redegjøre for sin virksomhet. Overgangen er ikke hel og fullstendig. Vi tror at ansvar mest treffende forstås som brytninger mellom ulike ansvarsoppgaver. Dette er dilemmaer som må håndteres av den enkelte sykepleier. Hun eller han må lære seg å forhandle frem og argumentere for kompromisser mellom ulike og potensielt motstridende interesser.

Dagens sykepleieansvar må forstås bredere og på nye måter, og her har både profesjonsutøvere og ledere for sykepleierutdanningene et felles ansvar. Regnskapsplikt må balanseres opp mot det å gi sykepleiere tillit og et tilstrekkelig handlingsrom for skjønnsutøvelse. Vi vil gjerne flagge hensynet til brukeren som et overordnet hensyn som vi mener bør ha prioritert oppmerksomhet. Ansvaret og plikten for regnskapene og rapportene må ikke overskygge det moralske ansvar for å overveie hva som er rett og riktig i forhold til den enkelte bruker. ■



## DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om å ta tilbake makten i eget fag

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

# Fra Løgstrup til Marx

Sykepleierne har for lenge vært for snille, stille, og individorienterte, slik at det har gått på bekostning av sykepleiefaget.

Ved Høgskolen i Bodø har man nettopp opprettet et nytt masterstudium i klinisk sykepleie, og alle vi som jobber med og er opptatt av sykepleiefaget, er stolte og glade over at videreutdanningene i sykepleiefaget endelig er blitt godkjent og integrert som en del av masterprogrammet. Som fore-

ledelse? Det virker som om svarene på disse spørsmålene er gitt en gang for alle. Ledelseskunnskap i sykehuset og andre steder blir ofte sett på som atskilt fra den faglige kunnskapen. Man ser på ledelse som et fag i seg selv, og fokus for dagens sykehusledelse har i vesentlig grad blitt på administrasjon og økonomistyring, i

danninger. Ex phil for sykepleiere og andre profesjonsutdanninger er ingen dårlig idé, men en ordinær ex phil kan ikke presses inn i et allerede fullpakket rammeplanstyrt bachelorprogram, på bekostning av sykepleiefagets grunnlagstenkning og profesjonsetikk. Sykepleie har lang tradisjon når det gjelder helhetstenkning og verdier i eget fag, og deler av bachelorprogrammet kan sikkert godkjennes som en fagspesifikk ex phil, dersom dette er ønskelig.

For meg som er sykepleier er ikke fokus på dannelse, helhet, verdier og etikk noe nytt. Både gjennom egen grunnutdanning og videre studier i sykepleiefaget, har det vært stor vekt på dannelsesfag som filosofi og etikk. Gjennom hele min karriere som foreleser og underviser på bachelor-, videreutdanning og masternivå i sykepleien har dannelsesfagene utgjort en betydelig del av grunnlagstenkningen i sykepleiefaget. Ikke minst har man hatt stor fokus på veiledning og refleksjon i praksis, og på integrering mellom teori og praksis. Målet er å utdanne dannede sykepleiere, som er rustet til å møte dilemmaer og utfordringer der ute.

### Bør vende oss mot Marx igjen

Den kjente filosof og sykepleier Kari Martinsen har i sitt forfatterskap hatt en dreining fra sykepleiens samfunns- og politiske engasjement mot omsorg for enkeltindivid, etikk og verdier, noe tittelen på klassikeren «Fra Marx til Løgstrup»(2) avspeiler. Jeg er ikke

Hva er viktigst; kunnskap om eget fag, forskning, fagutvikling og verdier, eller kunnskap om økonomi, organisasjon og ledelse?

leser og studieleder oppleves det særdeles inspirerende å møte erfarne og kloke sykepleiere med videreutdanning og lang yrkeserfaring, som nå er i gang med masterstudier i eget fag.

