

Rehabilitering

UTGITT AV STIFTELSEN SOFIENLUND OG SOFIENLUNDS VENNER

NR. 1 2012 16. ÅRGANG

STIFTELSEN
SOFIENLUND
For rehabilitering av ulykkeskadd
og kronisk syke

Stiftelsen Sofienlund er en humanitær, ideell organisasjon med formål å bidra aktivt for å bedre rehabiliteringstilbudet for kronisk syke, skadde og eldre i Norge.

Stiftelsen Sofienlund planla, skaffet det økonomiske grunnlaget og bygget CatoSenteret.

Idéen om å bygge et rehabiliteringssenter fikk Bente og Thor Bjørn Lie allerede i 1986. De registrerte Stiftelsen Sofienlund i 1991 og nedsatte et styre. De startet en innsamling, samt igangsatte stiftelsens eget lotteri i samarbeid med Landsforeningen for Trafikkskadde.

CatoSenteret ble åpnet 4. juni 1998 takket være de hundretusener, som gjennom mange år har kjøpt våre Bil Pluss lodd, de innsamlede midler og banklån gitt med sikkerhet i eiendommer.

Stiftelsen Sofienlund har også etter åpningen tilført CatoSenteret betydelige midler til både utstyr og drift.

Stiftelsen Sofienlund hadde byggherreansvaret for den nylig avsluttede utbyggingen av senteret med Thor Bjørn Lie igjen som den ansvarlige.

Vår målsetting om å støtte rehabilitering i hele landet innebærer at også mange andre institusjoner og sykehus har mottatt betydelig støtte fra Stiftelsen Sofienlund. Stiftelsen Sofienlund er glade for at CatoSenteret regnes som et av Norges beste og at senteret kan vise til usedvanlig gode resultater, noe som bekreftes av de mange tusen brukerne.

Nå ber de helse-departementet om hastemøte.

Sykehusklovnene er på Oslo Universitetssykehus tre dager hver uke. Det jobber også klovner på Haukeland universitetssykehus i Bergen. I tillegg pågår det et pilotprosjekt på St. Olavs hospital i Trondheim. Denne våren møter sykehusklovnene dermed 2500 barn på sykehus, samt pårørende og ansatte.

spørselen fra sykehusene.

I dag er det ti sykehusklovner i Oslo, samt noen få i Bergen og Trondheim. Mens sykehusklovner fortsatt er ukjent for mange i Norge, er dette et veletablert helsetilbud i land som Sverige, Frankrike og USA, ifølge Kjørven.

det friske i barnet. Med en gang folk forstår hva vi gjør, får de respekt for arbeidet vårt, sier Martha Kjørven.

Barneombudet spurte nylig en rekke barn om hva som var viktig for dem når de er på sykehuset. Alle barna trakk frem sykehusets klovner som et av høydepunktene under sykehusoppholdet. Støtten herfra burde få helsemyndighetene til å finne de nødvendige midlene snarest!

Norske sykehusklovner lever under usikre arbeidsforhold.

Sykehusklovnene er en gruppe profesjonelle skuespillere som besøker barn og ungdom fra 0-18 år på sykehus. I årets første halvdel vil sykehusklovnene besøke 4 barneposter på Rikshospitalet og 2 poster på Ullevål.

For å unngå å måtte kutte i klovnetilbudet i Oslo og Trondheim fra høsten av, trenger sykehusklovnene cirka 700.000 kroner. For fremtiden anslår Kjørven at de vil trenge 3 millioner kroner årlig for å imøtekomme etter-

- Vi har en utfordring med at folk ikke kjenner til oss og vet hva vi gjør. En sykehusklovner er ikke det samme som en sirkusklovner. Vi har ingen forberedte forestillinger, men improviserte møter der fokuset er på

**Les mer
side 12**



En massakre myndighetene snarest må gjøre noe med»

”En massakre myndighetene snarest må gjøre noe med.

Klinikkoverlege, Mads Gilbert, ved Universitetssykehuset Nord-Norge, sa dette den 7. januar 2011, etter ulykken i Lavangsdalen som krevde fem menneskeliv.

– Aldri kan jeg glemme dagen vi fikk inn fem omkomne og flere hardt skadde mennesker på sykehuset, i tillegg til alle de skrekkslagne ungdommene som hadde vært vitne til ulykken. Det ble nok en svart, svart dag for UNN og Nord-Norge, sa Gilbert i sin omtale av de mange dødsulykkene på den omstridte veistrekningen.

Samfunnsmessige tap på en milliard

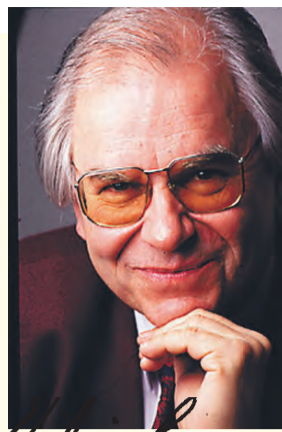
Nå har det skjedd igjen. Et vogntog og to personbiler var nylig involvert i ei ny alvorlig trafikkulykke. En person ligger alvorlig skadd på Universitetssykehuset Nord-Norge. Og ulykkesstatistikken for denne 70 kilometer lange veistrekningen blir bare verre og verre.

På elleve år har 28 mennesker mistet livet her. Dermed har tapte liv og hardt skadde, i totalt 175 ulykker, påført samfunnet et tap på nærmere en milliard kroner! Men dessverre - lønnsomme trafiksikkerhetstiltak er vanskelig å få finansiert.

Hard kamp om statens penger

Gilbert omtaler fortsatt de mange dødsulykkene på den omstridte veistrekningen som en «massakre myndighetene snarest må gjøre noe med», og han står fast på sine uttalelser om «at så mange døde, 28 siden år 2000, er en epidemi, og forlanger iverksatt strakstiltak.

- Det har jo samferdselsminister Magnhild Meltveit Kleppa lovet oss, sier han.



Erling Lauritzsen

Vi vet alle hva som er løsningen. Det er bare å sette i gang.

Må stå til ansvar

Gilbert refser også Tromsøs byråd, som i sin innstilling for den nye E8-traseen, slår fast at veien ikke skal bompengefinansieres. Det betyr at veiprojektet med 10 kilometer planlagt midtrekkverk på E8 i Ramfjord utsettes og at det ikke blir mulig og få den inn i Nasjonal Transportplan

tidligst i 2017.

- Byrådet saboterer etablerte veiplaner, der halvparten ville blitt finansiert med statlige midler. Blir det flere dødsulykker, der utbedringene var planlagt, må byrådet i Tromsø stå til ansvar for det, tordner Mads Gilbert. De må snart innse hvilken enorm samfunnsmessig kostnad det er med så mange trafikkdrepte, og i tillegg den ubeskrivelige smerten som påføres alle de pårørende.

Trafikkdrap

Selv har jeg i mange år ment at politikere, på alle nivåer, burde stilles til ansvar for at de ikke stopper drapene på norske veier. Min familie, som mistet vår 14 år gammel sønn i en trafikkulykke i 1978, er påført langvarig psykisk og fysisk smerte, samt sorg og savn.

Men vår Lars Henrik var «bare» én

trafikkdrept. Jeg vet, etter medlemskap og arbeid for Landsforeningen for Trafikkskadde siden 1984, hva trafikkdrap og trafikkulykker har påført hundretusener medborgere av ubeskrivelige lidelser og økonomisk ruin.

Hvem orker å bli den første som politianmelder politikerne, for at de med vitende og vilje ikke stopper trafikkdrapene på norske veier?



STIFTELSEN
SOFIENLUND
For rehabilitering av ulykkeskadd
og kronisk syke

Utgiver: Stiftelsen Sofienlund, Ommenveien 18 1458 Fjellstrand	Annonser: Faktureringservice sør as, tlf. 32 24 44 33 fax 32 24 44 34
Redaktør: Erling Lauritzsen tlf. 66 78 92 37 mobil 920 26 355 e-post: erling@sofienlund.no	Trykk: Orkla Trykk AS Opplag: 10.000
Layout: Knut T. Frøyhaug,	Redaksjonen avsluttet 1.mars 2012

Stiftelsen Sofienlund Ommenveien 18, 1458 Fjellstrand www.sofienlund.no post@sofienlund.no Foretaksnummer: 961340195 Bankgiro: 8380 08 53462	Stiftelsen Sofienlunds styre: Arbeidende styreformann Erling Lauritzsen Daglig leder Truls Thv. Falkenberg Styremedlem Thor Bjørn Lie	Sofienlunds Venner: Tlf: 66 78 92 37 mobil 920 02 6355 E-post: erling@sofienlund.no Foretaksnr.: 976805518 Bankgiro: 8380 0865509	Gavekonto Bankgiro: 8380 40 09941 Lars Henrik Lauritzsens Minnfond Bankgiro: 8380 40 09941
---	---	---	---

Helse- og Omsorgsdepartementets største forskriftstabber

Her er legenes aller viktigste ankepunkter i forslaget til revidert fastlegeforskrift



Trond Egil Hansen, leder i Allmennlegeforeningen, presenterer legenes aller viktigste ankepunkter i forslaget til revidert fastlegeforskrift.

– Det er også i disse ankepunktene en best ser de negative konsekvensene dette vil få for pasientene, sier Hansen til Dagens Medisin.

Debatten om forslaget til ny fastlegeforskrift har hisset opp tusenvis av rasende fastleger i hele landet. Over 3000 leger, i tillegg til ansatte ved de fire største universitetene i landet, har sendt brev til helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen med krav om at forslaget trekkes tilbake.

