



Hva skal kreftpasienter spise?

Tema side 30

● **Hva skjer**
Bedrer appetitten
på sykehjem. **50**

● **Sykepleie**
Snakker ikke
om sex. **68**

● **Påfyll**
Vellykket å utdanne
desentralisert. **84**

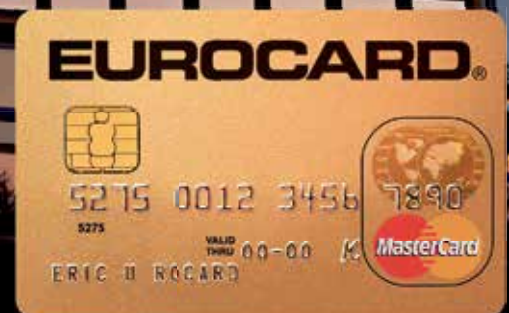
● **Meninger**
Tett på Bjørn
Guldvog. **94**

Noe å tenke på for deg som har mye å tenke på.

Eurocard er mer enn et globalt betalingsmiddel. Vi forenkler også bedriftens betalingsløsninger for at du skal spare tid og penger. Tiden du får til overs kan du bruke til viktige ting, som å tenke ut planer for fremtiden.

Les mer om hvordan vi kan hjelpe deg på eurocard.no

Effektiv rente ved Kreditt på kr 15.000 fra 22,96 % til 33,87 %
(33,87 % hvis årsavgift kr 645). Kredittkostnad kr 1.441–2.086.



La verden forandres.

Nutricia er leverandør av veldokumentert sondeernæring som gjenspeiler et sunt og naturlig kosthold



Unik mysedominant **proteinsammensetning** med dokumentert raskere ventrikkeltømming for bedre toleranse.¹⁻⁵



Multi Fibre-blandingen MF6™ er en veldokumentert og patentert blanding av løselige og uløselige fibrer som reflekterer fibersammensetningen i et sunt kosthold. Fiber er gunstig for tarmfunksjonen.⁶⁻¹¹



Inneholder en blanding av 6 **karotenoider** fra naturlige kilder. Karotenoider har en positiv effekt på immunforsvaret og er en viktig bestanddel i frukt og grønnsaker. De positive effekter av karotenoider er mye av bakgrunnen for rådet om å spise 5 frukt og grønnsaker om dagen.¹²⁻¹⁹



Inneholder **fiskeolje (DHA og EPA)** som reduserer inflammatoriske komplikasjoner.²⁰⁻²³



Referanser:

1. Montejo JC. Crit Care Med 1999;27:1447-53. 2. Mizock BA. Curr Gastroenterol Rep 2007;9:338-44. 3. Mentec H et al. Crit Care Med 2001;29:1955-61. 4. Boirie Y et al. Proc Natl Acad Sci USA 1997;94:14930-5. 5. Mahé S et al. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:20-6. 6. Wierdsma NJ et al. Ned Tijdschr Dietisten 2001;56:243-7. 7. Silk DBA et al. Clin Nutr 2001;20:49-58. 8. Guimber D et al. Presented at ESPGHAN 2007. 9. Schneider SM et al. Clin Nutr 2006;25:82-90. 10. Trier, E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 595. 11. Hofman Z et al. Clin Nutr 2001; (Suppl 3): 63-64. 12. Vaisman N et al. Clin Nutr 2006;25:897-905. 13. Mayne ST et al. J Am Coll Nutr 2004;23:34-42. 14. Kritchevsky SB et al. J Nutr 1999;129:5-8. 15. De Waart FG et al. Int J Epidemiol 2001;30:136-43. 16. Greenberg ER et al. J Am Med Assoc 1996;275:699-703. 17. Henderson CT et al. J Am Coll Nutr 1992;11:309-25. 18. Berner Y et al. J Parenter Enteral Nutr 1989;13:525-28. 19. Bowen PE et al. J Parenter Enteral Nutr 1988;12:484-89. 20. Brenna JT et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;80:85-91. 21. Calder PC. Braz J Med Biol Res 2003;36(4):433-446. 22. Kris-Etherton PM et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;81:99-104. 23. ISSFAL (2004). Recommendations for intake of polyunsaturated fatty acids in healthy humans. Brighton, International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids.

C Adrenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K10

T INHALASJONSPULVER 92 µg/22 µg i Ellipta og 184 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneholder: Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), resp. 200 µg (tilsv. avgitt dose 184 µg), vilanterol (som trifenatat) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** *Astma:* 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Regelmessig behandling av voksne og unge >12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet; pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov. *Kols:* 92 µg/22 µg: Symptomatisk behandling av voksne med kols med en FEV₁ <70% av forventet normalverdi (post-bronkodilator) som tidligere har hatt eksaserbasjoner til tross for regelmessig bronkodilatorbehandling. **Dosering:** Tas 1 gang daglig til samme tid hver dag. Legen bør avgjøre om dosen skal tas morgen eller kveld. Dersom en dose blir glemt, bør neste dose tas til vanlig tid neste dag. Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Bedret lungefunksjon oppnås normalt innen 15 minutter etter inhalasjon ved astma, og 16-17 minutter etter inhalasjon ved kols. Dersom symptomer oppstår i perioden mellom dosene, bør en dose korttidsvirkende beta₂-agonist inhaleres for øyeblikkelig effekt. *Astma: Voksne og unge >12 år:* 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig kontroll med 92 µg/22 µg, kan dosen økes til 184 µg/22 µg. Pasienten bør gis den styrken som inneholder egnet dose flutikasonfuroat (FF), tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad. FF 92 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som flutikasonpropionat (FP) 250 µg 2 ganger daglig, mens FF 184 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som FP 500 µg 2 ganger daglig. Dosen bør titreres til laveste dose som opprettholder symptomkontroll. *Kols:* 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. 184 µg/22 µg er ikke indisert ved kols. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt leverfunksjon:* Forsiktighet bør utvises pga. økt risiko for systemiske bivirkninger assosiert med kortikosteroider. Ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon er maks. dose 92 µg/22 µg. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ingen dosejustering. *Barn <12 år:* Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. *Eldre:* Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Ved oppbevaring i kjøleskap, bør inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. Etter inhalasjon anbefales munnskylling med vann uten å svelge. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer eller ved akutt eksaserbasjon ved kols. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilator nødvendig. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll, og pasienten bør undersøkes av lege. Pasienten bør ikke avslutte behandlingen uten tilsyn av lege, da symptomer kan komme tilbake etter seponering. Astmarelaterede bivirkninger og eksaserbasjoner kan oppstå under behandling. Pasienten bør informeres om å fortsette behandlingen, men oppsøke lege dersom astmasymptomene forblir ukontrollerte eller forverres etter behandlingsoppstart. Paradoxal bronkospasme kan oppstå med umiddelbar økende tungpust etter inhalasjon. Dette bør behandles umiddelbart med en korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon. Relvar Ellipta må seponeres umiddelbart, pasienten må vurderes, og alternativ behandling må påbegynnes om nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, hjerterytmeforstyrrelser, tyreotoksikose, ukorrigert hypokalemi og predisponering for lave serumkaliumnivåer. Pasienter med moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon bør doseres med 92 µg/22 µg, og følges opp i forhold til systemiske kortikosteroidrelaterede bivirkninger. Systemiske effekter kan forekomme, spesielt ved høye doser brukt over lang tid. Faren for slike effekter er langt mindre ved inhalasjon enn ved oral kortikosteroidbehandling. Mulige systemiske effekter inkluderer Cushings syndrom, eller karakteristiske kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, redusert ben tetthet, hemmet vekst hos barn og ungdom, katarakt og glaukom, og mer sjeldent, ulike psykiatriske og atferdsrelaterede bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (særlig hos barn). Forsiktighet bør utvises ved lungetuberkulose eller ved kroniske eller ubehandlede infeksjoner. Det er rapportert økning i blodsukkerverdier hos pasienter med diabetes. Dette bør vurderes ved forskrivning til pasienter som har/hatt diabetes mellitus. Legen bør være oppmerksom på ev. utvikling av pneumoni hos pasienter med kols, siden de kliniske symptomene på en slik infeksjon kan ligne symptomer på eksaserbasjoner ved kols. Risikofaktorer for å utvikle pneumoni hos pasienter med kols inkluderer nåværende røyking, tidligere pneumoni, kroppsmasseindeks <25 kg/m² og FEV₁ (forsert ekspirasjonsvolum) <50% av forventet verdi. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås etter inhalerte doser. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere, grunnet mulig økt systemisk eksponering for både flutikasonfuroat og vilanterol. Samtidig bruk bør unngås. Samtidig bruk av andre sympatomimetiske legemidler (alene eller som del av en kombinasjonsbehandling) kan potensere bivirkninger av Relvar Ellipta. Bør ikke brukes i kombinasjon med andre langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitasitet som ikke er klinisk relevant ved eksponering. Det er ingen eller begrensede data fra bruk hos gravide. Behandling av gravide bør kun vurderes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. *Amming:* Tilstrekkelig informasjon om utskillelse i morsmelk foreligger ikke, men andre kortikosteroider og beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. *Fertilitet:* Data mangler. Dyrestudier har ikke vist effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Luftveier: Nasofaryngitt. Neurologiske: Hodepine. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Abdominal smerte. Infeksiøse: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Luftveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, ryggsmerte, frakturer. Øvrige: Feber. *Mindre vanlige (≥1/1 000 til <1/100):* Hjerter/kar: Ekstrasystoler. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1 000):* Hjerter/kar: Hjerterbank, takykardi. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylakse, angioødem, utslett og urticaria. Neurologiske: Tremor. Psykiske: Angst. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* En overdose kan gi tegn og symptomer på hvert av virkestoffenes effekter, inkl. de sett ved overdosering av andre beta₂-agonister, og i samsvar med kjente klasseeffekter av kortikosteroider til inhalasjon. *Behandling:* Ingen spesifikk behandling. Generell støttende behandling og tilstrekkelig monitorering. Kardioselektiv betablokkering bør kun vurderes ved omfattende effekter av vilanteroloverdose, hvor symptomene er av klinisk betydning og ikke responderer på støttende tiltak. Kardioselektive betablokkerende legemidler bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har hatt bronkospasme. Ytterligere håndtering bør skje som klinisk indisert, eller som anbefalt av Giftinformasjonen. Se Giftinformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B side c og selektive beta₂-agonister R03C C side c. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Kombinasjonspreparat av kortikosteroid (flutikasonfuroat) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). *Virkningsmekanisme:* Flutikasonfuroat er et syntetisk trifluorineret kortikosteroid med en potent antiinflammatorisk effekt pga. effekter på flere celletyper involvert i inflammasjon. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymeret adenylylase som katalyserer omdannelsen av ATP til sykklisk AMP. Økt sykklisk AMP-nivå forårsaker relaxering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15,2% og 27,3%. Oral biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol er i gjennomsnitt hhv. 1,26% og <2%. Gitt den lave orale biotilgjengeligheten, skyldes systemisk eksponering etter inhalasjon primært absorpsjon av dosen som avgis til lungene. *Proteinbinding:* Flutikasonfuroat i plasma: >99,6% i gjennomsnitt. Vilanterol i plasma: 93,9% i gjennomsnitt. Det er ingen reduksjon i plasmaproteinbinding hos forsøkspersoner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. *Fordeling:* Gjennomsnittlig Vd_d: Flutikasonfuroat: 661 liter. Vilanterol: 165 liter. *Halveringstid:* Plasmahalveringstid av vilanterol etter 1 enkelt inhalasjon av flutikasonfuroat/vilanterol er i gjennomsnitt 2,5 timer. Etter gjentatte doser med inhalasjon av vilanterol 25 µg er effektiv t_{1/2} 16 timer hos personer med astma, og 21,3 timer hos personer med kols. *Metabolisme:* Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i lever via CYP3A4 gjennom hydrolyse av S-fluorometylkarbotioat-gruppen til metabolitter med betydelig redusert kortikosteroidaktivitet. Vilanterol: Primært O-dealkylering til en rekke metabolitter med betydelig redusert β₁- og β₂-agonistaktivitet. *Utskillelse:* Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i feces, <1% i urin. Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Holdbarhet etter åpning av beholder er 6 uker. **Pakninger og priser:** 92 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 390,40. 3 × 30 doser kr 1088,70. 184 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 443,60. 3 × 30 doser kr 1248,20. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og inhalasjonssteroid er indisert. Refusjonskoder: ICD J45, ICPC R96. Vilkår: 92. Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Refusjonsberettiget bruk kols: 92 µg/22 µg: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ <65% av forventet verdi – post bronkodilator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. Vilkår: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 13.10.2015.