Men ikke alle forstår betydningen av og verdien av å ha en mastergrad i sykepleie. Hva skal disse masterkandidatene brukes til i klinikken? Skal de ha lederstillinger i sykehus og kommunehelsetjeneste, eller må det opprettes egne spesialstillinger for dem? De fleste sykepleiere som tilsettes i lederstillinger har ikke master i sykepleie, men master i helseledelse og lignende. Hva kreves for å være leder i sykehuset? Hvilken kunnskap er viktigst; kunnskap om eget fag, forskning, fagutvikling og verdier, eller kunnskap om økonomi, organisasjon og

markedskreftenes og god «New public management» ånd.

### En ny bølge

I den seinere tid, og kanskje som en reaksjon på dette, har det dukket opp en ny bølge. Man snakker om verdibasert ledelse, helhetlig ledelse, kommunikasjon og dialog. Filosofien og etikken har fått sin renessanse, og filosofer og etikere reiser land og strand rundt, og foreleser om betydningen av faglig og etisk refleksjon, de gode samtalene, faglige og etiske verdier osv.

I 2009 kom Dannelsesutvalget for høyere utdanning med innstillingen «Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre» (1), hvor det blant annet foreslås at ex. phil skal bli en del av alle profesjonsut-

### Andre faste bidragsytere



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo  
Per Nortvedt



Leder Rådet for sykepleietikk  
Marie Aakre

uenig i at hovedfokus i sykepleien må være ansvaret for den enkelte, med de grunnlagsverdiene det innebærer. Men kanskje er tiden inne for at sykepleierne som faggruppe også bør vende seg mot Marx igjen. Sykepleierne har for lenge vært for snille, stille, og individorienterte, slik at det har gått på bekostning av sykepleiefaget. Tidligere ble sykepleierne betraktet som legenes assistent. Vår stolthet – arven fra de «gamle pionerer» er et ansvar vi må forvalte. Vi trenger å ta tilbake makten, styringen og kontrollen over eget fag. Det gjelder både innen utdanning og i praksisfeltet. Da trenger vi ikke økonomer til å fortelle oss hvordan vi skal bli gode ledere, eller filosofer til å fortelle oss hvordan vi skal bli dannede sykepleiere, men kan stole på egne krefter. Samtidig skal vi selvsagt samarbeide med andre profesjoner og yrkesgrupper til beste for pasientene, og i tråd med sykepleiernes samfunnsoppdrag. ■■■



Foto: Scenpix

#### LITTERATUR

1. Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre. Innstilling fra dannelsesutvalget for høyere utdanning, 2009.
2. Kari Martinsen: Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: Tano, 1993.

#### Til refleksjon

- › Hvem skal forme faget og utdanningen vår fremover – vi eller andre?
- › Hvilken type kunnskap mener du er viktig for den som skal lede sykepleiefaget?
- › Hva mener du er viktig for god fagutvikling der hvor du jobber?
- › Hva kan andre lære av sykepleiere?

Send din mening på epost til [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.

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

Flere dilemma på Sykepleien.no under fanen interaktivt.



Hvem: Ronalie Cravalho Catalon

Alder: 40 år

Utdanning: Sykepleier og lærer

Yrke: Sykepleier

Hvorfor: Fordi hun stod fram under

sykepleierstreiken som den sykepleieren

som tjener minst i forhold til den vedtatte

minstelønnen i Oslo kommune.

# Streikens ansikt

Da Ronalie C. Catalon ble ansiktet til de underbetalte privatansatte sykepleierne under streiken, fikk hun pepper fra sine filippinske kolleger. De ble redde.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Therese Borge**

*«Mange har støttet meg og spurt hvor jeg fikk motet fra, men en del ble redde for hvordan det nå skulle bli å være filippinsk sykepleier.»*



**H**un savner stranden med den røde solnedgangen. Ronalie Cravalho Catalon tegnet i sanden og bygde sandslott på den som liten, hjemme i kystkommunen Bacarra, nordvest på Filippinene.