Her er, ifølge Allmennlegeforeningens leder, de største forskriftstabber Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gjort:

En lang rekke nye pålegg om møtevirksomhet, dokumentasjon, rapportering, undervisning, brukerundersøkelser, utredninger og medisinsk faglig rådgivning til kommunen vil sterk redusere tiden fastlegen kan være tilgjengelig for sine pasienter.

Tilgjengeligheten er utformet slik at fastlegen ikke lenger skal prioritere dem med alvorlig sykdom eller mistanke om alvorlig sykdom. Det er ingen forpliktelse for kommunene å tilrettelegge for god tilgjengelighet hos fastlegen. Ved mulig alvorlig sykdom er tilgjengelighetskravene relativt lite ambisiøse.

Mindre tid tilgjengelig for pasientarbeid kombinert med tilgjengelighetskrav vil medføre at konsultasjonene må gjøres kortere og mer utsatt for avbrudd.

Dette vil redusere mulighetene til utredning og behandling i fastlegepraksis og føre til flere henvisninger.

Gjeldende restriksjoner på fastlegers hjemmebesøk har holdt hjemmebesøk på et uhenksmessig lavt nivå. – Vi har lenge bedt om at disse restriksjonene løses på for i større grad å kunne gjennomføre hjemmebesøk når det er hensiktsmessig. I stedet kommer en plikt til hjemmebesøk uten prioritering.

Plikt til å oppsøke de som ikke vil gå til lege og plikt til å tilby forebyggende tiltak selv om pasienten ikke ønsker det, utfordrer pasientens integritet.

Kvalitetskrav uten tilrettelegging og uten konsekvensutredning av hva det vil kreve av tid, verktøy og personalressurser. Kvalitetskrav synes valgt mer ut fra kontrollformål enn kvalitetsutviklingsbehov.

Kommunen kan pålegge ubegrenset vikariat og legevakt uten å ta hensyn til at det reduserer muligheten for å ta vare på egne listepasienter. Statsråden ønsker ikke å kommentere kritikken fra Legeforeningen og viser til at saken er til høring.

Høringsfristen går ut den 22.mars.

Anne Grete Storvik

Den offentlige helse-tjenesten er en av de viktigste bærebjelkene i det norske velferds-samfunnet. Står vi nå overfor en utvikling mot et mer todelt helsevesen?

Privat og offentlig helsetjeneste

Legeforeningen vil at Norge skal ha en sterk offentlig helsetjeneste. I det legger vi et sykehustilbud som befolkningen kan føle seg trygg på tilbyr behandling og oppfølging av høy kvalitet og i rimelig tid, og en fastlegeordning med høy grad av tilgjengelighet og lik kvalitet nasjonalt. Kommunikasjon og samarbeid mellom de forskjellige nivåene må gå så knirkefritt som mulig. Dette er en interesse pasienter og leger har felles og

er et viktig kvalitetstegn.

To ting skjer nå som kan føre til svekkelse av den offentlige helsetjenesten;

Det blir stadig vanligere å tegne private helseforsikringer og de varslede endringer i fastlegeforskriften gjør at flere fastleger vurderer å gå ut av ordningen for å drive helprivat.

Mer enn 300 000 personer har til nå tegnet privat helseforsikring, gjerne gjennom jobben. Dette kan tolkes som at for mange er usikre på om de får de tjenestene de trenger i rimelig tid gjennom det offentlige tilbudet.

Selv snakket jeg nylig med en taxisjåfør som hadde operert begge meniskene privat. Som selvstendig næringsdrivende kunne han ikke være sykmeldt særlig lenge, og han hadde behov for å planlegge så godt det lot seg gjøre.

Den ene operasjonen betalte han selv, den andre tok han på forsikringen. Hans vurdering var at kostandene var verdt det så lenge han slapp usikkerheten om ventetid og langvarig sykmelding.

Forslaget til ny fastlegeforskrift har skapt svært sterke reaksjoner blant våre fastlegekolleger. Over halvparten har markert sitt syn med underskrift i brev til helseministeren. Dette er en kraftig mobilisering og budskapet er helt på linje med Legeforeningens standpunkt om at forslaget ikke kan tolereres i sin nåværende form.

Flere har begynt å gjøre beregninger for helprivat drift, det vil si en praksis der kommunale plikter og legevakt ikke ville være en del av arbeidet. Markedet og mulighetene er der.

Utviklingen vi ser nå er vi ikke tjent med, da det kan føre til økende ulikhet i helse på grunn av forskjellig tilgjengelighet til helsetjenester.

Myndighetene må nå skape stabilitet og forutsigbarhet. Sykehusene har vært drevet for stramt over tid og bemanningen er mange steder så marginal at køer øker sakte, men sikkert, samtidig som at mange leger opplever for stor uforutsigbarhet i arbeidssituasjonen.

Med fastlegeordningen har Norge bygget opp en stabil, velfungerende og rimelig ordning og det må ikke skapes usikkerhet

rundt denne.

Usikkerhet og uro legger grunnlag for et mer todelt helsevesen.

En sterk offentlig helsetjeneste leverer kvalitet i alle ledd. Legeforeningen tror på det, og vi vet mye om hva som skal til for å bygge videre og utvikle i riktig retning. Mulighetene er der og arbeidet vil bli gjort når stabilitet, ro og fagutvikling legges til grunn.

Hege Gjessing
president



Stedet heter Centro Assistencial Noruego - og ligger i Altea i Sørøst-Spania - opprinnelig en gammel fiskerlandsby - med en historie som ifølge arkeologiske funn stammer fra 2-3 tusen år før Kristus.

Den gamle delen av byen med sine gamle trange gater og trapper kan fortelle om mange gamle kulturer som har hatt sine seter her. Stedet hadde et spesielt godt klima, skjernet av fjellene rundt - med rikt jordsmonn - og i havet var det rikelig med fisk.

Nede i dalføret rant det en stor elv. Der fant grekerne en vakker blomst, som viste seg å kunne kurere mange forskjellige sykdommer.

Det latinske navnet på denne planten ble *Althaea Officinales* - som betyr "Jeg helbreder deg".

Så det er ikke å forundre seg over at Bærum Kommune - der jeg bor nå - har bygget sitt rehabiliteringssenter "Can" nettopp der - i Altea - som har fått navnet fra en helbredende plante. Unesco har dessuten anbefalt dette området

og Can-senteret. Jeg vet med sikkerhet at uten de forskjellige rehabiliteringsoppholdene jeg har fått oppgjennom de siste 25 årene, hadde ikke jeg med min CIDP vært så oppegående i dag, fysisk, mentalt og følelsesmessig. Det går nødvendigvis opp og ned med den fysiske helsestilstanden, men gjennom disse oppholdene har jeg lært og må fremdeles lære stadig nye måter å takle og mestre tilværelsen på. Jeg klarer meg helt selv, og jeg trenger ikke belaste det offentlige i det daglige med noen ting, bortsett fra TT-kort og gratis fysioterapi.

Fra hvert av disse stedene har jeg tatt opp i meg ting - til berikelse fysisk, sjelelig og mentalt.

Det er nå 8 år siden jeg var på CatoSenteret i Son. Men minnene er sterke i meg fremdeles på alle plan. Cato Zahl Peder-

klare alt vi kan - om igjen og om igjen - gjennom rehabiliteringsopphold. Hver især får finne stedet som passer for seg.

"Examen Artium" er den kunnskapen du trenger for å forstå at du ingenting forstår. Jeg kan umulig være helt ferdig med den eksamenen, for det er mer og mer jeg ikke forstår.

Samhandlingsreformen for eksempel. En form som skal bli reformert eller omformet - gjennom handlinger som skal gjøres sammen og samlet. Av hvem og hva og hvordan?

Men ihvertfall skal visstnok helsevesenets form derigjennom bli bedre for oss og billigere for staten. Men det blir dyrt for sykehusene som ikke klarer å sparke ut pasienter fort nok. Hvor er logikken da?

Dette hverken vil eller kan jeg forstå. Hvordan kan det i en rik velferdsstat som Norge snakkes om "priser på pasienter"? Dessuten virker det som om denne samhandlingen ikke er helt i takt med seg selv. Da blir det jo en makaber dans.

Resultatet for eldre syke mennesker kan bli virkelig katastrofale. I vårt moderne samfunn er det ingen unge som har anledning til å ta seg av sine gamle, syke - men det er merkelig og uforståelig at dagens unge fremadstormende politikere ikke skjønner at det må foretas noen drastiske grep for at deres gamle også skal ha livets rett.

"Why didn't they ask Evans" er tittelen på en bok av Agathe Christie. Overført til problemstillingen rundt omorganiseringer og reformer innen sykehus- og helsesektoren blir så spørsmålet: Hvorfor er ikke røsten til brukerne av disse vesenene blitt hørt og tatt nok hensyn til i beslutningsprosessene? Godt nok er det innspill og høringer og utvalg og alt som er. Men likevel blir resultatet helt feil for oss brukere som vesenene skal betjene og "helbrede"! Det går ikke an å tenke effektivitet og økonomi når det gjelder menneskers liv og levnet. Jeg tenker på den makabre situasjo-

nen, et sted jeg bodde for noen år siden, der kommunens politikere skar drastisk ned på hjemmebaserte tjenester, men bevilget millioner for å få bygget nytt krematorium....

Det heter seg at vi får de politikere vi fortjener. Det kan da ikke være sant. Hvor ble det av respekten for "de eldre" og deres helse? Kanskje det blir med oss som med all "utgått på dato" maten på Rema 1000. Den legges i en egen disk til billigsalg. Men da må det vel bygges egne "disker" og oppsamlingsstasjoner for oss først.

Rehabiliteringssteder etter samme lest som CatoSenteret i Son burde vært bygget rundt om i hele landet - og de andre eksisterende fantastiske stedene vi har, burde ikke slite med økonomien slik de gjør i dag. De sliter hvert år med overføringer av statlige midler, og mange sentre må innstille driften.