Referanser:

1. Relvar preparatomtale (24.09.2015). 2. Bleecker ER, Lötval J, O'Byrne PM *et al.* Fluticasone furoate-vilanterol 100-25 mcg compared with fluticasone furoate 100 mcg in asthma: a randomized trial. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014 2(5): 553-61. 3. Svedater H, Dale P, Garrill K *et al.* Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA™ dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. *BMC Pulm Med* 2013; 13: 72. doi: 10.1186/1471-2466-13-72. 4. Svedater H, Jacques L, Goldfrad C *et al.* Ease of use of the ELLIPTA dry powder inhaler: data from three randomised controlled trials in patients with asthma. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014 26; 24: 14019. doi: 10.1186/1471-2466-13-72. 5. Woodcock A, Bleecker E, Lötval J *et al.* Efficacy and safety of Fluticasone furoate/vilanterol compared with Fluticasone propionate/salmeterol combination in adult and adolescent patients with persistent asthma. *CHEST* 2013; 144 (4): 1222-1229.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00.

NOR/FFT/0045/15a(1) Oktober 2015



GSK, Postboks 180 Vinderen,
0319 Oslo. Telefon: 22 70 20 00.
Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Relvar® Ellipta® er
utviklet i samarbeid med **Theravance**





Relvar® Ellipta® er indisert for regelmessig behandling av astma hos voksne og unge over 12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet: Pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov.¹

- Relvar er en ICS/LABA-kombinasjon som gir vedvarende 24-timers effekt^{1,2}
- ... med dosering én gang daglig^{1,2}
- ... i en enkel og klar-til-bruk inhalator^{1,3,4}



Relvar Ellipta har en bivirkningsprofil som tilsvarer Seretide.^{1,5}

Relvar Ellipta bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilatator nødvendig.¹

RELVAR[™] ELLIPTA[™]
(flutikasonfuroat/vilanterol)

www.relvar.no



KAPSLER, harde 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver kapsel inneh.: Panobinostatlaktat tilsv. panobinostat 10 mg, resp. 15 mg og 20 mg, mannitol, hjelpestoffer. Fargestoff: Alle styrker: Svart jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Gult jernoksid (E 172), brilliantblå FCF (E 133). 15 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). 20 mg: Rødt jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Indisert i kombinasjon med bortezomib og deksametason, til behandling av voksne med residiverende og/eller refraktær myelomatose som har fått minst 2 tidligere behandlingsregimer inkl. bortezomib og et immunmodulerende legemiddel. **Dosering:** Behandling bør startes opp av lege med erfaring innen kreftbehandling. Anbefalt startdose er 20 mg 1 gang daglig, på dag 1, 3, 5, 8, 10 og 12 i en 21 dagers syklus (3 uker). Pasienten bør først behandles i 8 sykluser. Ved klinisk nytte anbefales ytterligere behandling i 8 sykluser. Total behandlingstid er opptil 16 sykluser (48 uker). Før start av kombinasjonsbehandling bør preparatomtalen til bortezomib og deksametason leses for å vurdere om dosereduksjon er nødvendig. Anbefalt dose av bortezomib er 1,3 mg/m² gitt som en injeksjon. Anbefalt dose av deksametason er 20 mg tatt oralt på full mage. **Anbefalt doseringsplan i kombinasjon med bortezomib og deksametason:**

Syklus 1-8:

	Uke 1	Uke 2	Uke 3
Panobinostat	Dag 1, 3 og 5	Dag 8, 10 og 12	Pause
Bortezomib	Dag 1 og 4	Dag 8 og 11	Pause
Deksametason	Dag 1, 2, 4 og 5	Dag 8, 9, 11 og 12	Pause

Syklus 9-16:

	Uke 1	Uke 2	Uke 3
Panobinostat	Dag 1, 3 og 5	Dag 8, 10 og 12	Pause
Bortezomib	Dag 1	Dag 8	Pause
Deksametason	Dag 1 og 2	Dag 8 og 9	Pause

Anbefalinger for overvåking: Fullstendig blodcelletelling må utføres før behandlingsstart. Baseline blodplattell bør være $\geq 100 \times 10^9$ /liter og absolutt nøytrofittall $\geq 1 \times 10^9$ /liter. Full hematologisk status bør overvåkes hyppig under behandling, spesielt før hver injeksjon av bortezomib, særlig ved trombocytopeni. For oppstart av enhver behandlingssyklus bør blodplattellet være $\geq 100 \times 10^9$ /liter. Ytterligere blodtellinger bør vurderes under pausen f.eks. på dag 15 og/eller 18, spesielt hos pasienter ≥ 65 år og pasienter med blodplattell $< 150 \times 10^9$ /liter ved baseline. Da panobinostat kan øke QT_c-intervallet bør EKG tas for behandlingsoppstart, og gientas regelmessig for hver behandlingssyklus. QT_c:F bør være < 480 msek for oppstart. Blodelektrolytter, spesielt kalium, magnesium og fosfor, bør måles ved baseline og overvåkes regelmessig, spesielt hos pasienter med diaré, og korrigeres ved behov. Leverfunksjonen bør overvåkes for behandling og regelmessig under behandling som klinisk indisert, spesielt ved nedsatt leverfunksjon. Skjoldkjertel- og hypofysefunksjon bør overvåkes ved å måle hormonnivåer (f.eks. fritt T4 og TSH) som klinisk indisert. **Dosejusteringer:** Dersom dosereduksjon er nødvendig, bør panobinostatdosen reduseres med 5 mg. Bør ikke reduseres til < 10 mg, og samme behandlingsplan (3 ukers syklus) bør følges.

Dosejustering ved trombocytopeni:

Grad av trombocytopeni på behandlingsdagen	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib	Dose panobinostat ved bedring til grad 2 ($\geq 50 \times 10^9$ /liter)	Dose bortezomib ved bedring til grad 2 ($\geq 50 \times 10^9$ /liter)
Grad 3				1 dose utelatt
Blodplattell $< 50 \times 10^9$ /liter med blødning	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med samme dose
Grad 4				Fortsett med redusert dose
Blodplattell $< 25 \times 10^9$ /liter	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med samme dose

Blodplattell bør måles minst 2 ganger i uken frem til $\geq 50 \times 10^9$ /liter. Blodplattetransfusjoner kan være nødvendig. Seponering kan vurderes hvis trombocytopenien ikke bedres til tross for justeringer som beskrevet i tabellen og/eller pasienten trenger gjentatte blodplattetransfusjoner.