Og så savner hun pancit; nudler med grønnsaker som serveres til fest. De skal være lange for å symbolisere et langt liv og god helse. Man må ikke dele dem, da ødelegges symbolikken.

Moren var syerske og faren hadde ustabil inntekt som forsikringsagent. De fikk mat hos venner hvis det var knapt hjemme.

Lille Ronalie drømte om å bli advokat eller lege.

– Det er gratis å drømme, sier hun og sveiper det 40 år gamle blikket ut av kafévinduet over et vinterkaldt Oslo.

Det ble underbetalt sykepleie ved et privatdrevet sykehjem i Norge isteden, mens hun går glipp av oppveksten til døtrene sine, Yanina Bjeate på åtte og Jehdeiah Leidel Mae på ti år. De bor med faren som er musikk lærer i Bacarra.

Mest av alt savner hun dem.

**SYKEHJEMSSYKEPLEIEREN ER LITEN** og nett som filippinerne gjerne er. Men hun har nettopp begått en ufilippinsk handling: Hun har sagt ifra der mange av hennes landsøstre tier. I januar og februar streiket hun for at sykepleiere i privat sektor skal få tariffavtale på linje med sine kolleger i det offentlige. Hun lot seg til og med bruke som verstingeksempel: Catalon er den privatansatte sykepleieren som har tjent minst i forhold til det Oslo kommune har satt som minstelønnsgrænse. 50 000 kroner

*«Jeg gjør dette for døtrene mine. For at de skal kunne utdanne seg til det de drømmer om.»*

for lite i året, ifølge Norsk Sykepleierforbund (NSF).

I mars har hun vært i Norge i tre år. Hun deler leilighet med en venninne og hennes tre barn. Hele tiden har hun jobbet på Paulushjemmet som sykepleier. I helgene kan hun ha ansvaret alene for 92 eldre. På Filippinene jobbet hun som sykepleier fra 1991 og underviste også to år ved sykepleierutdanningen. NSF sier hun har 13 års ansiennitet.

– Kirkens bymisjon eide Paulushjemmet tidligere. Fra dem fikk jeg vite at det kun er ansiennitet fra jeg fikk den norske autorisasjonen som skal gjelde, sier hun.

Men loven sier at ansiennitet skal regnes for all arbeidserfaring fra fylte 18 år. I Norge har man også krav på ansiennitet ved omsorg for barn.

– Hvorfor gidder du å jobbe et sted der du får så lite i lønn?

– Fordi jeg har så gode kolleger og trives så godt. Jeg har takket nei til en bedre betalt stilling jeg ble tilbudt i Larvik fordi jeg ikke er garantert å få like gode kolleger der. Jeg liker også de gamle beboerne ved Paulushjemmet godt. Filippinere setter pris på god kontakt. Vi tar det med i hjertet vårt.

Det er mange utenlandske sykepleiere som jobber i de private sykehjemmene uten tariffavtale. Ni av de 17 som tjener under Oslo kommunes minstelønnsgrænse har utenlandske navn.

– *Handler dette om sosial dumping?*

– Det vet jeg ikke, sosial dumping er et begrep jeg ikke har noe forhold til.

– *Er det bevisst utnyttning av utenlandsk arbeidskraft?*

– Kanskje. Jeg vet ikke.

**CATALON ANGRER IKKE** på at hun stod fram i media under streiken.

– Mange har støttet meg og spurt hvor jeg fikk motet fra. Men en del ble redde for hvordan det nå skulle bli å være filippinsk sykepleier. De frykter å miste jobben. De som tar ekstravakter er redde for at de ikke skal få flere ekstravakter.

Foreldrene og mannen hennes liker heller ikke at hun har blitt kjent som streikesykepleieren. De bekymrer seg for at det skal skje noe med henne når de ikke er her og kan hjelpe henne.

– Vi filippinere er ikke flinke til å si ifra. Vi er typisk sjenerte, respekterer arbeidsgiver og orker ikke konflikt. Krever man høyere lønn på Filippinene, får man sparken. Men jeg lærte å stå på for det jeg tror på av min amerikanske adoptivfar, Elmer F Cravalho, sier hun.