Det bygges jo så mye rart rundt omkring. Hvorfor ikke flere "Cato-sentre"? Men i mellomtiden får hver og en av oss finne vår egen måte å takle dagene på - "egenhelbredelsen".

I det siste er det to ting som gjelder her hos meg på hverdagsrehabiliteringsfronten:

"Det finnes intet problem som er så stort at du ikke kan gå det av deg". Det har Søren Kierkegaard sagt. En må bare sørge for passende tøy og sko!

Dersom du plystrer, tror hjernen at du er glad, sorgløs og problemfri. DET har en psykiater sagt, har jeg lest.

Så: Jeg går og jeg plystrer - og fordi jeg nettopp ikke kan plystre, blir det hele dobbelt virkningsfullt - hjernen tror jeg er sorgløs og problemfri - ihvertfall en stund - og bena går - ihvertfall en stund, inntil jeg må søke om rehabiliteringsopphold igjen - til ny "helbredelse."

Så får vi håpe at regelen om tilbud og etterspørsel kan innføres i helsevesenet. Når etterspørselen om rehabilitering stiger, må (skal og bør) tilbudet øke i takt med den.

Av respekt for eget og andres liv, og uansett alder og tilstander, trenger vi et helsevesen og tilgjengelige rehabiliteringssteder som sier:

Althaea Officinales - "Jeg helbreder deg"!

Althaea Officinales - En gammel medisinsplante

Legestokkrosens vitenskapelig navn skriver seg fra det greske ordet "althaea", som betyr "den som helbreder". Planten omtales allerede i det niende århundre f.Kr., og den har vært mye brukt, f.eks. i det gamle Hellas. Den berømte oldtidslegen Dioscorides roser plantens terapeutiske verdi, og Plinius var så overentusiastisk at han sa om den at "Den som tar en skjefull Althea, han skal den dag være fri for alle sykdommer, som måtte komme til ham".

Jeg helbreder deg



Ingeborg Maack, vel hjemme igjen i Bærum, deler sine opplevelser og tanker med våre lesere.

av Spania som et av de mest helbringende stedene i verden.

Jeg fikk oppleve 8 uker i solen, fra 20. desember til 14. februar, med trening, gåturer og basenstretning. For meg var det livsnødvendig å slippe unna kulde og isete veier og nye fall og beinbrudd.

De siste 2 ukene klarte jeg å "klatre" opp trappene og de trange gatene i gamlebyen opp til Kirkeplassen og den vakre middelalderkirken der. Dessuten klarte jeg å gå langs strandpromenaden til Albir - tettstedet litt lenger sør - en avstand på ca. 5 km.

Jeg hadde nådd målene mine. Jeg var rehabilitert. Igjen!

Når det gjelder uttrykket "jeg helbreder deg", går det på noe mer enn "helbredelse" til fravær av sykdom. Kroniske lidelser og diverse tilstander lar seg ikke "helbrede". Med rehabilitering ligger dette med å lære seg nye teknikker til å leve med dem.

"Helbredelsen" har med økt livskvalitet å gjøre, slik at hele mennesket blir styrket nok til å bære det som en nå er nødt til å bære: Det som er som det er. For det er et faktum at jeg - og mange med meg - trenger rehabilitering om og om igjen - hva det nå er som "er som det er".

Hva er årsaken til at det er blitt vanskeligere og vanskeligere å få slike opphold? Den gamle loven jeg engang lærte om tilbud og etterspørsel må være utgått på dato! På dette området er etterspørselen blitt større og større og tilbudene mindre og mindre!

I forbindelse med diverse avslag fra sentralen for Helse Sør/Øst på Nesodden har jeg fått høre:

1. Du har fått så mange opphold før.
2. Du tilhører ikke målgruppen - du er for gammel!

Da er jeg heldig som bor i Bærum kommune som selv avgjør hvem som kan komme til Altea

sen holdt et interessant foredrag en kveld mens jeg var der. Han lærte meg noe som jeg fikk nytte av da jeg var i Altea.

På Can-senteret på lørdager skulle det være "brukernes aften" - det vil si at vi skulle lage underholdning selv. Det er ingen lett sak å få folk til å være med på slikt.

Men for å gjøre en lang historie kort:

Utfordringer er noe jeg ikke kan stå for - så jeg klarte å få til en underholdning med mye skjemt og alvor som startet med overskriften

IMPOSSIBLE og ble avsluttet med **I'M POSSIBLE**.

Den hadde jeg lært av Cato Zahl Pedersen på CatoSenteret i Son. Ingenting er umulig. Det tar bare litt tid. Og I'm possible oversettes med "Jeg kan!"

Om bare vesenene og de bevilgemyndigheter og beslutningsdyktige organer kunne forstå hvor mye de kunne spare på å hjelpe oss mennesker til selvhjelp - hjelpe oss til å finne og



Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1. januar 2012. Reformen innebærer at kommunene i større grad skal ha ansvar for helsetjenester og jobbe sammen for å utvikle et bedre helsetilbud i kommunene.

FFO har hele tiden støttet prinsippene bak reformen, men vi er bekymret for konsekvensene for det kommunale rehabiliteringstilbudet til funksjonshemmede og kronisk syke, skrev FFOs generalsekretær Liv Arum i en kronikk nylig.

Kommunene får nye oppgaver og utvidet ansvar. Vi vet at rehabiliteringstilbudene vil bli ulikt kommuner i mellom. I verste fall får vi en samhandlingsreform som gir oss flere velferdsflyktninger: Mennesker med store helseproblemer, som søker etter den kommunen som gir det beste helsetilbudet.

Rehabilitering?

FFO er urolig for at kommunene ikke vil prioritere rehabilitering i konkurranse med de andre oppgavene som overføres gjen-

Kommunene mangler kompetanse

Har du en medfødt funksjonsnedsettelse vil du ha behov for utredning og systematisk oppfølging av spesialisthelsetjenesten gjennom hele livet. Dette er et tverrfaglig og omfattende arbeid som krever kompetansen på flere felt. Dette er kompetanse flere kommuner mangler. Det vil være uforvarlig å overføre en større del av ansvaret til kommunalt nivå uten at det skjer en betydelig kompetanse- og ressuroverføring fra sykehus til kommunene.

Tilhører du en pasientgruppe med sammensatte behov, vil spesialisthelsetjenesten utrede og kartlegge hva du trenger. Mange trenger gjentatte rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten for å opprettholde



Rehabilitering bør bli en egen administrativ enhet i stedet for å organiseres som en del av pleie- og omsorgstjenestene.

Mange kommuner har et ensidig fokus på pleie- og omsorg, og dette går utover kvaliteten i det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet. I tillegg til en styrket organisering, bør det også satses på lokale lærings- og mestringsentre, som setter egen mestring på dagsorden. Det diagnoserelevante tilbudet må fortsatt tilbys i spesialisthelsetjenesten.

Det må stilles konkrete krav om faglighet og kvalifikasjoner til den kommunale rehabiliteringstjenesten. FFO representerer 72

organisasjoner med nær 350 000 enkeltmedlemmer. Mange av dem er helt avhengig av kvalifisert personell for at den rehabiliteringsinnsatsen som skal ytes er forsvarlig. Et forsvarlig tjenestetilbud krever faglig kompetent ledelse og forsvarlighet i alle ledd. Derfor må kommunene tilføres tilstrekkelig ressurser og nødvendig kompetanse for at de skal bli i stand til å ivareta sine innbyggers behov for god og nødvendig rehabilitering.

Frykter flere velferdsflyktninger

nom samhandlingsreformen. Så lenge det ikke følger penger med tror vi rehabilitering som innsatsområde vil tape på nytt. Skal vi lykkes må ansvaret for rehabilitering plasseres tydelig og tas på alvor.

Når spesialisthelsetjenestens oppgaver flyttes over til kommunene, frykter vi at dette vil redusere kvaliteten på rehabilitering både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. FFOs medlemsmasse er mangfoldig – det samme er behovet for rehabilitering.

og bevare sitt funksjonsnivå. Det forutsetter en mye sterkere satsing på systematisk og tverrfaglig oppfølging gjennom hele livsløpet. For kronikere må dette forankres i spesialisthelsetjenesten, men samhandling med kommunene er likevel avgjørende for brukernes helse, verdighet og selvstendighet.

Styrke organiseringen

FFO mener løsningen er en sterkere organisering i kommunene.

FFO ber om fritt rehabiliteringsvalg

Tilbudet om opptrening og rehabilitering i private institusjoner er blitt smalere og mindre tilgjengelig for de som trenger det mest.

Dette som følge av at bevilningene til private rehabiliteringsinstitusjoner nå er innlemmet i rammetilskuddet til Helseforatakene.

Det er flere institusjoner og sykehus som har utviklet spesialtilbud innenfor klart definerte områder og for ulike diagnoser. Disse tilbudene, som bygger på spesiell kompetanse og har god kvalitet, er i dag bare tilgjengelig for de som bor innenfor de ulike helseregionenes geografiske nedslagsfelt.

- FFO er opptatt av likhet i helsetilbudet. Vi vil at de ulike rehabiliteringstilbudene blir gjort tilgjengelig for alle som trenger det, uavhengig av bosted, sier Andreas Habberstad, administrasjonssjef i FFO.

I behandlingen av statsbudsjettet for 2012 uttalte stortingsrepresentanter fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti følgende:

«Flere høringsuttalelser, blant annet fra FFO og Norsk Revmatikerforbund, etterlyser fritt rehabiliteringsvalg. Tilbud som bygger på spesiell kompetanse og har god kvalitet, blir i dag bare tilgjengelig for dem som bor innenfor de ulike regionenes geografiske nedslagsfelt. Disse medlemmer er enig i at dette er uheldig.»