Dosejusteringer ved gastrointestinal toksisitet (diaré, kvalme eller oppkast):

Grad av diaré på behandlingsdagen	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib	Dose panobinostat ved bedring til grad ≤ 1	Dose bortezomib ved bedring til grad ≤ 1
Grad 2 til tross for anti-diarrøika	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med samme dose	Fortsett med redusert dose eller endre til 1 gang/uke
Grad 3 til tross for anti-diarrøika	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med redusert eller samme dose, men 1 gang/uke
Grad 4 til tross for anti-diarrøika	Seponer	Seponer		

Ved første tegn på magekramper, løs avføring eller begynnende diaré, anbefales det at pasienten behandles med anti-diarrøika (f.eks. loperamid). Profylaktiske midler mot kvalme (f.eks. proklorperazin) bør administreres etter legens vurdering.

Dosejusteringer ved nøytropeni:

Grad av nøytropeni på behandlingsdagen	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib	Dose panobinostat ved bedring til grad 2 ($< 1,5 \times 10^9$ /liter)	Dose bortezomib ved bedring til grad 2 ($< 1,5 \times 10^9$ /liter)
Grad 3 ($< 1,0,5 \times 10^9$ /liter)	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med samme dose	Fortsett med samme dose
Grad 4 ($< 0,5 \times 10^9$ /liter) eller febril nøytropeni ($< 1 \times 10^9$ /liter og feber $\geq 38,5^\circ\text{C}$)	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med samme dose

Ved nøytropeni grad 3 eller 4 bør legen vurdere bruk av vekstfaktorer som G-CSF iht. lokale retninglinjer. Seponering kan vurderes hvis nøytropenien ikke bedres til tross for doseendringer og/eller tillegg av behandling med G-CSF, og/eller ved alvorlige sekundære infeksjoner.

Dosejustering ved QT_c-forlengelse: Før behandlingsstart: Ved QT_c:F ≥ 480 msek bør behandlingsstart utsettes til gjennomsnittlig QT_c:F har returnert til < 480 msek. I tillegg bør unormalt kalium-, magnesium- eller fosfornivå i serum korrigeres før behandlingsstart. Under behandling: Dosen bør utelates dersom QT_c:F er ≥ 480 msek eller > 60 msek fra baseline. Hvis QT forlengelsen er borte i løpet av 7 dager, gjenoppta opprinnelig dose eller redusert dose hvis QT forlengelsen er tilbakevendende. Seponeres hvis QT forlengelsen ikke er borte innen 7 dager. Seponeres under alle omstendigheter dersom QT_c:F verdi er > 500 msek.

Dosejustering ved andre bivirkninger: Ved tilbakevendende toksisitet av CTC-grad 2, eller ved CTC-grad 3 og 4, utelates dosen inntil bedring til CTC-grad ≤ 1 . Behandlingen gjenopptas da med redusert dose. Ved tilbakevendende toksisitet av CTC-grad 3 eller 4 kan en ytterligere dosereduksjon vurderes etter bedring til CTC-grad ≤ 1 .

Glemt dose: Hvis en dose glemmes, kan den tas inntil 12 timer etter den angitte doseringstiden. Kaster pasienten opp skal det ikke tas en ekstra dose, men ventes til neste vanlige forskrevne dose. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt leverfunksjon:* Ved lett nedsatt leverfunksjon bør en starte med en redusert dose på 15 mg i 1. behandlingssyklus. Doseøkning fra 15 mg til 20 mg kan vurderes basert på toleranse. Ved moderat nedsatt leverfunksjon bør en starte med en redusert dose på 10 mg i løpet av 1. behandlingssyklus. Doseøkning fra 10 mg til 15 mg kan vurderes basert på toleranse. Disse pasientene bør overvåkes tettere, spesielt i doseopptrappingsfasen. Bør ikke gis ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Justering av startdosen ved nedsatt leverfunksjon:

Grad av nedsatt leverfunksjon	Bilirubinnivå	ASAT-nivå	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib
Lett	$\leq 1 \times \text{ULN}^1$ $> 1 \times \text{ULN}$ og $\leq 1,5 \times \text{ULN}$	$> \text{ULN}$ Alle	Reduser til 15 mg i 1. syklus. Vurder doseøkning opptil 20 mg i påfølgende sykluser basert på toleranse.	Ingen
Moderat	$> 1,5 \times \text{ULN}$ og $\leq 3 \times \text{ULN}$	Alle	Reduser til 10 mg i 1. syklus. Vurder økning opptil 15 mg i påfølgende sykluser basert på toleranse.	Reduser til 0,7 mg/m ² i 1. syklus. Vurder økning til 1 mg/m ² eller ytterligere reduksjon til 0,5 mg/m ² i påfølgende sykluser basert på toleranse.

¹ULN (Upper Limit of Normal), dvs. øvre normalområde

Nedsatt nyrefunksjon: Justering av startdosen er ikke nødvendig. Er ikke undersøkt ved terminal nyresykdom eller pasienter i dialyse. *Barn og ungdom < 18 år:* Ikke indisert. *Eldre > 65 år:* Høyere frekvens av enkelte bivirkninger. Bør overvåkes tettere, spesielt mht. trombocytopeni og gastrointestinal toksisitet. For eldre > 75 år kan justering av startdosen eller doseringsplanen for komponentene av kombinasjonsregimet vurderes, avhengig av generell tilstand og andre sykdommer. Startdose på 15 mg kan gis. Hvis den tolereres i 1. syklus, økes dosen til 20 mg i 2. syklus. Bortezomib kan startes med 1,3 mg/m² 1 gang ukentlig på dag 1 og 8, og deksametason med 20 mg på dag 1 og 8. **Administrering:** Tas peroralt 1 gang daglig kun på planlagte dager, til samme tid hver gang. Kan tas med eller uten mat, men samtidig inntak av stjernefrukt, granateple eller grapefrukt (og tilsv. juicer) skal unngås. Skal svelges hele med vann. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses. Skal ikke åpnes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amming. **Forsiktighetsregler:** *Reduksjon av blodplattell:* Pga. alvorlige hematologiske bivirkninger skal fullstendig hematologisk status undersøkes før oppstart og overvåkes hyppig under behandling, se Dosering. *Blødninger:* Lege og pasient bør være oppmerksom på økt risiko for trombocytopeni og mulighet for blødninger, spesielt ved koagulasjonsforstyrrelser eller hos de som får antikoagulasjonsbehandling. *Infeksjon:* Bør ikke startes opp ved aktive infeksjoner. Eksisterende infeksjoner bør behandles for oppstart. Pasienten bør overvåkes for tegn og symptomer på infeksjoner under behandling. Ved infeksjonsdiagnose skal egnet antiinfektiv behandling startes umiddelbart, og seponering vurderes. Bør seponeres ved invasiv systemisk soppinfeksjonsdiagnose, og passende antifungal behandling bør igangsettes. *Gastrointestinale sykdommer:* Profylaktiske antiemetika kan vurderes. Antiemetika med kjent risiko for QT-forlengelse bør brukes med forsiktighet. Ved første tegn på magekramper, løs avføring eller begynnende diaré bør pasienten behandles med anti-diarrøika eller annen tilleggsbehandling. Intravenøs væske- og elektrolytterstatning kan brukes etter behov. Avføringsmidler bør brukes med forsiktighet pga. mulighet for forverring av diaré. Pasienten bør rådes til å kontakte lege for å diskutere bruk av ev. avføringsmidler. *EKG-forandringer:* Måling av elektrolytter og EKG bør utføres ved baseline og regelmessig under behandlingen, særlig ved alvorlig gastrointestinal bivirkning. Bør brukes med forsiktighet ved betydelig risiko for QT_c-forlengelse, inkl. pasienter med lang QT-syndrom, ukontrollert eller betydelig hjertesykdom, inkl. nylig hjerteinfarkt, hjertesvikt, ustabil angina eller klinisk signifikant bradykardi. *Hypotyreo:* Se Dosering. *Biljøring/bruk av maskiner:* Forsiktighet bør utvises da svimmelhet og hodepine kan forekomme. **Interaksjoner:** Metaboliseres 40% via CYP3A4 og er et P-gp-substrat. Dosen bør derfor reduseres ved samtidig bruk av sterke CYP3A4- eller P-gp-hemmere. Stjernefrukt, grapefrukt, granateple og tilsv. juicer, samt enkelte kosttilskudd og naturmedisiner kan også hemme CYP3A4, og bør unngås. Samtidig bruk av sterke CYP3A4-induktorer kan redusere panobinostatseponering og bør unngås. Unngå bruk av panobinostat hos pasienter som bruker CYP2D6-substrater med et smalt terapeutisk vindu, da konsentrasjonen av disse kan økes. Ved samtidig bruk med sensitive CYP2D6-substrater, dosetiter CYP2D6-substratene individuelt basert på toleranse, og følg pasientene tett med tanke på bivirkninger. Panobinostat kan potensielt forlengte QT-intervallet. Samtidig bruk av antiarytmika og andre virkestoffer som er kjent for å forlengte QT-intervallet er ikke anbefalt. Antiemetika med kjent risiko for QT-forlengelse bør brukes med forsiktighet. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Pga. panobinostats cytostatisk/cytotoksiske virkningsmekanisme er potensiell risiko for fostertøyt høy. Bør kun brukes ved graviditet dersom fordelene oppveier risikoen. Fertile kvinner må bruke svært effektiv barriereprevensjon under behandling og i 3 måneder etter siste dose. Menn og deres kvinnelige partnere må bruke svært effektiv prevensjon under behandling og i 6 måneder etter siste dose. *Amming:* Kontraindisert. *Fertilitet:* Mannlig fertilitet kan svekkes. **Bivirkninger:** *Svært vanlige ($\geq 1/10$):* Blod/lymf: Pancytopeni, trombocytopeni, anemi, leukopeni, nøytropeni, lymfopeni. Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast, magesmerter, dyspepsi. Hjerte/kar: Hypotensjon. Infeksjose: Øvre luftveisinfeksjon, lungebetennelse. Luftveier: Hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt, hypofosfatemi, hyponatremi, hypokalemi. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Utmattelse, perifert odem, feber, asteni. *Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):* Endokrine: Hypotyreo. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, blod i avføring, gastritt, betennelse i leppene, oppblåst mage, munntørrhet, flatulens. Hjerte/kar: Bradykardi, atrieflimmer, sinuskarykardi, takykardi, palpitasjoner, hypertensjon, hematom, ortostatisk hypotensjon. Hud: Hudlesjoner, utslett, erytem. Infeksjose: Septisk sjøkk, urinveisinfeksjon, virusinfeksjon, oral herpes, Clostridium difficile-koliitt, mellomørebetennelse, cellulitt, sepsis, gastroenteritt, nedre luftveisinfeksjon, candidainfeksjon. Lever/galle: Unormal leverfunksjon, hyperbilirubinemi. Luftveier: Respirasjonssvikt, ralling, tungpustethet, neseblødning. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd, myelomalig blødning, synkope, tremor, smaksforstyrrelser. Nyre/urinveier: Nyresvikt, hematuri, urininkontinens. Stoffskifte/ernæring: Hyperglykemi, dehydrering, hypoalbuminemi, vaskeretensjon, hyperurikemi, hypokalsemi, hypomagnesemi. Undersøkelser: Økt urinsyre i blod, redusert GFR, økt ALP i blod, forlenget QT, økt kreatinin i blod, økt ALAT, økt ASAT. Øye: Konjunktivalblødning. Øvrige: Frysninger, ubehag. *Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):* Gastrointestinale: Koliitt, hematemese, gastrointestinale smerter. Hjerte/kar: Hjerteinfarkt, blodningssjokk. Hud: Petekier. Infeksjose: Fungal lungebetennelse, hepatitt B, aspergillose. Luftveier: Lungeblødning, hemoptyse. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Primært hematologiske og gastrointestinale forstyrrelser som trombocytopeni, pancytopeni, diaré, kvalme, oppkast og anoreksi. *Behandling:* Hjerteovervåking og undersøkelse av elektrolytter og blodplattellinger bør foretas, og støttebehandling gis om nødvendig. **Egenskaper:** *Virkningsmekanisme:* Histondeacetylase (HDAC)-hemmer. Hemming av HDAC resulterer i økt acetylering av histonproteiner, en epigenetisk endring som gir delvis åpning av kromatin, og dermed økt transkripsjon, som videre kan føre til stans av cellecyklus og/eller apoptose av enkelte transformerte celler. *Absorpsjon:* Rask og nesten fullstendig. *C_{max}:* nås innen 2 timer. Absolutt biotilgjengelighet ca. 21%. Lineær kinetikk i området 10-30 mg. Ved høyere doser øker AUC mindre enn proporsjonalt med dosen. *Proteinbinding:* 90%. Fordeling: V_{dis} ca. 1000 liter. Halveringstid: 37 timer. *Metabolisme:* Utstrakt metabolisme via reduksjon, hydrolyse, oksidasjon og glukuronidering. CYP3A4 viktigst ved oksidasjon, og i mindre grad CYP2D6 og CYP2C19. *Utskillelse:* 29-51% i urin og 44-77% i feces. Uforandret panobinostat utgjør $< 2,5\%$ av dosen i urin og $< 3,5\%$ av dosen i feces. Cl_R/F 2,4-5,5 liter/time. **Pakninger, priser og refusjon:** **10 mg:** 6 stk (blister) kr. 48372,70. **15 mg:** 6 stk. (blister) kr. 48372,70. **20 mg:** 6 stk. (blister) kr. 48372,70.