Cravalho som er født i 1926, er tidligere ordfører på Maui, Hawaii. Han har adoptert fem barn. Catalon ble adoptert da hun var tolv år.

På Filippinene er grunnskolen seks år og gratis. Videregående er også gratis, men rundt 30 prosent går på private videregående skoler som koster penger, ifølge Store Norske Leksikon. All utdanning ut over videregående koster.

– De private skolene gir mye bedre undervisning. Min adoptivfar er filantrop og har sørget for at minst 500 barn på Filippinene har fått god skolegang, sier Catalon.

Selv fikk hun både sykepleier- og lærerutdanningen betalt av ham. Han ønsket ikke at hun skulle bli advokat, men hun fikk begynne på det ti år lange medisinstudiet.

– Jeg gikk ett år og så ombestemte jeg meg fordi jeg var mye syk. Jeg ble sykepleier i stedet. Nå er det min tur til å videreføre det sosiale engasjementet.

Hjemme på Filippinene finansierer den lave sykepleierlønnen hennes på 305 000 kroner deler av skolegangen til over ti barn.

– På Filippinene blir hver krone verdt syv ganger mer, sier Catalon.

**DA RONALIE CATALON VAR ÅTTE ÅR**, hørte hun første gang om Norge på skolen. Hun husker at hun lærte at det var «the land of the midnight sun», og at hun fikk lyst til å dra hit. Aldri hadde hun trodd at hun virkelig skulle komme til å gjøre det.



– Det er vanskelig å få jobb på Filippinene. Selv om det er mange ledige stillinger, ansetter de ikke folk. Man må nesten kjenne en korrump politiker man kan bestikke for å få en stilling.

I 2000 hørte Catalon at det ble holdt et treukers norskkurs på Filippinene, og at man for en viss sum kunne få både språkkurs og billett. Både hun og søsteren ble med.

Etter kurset fikk Catalon jobbtilbud i Norge, men ble gravid så søsteren tok det i stedet. I dag bor søsteren i Larvik, hvor hun er gift med en nordmann og jobber som sykepleier.

Catalon kom til Norge i 2002 og jobbet på et kommunalt sykehjem i Stavern etter å ha tatt de to måneders kursene som krevdes for å få norsk autorisasjon. Men hun savnet datteren sin som var spedbarn så mye at hun returnerte etter et halvt år.

**NESTE GANG HUN KOM**, var i mars 2007, da den yngste datteren var blitt fem år og den eldste sju. De holder kontakten via telefonsamtaler og sms. Hun har bare sett døtrene sine én gang siden 2007.

– Jeg var hjemme en måned, i oktober. De første fire dagene ville de ikke snakke med meg. De snakket bare til faren som måtte si det videre til meg. Etter hvert åpnet de seg mer.

Når Catalon ser jenter på alderen deres her i Norge, lengter hun etter dem.

– Da blir jeg trist fordi jeg ikke får se hvordan de vokser til.

Her om dagen fikk hun telefon fra minstejenta som fortalte at storesøsteren hadde fått menstruasjon.

– Da måtte jeg fortelle henne over telefonen hva hun skulle gjøre. Heldigvis hadde jeg fått snakket med henne om det da jeg var hjemme i høst. Hun kan også snakke med faren sin om det.

– *Hvorfor velger du å være borte fra dem?*

– De vet hva jeg synes om fattigdommen på Filippinene. De vet at både jeg og de må ofre noe for å gjøre det bedre. Selv om loven sier det er gratis skole, stemmer det ikke helt i praksis. De må betale for flere ting, blant annet transport. Dessuten går døtrene mine på privat skole fordi de der får en mye bedre utdanning. Jeg gjør dette for døtrene mine. For at de skal kunne utdanne seg til det de drømmer om.