For at den kompetansen som tross alt er bygget opp i forhold til spesifikke diagnosegrupper blir utnyttet til beste for de som trenger den, ber FFO regjeringen om å innføre fritt rehabiliteringsvalg. Dette kan bygges på rettighetene om fritt sykehusvalg som allerede er etablert.

- Fritt rehabiliteringsvalg forutsetter bedre informasjon om de tilbudene som finnes og at denne informasjonen er tilgjengelig. FFO mener fritt rehabiliteringsvalg vil gi brukerne en mulighet til å få raskere og riktigere rehabilitering, sier Habberstad.



Akuttmedisinsk ultralyd (AMU) brukes for å diagnostisere livstruende tilstander hos syke og skadde pasienter slik at korrekt behandling kan iverksettes så tidlig som mulig. Ved å foreta en målrettet og fokusert ultralydundersøkelse kan klinikeren få et dynamisk bilde av tilstanden, som sammen med pasientens tegn og symptomer kan avklare vanskelige kliniske problemstillinger. AMU kan også brukes som hjelpemiddel til prosedyrer som vaskulær tilgang og nerveblokader.

behandling må det alltid være et mål å avdekke livstruende skade så tidlige som mulig.

AMU reduserer morbiditet og mortalitet hos kritisk syke pasienter, reduserer tid til diagnose og påvirker valg av behandling. Teknologiske fremskritt har ført til utviklingen av håndholdte, batteridrevne og mobile ultralydapparater som muliggjør undersøkelser av pasienter også utenfor sykehus.

Prehospital ultralyd

Vitenskapelig data og dokumen-

tasjon på bruken og effekten av prehospital ultralyd (PUL) er sparsom. Studiene som finnes har ofte lav kvalitet, er ikke randomiserte og varierer stort med tanke på pasientgrupper og problemer.

Enkelte studier har likevel påvist positivt utfall, som i Tyskland der det rapporteres at UL har endret behandling hos 37 % av pasientene. En annen studie viste at bruk av ultralyd hadde konsekvenser for prehospital behandling i 30 % av tilfellene og valg av sykehus i 22 % av tilfellene.

Lengst erfaring har en med prehospital FAST (PFAST), som har en spesifisitet og sensitivitet på henholdsvis 93 % og 99 % for å oppdage blod i bukhulen og i hjerteposen. Dette er bedre enn vanlig klinisk undersøkelse, som kan være normal hos opp mot 50 % av traumepasientene.

Ultralyd i luftambulansetjenesten

Bruk av prehospital ultralyd er kjent i ulike ambulansetjenester i Skandinavia, og man ønsker nå å utvide bruksområdet til å omfatte luftambulansetjenestene i disse landene. En rekke luftambulansetjenester i USA og Europa har allerede tatt i bruk ultralyd, og et prøveprosjekt ledet av anestesilege Michael Busch ved SUS har vist at ultralyd er egnet også ombord i et helikopter. Vanlige livstruende tilstander i en luftambulans har vist seg å være hjertestans, luftveisobstruksjon, hjertetampnade og pneumothorax, som rettferdiggjør et bredt spekter av ultralydundersøkelser før pasienten når sykehuset.

Lungeultralyd

Mitt doktorgradsarbeid handler om bruk av ultralyd for å oppdage pneumothorax (PTX) hos traumepasienter. For å beskytte sentralnervesystemet er disse pasientene ofte fiksert i ryggleie. Fri luft i brysthulen vil da legge se foran lungene og være svært vanskelig å oppdage ved både klinisk undersøkelse og røntgenbilde i akuttmottak.

Til tross for å være den vanligste røntgenundersøkelsen av traumepasienter, vil opp mot 76 % av alle PTXer ikke oppdages på en liggende røntgen av brystkassen. Ultralyd av lungene er i flere studier vist å være over dobbelt så sensitiv og tilsvarende spesifikk som røntgen. PTX er viktig å oppdage tidlig, fordi det ved denne tilstanden er en risiko for at økende trykk bygger seg opp inne i brysthulen og avklemmer hjerte og lunger (trykk pneumothorax).

Dette er en livstruende tilstand som kan behandles ved enkle tiltak som nålpunksjon eller innleggelse av thoraxsdræn.

Dette er utgangspunktet for mine 3 forskningsprosjekter, som er gjennomført ved Århus Universitet, i samarbeid med kollegaer fra Danmark og England. Den første studien handler om utvikling av en pneumothoraxmodell, der vi har brukt CT for å validere om luft injisert inn i brysthulen hos anesteserte griser fordeler seg slik PTX gjør hos traumepasientene.

I den andre studien har vi sett på om ultralyd for å oppdage PTX, kan læres av helsepersonell uten tidligere erfaring, etter et systematisk kursprogram med forelesninger, lungeskanning på friske individer og på grisemodeller med punktert lunge.

Den siste studien ser på bruk av ultralyd for å vurdere størrelsen av en PTX, ved å sammenligne skanning av brystkassen med CT. Mine resultater er nå ferdige og de tre artiklene vil bli fortløpende publisert høsten 2011 / vår 2012.

Fra forskning til klinisk praksis

Min forskning har utviklet seg parallelt med andre prosjekter. Jeg var kursleder for det første kurset i prehospital ultralyd, holdt ved SAFER senteret i Stavanger.

Nytt kurs ble arrangert ved SUS sist september og det planlegges arrangert to ganger per år i Stavanger.

Korrekt kursing er en forutsetning før dette kan fases inn i tjenesten. Et implementeringsprosjekt er også etablert, som et samarbeid mellom Stiftelsen Norsk Luftambulansetjeneste, og en avventer nå nødvendige godkjenninger fra luftfartsverket før et ultralydapparat kan være på plass i helikopteret.

Bruk av ultralyd i luftambulansetjenesten

Nils Petter Ovelands forskningsprosjekt ved Stavanger Universitetssykehus fortjener å bli enda bedre kjent.

I akuttmottaket blir ultralyd brukt i primærutredningen av traumepasienter, og protokollen "Focused Assessment with Sonography for Trauma" (FAST) er utviklet for tidlig å oppdage blod i buken eller rundt hjertet. En utvidelse av denne undersøkelsen (Extended FAST) til også å omfatte brystkassen, gjør det mulig å diagnostisere luft (pneumothorax) og blod (hemothorax) i brysthulen.

Ved intensivavdelinger brukes fokuserte ekkoundersøkelser til å skille ulike former for sirkulasjonssvikt og oppdage pleuravæske. Da prognosen til alvorlig skadde ofte er avhengig av tid til



Nils Petter Oveland demonstrerer ultralyd. Ultralyd har i flere studier vist seg å være mye mer egnet for å oppdage pneumothorax enn vanlig røntgenbilde av brystkassen. Illustrasjonen Kari M. Toverud

Det foregår en spennende debatt i Innlandet. Ambulansene kan få en enda viktigere rolle enn i dag hvis det blir et storsykehus i Mjøsregionen.

Mange frykter at større avstander skal gå ut over akuttberedskapen hvis det blir et nytt storsykehus i Innlandet, men mer moderne sykebiler kan gjøre at større avstander ikke får så stor betydning likevel.

Nylig møtte alle Hedmark og Opplands 48 ordførere den administrerende direktør i Sykehuset Innlandet, Morten Lang-Ree. For flere av ordførerne liker dårlig at folk får lengre reisevei hvis det blir bygget ett sentralisert sjukehus for begge fylkene.

- Men det er ikke sikkert avstand har så stor betydning hvis bare sykebilen kommer frem i tide, sier Jan Imre i ambulans-

en kardiolog på sykehus, som dermed kan fortelle hvilken behandling de skal starte med. En person, som har fått hjerteproblemer i Engerdal, kan dermed være nesten ferdig behandlet før sykebilen har kjørt de 14 milene til sykehuset i Elverum.

Da betyr det kanskje ikke så mye om de må kjøre noen ekstra mil til sykehus? Men hvordan ambulansetjenesten skal organiseres hvis lokalsjukehusene på Gjøvik, Lillehammer og Hamar erstattes med ett stort sjukehus ved Mjøsa er ikke klart enda.

- Det vil nødvendigvis bli lengre transportavstander ved en sentralisering, men samtidig så vil det kanskje bli mindre trans-

pasienten inn til sykehuset slik at de kan være med å veilede fra sykehuset eller fra AMK-sentralen, sier han.

Trenger bedre kompetanse

Hvis ambulansene skal få en viktigere posisjon enn de har i dag, vil det kreves mer av ambulanspersonellet, idet den nye teknologien i sykebilene vil føre til behov for mer utdanning av ambulanspersonell.

- Jeg tror at vi får en annen type utdanning hos ambulanspersonell i fremtiden. Kanskje en høyskoleutdanning for å heve kompetansen og spisse den mer mot akuttmedisin og behandling/stabilisering, sier Oddleif Bakken.

Det mener også Pål Anders Mæhlum som er studieleder for paramedicstudiet ved Høgskolen i Lillehammer.

- Ambulanspersonellet må benytte seg av avansert utstyr og trenger også mer spisset akuttmedisinsk kompetanse. I tillegg er det viktig at ambulanspersonell har rett kompetanse i forhold til å samarbeide med andre yrkesgrupper.

Neste år skal det settes i gang et bachelorstudie innen feltet, som er et pilotprosjekt ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Sykebiler kan bli mobile akuttsykehus i fremtiden

tjenesten, for de nye ambulansene har nå så mye utstyr at de allerede nesten er å regne som et minisykehus. Ambulansen er det eneste stedet i helsesektoren du får *en-til-en-behandling*.