Sist endret: 02.11.2015 (SPC godkjent 28.08.2015)

Referanser:

- San-Miguel et al. Lancet Oncol, 2014; 15(11):1195-206.
- Farydak SPC (28.08.2015), avsnitt 5.1.



NY OG EFFEKTIV BEHANDLING AV MYELOMATOSE, FOR PASIENTER MED TIDLIGERE TILBAKEFALL¹

Farydak er indisert kombinasjon med bortezomib og deksametason for pasienter som har fått residiverende og/eller refraktær myelomatose (benmargskreft). Pasienter skal ha fått minst 2 tidligere behandlingsregimer inkludert bortezomib og et immunmodulerende legemiddel før HDAC-hemmeren Farydak kan forskrives.²

Farydak kombinert med bortezomib og deksametason forlenger pasientenes mediane progresjonsfrie overlevelse med 7,8 måneder, fra 4,7 til 12,5 måneder, sammenlignet med placebo + bortezomib og deksametason.²

Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler

Kontraindikasjoner:

Amming eller overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregel:

Før oppstart av behandlingen bør blodplattetallet være $\geq 100 \times 10^9/l$ og absolutt antall nøytrofile granulocytter $\geq 1,0 \times 10^9/l$. Blodplattetallet bør alltid være $\geq 100 \times 10^9/l$ før start av en syklusbehandling.

For fullstendig informasjon: Se felleskatalogtekst.



NO1512414142

Se mer på
color4care.no

10% RABATT Angi koden: **SYKEPLEIEN-1215**



A. Tunika Genuine 399 kr

En oppdatert tradisjonell skjæring. På insiden av arbeidsuniformen finner du ett budskap ifra Florence Nightingale som lyder: *"The work that is good enough is the work done by skilled hands, guided by a clear mind and inspired by a loving heart."*

Material: Herringbone, 35 % Bomull, 65% Polyester
Vask: 85 grader Størrelse: XS-XL

B. Arbeidssko Très Chic, lakk 599 kr

En fin arbeidssko med en litt høyere hæl. Ankel stropp har et spenne (nikkelfri) som gjør at stroppen kan justeres for best mulig passform. Skinnen er ekte skinn med et belegg av PU, som gjør skoene holdbare og vaskbare. Størrelse: 35-42.



C. Navneskilt militærklemme 199 kr

Nå har du muligheten til å designe ditt helt eget navneskilt. Du kan velge mellom flere forskjellige farger, design og typesnitt. Vær litt kreativ, miks, matche og gjøre ganske omgjengelige og fargerike navneskilt!

D. Infinity, Rosa sykepleierklokke 399 kr

Våre søsterur bringer med seg glede, farge og omsorg. En sykepleierklokke er en erstatning for armbåndsur når du ikke kan ha det på av hygieniske grunner.

E. Sommer søsterur, lilla 159 kr

F. Snøfugg søsterur, hvit 159 kr

G. Sykepleierklokke i rustfritt stål, Rosa 449 kr



Alt ligger I DETALJENE

Detaljer er som livets krydder. Sett farge på ditt arbeidsmiljø med et personlig preg. For selv om arbeidsmiljøet på for eksempel et sykehus må være, og er, sterilt, så betyr ikke det at alt må være fargeløst og ensformig. Sørg for å lyse opp både din egen og, ikke minst, dine pasienters hverdag!

Innhold



12 | 2015 Sykepleien
Utgivelsesdato: 10. desember

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no



Hva skjer

- 10 Aksjonisten
- 17 Må resertifisere i England
- 19 Synes NSF er for «blendahvit»
- 22 Dette skjedde på landsmøtet til NSF
- 26 Hvor er helsesøster?
- 30 Tema: Hva skal kreftpasienten spise?
- 46 Seier i Høyesterett for filippinerne på OUS
- 50 Appetittvekkelsen
- 54 Noahs åpenbaring



Landsmøtet vedtok for fremtiden. **24**



Sykepleie

- 58 Trenger oppfølging etter hoftebrudd
- 62 Samhandler bedre i små kommuner
- 65 Min jobb: Carola Karl Urvik i Sandnessjøen
- 66 Forskerintervju: Helene Kjøllesdal Eide
- 68 – Ingen snakker med meg om sex
- 72 Etikk: Rusmisbrukere må få et hjem
- 74 Øvingsbok til hjelp i praksisstudier



Hjertepasienter trenger råd om sex. **68**



Påfyll

- 78 Småstoff
- 79 Liv laga
- 80 Forfatterintervju: Øyunn Granerud
- 82 Bokanmeldelser
- 83 Hva leser du nå?
- 84 Fakta: Desentralisert utdanning – en suksess
- 86 Quiz og kryssord



Jobber med kreft, fikk kreft, skrev bok. **80**



Meninger

- 88 Eli Gunhild By om landsmøtet
- 89 Lesermeninger og minneord
- 90 Anlovs arrest
- 91 Helsesøster Ingrid Bjønnes om Snapchat
- 92 Kaja Flatøy om spiseforstyrrelser
- 94 Tett på Bjørn Guldvog
- 99 Stillingsannonser og kunngjøringer



Bjørn Guldvogs jobber for gode liv. **94**

Forsideillustrasjon: Colourbox/Sissel Vetter

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ingvald Bergsagel, Ole Morten Vindorum.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino (97 74 21 20). **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Mat. Mens noen er opptatt av mat fordi de skal leve, vil andre bare overleve. Det blir ikke lettere å vite hva man skal spise.