– *Hva drømmer de om, da?*

– Den eldste vil bli lege og gå på musikkonservatoriet. Den yngste vil også gå på musikkonservatoriet og gjøre som meg: bli sykepleier i utlandet.

– *Hva tenker du da?*

– Det kan være et bra liv. Jeg synes det er koselig i Norge. Har aldri opplevd diskriminering.

– *Hvor lenge holder du ut her?*

– Får se om to år hvordan det blir med meg her.

– *Skal du dra tilbake da?*

– Eller kanskje få familien hit. Barna til venninnen min som jeg deler leilighet med, trives så godt her at de ikke vil tilbake.

**JUSPROFESSOR HENNING JAKHELLN** har uttalt i Dagbladet at de privatansatte sykehjemssykepleierne som har fått for lite utbetalt, bør få tilbakebetalt manglende lønn.



«Vi filippinere er ikke flinke til å si ifra. Vi er typisk sjenerte, respekterer arbeidsgiver og orker ikke konflikt.»

– 50 000 kroner for lite i tre år blir 150 000 kroner. Hva vil du gjøre hvis du skulle få de etterbetalt?

– Det har jeg ikke tenkt på, men da kan jeg i hvert fall fortsette det sosiale arbeidet på Filippinene. Kanskje kan jeg også gi en liten premie til venninnene mine som støtter meg. ■■

Sykepleierstreiken ble stanset av arbeidsministeren etter 11 dager. Nå forbereder NSF saken for rikslønnsnemda. Det vil ta cirka en måned. NSF vil fortsette å jobbe med saken opp mot politikerne der også kommunerevisjonen er inne i bildet for å se på om kontraktene mellom de private selskapene og Oslo kommune er blitt fulgt.

Jeg synes de som tror det kommer en likelønnsrett, bør revurdere sin strategi.

**Anne-Kari Bratten**, viseadministrerende direktør i arbeidsgiverorganisasjonen Spekter

## Spolererer Spekter

**K**arin Andersen (SV), nestleder av Stortingets arbeids- og sosialkomité, mener viseadministrerende direktør Anne-Kari Bratten i Spekter, som har ansvar for lønnsforhandlingene i helseforetakene, bør finne seg noe annet å gjøre når hun motarbeider regjeringens arbeid for likelønn.

– Det har vært mye prat om likelønn i forkant av det kommende tariffoppgjøret. Har Norge et like lønnsproblem?

**Anne-Kari Bratten:** – Takket være kvinnekampen på 70-tallet, har vi i dag lik lønn for kvinner og menn i samme type stilling i samme virksomhet. Dette er også slått fast av Likelønnskommissjonen. Fremdeles er det likevel slik at kvinners yrkesinntekt er bare vel 60 prosent av menns. Hovedårsaken er at kvinner fremdeles har en mye svakere tilknytning til arbeidslivet, blant annet fordi de jobber mye deltid. Dette gjelder både i og utenfor turnusbedrifter, og det gjelder kvinner både med og uten barn.

– Det er arbeid som er bærebjelken i den norske velferden. Kvinner må ikke betraktes som reservearbeidskraft, men må få muligheten til å jobbe mer. Det er også bra for kvinners økonomiske selvstendighet. Det er et tankekors for meg at 50 prosent av mødrene jobber deltid, mens bare 5 prosent av fedrene gjør det. I en undersøkelse fra Postbanken sier syv av ti norske kvinner at det er OK å bli forsørget av en mann. Mange kvinner velger å slutte å jobbe når deres mann går av med pensjon, selv om de ikke selv har nådd pensjonsalder. Dette er likestillingspolitiske dilemmaer som vi må gjøre noe med for å få øket kvinners yrkesinntekt.