Kan bli færre transportoppdrag

I mange sykebiler ambulansetjenesten kjører ut med, er det EKG-maskiner som gjør det mulig å sende informasjon til

porter mellom sykehusene, sier Oddleif Bakken, ansvarlig for ambulansetjenesten i Hedmark og Oppland.

- Vi ser også for oss at et sykehus i Innlandet vil behandle pasienter som i dag behandles i Oslo. Han ser heller ikke bort fra at sykehuslegene kan møte sykebilen som er på vei inn i noen tilfeller. I tillegg har man mulighet til å overføre data om

Nei til Frontkollisjoner melder 17 drept og 37 hardt skadd i januar

I januar 2012 registrerte politiet 408 ulykker i trafikken. 17 mennesker omkom, og 604 ble skadd. 37 av disse ble hardt skadd, viser en foreløpig oversikt, ifølge SSB.no

Av disse var det registrert 89 frontkollisjoner, 7 av disse var dødsulykker. 9 mennesker omkom, og 173 ble skadd. 17 av disse ble hardt skadd.

Det er registrert 126 utforkjøringer, 2 av disse var dødsulykker. 2 mennesker omkom, og 171 ble skadd. 7 av disse ble hardt skadd.

Vi trenger en folkeopinion. Er det ikke på tide at vi anmelder politikere og veimyndigheter for trafikkdirap på norske veier, slik blant andre formannen i Landsforeningen for Trafikkskaddes lokallag i Lillehammer foreslår?

Du skal ikke tåle så inderlig vel, den trafikkulykke som ENNÅ ikke har rammet deg selv!

Erling Lauritzsen
Medlem i Nei til Frontkollisjoner
Æresmedlem i LTN



En er aldri sikret hvordan det skal gå i livet, og noen ganger går det ikke som forventet. Heldigvis er det andre måter å komme seg fremover på.

For litt over to år siden skulle jeg opereres og få flyttet bein fra høyre hoftekam ned i venstre legg, ved ankelen. For å døyve smertene under og etter operasjonen fikk jeg en epiduralbedøvelse satt i ryggen. Det var siste gang jeg kunne gå. Epiduralen medførte varige lamelser i begge beina, og jeg ble avhengig av rullestol. Jeg var 20 år gammel, og mitt voksne liv hadde nettopp begynt. Sunnaas sykehus, CatoSenteret, Beito-stølen helsesportsenter, ryggmargsskadeopptrening i USA, rehabiliteringen var lang, musklene små og tross mye trening og hardt arbeid var fremgangen forholdsvis liten. Men livet var ikke over.

Å investere i fremtiden Noen tanker om livet etter skade



Et land med muligheter
Når ulykken inntreffer og livet forandres, står en overfor flere valg. Jeg valgte å kjempe for det livet jeg ville ha, samtidig som det var viktig at målet skulle være realistisk. Noe av det første jeg tenkte var: «Fader, sånn skulle det ikke bli, dette var ikke planen. Jeg kan ikke gjøre noe med det som har vært, at beina ble som de ble. Men jeg kan gjøre noe for at skaden skal passe inn i livet mitt, og ikke ta over kontrollen over det».

Mitt sterkeste kort ble trening. Jeg ble sykmeldt for å drive opptrening, og holdt samtidig kontakten med studiet. Å trene seg opp, samt bli kjent med «en ny kropp», krever både fysisk og mental styrke, samt en god dose rasjonell tenkning. Heldigvis bor jeg i Norge, et land med muligheter.

Rehabilitering er alfa og omega

Likevel er det et område som er lett å nedprioritere, kanskje spesielt fordi det er kostbart og krever mye i forhold til både tid og ressurser, uten at man nødvendigvis får raske og synlige resultater. Det er vanskelig å måle hvor mange kroner og øre Norge har spart på å investere i rehabilitering. Likevel er det graden av rehabilitering som i stor grad avgjør hvordan det vil gå med mange pasienter fremover.

Når en trener bygges det opp et grunnlag en kan stå på videre, og å sikre at dette er solid en investering for fremtiden. Å ha gode sentre der en kan drive trening er en svært viktig brikke i spillet om å forberede kroppen på å gå tilbake til hverdagen.

Det er lov å være oppgitt, sint og frustrert

Det kan være sårt å drive opptrening av en kropp en ikke kjenner, trives i eller i det hele tatt ønsker å ha. Det er vanskelig når det skjer noe som i større eller mindre grad endrer kroppens funksjoner. Når ens fysiske spillerom blir drastisk redusert er det vanskelig å se for seg at situasjonen skal vedvare, og en ønsker bare at det skal gå bort. Det er lov å være oppgitt, sint og frustrert.

Men det er ikke lov å ta det utover personalet som er der for å hjelpe, støtte og styrke. Det er lov å sette ord på det som er vondt, men det er ikke greit å la ordene gå utover ens eget engasjement i opptreningen. Helsepersonellet er der for deg,

da må du også være der for deg selv. Rehabilitering krever innsats fra begge parter, og det er nettopp dette samarbeidet som gjør treningen så slagkraftig. Rehabilitering er på alle måter et gruppearbeid, der den som rehabiliteres er både gruppeleder, lagleder og kaptein.

Nav plikter å tilby muligheter

Det samme gjelder også når en skal ut i arbeidslivet. På samme måte som i rehabiliteringsprosessen er det her flere som jobber sammen for å få en fremtidig arbeidstaker ut i meningsfylt arbeid, og det er arbeidstaker selv som må lede an. Systemet kan være stort, uoversiktlig og til tider virke meningsløst.

Med et omfattende system følger for blant annet et omfattende byråkrati. Det er mye kritikk av hvordan det hele fungerer, men det at det finnes et byråkrati betyr i alle fall at det finnes et system. Til tider kan både systemet og det innbakte byråkratiet være mye å forholde seg til, men alternativet hadde ikke nødvendigvis vært bedre.

Det som er sikkert er i alle fall at både bruker og saksbehandler må gjøre sin del for at veien ut til arbeidslivet skal brolegges med minst mulig sprekker. Der Nav plikter å tilby muligheter, plikter den som mottar støtte å ta mulighetene. Vårt trygdesystem bunner ut i en samfunnskontrakt som binder begge parter til å yte det vi kan for fellesskapets beste.

Det er mye som kan være verdt å forbedre i systemet, men for å be om det kan vi i alle fall ikke la brukersiden bli proppen i systemet.

Arbeid er også rehabilitering

Etter sykdom eller skade kan en gå gjennom behandling, rehabilitering og yrkesrettede tiltak, men selv med stor egeninnsats er det en aktør til man er avhengig av, arbeidsgiveren. Å ansette en person med behov for tilrettelegging medfører ofte en frykt for ekstrakostnader og ekstraarbeid arbeidsgiveren tilsynelatende ikke risikerer om man i stedet ansetter noen uten slikt behov. Her kan et godt samarbeid mellom alle involverte parter dekke opp for det meste som måtte komme, både forventet og uventet.

Å ansette mennesker med funksjonsnedsettelse kan virke mer avskrekkende enn det i realiteten er, men for at arbeidsgivere skal tørre å prøve ønsker

de muligens gode eksempler å vise til først. Her kan IA-bedrifter sprengte vei, og gå de første skrittene inn i hva som for mange kan være "ukjentheten". Som andre arbeidstakere må også mennesker som har vært gjennom tøffe livsperioder leve opp til forventninger på jobb. Ingen kjenner en kropp bedre enn eieren, og om alle parter er løsningsorienterte kan en finne mange kreative løsninger. En blir muligens aldri helt klar for å gå tilbake til arbeid etter en alvorlig skade, men arbeid er også rehabilitering.

Livet er både en gave og en oppgave

Alle er ikke like heldige med tanke på hva som inntreffer i livet, men vi har alle et handlingsrom. Når ulykken først er ute har mange av med oss den fordel at vi er innbyggere i Norge – mulighetenes stat.

Det er alltid mye som kan sies om tjenester og tjenestetilbud, og uansett hva som skjer er det noe som kunne ha vært bedre i helsesektoren. Det er også alltid noe som kunne vært bedre med den kroppen vi har og det hodet vi er utstyrt med.

Likevel vil jeg oppfordre til å tenke på hva vi faktisk har, og hva vi kan gjøre med det. Mulighetene våre er ofte delvis dekket, og det er kun ved å strekke grenser en oppdager hva det egentlige handlingsrommet vårt inneholder. Systemet er der, men for at det skal fungere er vi nødt til å ta del i vårt eget liv.

Grip mulighetene

Ikke stang hodet i de lukkede dørene, men tving opp de som står på gløtt i stedet. Spill ball i ditt eget liv, om ikke med beina så i alle fall med hodet. Suksess forutsetter medvirkning, både i rehabilitering og arbeidsliv.

Vi er avhengige av et godt system som bygger opp rundt individets handlingsrom, og jobber for å nyttiggjøre potensialet i dette. I tillegg kan man gjøre mye selv – og det handler om å gripe muligheter.

Birgit Røkkum Skarstein

Sa nei til trygd

«Ingen grenser»-deltakeren, Birgit Røkkum Skarstein, fikk livet snudd på hodet da hun etter en feiloperasjon ble lam. Sjøket ble ikke mindre da Levanger-jenta tok kontakt med Nav for å få informasjon om hvordan

hun kunne komme tilbake til studenttilværelsen fortest mulig.

Hun ble anbefalt uføretrygd fordi det ikke var noe poeng for henne å studere videre, fortalte hun Dagbladet. - De sa jeg var så handikappet at jeg ikke trengte mer utdanning, og like gjerne kunne melde meg ufør. Dette vitner om en holdning som ikke anerkjenner de ressursene jeg har, selv om beina ikke virker lenger.

- Jeg er lam i beina, men jeg er ikke lam i hodet, sa hun til avisen.