Kosthold og andre konspirasjoner



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Jeg kan like godt bare legge kortene på bordet med en gang: Jeg synes det er hyggelig med god mat. Jeg har ingenting imot å bli servert det siste innen katalanske kjøttboller eller å drikke vin fra et hittil ukjent rumensk slott. Jeg synes også det er greit at mine venner bruker stadig mer av sin tid til å barrikadere seg på kjøkkenet for så å kunne fleske til med noe sinnssykt velsmakende på en vanlig lørdagskveld.

Men personlig er jeg temmelig lei av at mat er blitt løftet opp som en slags bekreftelse på hva det gode livet skal være. Hjernen min kopler seg automatisk ut når kelnerer skal fortelle meg hvor biften har bodd hen og soppen er blitt sanket. Jeg trenger heller ikke en jålete kjøkkenøy i heimen, for å være til. Jeg trives best med laksepasta og middagsrester fra i går.

MARKØR. Jeg er neppe alene om det. Men feinschmeckerkulturen vi har sett blomstre opp de siste 10–20 årene, vitner om at mat er blitt en viktig identifikasjonsmarkør i vår tid. Nå er det Masterchef og Hellstrøm i alle kanalene og kokebøker som dekker en hel vegg i bokhandelen. Forrige jul fikk halve befolkningen en juicepresser i gave. På mange kjøkken lever den en kummerlig tilværelse, men det har i det minste gitt eierne en følelse av at de henger med i matgaloppen.

Det har selvfølgelig med vår økende velstand å gjøre at vi ikke lenger spiser bare for å døyve sulten. Vi skal ikke innbille oss noe annet. Men det handler om mer enn at stadig flere ønsker å glede ganen på stadig mer eksotisk vis. Mat er blitt selve symbolet på hvem vi er. Nå er det ikke nøysomheten, men frodigheten som teller.

OVERFLODSHORNET. Dette hadde ikke vært noe større problem om det hadde ført til at vi som individer bare hadde satt mer pris på det naturen gir oss: Et overflodshorn fylt med de mest vidunderlige ingredienser. Men mat-hypen har ikke bare åpnet nye, spennende kulinære horisonter. Paradoksalt nok har den også gjort veien til fysisk velvære smalere. For forbausende mange mennesker er mat blitt en hodepine i stedet.

Hvor langt dette egentlig har kommet, gikk for alvor opp for meg da jeg for en stund siden diskuterte mat med gode venner

fra Tyskland. Til forskjell fra oss, som bor i et karrig land fullt av billige supermarkeder og en naiv tro på jordbruket, har tyskere helt mistet troen på industrielt produsert mat. Det har trolig å gjøre med at Europa har opplevd mange alvorlige matvareskandaler, mens vi i Norge fortsatt tror at Tine og Gilde feter opp kuene og grisene sine på et koselig småbruk i Hedmark. Mine venner, som bor i et strøk hvor man stort sett kan få tak i alt som vokser på denne jorden, var desillusjonerte. De ville ikke ta i en kjøttbit en gang uten at de hadde håndhilst på bonden. De ville ikke drikke vin som ikke var full-økologisk, og de var skeptiske til fisk.

Fisk?, spurte jeg vantrø, med Helsedirektoratets kostholdsråd i mente. Men om fisken var dyrket i små baljer i fjorden eller fanget av store trålere i Norskehavet, stolte ikke mine venner på dem heller. Jeg minnet dem om at det norske mattilsynet nok ville gripe inn om det ble jukset for mye, men de bare lo. Hvem tror egentlig på Mattilsynet?

DÅRLIG. Jeg tipper at denne desillusjonerte, kontinentale skepsisen omsider også vil komme til Norge. Noen vil hevde at den allerede er her. Omsetningen av økologisk mat har riktignok ikke tatt av, men antallet vegetarianere og veganere øker jevnt og trutt i takt med bevisstheten rundt klimakrisen.

I tillegg ser supermarkedets hyller for mat til allergikere ut til å vokse seg større og større for hvert år som går. Så mens min lokale Meny-butikk bugner av frukt, grønt, kjøtt og meieri-produkter i et omfang jeg aldri før har sett, vokser også antallet mennesker som ikke tåler ditt og datt; som blir dårlig av ost eller brød, som får løs mage av kål, tørre slimhinner og underlivssmerter av meieri-produkter. Så mange matallergikere er vi blitt, at restauranter fortvilet spør seg hvordan de skal håndtere alle kundene med spesielle behov. En ny EU-forskrift har pålagt alle som serverer mat, å informere spisegjester om 14 stoffer som kan tenkes å fremkalle allergi, det vil si alt fra lupin til egg og gluten. Da har de i hvert fall sitt på det tørre.

GIFT. Anslag viser at over en million nordmenn mener seg overfølsomme for mat. De skyr normale matvarer som ren gift. I den andre enden av skalaen er det nesten ingen grenser for hva



Illustrasjon: Marie Rundereim

enkelte tror at grønnsaker og safter kan utrette av helsefremmende mirakler. Som om vi kan bli helt friske av selv de mest alvorlige sykdommer ved å drikke fruktjuice. De voldsomme forventningene til – og angsten for – hva vi putter i munnen, er en slags forlengelse av feinschmeckeriet som har hjemsøkt vårt land de siste ti-årene. Med gleden over å kunne tutle med mat i det uendelige, har vi oppdaget at maten også kan vende seg mot oss.

I denne utgaven av Sykepleien har vi et større intervju med helsedirektør Bjørn Guldvog. Han sverger oppskriftsmessig til variert kosthold. Han spiser sin fisk to ganger i uken, ikke for mye rødt kjøtt, salat og frukt og ellers måtehold når det gjelder mer usunne varianter. Det var ikke annet å vente. Om Guldvog hadde holdt seg bare til brokkoli, hadde jeg blitt mer bekymret.

PANIKK. Helsemyndighetene sliter likevel med sin troverdighet når de skal opplyse oss om hva som er farlig og ufarlig, anbefalt eller ikke anbefalt, kreftfremkallende, usunt eller ikke til å stole

på. Her får de bare begrenset hjelp fra forskning, som riktignok skal komme fram til sannheten, men som gjerne konkluderer med at mer forskning må til. Og mens vi tygger på pinnekjøttet, aner vi også at helsemyndighetene har et behov for ikke å skape panikk om maten – og det er i seg selv ikke veldig beroligende.



«De ville ikke ta i en kjøttbit en gang uten at de hadde håndhilst på bonden.»

Personlig har jeg utviklet en teori om at et kosthold som ikke bikker over noen vei, i det minste reduserer min risiko for å dø som følge av egen uvitenhet. Jeg innrømmer at det er en heller tynn taktikk, og den likner til forveksling helsedirektørens tallerken. Men så liker jeg pasta, da. ●

God julemiddag!

barth.tholens@sykepleien.no

Hva er egentlig naturlig aldring?



Aldersrelatert skrøpeligheit er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttap og lav fysisk aktivitet. Skrøpeligheit er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av tegnene handler faktisk om underernæring. En eldre kropp har vanskeligere for å ta opp næringsstoffer og kan derfor trenge et

optimalisert næringsinntak. Nutridrink er en vitenskapelig utviklet, velsmakende næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler kroppen trenger. Måltider supplert med Nutridrink kan bidra til å få tilbake kraften og energien hos skrøpelige eldre eller pasienter med sykdomsrelatert underernæring.

Les mer om aldersrelatert skrøpeligheit på www.nutridrink.no

Nutridrink er næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Anvendes i samråd med helsepersonell. Kjøpes på apotek eller hos bandasjist.

Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

200 ml

18 gram protein
300 kalorier



NUTRICIA
Nutridrink
Næring til livet



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 12 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema



Delegater: Folk fra hele landet var samlet på Gardermoen i november.

Vedtatt!

Landsmøte. Norsk Sykepleierforbund har hatt landsmøte og bestemt retningen for fremtiden. **22**



Mat til eldre.

Jobber for å heve standarden. **50**



«For meg var det viktigste å bli trodd. Det handler om rettferdighet.»

Kelly Flores, etter seieren i Høyesterett. **46**



Diskriminering.

Synes forbundet er «blendahvitt». **19**



Målt: Det viser seg å være lav forekomst av infeksjoner etter kirurgiske inngrep. Arkivfoto: Marit Fonn

Vet lite om hiv

Kunnskapen om hivsmitte er lav, spesielt blant unge. I gjennomsnitt mener 51 prosent at de har god kunnskap om hiv. I aldersgruppen under 30 sier bare 37 prosent at de har god kunnskap, og 76 prosent av helsepersonell mener det samme. De som har best kunnskap om hiv er de som kjenner en person som lever med sykdommen.

Helsedirektoratet



Endelig øremerking

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal få øremerket 100 millioner kroner i 2016. Pengene kommer i tillegg til 667,7 millioner kronene som er allerede avsatt til helsestasjon- og skolehelsetjenesten til styrkingen.

– Dette er en seier for oss, sier NSFs forbundsleder, Eli Gunhild By.

NSF



Akutt risiko

Meldeordningen karakteriserer sykehusenes akuttmottak som en høyrisikosone for pasientsikkerhet. Derfor har de laget et læringsnotat med fem forbedringsområder: 1. Ressurser og organisering. 2. Tilgang på rett kompetanse. 3. Kommunikasjon og kontinuitet. 4. Mangel på eller avvik fra rutiner. 5. Samarbeid og kultur.