– Det er riktig at kvinner i snitt tjener mindre

enn menn. Hovedårsaken til dette er det kjønnsdelte arbeidsmarkedet der kvinner jobber i offentlig sektor og menn i privat sektor. I tillegg er det fremdeles slik at menn oftere søker seg til lederstillinger og dermed får høyere lønn enn kvinner. For eksempel er over 80 prosent av topplederne i Norge menn. De som tar til orde for en likelønnsrett for å utjevne forskjellen i snittlønn for kvinner og menn, tar dermed egentlig til orde for at det skal være lik lønn for utdanning av lik lengde. For eksempel slik at sykepleiere bør ha lik lønn som ingeniører i privat sektor fordi gruppene har lik lengde på sin utdanning. Dette har ikke noe med likelønn å gjøre. Spekter er derimot villig til å prioritere de gruppene som er særlig omtalt i Likelønnskommissjonens rapport i det kommende oppgjøret. Når man prioriterer utdanningsgruppene i helseforetakene, prioriterer man samtidig kvinner, og det er god likestillingspolitikk.

**Karin Andersen:** – Ja, det er godt dokumentert gjennom likestillingsbarometeret til Likestillings- og diskrimineringsombudet og av Like lønnskommissjonen. Og bare spør damene som jobber i typiske kvinneyrker. De er systematisk dårligere betalt enn menn. Kvinner tjener i gjennomsnitt 15 prosent mindre enn menn, selv om de har like lang utdanning og gjør en like viktig jobb. Det er ofte kvinner som arbeider med barn, står i butikkene eller pleier gamle og syke. De gjør jobbene vi ikke kan klare oss uten. Det er på tide å gi kvinner lønn som fortjent!

– Derfor blir jeg så eitrende forbannet når viseadministrerende direktør Anne-Kari Bratten i Spekter gang på gang motarbeider likelønn offentlig. Hun har arbeidsgiveransvar i en av de viktigste sektorene for å nå målet om likelønn, og for å sikre nødvendig rekruttering av høyt kvalifi-

Selvsagt må arbeidsgiver Spekter ta hensyn til regjeringens politiske føringer.

**Karin Andersen**, stortingsrepresentant (SV) og nestleder av arbeids- og sosialkomiteen

## likelønn?

sert arbeidskraft. Bratten tillater seg å oppfordre kvinner som ikke mener de får god nok lønn til å slutte å jobbe hos henne og finne på noe «viktigere» å drive med, for da vil de få bedre lønn. Hårreisende, mener jeg.

– Er det realistisk å tro at det vil komme en like-lønnsrett fra regjeringen i tillegg til normal lønnsutvikling i årets tariffoppgjør?

**Anne-Kari Bratten:** – Det er ikke realistisk å tro at det kommer en egen like-lønnsrett. Lønnsoppgjør er partenes ansvar, og vi har ingen tradisjon for at myndighetene bidrar med direkte lønnsmidler i et oppgjør. Jeg synes de som tror det kommer en rett, bør revurdere sin strategi, og heller samarbeide med arbeidsgiverne om hvordan vi bør prioritere i årets oppgjør. Spekter mener at sykepleierne bør prioriteres.

**Karin Andersen:** – I Soria Moria II står det at regjeringen vil bidra økonomisk hvis partene blir enige om hvilke grupper som skal omfattes av et like-lønnsloft. Forutsetningen er at partene får på plass en avtale om ikke å nulle ut virkningen av et lønnsloft for kvinner i de påfølgende oppgjørene. Dette må være på plass før det vil være aktuelt med en like-lønnsrett.

– «Alle» er enige om behovet for et kvinne-lønnsloft. Det burde borge for at partene blir enige. Men igjen, det må ikke bli en engangsforeteelse, som gjør at andre grupper vil kreve lønnskompensasjon i åra som kommer.

– Regjeringen sier i sin politiske plattform (Soria Moria II) at den ønsker like-lønn. Bør dette ha innvirkning på Spekter når de skal forhandle på vegne av staten?