Skarstein takket derfor nei til forslaget og studerer for tiden statsvitenskap og jobber med studentvelferd. - Jeg tror jeg har mye å bidra med. Jeg mener det er viktig at folk, som ikke føler seg inkludert, får en medbestemmelsesrett. Det har vært viktig for meg å identifisere min egen deltakelse.



Akutt syk opplevde Tor Jo Riise Meyer ikke å kunne kommunisere viktig informasjon til ambulanspersonell. Med denne erfaringen har han og Raluca Meyer utviklet en app for å redde liv.

Tor Jo Riise Meyer har lang og solid bakgrunn som dataansvarlig og utvikler av ulike infrastrukturer, men ideen til iMEDI24 fikk han først da han selv ble rammet av et illebefinnende.

– En dag befant jeg meg selv bak i en ambulanse med alvorlig lungeemboli etter at en blodpropp i benet hadde løsnet. Jeg lå der uten å kunne kommunisere med ambulanspersonellet og hørte på deres «jakt» etter informasjon om meg. Jeg forsto de hadde en vanskelig oppgave, og at de ikke klarte å finne relevant informasjon, forklarer han.

Gründer sammen

På sykehuset noterte Meyer ned alle spørsmål fra helsepersonell og allerede dagen etter startet han arbeidet med iMEDI24.

– Jeg brukte de fjorten dagene på sykehuset til å bruke alle leger og sykepleiere som konsulenter for å få bedre forståelse

Raluca, som er kreativ leder i selskapet. Hun har bakgrunn som arkitekt og har jobbet mye med merkevarebygging tidligere. Hun har vært sentral i å gjøre appen enkel å bruke for «vanlige folk», såkalt brukergrensesnitt.

Slik virker den

Tor Jo Riise Meyer har ingen problemer med å nevne en rekke tilfeller man fort kan få bruk for iMEDI24 applikasjonen.

– Du vil ha bruk for iMEDI24 i enhver medisinsk situasjon der du eller andre trenger øyeblikkelig medisinsk assistanse. Enten du blir akutt syk hjemme, er på fottur i Jotunheimen eller blir utsatt for en bilulykke.

Ambulanspersonell vil få særlig stor nytte av å få vite din geografiske posisjon, dine personopplysninger, samt kritisk medisinsk informasjon som allergier, livsviktige medisiner og eventuelle medisinske hjelpemidler og generell helse situasjon for eksempel om du er gravid eller har en kronisk lidelse. All lagring av personlige opplysninger er i tråd med norske regler og forskrifter, forsikrer han.

med iMEDI24 applikasjonen kan man sikre seg rask hjelp. I tillegg kan applikasjonen videreutbygges til å få andre funksjoner også. Via iMEDI24 får nærmeste AMK sentral umiddelbar beskjed om forulykkedes posisjon via GPS Hybrid tracking funksjonen. Det vil få stor betydning for både brukere og helsepersonell når akutt helsehjelp kan bli gitt både raskere og sikrere.

– Sverre Mæhlum er en særs viktig samarbeidspartner som kan kvalitetssikre vårt produkt. Mæhlum har en utstrakt kunnskap innen idrettsmedisin, og vet hva brukere og leger vil kreve av et produkt som iMEDI24, påpeker Tor Jo Riise Meyer. Sverre Mæhlum sitter også i styret til iGlobalTracking AS

Geir Engely, Ass. Seksjonsleder & Paramedic, har 15 års erfaring med ambulansetjeneste, og er utdannet Paramedic fra Høyskolen i Lillehammer. I tillegg har Engely utdannelse og erfaring fra arbeid med 113-sentralen i Oslo og Akershus.

– På bakgrunn av mangeårig erfaring fra 113 og ambulansetjenesten, har jeg bistått iGlobalTracking med å tilpasse produktet ut i fra hva som er viktig for helsepersonell å vite når livsnødvendige tiltak for øyeblikkelig hjelp skal iverksettes. Jeg har stor tro på iMEDI24 både i forhold til lokalisering og videreformidling av essensiell medisinsk informasjon, og som oversetter når pasienter ikke kjenner språket til de man skal forholde seg til. Som et godt eksempel kan iMEDI24 være livreddende ved hjerneslag der pasienten mister språk og ikke får kommunisert med helsepersonell.

Jeg ser også et stort potensial med hensyn til døve som via iMEDI24 systemet kan få sendt viktig informasjon om seg selv. For brukere av iMEDI24 vil applikasjonen være en trygghet for varsling, uavhengig av syn, talevansker og tilstand. For helsepersonell vil applikasjonen være avgjørende for å finne pasienten så raskt som mulig og for å kunne identifisere aktuell sykdomshistorie. I tillegg vil helsepersonell kunne få informasjon om pårørende slik at man kan ta kontakt med disse for ytterligere informasjon om pasienten dersom pasienten ikke er kjent for sykehus eller AMK-sentral fra før.

– For iGlobalTracking har det vært uvurderlig å ha Geir Engely som konsulent til å utvikle den medisinske profilen. Engely har hjulpet oss til en bedre forståelse av hva som er viktig informasjon i en medisinsk nødsituasjon, sier Tor Jo Riise Meyer.

iMEDI24 er en tjeneste basert på web og smarttelefoner som kan bidra til å redde liv ved ulykker eller andre helsetruende situasjoner, for deg selv eller andre. Tjenesten ringer via en App på din smarttelefon den medisinske nærmeste nødsentral uansett

hvor i verden du befinner deg. Den sender deg en tekstmelding med din geografiske posisjon så du kan formidle denne til nødsentralen. I tillegg til å snakke med nødsentralen, sender tjenesten din kritiske medisinske informasjon samt geografisk posisjon til iMEDI24s nødsentral, i senere versjoner vil du kunne sende tekstmeldinger, bilder og video inn til iMEDI24. Alt som kan være viktig førstehåndsinformasjon for ambulanspersonell og andre før de reiser ut til ulykkesstedet. Informasjonen formidles videre til riktig AMK basert på din geografiske posisjon. App'en sender også tekstmelding til dine nominerte nærmeste pårørende om at noe har skjedd, og om hvor du befinner deg.

– iMEDI24 er ikke en konkurrent til dagens medisinske nødnummer 113, men et supplement. Vi ønsker et tett samarbeid med dagens offentlige aktører for å bidra til å gi raskest mulig hjelp til mennesker i en nødsituasjon, sier Meyer.

Helsejournalen og din kritiske medisinske informasjon fyller du inn selv, eller i samarbeid med fastlegen din. Dette for å sikre riktige opplysninger om blodtype, allergier, sykdommer, medisiner og annen viktig helseinformasjon. Helsejournalen er tilgjengelig fra en web browser via pc, mobiltelefon eller annet utstyr, og dermed tilgjengelig uansett hvor du befinner deg i verden. Streng datasikkerhet og bruk av passord og engangs krypterings nøkkel gjør at bare du og de du ønsker skal ha tilgang til informasjonen, får dette.

– Har du vært utsatt for en ulykke i utlandet, vil applikasjonen automatisk oversette din kritiske medisinske informasjon til det språket som benyttes i det landet du befinner deg i. På den måten kan du videreformidle viktig medisinsk informasjon om deg selv til medisinsk personell, forklarer Meyer.

Foruten brukerens helsejournal, har applikasjonen flere andre nyttige funksjoner som "mine nyheter", "min reiseside" med mer.

Lansering

Applikasjonen ble lansert i Norge i desember, etter godkjenning fra Apple. App'en er da tilgjengelig for Android og Apple, og snart også for Windows mobile og Blackberry smarttelefoner.

Basisfunksjonaliteten som nød knapp og kritisk medisinsk informasjon vil være gratis for all brukere.

Nå står resten av Norden for tur, og deretter flere andre Europeiske land.

Større trygghet med iMEDI24



En smilende Tor Jo Riise Meyer og hans kone Raluca Meyer har sammen utviklet iMEDI24.

av intern informasjonsflyt. Så fort jeg var på bena igjen startet jeg produksjonen av applikasjonen, forteller Tor Jo. Min kone og partner, Raluca Meyer, er designer og arkitekt og har blant annet bidratt med utviklingen av brukergrensesnittet.

Da Tor Jo Meyer ble syk, måtte hele familien skape seg et nytt liv. Familien bodde i Spania men var på ferie i Norge da Tor Jo ble syk. Hans kone, Raluca Meyer, måtte da organisere flytting og starte opp et nytt liv i Norge. Tor Jos sykdom gjorde nemlig at han ikke kunne fly. Familien benyttet muligheten til å skape sin egen arbeidsplass. Sammen har de utviklet appen og selskapet.

– Jeg er med-gründer og har utviklet brukergrensesnittet, så det er enkelt og intuitivt, sier

Samarbeidspartnere

iGlobalTracking AS har inngått samarbeid med flere viktige og seriøse aktører. Hjelp24 drifter nødsentralen og TeleComputing AS er ansvarlig for hosting og datasikkerhet. Andre samarbeidspartnere er Tarento AB, Driv Inkubator, Innovasjon Norge, Ål kommune, Hallingdal Etablerersenter, paramedic Geir Engely.

Sverre Mæhlum er sjefslege og dr. med ved Hjelp24, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, autorisert idrettslege og professor i idrettsmedisin, sier:

– Hjelp24 sitt samarbeid med iGlobalTracking kan bli meget nyttig for oss. Vi i Hjelp24 har mennesker som reiser en god del og som også er opptatte av å være aktive i fritiden. Dessverre kan ulykker forekomme, men

Ditt hjerte – ditt liv! er slagordet for kampanjen **Hjertelig hilsen.** Den har som mål å øke bevisstheten om ulikhetene mellom kvinners og menns symptombilder ved hjerte- og karsykdommer og styrke forskningen på kvinnehjarter.

Ditt hjerte – ditt liv!