17 nye kvalitetsindikatorer

KVALITET: Helsedirektoratet har publisert resultatene for de 65 nasjonale kvalitetsindikatorerne på helsenorge.no.

17 av kvalitetsindikatorerne er helt nye, 2 er reviderte og de resterende 42 indikatorerne er oppdatert med nye tall. 70 prosent av nye pasienter med brystkreft, lungekreft, prostatakreft eller tykk- og endetarmskreft inngår i et pakkeforløp.

– Enkelte indikatorer innen psykisk helse har vist en svakere utvikling i andre tertial, melder Helsedirektoratet.

Kvalitetsindikatorer som måler infeksjoner etter diverse kirurgiske inngrep, viser at det er lav forekomst av infeksjoner på alle nivå.

Kvalitetsindikatorerne for kommunale helse- og omsorgstjenester viser store variasjoner.

Totalt ble 44 prosent av sykehjemsbeboerne vurdert av lege i løpet av de siste 12 månedene, og 27 prosent ble vurdert av tannhelsepersonell.

Disse indikatorerne har til dels mangelfullt datagrunnlag og resultatene må derfor tolkes med varsomhet, melder Helsedirektoratet.

Du kan lese mer om kvalitetsindikatorerne på direktoratets hjemmeside.

Menneskelig institusjon

Menneskerettigheter. Stortinget oppnevnte i slutten av november Petter Fredrik Wille som direktør for den nye nasjonale institusjonen for menneskerettigheter.

Stortinget

Fakta og tall. Arbeidsliv

23 977

Sykepleiere jobber i sykehus

16 434

Spesialsykepleiere jobber i norske sykehus

2 369

Jordmødre er ansatt i sykehus

8,3%

Sykefraværet blant kvinnelige sykepleiere er 8,3%

4,3%

Sykefraværet blant mannlige sykepleiere er 4,3%

Kilde: NSF og SSB



Flykt: Tusenvis av flyktinger trenger hjelp. Foto: REUTERS/Ognen Teoflovski

Helsepersonell etterlyses

HJELP: På grunn av flyktningstrømmen har Helsedirektoratet opprettet en pool for tilgjengelig helsepersonell som kan bistå kommuner der behovet er størst. Helsepersonell som ønsker å bidra kan melde sin interesse på direktoratets nettside.

Behovet for for ekstra personell er størst i små kommuner med liten kapasitet i helsetjenesten, og ved

store akuttmottak der det blir etablert egne helsetjenester.

Helsedirektoratet melder at det er muligheter for å få både kortvarige og langvarige oppdrag. Helsepersonell som er interessert må være tilgjengelig på relativt kort varsel.

– Dette kan være aktuelt om du ønsker å bidra til denne type arbeid og enkelt kan få permisjon fra din nåværende arbeidsgiver. Det kan

også være aktuelt for pensjonerte leger og sykepleiere, eller leger som venter på turnusplass, skriver direktoratet på sin hjemmeside.

Det er særlig leger, sykepleiere og helsesøstre det er behov for. Det er kommunen som vil være arbeidsgiver og inngå avtale med den enkelte. Helsedirektoratet formidler kun personellet som melder seg til de kommunene som har behov.

Stamceller og MS

Det er ikke mulig å trekke sikre konklusjoner om effekt av stamcelletransplantasjon ved multippel sklerose, fordi forskningen er av svært lav kvalitet. Det fremgår av en ny metodevurdering fra Kunnskaps-senteret. En pågående randomisert kontrollert studie med 120 inkluderte pasienter og fem års oppfølgingstid er forventet å være ferdigstilt i 2021.

Kunnskaps-senteret

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Må resertifiseres hvert 3. år

• Tekst **Ellen Morland**

ENGLAND: I 2016 innføres en ny reform der engelske sykepleiere hvert tredje år må sørge for å forlenge sin autorisasjon. Bakgrunnen er behovet for å heve den faglige standarden. I England har sykepleiere lav status og lav tilitt i befolkningen etter flere store skandaler i helsevesenet.

Sykepleiernes organisasjon Royal College of Nursing (RCN) og autorisasjonsbyrået NMC jobber nå hardt for å forberede de 670 000 britiske sykepleierne til reformen, som kjøres i gang i april.

35 TIMER. Det kreves minst 450 praksistimer, 900 timer hvis man også er jordmor, for å kunne resertifiseres. Alle sykepleiere må dokumentere hva de har gjennomført av faglig oppdatering. Sykepleierne må blant annet gå gjennom 35 timer med faglig opplæring i løpet av

«Det er i utgangspunktet en god idé.» Line Orlund, Oslo NSF

de tre årene. Det må også leveres fem refleksjonsnotater.

Arbeidsgiverne har ingen pålagt plikt til å dekke kostnadene eller tidsbruken for oppdateringen, men det er vanlig å innlemme faglig utvikling som en del av forhandlingene mellom arbeidsgiver og stab på arbeidsplassene.

– **MÅ TA DISKUSJONEN.** Oslo-leider Line Orlund i NSF mener det er på tide å diskutere om også norske sykepleiere bør gjennomgå en form for resertifisering.

– Det er viktig å sørge for at sykepleierne har god kompetanse, og det er i utgangspunktet en god idé med resertifisering, særlig for dem som er ute av yrket i en lengre periode.

Orlund mener at sykepleiere som er i jobb vil være tilstrekkelig faglig oppdatert og enkelt vil bestå en resertifisering. For NSF vil det være et vesentlig spørsmål hvem som eventuelt vil betale for en resertifiseringsordning.

– Dette bør arbeidsgiverne sørge for, fastslår Orlund. ●
ellen.morland@sykepleien.no

DET LEDENDE ALTERNATIVET for optimal hygiene og pasientintegritet



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

EasyClick™
Mobilt eller fast montert

EasyReturn™
Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™
Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370
INFO@AVALON-MEDICAL.NO • WWW.AVALON-MEDICAL.NO
WWW.SILENTIA.NO

12 GRIPENDE TEMAER

– fra 2015



Les
Sykepleien
på nettbrett
du også!

Vi har samlet våre redaksjonelle temaer fra 2015 i Sykepleiens App. Her får du enkelt tilgang til alle de gripende artiklene fra året som har gått. Appen er lett å bruke og gir en fantastisk leseopplevelse. Vi håper temaene gir faglig innsikt, samtidig som de bidrar til trygghet og arbeidsglede. Det er enkelt å komme i gang med appen. Se hvordan på våre nettsider Sykepleien.no.

God lesning!

Sykepleien



Akhenaton de Leon

– Sykepleierforbundet er blendahvitt

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Håkon Eikesdal/Dagbladet**

Fakta

Aktuell som

Leder for ledet Organisasjonen mot offentlig diskriminering (OMOD). Følger med når det foregår valg i styrer og stell.

Alder: 56 år

Bakgrunn: Ut mot «blendahvite» sykepleiertopper. Det var tittelen i avisen Vårt Land i november. Akhenaton de Leon viste til at Norsk Sykepleierforbund (NSF) har over 100 000 medlemmer. Likevel klarer de ikke å få minoriteter inn i sine øverste organer. Med sykepleiere fra alle verdenshjørner, burde NSF gå foran som et godt eksempel, mente de Leon som har ledet Organisasjonen mot offentlig diskriminering (OMOD) i over 20 år.

Hvordan oppdaget du «blendahvite» NSF?

– En sykepleier jeg kjenner sendte en link med oversikt over kandidatene til valgene på landsmøtet. «Hvor langt er vi kommet i 2015?», spurte hun.

Hva tenkte du da?

– At sykepleierne, som har så mange kompetente med minoritetsbakgrunn, burde klare å få dem med.

Hva gjorde du?

– Sendte mail til forbundet. Jeg fikk svar fra ledelsen som beklaget og sa: Dette er ikke godt nok, vi skal jobbe med saken.

Slappet du av da?

– Jeg gjør aldri det! Erfaringen har lært meg at jeg ikke kan slappe av med likestilling i Norge.

Ble du overrasket?

– Nei, for slik er det overalt, men jeg ble skuffet. Jeg kaller det en nasjonal sykdom. Jeg spør meg selv og andre: Bor jeg i et segregert samfunn? Se selv hvor du leker og jobber.

Hva svarer du da?

– Jeg mener vi gjør det, dessverre. Hvor er minoritetsansatte i den offentlige administrasjon? Hvor er vi i offentlige verv eller utvalg? Ta en tur til shoppingssentrene eller restauranter i Oslo, hvem er i førstelinjetjenester? Hvor mange afrikanere eller asiater ser du der?

Hva gjør OMOD?

– Vi ser på hvordan det offentlige leverer varer og tjenester til et mangfoldig samfunn. Vi er

finansiert over statsbudsjettet. Nordmenn mener det ikke fins offentlig diskriminering. Hahaha.

Du ler?

– Fordi jeg tror ikke på det. Diskriminering skjer både på strukturelt nivå og individuelt. Vi skal bevisstgjøre det offentlige slik at diskriminering av minoriteter ikke skjer.

Et eksempel?

– I 1995 anmeldte vi en diskriminerende boliganonse. Saken ble ført helt til Høyesterett. Den

fant at det var lovlig å si at utlendinger var uønsket i boligen. Loven var ikke god nok, så den ble endret. Så vi vant slaget. Det er «civil rights history» i Norge. Det er slik vi jobber.

Du kan mye om sykepleie. Hvorfor det?