**Anne-Kari Bratten:** – Regjeringen har bedt partene avklare om det er grunnlag for et særskilt like-lønnsloft i offentlig sektor innenfor ansvarlige rammer. Dette har Spekter tatt på alvor og invitert forbundene som har medlemmer i helseforetakene til en diskusjon om hvordan vi kan prioritere de gruppene som er særlig omtalt av Like-lønnskommissjonen i årets oppgjør.

– Spekter bærer arbeidsgiverinteressene til helseforetakene, og er medlemsstyrt. Hensikten er at vi skal ivareta og målbære arbeidsgiverinteressene. I de 16 årene Spekter har eksistert, har dette vært uproblematisk. I noen saker vil regjeringen ha samme synspunkt som arbeidstakerorganisasjonene. I andre typer spørsmål vil det være mer sammenfall mellom arbeidsgiverinteressene og regjeringens politikk. Dette varierer fra sak til sak, uavhengig av hvem som sitter i regjering.

**Karin Andersen:** – Selvsagt må arbeidsgiverorganisasjonen Spekter ta hensyn til regjeringens politiske føringer. Vi kan ikke ha underliggende etater som handler i strid med det som er regjeringens politikk. Brattens utspill om at de som ikke er fornøyd med lønna får finne seg noe annet å gjøre, viser med all tydelighet hvorfor sjukehussektoren bør inn under sterkere politisk styring igjen.

– Når Bratten velger å motarbeide regjeringen på denne måten, har vi et problem. Hun må ta konsekvensen og finne seg noe annet å gjøre. De som skal forhandle på vegne av statlig virksomhet må forventes å følge opp det som er regjeringens mål om helse og likestilling. Det gjelder sykefravær og utstøting like mye som like-lønn. ■■

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**





## REFLEKS

Gjesteskribent Anders Folkestad

Navn: Anders Folkestad

Yrke: Leder i Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no

# Naturstridig likelønn?

Eg hadde akkurat avslutta ei økt i trimrommet, og var i grunnen ganske godt fornøgd både med trimmen og meg sjølv.

**N**o må du slutte med dette likelønnsnålet», sa ein aggressiv mann i det eg kom ut på fortauet. «Det er skilnad på damer og menn. Alle kan ikkje tene det same», heldt han fram. «Nei, ikkje det same. Men kvifor skal kvinner som regel tene mindre enn menn?» prøvde eg. «Til og med når dei har meir utdanning», la eg til, og kjende at humøret var dalande.

Karen var ikkje åleine. «Det må vere lønnsforskjellar. Vi er ikkje like, og det kan verken du eller fagforeiningane gjere noko med. Vi vil bestemme sjølve», var den bitande kommentaren frå dama. Ho var einig med gubben. Begge var antakeleg mellom 40 og 50 år gamle.

At folk er ueinige, er greitt nok. Til og med litt bra. Men kvifor måtte dei vere så sinte? Eg kjende ikkje folka ein gong. Og likelønn er vel ikkje så farleg? I alle fall ikkje for vanlege folk.

Då far min blei pensjonist, 67 år gammal, fekk han tenestepensjon. Den var om lag 2/3 av sluttløna. Då mor blei 67, fekk ho minste-

kvinner er 85 prosent av mannløna, kvinners inntekt er 65 prosent av menns inntekt. Og når det gjeld kapitalinntekt, har menn det totale overtaket. Då er det kanskje heller ikkje så underleg at tre av fire jenter i ei undersøking svarar at det er heilt greitt å bli forsørgd av mannen? Både gutar og jenter blir trena opp til at slik er det. Difor er det vel strategisk lurt for jenter å syte for å bli forsørgd?

Men det kunne då ikkje vere av slike grunnar at paret eg møtte etter treninga var så sinna?

Ei undersøking om økonomi i parforhold som Synnovate gjorde for Postbanken i 2008, viste at i to av tre tilfelle tener mannen mest. Menn meiner at det er deira oppgåve å vere forsørgjar, og dei bestemmer mest over sparing, lån og forsikringar. Menn arbeider mest overtid, særleg når dei har småbarn. Kvinner bruker 1 time meir enn mannen på husarbeid, og dei som arbeider deltid bruker mest tid på husarbeid. Og ein av tre er bekymra for at jobben tar for mykje tid frå familien.