Budskapet er usedvanlig viktig. 1 av 3 kvinner dør nemlig av hjerte- og karsykdommer, og svært mange kjenner ikke til symptomene hos kvinner. De skiller seg nemlig ofte fra menns symptomer, kan være diffuse og kan gjøre det vanskelig for legen å diagnostisere rett.

- LHL har fått støtte av mange kjente idrettsutøvere, politikere, musikere og andre til å fronte budskapet i kampanjen, Hjertelig hilsen, sier assisterende generalsekretær Mari Larsen.

Kampanjen forteller at alle kvinner må følge med på sin egen hjerte- og karhelse, at symptombildet ofte er annerledes hos kvinner enn hos menn og at hjerte- og karsykdom er

vanlig også hos kvinner.

Kampanjeperioden i år varte fra 8.februar til 8.mars, med markeringer i LHL-lagene landet rundt, medieomtale, stands og markeringer som skapte oppmerksomhet om temaet kvinner og hjerte- og karsykdommer.

LHL solgte Hjertepins hos Apotek1 og Meny, eller i nettbutikken. Der kan du også kjøpe hjerte-armbånd eller et Norges-kartsmykke, signert Celine Engelstad, til inntekt for kampanjen.

Hjertelig hilsen har fått god dra-hjelp fra mange støttespillere som ønsker å redde flere kvin- neliv.

– Uten økonomisk støtte ville vi ikke kommet videre i kampen for å synliggjøre kvinners hjer- te- og karsykdom. Tradisjonelt har mange forbundet hjerte- og karsykdommer med menn. Imidlertid er det flere kvinner enn menn som dør av disse syk- dommene. Dette budskapet er vi takknemlige for at flere enn oss ønsker å synliggjøre, påpeker generalsekretær Mari Larsen.



 Ålesund kommune www.aalesund.kommune.no	 Hvaler kommune www.hvaler.kommune.no	 Nærøy kommune www.naeroy.kommune.no	 Nesodden kommune www.nesodden.kommune.no	 Åfjord kommune Sektor Oppvekst www.aafjord.kommune.no	 Åmli kommune Skoleavdelinga www.amli.kommune.no	 Vefsn kommune www.vefsn.kommune.no	 Ringebu kommune www.ringebu.kommune.no
 Rana kommune www.rana.kommune.no	 Hjelmeland kommune www.hjelmeland.kommune.no	 Asker kommune www.asker.kommune.no	 Sarpsborg kommune www.sarpsborg.com	 Kristiansand kommune www.kristiansand.kommune.no	 Neset kommune www.neset.kommune.no	 Tysnes kommune www.tysnes.kommune.no	 Hasvik kommune www.hasvik.kommune.no
 Austrheim www.austrheim.kommune.no	 Karmøy kommune www.karmoy.kommune.no	 Tinn kommune www.tinn.kommune.no	 Våler kommune www.vaaler.kommune.no	 Masfjorden kommune www.masfjorden.kommune.no	 Sirdal kommune www.sirdal.kommune.no	 Rollag kommune www.rana.kommune.no	 Time kommune www.time.kommune.no
 Hammerfest kommune www.hammerfest.kommune.no	 Sortland kommune www.sortland.kommune.no	 Lebesby kommune www.lebesby.kommune.no	 Modalen kommune www.modalen.kommune.no	 Sola kommune www.sola.kommune.no	 Rissa kommune www.rissa.kommune.no	 Lunner kommune www.lunner.kommune.no	
 Karmøy kommune Skole og Kulturetaten www.karmoy.kommune.no	 Flekkefjord kommune www.flekkefjord.kommune.no	 Fedje kommune Oppvekst- og omsorgsetaten www.fedje.kommune.no	 Nore og Uvdal kommune sentraladministrasjonen www.nore-og-uvdal.kommune.no				
 Kristiansund kommune www.kristiansund.kommune.no	 Midtre Gauldal kommune www.midtre-gauldal.kommune.no	 Sandefjord kommune www.sandefjord.kommune.no	 Tvedestrand kommune www.tvedestrand.kommune.no				
 Hamar kommune www.hamar.kommune.no	 Sør-Varanger kommune Kultur og Oppvekst www.sor-varanger.kommune.no	 Kvam Herad www.kvam-herad.kommune.no					

Hjertedamen Marit Bjørgen



– Jeg er hjerteambassadør fordi jeg bryr meg om folkehelse. Det å motivere folk til å ta vare på kroppen sin med mosjon og sunt kosthold betyr mye for meg, forteller Marit Bjørgen. Hun løftet frem kampanjen i en ny reklamefilm.

– Som profilert idrettsutøver har jeg mulighet til å fronte saker som opptar meg og jeg håper jeg kan inspirere flere til å leve sunt og oppdage gleden og helsegevinsten ved å være i form.

– En sunn og aktiv livsstil er den beste forebyggingen av hjerte- og karsykdommer og andre lidelser. Vi har ingen garanti for ikke å bli syke, men vi kan med små og enkle grep i hverdagen minske risikoen. Et godt og variert kosthold med mye frukt og grønt, fisk og sjømat er viktig. Regelmessig trening/aktivitet styrker kroppen og gir overskudd.

– Som toppidrettsutøver er jeg selvsagt avhengig av en kropp som fungerer optimalt. Jeg tre-

ner mye og jeg spiser naturlig og fornuftig. Jeg har ikke tro på ekstreme dietter, lavkarbokurer og andre «snarveier». Det viktigste for meg og for folk flest er å spise variert og sunt, holde kroppen i bevegelse og kjenne gleden ved å være i form.

<p>Telefon: 32 02 88 88 www.htsba.no</p>	<p>Vågsgerdv 6 4306 SANDNES Tlf. 51 66 00 27</p>	<p>Veritasv 1 1322 HØVIK Tlf. 67 57 99 00</p>	<p>Termo Partner A/S Tonningsg. 33 6783 STRYN Tlf. 57 87 64 75</p>	<p>Frank Dahl Transport AS Svend Haugsgate 33 3013 DRAMMEN Tlf. 32 89 34 10</p>	<p>Ryghgata 6 3050 MJØNDALEN Tlf. 32 23 68 80</p>	<p>1702 SARPSBORG Tlf. 69 11 70 00</p>	<p>7890 NAMSSKOGEN Tlf. 74 33 44 74</p>
<p>Tlf 69 30 18 40 www.blaakors.no</p>	<p>ABC Aut. Kjøreskole AS Romdalsgata 3 6413 MØLDE Tlf. 71 25 30 15</p>	<p>HØY PULS Kjøpmannsgata 3 7500 STJØRDAL Tlf. 74 80 63 13</p>	<p>Gaustad Transport AS Majorstuv. 17 0367 OSLO Tlf. 909 05 000</p>	<p>Midtstranda Karosseri Midtstranda 2321 HAMAR Tlf. 62 52 79 02</p>	<p>Biltra Askim Haugomg 4 1811 OSLO Tlf. 69 88 84 00</p>	<p>KinoCity - Drammen kino Bragernes Torg 2 A 3017 DRAMMEN Tlf. 32 21 78 60</p>	<p>Østo Ortopedisenter AS Gartnerv 10 2312 OTTESTAD Tlf. 62 57 39 00</p>
<p>38 00 2000 www.agdertaxi.no</p>	<p>Norsk Motorcykel Union Skoggata 5 1502 MOSS Tlf. 908 37 374</p>	<p>Tannlege Tor Frost Nielsen Strandg. 19 5013 BERGEN Tlf. 55 32 67 24</p>	<p>Centrum Bil DA Nesvegen 2 B 4700 VENNESLA Tlf. 38 13 94 01</p>	<p>Eidsberg Regnskapslag Anton H. Mysensgt 13 1850 MYSEN Tlf. 69 84 60 90</p>	<p>Aaserud Møbler A/S Røllighetsv 9 1738 BØRGENHAUGEN Tlf. 69 16 66 60</p>	<p>Arendal Dyreklinikk Sentralg 12 4836 ARENDAL Tlf. 37 02 48 05</p>	<p>Sandefjord Trafikkskole DA Hjertnespromenaden 33 3211 SANDEFJORD Tlf. 33 46 80 17</p>
<p>Plan og Trafikk 1302 SANDVIKA Tlf. 67 81 70 00</p>	<p>Gausdal Fysioterapi 2653 VESTRE GAUSDAL Tlf. 61 22 35 26</p>	<p>Din Kjøreskole AS Tordenskioldsg 22 3044 DRAMMEN Tlf. 32 89 50 90</p>	<p>Autostil Verksted AS Håkon Magnussons g. 9 7041 TRONDHEIM Tlf. 73 51 26 31</p>	<p>Orkdal Trafikkskole Franslykkja 7 7300 ORKANGER Tlf. 72 48 73 25</p>	<p>Jessheim videregående skole Ringv. 50 2050 JESSHEIM Tlf. 63 92 78 00</p>	<p>Høyanger Bil A/S Einar Ramslis g 29 5900 HØYANGER Tlf. 57 71 32 77</p>	<p>Arntsen Maskinstasjon AS Ballangen Lille 8540 BALLANGEN Tlf. 918 34 260</p>
<p>Møller Bil Minde Kanalv. 3 5068 BERGEN Tlf. 24 03 13 00</p>	<p>Automatservice AS Salhusv. 55 5131 NYBORG Tlf. 55 18 05 40</p>	<p>ORTOPEDI AS Buskerudveien 217 3007 DRAMMEN Tlf. 32 80 93 93</p>	<p>Opplæringskontoret for Bilfag AS Sunnlandsv 2 7032 TRONDHEIM Tlf. 73 96 95 50</p>	<p>Langstrand Fysioterapi Vestreg. 28 3251 LARVIK Tlf. 33 18 11 22</p>	<p>- SPAR Johan Sunde R. AS 6037 EIDSNES Tlf. 70 19 07 03</p>	<p>Midt-Gudbrandsdal Brann- og Feievesen Hanstadg 2 2630 RINGEBU Tlf. 61 28 30 00</p>	<p>NOR-TRAPP Bedriftsv. 8 1890 RAKKESTAD Tlf. 69 22 70 10</p>
<p>Jørn's Bil og Brems AS Østre Aker v 68, 0581 OSLO Tlf. 22 64 88 50</p>		<p>Spar Bremanger O. Håvardstun AS 6727 BREMANGER Tlf. 57 79 13 08</p>		<p>avd. Bømlo 5443 BØMLO - Tlf. 03 240</p>		<p>Haugaland Transportskole AS Kvaløygata 3, 5537 HAUGESUND Tlf. 52 70 87 90</p>	
<p>MELHUS TRAFIKKSKOLE AS Travetlag og profesjonell opplæring til riktig pris! 7084 MELHUS Tlf. 72 87 03 89</p>		<p>Sigvald Bergesen D.Y. og Hustru Nanki's Almennyttige Stiftelse Dronningen 1, 0287 OSLO Tlf. 23 13 15 90</p>		<p>Willys Trafikkskole AS Andebu 74, 3170 SEM Tlf. 33 31 14 57</p>		<p>Toyota Drammen Toyota Lier - trygg og spennende 3007 DRAMMEN Tlf. 32 23 46 00</p>	
<p>Saint-Gobain Bøckmann AS Divisjon Autover og Glass 1602 FREDRIKSTAD Tlf. 69 31 88 70</p>		<p>Vest-Agder fylkeskommune Todenskioldsg 65 4614 KRISTIANSAND S Tlf. 38 07 45 00</p>		<p>Eiker Tannhelsesenter Bjørn Ole Westby Arbeiderg. 28, 3050 MJØNDALEN Tlf. 32 87 71 35</p>		<p>Waldemar Thranesg 98 B 0175 OSLO Tlf. 23 23 47 50</p>	
<p>NOF ORTOPEDISK KLINIKK Lege, spes. Ortopedi Spesialtilsydde/tilpassede sko Alle typer hjelpemidler Innleggssåler Støttebandasjer Ben- og fotproteser Timebestilling 69 30 00 10 www.nof-as.no</p>				<p>Falck Tlf. 02 222 NORDLAND Mo i Rana.....Tlf. 75 13 22 22 Vesterålen.....Tlf. 76 13 74 68 OPPLAND Ringebu.....Tlf. 61 28 02 54 SØR-TRØNDELAG Melandsjø.....Tlf. 72 44 49 30 TELEMARK Kragero.....Tlf. 91 31 73 73</p>		<p>Engelsvikenv 158 1628 ENGALSVIK Tlf. 69 33 91 80</p>	
				<p>3503 HØNEFOSS Tlf. 32 13 11 34</p>		<p>Konghelleg. 3 - Tlf. 22-3170-30 WEVANG Konghelleg. 3 0569 OSLO Tlf. 22 37 66 76</p>	