– Jeg vet i hvert fall at det er nesten ingen på AMK eller på ambulansen med minoritetsbakgrunn. Mange som ringer inn, kan ikke snakke norsk. Men har AMK tilstrekkelig tolketjeneste? I England er det en telefontolketjeneste. Institusjonene må tilpasse seg dagens behov. Fagforeningene burde være de første til å kreve tolker.

Du har et interessant navn – Akhenaton Oddvar Al-Madi De Leon?

– Mor var fra Trøgstad, far var fra Trinidad. Jeg er født i England og har bodd i alle land. Akhenaton er en gammel Faraos, Al-Madi er en stor mann i islam. Jeg er katolikk, men døpt som protestant.

Hva bør sykepleierne gjøre?

– Identifisere minoritetspersoner med stort potensial. Gi dem den tilleggskompetanse de trenger. Ikke kvotér! Når folk lykkes, sender man ut et signal om at de er med på laget. Og at de når fram. Det er positiv psykologi til alle. ●

marit.fonn@sykepleien.no



 Sykepleien

Les mer:
Les om valgene på landsmøtet på side 22.

▼ Anoro «GlaxoSmithKline»

C **Adrenergikum + antikolinergikum.**

ATC-nr.: R03A L03

T **INHALASJONSPULVER 55 µg/22 µg i Ellipta:** Hver dose inneh.: Umeclidiniumbromid tilsv. umeclidinium 62,5 µg, (tilsv. avgitt dose 55 µg), vilanterol (som trifrenatol) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Regelmessig bronkodilaterende behandling for å kontrollere symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 1 inhalasjon 1 gang daglig, helst til samme tid hver dag. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, da dette ikke er undersøkt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. Ved oppbevaring i kjøleskap, la inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved astma pga. manglende data. Preparatet seponeres umiddelbart ved paradoksall bronkospasme, og alternativ behandling påbegynnes om nødvendig. Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll. Ved forverring av kols under behandlingen, bør pasienten vurderes på nytt. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, da hjertearytmi, f.eks. atrieflimmer og takykardi, kan oppstå. Bør brukes med forsiktighet ved urinretensjon eller trangvinkelglaukom (pga. antimuskarinerg effekt). Beta₂-agonister kan gi betydelig hypokalemi, som potensielt kan gi kardiovaskulære bivirkninger. Reduksjon av serumkalium er vanligvis forbigående og krever ikke tilskudd. Det er ikke sett klinisk relevante effekter av hypokalemi ved anbefalt dose, men forsiktighet bør utvises ved bruk samtidig med andre legemidler som potensielt kan forårsake hypokalemi. Beta₂-agonister kan gi forbigående hyperglykemi. Ved behandlingsoppstart bør plasmaglukose monitoreres tettere ved diabetes, selv om det ikke er sett klinisk relevant effekt på plasmaglukose ved anbefalt dose. Bør brukes med forsiktighet ved krampelidelser, tyreotoksikose og hos pasienter som er uvanlig følsomme for beta₂-agonister. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP3A4-hemmere grunnet mulig økt systemisk eksponering for vilanterol. Samtidig bruk av andre langtidsvirkende muskarinantagonister eller langtidsvirkende beta₂-agonister (alene eller som del av kombinasjonsbehandling) er ikke studert, og er ikke anbefalt da det kan forsterke bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide. Bør kun brukes dersom forventet nytte for moren er oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Utskillelse i morsmelk er ukjent, men andre beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier indikerer ingen effekter på fertilitet. **Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Obstipasjon, munntørrhet. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, sinusitt, nasofaryngitt, faryngitt, øvre luftveisinfeksjon. Luftveier: Hoste, orofaryngeal smerte. Nevrologiske: Hodepine. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerte/kar: Atrieflimmer, supraventrikulær takykardi, idioventrikulær rytme, takykardi, supraventrikulære ekstrasystoler. Hud: Utslett. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Sannsynligvis tilsv. bivirkninger av inhalerte muskarinantagonister (f.eks. munntørrhet, synsforstyrrelser og takykardi) eller overdoseringsymptomer med andre beta₂-agonister (f.eks. arytmier, tremor, hodepine, palpitasjoner, kvalme, hyperglykemi og hypokalemi). **Behandling:** Støttende, inkl. tilstrekkelig monitorering om nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger se selektive beta₂-agonister R03C C side c og antikolinergika R03B B side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (umeclidinium) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). **Virkningsmekanisme:** Umeclidinium er et kinolidinderivat med aktivitet på flere subtyper av muskarinreseptoren. Gir bronkodilasjon ved kompetitiv hemming av binding av acetylkolin til muskarinreseptorer på glatt muskulatur i luftveiene. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylylase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP (cAMP). Økt cAMP gir relaksasjon av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** C_{max} nås etter 5-15 minutter. Absolutt biotilgjengelighet av umeclidinium og vilanterol er hhv. 13% og 27% av dosen, minimalt bidrag fra oral absorpsjon. Steady state nås for umeclidinium innen 7-10 dager, og for vilanterol innen 6 dager. **Proteinbinding:** Umeclidinium: 89% *in vitro*. Vilanterol: 94% *in vitro*. **Fordeling:** V_d: Umeclidinium: 86 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid av umeclidinium og vilanterol etter inhalert dose i 10 dager er hhv. 19 timer og 11 timer. Plasmaclearance av umeclidinium og vilanterol etter i.v. administrering er hhv. 151 og 108 liter/time. **Metabolisme:** Umeclidinium: Hovedsakelig via CYP2D6, og er et P-gp-substrat. Vilanterol: Hovedsakelig via CYP3A4, og er et P-gp-substrat. **Utskillelse:** Umeclidinium: Feces (92%) og urin (<1%). Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C. Inhalatoren bør oppbevares i den forseglede folieboksen for å beskytte mot fuktighet frem til førstegangs bruk. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser kr 598,70. 3 × 30 doser kr 1713,70. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ <65% av forventet verdi – post bronkodilator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. **Vilkår:** 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

Sist endret: 02.07.2015

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline på telefon: 22 70 20 00

References: 1. Maleki-Yazdi MR, Kaelin T, Richard N *et al.* Efficacy and safety of umeclidinium/vilanterol 62.5/25 mcg and tiotropium 18 mcg in chronic obstructive pulmonary disease: results of a 24-week, randomized, controlled trial. *Respir Med* 2014 Dec;108(12):1752-60. 2. Maltais F, Singh S, Donald AC *et al.* Effects of a combination of umeclidinium/vilanterol on exercise endurance in patients with chronic obstructive pulmonary disease - two randomized double-blind clinical trials. *Thorax* 2014; Dec;8(6):169-181. 3. Anoro preparatomtale (26.03.2015).

*In the largest of three studies (n=905). Primary endpoint mean change from baseline in trough FEV₁ Day 169: Spiriva 93 ml, Anoro Ellipta 205 ml, difference 112 ml (p<0.001).

⁵Exercise endurance time was improved by 62,9 sec from a baseline of 307 sec (21%) in a *post hoc* analysis of two studies (n=246). Difference in improvement compared with placebo was 43,7 sec (p=0.001).

Dobbel bronkodilatator til symptomlindrende vedlikeholdsbehandling av kols³



ANOROTM **ELLIPTA**TM
umeklidinium/vilanterol

Gi dine kolspasienter med tungpust dobbel bronkodilatasjon og muligheter for et mer aktivt liv^{1,2}



Gir dobbel bedring i lungefunksjon vs. Spiriva (tiotropium)*¹



Større fysisk utholdenhet med muligheter for et mer aktivt liv⁵²



Klar-til-bruk Ellipta inhalator³



1 inhalasjon daglig³

Den mest vanlig rapporterte bivirkningen med Anoro Ellipta var nasofaryngitt (9%). Kardiovaskulære effekter som hjertearrytmier, f.eks atrieflimmer og takykardi, kan sees etter bruk av muskarinreseptor-antagonister og sympatomimetika, inkludert Anoro Ellipta og bør derfor brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom.

ANORO ELLIPTA er utviklet i samarbeid med  Theravance



©2014 GSK group of companies. All Rights Reserved.

For mer informasjon - besøk helse.gsk.no

NOR/UCV/0044/15 - oktober 2015



Yngre. De tre NSF-lederne fortsetter. Med seg har de et forynget forbundsstyre.
– Det vil merkes, mener nyvalgte Silje Naustvik (32).

– Vil må snakke om sykepleierne som eksperter

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Over 40 sykepleiere ble valgt til å representere Norsk Sykepleierforbund (NSF) på landsmøtet i november. Der gjennomgikk forbundsstyret en forynningsprosess – fordi fire av de seks medlemmene er nye.

De som fikk flest stemmer, var Torbjørn Solberg fra Sør-Trøndelag, Lill Sverresdatter Larsen fra Troms og Silje Naustvik fra Oslo.

– Vil det merkes at de fleste forbundsstyremedlemmene er nye og yngre?

– Jeg tror det, sier Silje Naustvik (32).

– Vi er opptatt av politikk og hvordan NSF skal påvirke, og hvordan NSF vil framstille sykepleierne.

– Hvordan bør man framstille sykepleiere?

– Vi må snakke om sykepleiere som eksperter, og ta en selvfølgerrolle i samfunnsdebatten, sier Naustvik.

– **ALLE SKAL SKJØNNE BUDSKAPET.** Lill Sverresdatter Larsen (36) er opptatt av at NSF må være synlig, både internt og eksternt:

– Vi ønsker at alle medlemmer skal skjønne hva forbundsledelsen mener. For eksempel at faglig ansvarlighet også innebærer omsorgsfull hjelp.