Tradisjonelle kjønnsrollemønster står framleis sterkt når det gjeld økonomi, familie og arbeid. Kanskje var det grunnen til at paret eg møtte reagerte som dei gjorde? Var dei provoserte av at likelønnsdebatten trugar tilvante roller og kulturar?

Det er nettopp å provosere likelønnskommissjonen har gjort gjennom sine analysar og forslag. Vi blei alle utfordra, som borgarar, foreldre, arbeidstakarar, arbeidsgjevarar, styresmakter – og tillitsvalde.

Tariffoppgjeret i vår blir ein likelønnstest. Motbakken er bratt og lang. Men bagasjen – dokumentasjonen og argumenta – er gode, og kondisen er bra.

Kvinner lever framleis litt lenger enn menn. Mor mi er no på omsorgsheimen, gamleheimen, som det heitte før. Ho har det bra der, seier ho. Det bur 12 eldre der – 11 kvinner, og ein mann. Og sjølv sagt er det berre kvinner som er tilsett der.

Og forresten. Då far min døydde, fekk mor ein mindre tilleggs pensjon – litt meir enn det staten og trygda yter. Til og med som enke blir ho altså delvis forsørgd av mannen.

## Det er vel strategisk lurt for jenter å syte for å bli forsørgd?

pensjon frå folketrygda. Han hadde hatt arbeidsinntekt gjennom eit langt yrkesliv. Ho hadde vore heimearbeidande gjennom storparten av sitt vaksne liv.

Dette var ei ikkje uvanleg arbeidsdeling i foreldregenerasjonen min, og ein sterk tradisjon: Mannen er økonomisk hovudforsørgjar, og kvinna blir økonomisk avhengig.

No er det nye tider. Nesten like mange kvinner er yrkesaktive som menn. Men har det blitt likestilling? Likelønn er det i alle fall ikkje.

Kvinner er no i fleirtal i høgre utdanning, også på hovudfags- og masternivå. Likevel blir dei stadig dårlegare betalt for kunnskapen, relativt sett. Både i høve til norske menn, og i høve til kollegaer i andre land. Utdanning lønner seg dårleg i kunnskapslandet Noreg, og ekstra dårleg viss jobben er i offentleg sektor. Og 70 prosent av dei tilsette i det offentleg er kvinner.

Det er framleis ein todelt økonomi her til lands. Timeløna for

### Øvrige gjesteskribenter 2010:



**Trude Aarnes**  
Jordmor og privat-  
praktiserende sexolog



**Martine Aurdal**  
Leder av samfunns-  
avdelingen i Dagbladet



**Cathrine Sandnes**  
er redaktør av tidsskriftet  
Samtiden



**Jon Hustad**  
Journalist i Dag og Tid

NYHET

# Nutridrink Compact

## Mindre volum, mer næring



www.konisis.no



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact komprimerer all næringen du får fra en 200 ml Nutridrink i en ny 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal og 12 g protein i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact og hjelp dem til å få den næringen de trenger i et volum de kan takle.

**NUTRICIA**  
**Nutridrink**  
**Compact**

**Lilleborg**  
Profesjonell



**NYHET**

Kun 100ml

Effektiv og skånsom håndhygiene...

## Nå også i lommeformat!

Nå får du Dixin Desinfeksjonsgel også i lommeformat, slik at du kan sikre deg mot uønskede bakterier og smitte uansett hvor du er.

Dixin Desinfeksjonsgel tilfredsstiller krav i bl.a. EN1500 og EN12791, har i tillegg dokumentert effekt mot Norovirus, og er dermatologisk testet.



Dixin-serien er anbefalt av  
Norges Astma- og Allergiforbund

**Dixin**

- effektiv omsorg for hendene