Barna som er her har det ofte vondt, og er triste og leie. Men når klovnene kommer får de tenke på hyggelige og morsomme ting, og vi ser at de blir friskere mye fortere.

-Det er godt for oss som jobber her å se den fantastiske effekten klovnene har på barna. Vi ønsker oss en fast klovn, oftere enn en gang i uka, sier sykepleier Karianne Østensen som ser hva klovnekunstene betyr for barna på sykehuset..

Profesjonelle skuespillere

Sykehusklovnene er en gruppe profesjonelle skuespillere som besøker barn og ungdom fra 0-18 år på sykehus. I årets første halvdel vil sykehusklovnene besøke 4 barneposter på Rikshospitalet og 2 poster på Ullevål.

Sykehusklovnene er på Oslo Universitetssykehus tre dager hver uke. Det jobber også klovnene på Haukeland universitetssykehus i Bergen. I tillegg pågår det et pilotprosjekt på St. Olavs

hospital i Trondheim. Denne våren møter sykehusklovnene dermed 2500 barn på sykehus, samt pårørende og ansatte.

Bobler av glede

Hver tirsdag får barneavdelingen på Rikshospitalet i Oslo besøk av sykehusklovnene. Fra sykesengen fanger barna såpebobler og ler hjertelig med når klovnene lager ablegøyer.

- Vi skaper pusterom og bobler av noe helt annet enn det man forbinder med sykehusopphold. Vi gir rom for latter, lek, smil, drømmer og fantasi - slik at man kan glemme sykehuset litt, sier Martha Kjørven, leder for Sykehusklovnene.

Usikker fremtid

Men å leve av å være humør-

spreader på sykehus, er ikke bare, bare. I et brev til helsedepartementet beskriver Kjørven hvordan sykehusklovnene «lever i et usikkert økonomisk landskap under kontinuerlig press for å skaffe flere sponsorer». Sykehusklovnene baserer seg i dag på kortsiktig prosjektfinansiering fra ulike private aktører.

Det er en økende etterspørsel etter oss, men vi klarer ikke å besøke alle barna vi ønsker. Vi håper helsedepartementet vil bidra til at tilbudet vårt blir mer stabilt, sier Martha Kjørven, leder for sykehusklovnene i Oslo. I dag vet hun ikke om alle klovnene har jobb til høsten.

- Vi ønsker en mer stabil og forutsigbar hverdag både for oss og barneavdelingene. Etterspørselen etter oss er økende og vi klarer ikke å besøke alle vi ønsker. Vi bruker mye tid og krefter på å skaffe midler, som vi i stedet kunne brukt på å glede flere barn, sier Kjørven.

De ønsker nå at staten bidrar til et spleiselag for å sikre at tilbudet kan bestå, og helst utvides. Klovnene har vært særlig ettertraktet etter sykehussammenslåingen.

Dårligere kår enn kolleger i andre land

For å unngå å måtte kutte i klovnetilbudet i Oslo og Trondheim fra høsten av, trenger sykehusklovnene cirka 700.000 kroner. For fremtiden anslår Kjørven at de vil trenge 3 millioner kroner årlig for å imøtekomme etterspørselen fra sykehusene.

I dag er det ti sykehusklovnere i Oslo, samt noen få i Bergen og Trondheim. Mens sykehusklovnere fortsatt er ukjent for mange i Norge, er dette et veletablert helsetilbud i land som Sverige, Frankrike og USA, ifølge Martha Kjørven.

- Vi har en utfordring med at folk ikke kjenner til oss og vet hva vi gjør. En sykehusklovn er ikke det samme som en sirkusklovn. Vi har ingen forberedte forestillinger, men improviserte møter der fokuset er på det friske i barnet. Med en gang folk forstår hva vi gjør, får de respekt for arbeidet vårt, sier Kjørven.

En fantastisk effekt

-En liten gutt så klovnene i forrige uke og har spurt etter dem hver dag siden, sier en mor. Som mor gjør det meg veldig glad å se ham le.

- Barna som er her har det ofte vondt, og er triste og leie. Men når klovnene kommer får de tenke på hyggelige og morsomme ting, og vi ser at de blir friskere mye fortere. Det er godt for oss som jobber her å se den fantastiske effekten klovnene har på barna.

Vi ønsker oss en fast klovn, oftere enn en gang i uka, sier sykepleier Karianne Østensen som ser hva klovnekunstene betyr for barna på sykehuset..

I gangen møter vi en liten pike, som vil at klovnene skal hilse

på hennes sengeliggende store-søsters. Klovnene får smil fra alle kanter mens de i korridoren sparker seg frem på klovnesykkelene, iført store, røde neser, selebukse og hver sin hatt.

- De betyr veldig mye i den situasjonen vi er, og gir oss et pusterom i hverdagen. Barna blir glade når de ser noe annet enn det vanlige. Klovnere og sykehus hører jo litt rart ut, men det er veldig bra, sier en far mens klovnene underholder hele familien.

- Det er ikke så lett å være klovn selv i denne situasjonen, så det er veldig greit å ha noen som kan gjøre positive ting, så ikke alt blir sykehus.

Styrker selvtiliten

Barneombudet har gitt ut et hefte med erfaringer og råd fra barn som har vært mye på sykehus. Barna gir ti råd om hvordan de som jobber på sykehus bør forholde seg til barn.

Heftet gis ut etter arbeidet med Barneombudets ekspertgruppe med barn som har vært mye på sykehus. Gruppen besto av fem barn i alderen 10 til 12 år. De ble rekruttert gjennom Oslo universitetssykehus, avdeling Rikshospitalet.

10 råd til leger, sykepleiere og andre

En viktig del av arbeidet i ekspertgruppen har vært å utvikle ti råd til personer som møter barn og unge i sin jobb på sykehuset. De ti rådene er formulert av barna selv. Rådene er trykket på et laminert kort som Barneombudet og ekspertgruppen ønsker at leger, sykepleiere og andre skal ha med seg i brystlommen på arbeidsuniformen sin.

BARNEOMBUDET

SYKEHUSEKSPERTENES 10 BUD

1. Barn vil ha informasjon fra fagpersoner, ikke bare foreldrene sine.
2. Barn skal ha all informasjon, men ikke skrem dem.
3. Gi informasjon som også barnet forstår.
4. Spør, vær interessert og snakk hyggelig.
5. Ikke stress og ikke snakk så fort.
6. Vær positiv, rolig og vennlig.
7. Ikke bruk forkortelser.
8. Snakk kort og greit, men ikke latin.
9. La voksne også få høre det når barna får informasjon (så kanskje de også skjønner).
10. Ikke lov 100 % garanti, for det kan man ikke love.



Klovn Babette spilles av Elisabeth Helland Larsen