VIL HA MANGE ALLIANSER. Torbjørn Solberg (52) vil ut i sam-

funnet og knytte kontakter.

– Hvem vil du knytte allianser med?

– Med alle som er opptatt av helsepolitikk i Norge. For eksempel ordførere.

«Nå er vi to menn i forbundsstyret.»

Torbjørn Solberg, forbundsstyremedlem

Solberg vil også se nærmere på arbeidstiden:

– Den handler om å beholde arbeidskraft, og er mer enn tid på jobb. Arbeidstid og hviletid handler om pasientsikkerhet.

VIL HA KJØNNSNØYTRALE TITLER. – Vi er unge, og det betyr at vi har et annet nettverk, blant politikere og andre, sier Larsen.

– Og det gjenspeiler organisasjonen, utfyller Naustvik.

– Nå er vi to menn i forbundsstyret, opplyser Solberg.

(I forrige periode var Kai Øivind

Brenden eneste hane i kurven.)

Og alle tre er for kjønnsnøytrale titler, et tema som oppildnet deltakerne på årets landsmøte.

FIKK NY TILLIT. Eli Gunhild By, Solveig Bratseth og Karen Bjøro fortsetter som ledertrio i fire år. By var nominert som leder, uten motkandidat. Men nominasjonskomiteen ønsket å skifte ut begge nestlederne med Oddgeir Lunde og Sigbjørn Flatland.

Lunde er fylkesleder i Sogn og Fjordane, og Flatland er leder for intensivsykepleierens faggruppe. Delegationen trosset anbefalingen, og både Bratseth og Bjøro fikk tillit til å fortsette i fire år til.

– **BY ER SAMLENDE.** – Eli Gunhild By er en samlende leder, sa nominasjonskomiteens leder Irene Kronkvist.

– Hun klarer å bygge allianser og skape tillit.

– Å være forbundsleder er ikke en enmannsjobb, poengterte By selv.

Etter at spenningen var utløst for den gjenvälte nestlederen, gikk en rørt Bratseth på talerstolen.

– Tusen takk, dette var sterkt. Jeg skal lobbe, krangle og jobbe det jeg kan, sa hun til landsmøtet.

Bjøro trakk fram sin internasjonale bakgrunn og sin forskningskompetanse i sin valgtale.

– Jeg har vært det faglige tyngdepunktet i ledelsen. Vi tre utfyller

Fakta ●●●●

Medlemmer i etikkrådet:

- Berit Støre Brinchmann, Nordland (gjenvalg)
- Kristin Gjerdingen Haugen
- Terje Årsvoll Olsen
- Berit Liland, Akershus
- Håkon Johansen, Østfold
- Ingrid Hvatum, Oslo
- Arne Okkenhaug, Nord-Trøndelag
- Lise Gram Dokka, Telemark

Medlemmer i forbundsstyret:

- Torbjørn Solberg
- Lill Sverresdatter Larsen
- Silje Naustvik
- Kai Øivind Brenden (gjenvalg)
- Anne Margrethe Haukås (gjenvalg)
- Kirsten Brubakk
- Marianne Sæhle er l. varamedlem



Sykepleien

Les mer:

Les om blendahvitt sykepleierforbund side 19



Stemmesankere: Lill S. Larsen (t.v.), Torbjørn Solberg og Silje Naustvik var de mest populære medlemskandidatene. De vil fornye, men har respekt for forgjengerne. – Dette er en stafett, mener de.

hverandre. Vi er ikke alltid enige, men ingen kommer til fjells på en flat vei, sa Bjørø, som slapp gleden løs da stemmene var talt opp.

– Jeg er overveldet over støtten. Takk til dere som har lobbet for meg i kulissene, sa hun til salen.

NY ETIKKLEDER VIL SKRIVE KRONIKKER. Berit Daae Hustad har ledet sykepleiernes etikkråd de siste fire årene, og ville gjerne fortsette med det. Det ville også Elisabeth Sveen Kjølrsrud fra Aust-Agder. Valget ble jevnt, men landsmøtet ville ha sørlendingen.

Kjølrsrud har doktorgrad og erfaring som spaltist. Hun har i mange år vært lokalpolitiker for Kristelig Folkeparti i Grimstad.

– Jeg vet hvordan politikerne tenker, sa hun til landsmøtedelegatene.

– Jeg vil ta initiativ i den offentlige debatt. Vi skal være pådrivere for spørsmål blant alle sykepleiere. Vi må håndtere dilemmaene når idealer og virkelighet stanger mot hverandre.

Hun påpekte at markedstenkning

Vinnere: Solveig Bratseth (fra venstre), Eli Gunhild By og Karen Bjørø vant etter et valg der utfallet var vanskelig å spå.



og bruk av kunstig intelligens byr på store utfordringer for sykepleieetikken.

POPULÆRT VERV. – *Hvilken endring vil vi se med deg som ny leder?*

– Jeg ønsker å være synlig. Kanskje bruke andre plattformer. Skrive kronikker, for eksempel, sa Kjølrsrud etter at valget var avgjort.

– *Hva kan temaer i kronikkene være?*

– Markedskreftene som truer de sykepleiefaglige idealene. Og kunstig intelligens. Teknikken hjelper oss, men vi må se hvordan det påvirker menneskene. Mange sykepleiere opplever dessuten et moralsk stress fordi de ikke får gjort jobben sin med de standarder de ønsker. Det er veldig alvorlig, sa Kjølrsrud.

Å være medlem i etikkrådet er blant de mest populære vervene i NSF. 17 kandidater stilte til valg.



Skal lede etikkrådet: Sykepleie-etikkens nye ansikt er Elisabeth Sveen Kjølrsrud. Doktorgrad og politisk erfaring i KrF er noen av hennes kjennetegn. (Foto: Privat)

«Jeg ønsker å være synlig.»

Elisabeth S. Kjølrsrud, etikkrådsleder

Alle unntatt én av de åtte medlemmene er nye. ●
marit.fonn@sykepleien.no



Politikk. Karakterkrav 3 i norsk, engelsk og matte. Kjønnsnøytrale titler. Det er bare noe av alt NSF skal jobbe med framover.

For? Imot? Vedtatt!

● Tekst **Barth Tholens og Bjørn Arild Østby**

Fire dager på rad – ofte inn i de sene kveldstidene – diskuterte 178 landsmøtedelegater på Gardermoen i november hvor NSF skal sette inn støtet de kommende årene. Men hva ble de egentlig enige om? Sykepleien gir deg en speed-omvisning i det nye politiske terrenget.

LIKELØNN, HELTID OG HVER TREDJE HELG.

- Now or never: NSF skal intensivere arbeidet for likelønn. Landsmøtet vil ha en utvidet ramme i tariffoppgjøret, slik at likelønn kan oppnås.
- Nattevaktstillinger: Landsmøtet vil ha redusert arbeidstid for sykepleiere i nattevakt. I dag regnes ikke nattevakt som turnusarbeid med rett til redusert arbeidstid.
- Samme hva Spekter mener: Tredjehver helg-prinsippet skal tariffest, og retten til heltid skal styrkes. Landsmøtet mener at dette på sikt vil gjøre sykepleieryrket mer attraktivt for menn.
- Ikke med på høyrevridning: NSF vil bekjempe konkurranseutsetting, tariffhopping og privatisering som går på bekostning av ansattes lønns- og arbeidsvilkår.
- Mer tid for tillitsvalgte: Et utvalg i NSF skal vurdere ulike frikjøpsordninger for hovedtillitsvalgte. Frikjøp vil anslagsvis koste godt over 100 millioner kroner årlig. I første om-

gang er det bare snakk om å sette i gang en prøveordning der NSF betaler. Neste landsmøtet får saken på agendaen igjen.

- Medlemsdemokratiet: NSF's forbundsstyre skal alltid vurdere å gå til uravstemning blant medlemmene før de godkjenner et forhandlingsresultat med arbeidsgiverne.

MINDRE BELEGG PÅ SYKEHUS.

- Korridorpasienter: NSF vil jobbe for et tak på 85 prosent pasientbelegg i ordinær sykehusdrift. I dag ligger de fleste helseforetak på godt over 90 prosent. Forskning viser at sykehusinfeksjoner og dødeligheten på sykehus øker med slikt belegg, og land som Storbritannia opererer med 85 prosent som maksimum.

«NSF vil ha en nasjonal sjefsykepleier.»

- Må kunne norsk: NSF mener at sykepleiere må beherske språket. Det skal sikre forsvarlig kommunikasjon med pasienter, pårørende og kolleger.
- Nok folk på jobb: NSF åpner nå for at det utvikles en kvalitets- og kompetansebasert bemanningsnorm i helsetjenesten.
- Sykepleiere skal lede sykepleiere: Sykepleiertjenesten må organiseres i linje, og NSF vil ha en nasjonal sjefsykepleier og motarbeide

profesjonsnøytralitet.

- Skal jobbe med vold: NSF vil ha en helsetjeneste med kompetanse og ressurser til å ivareta mennesker som utsettes for vold og krenkelser.

FLINKERE STUDENTER

- Minstekrav: NSF mener at søkere må ha minst 3 i norsk, engelsk og matte for å komme inn på sykepleierutdanningen. I dag er det ingen slike karakterkrav.
- Samme overalt: Landsmøtet mener at innholdet i bachelorutdanningen bør være grunnleggende likt over hele landet, slik at sykepleierstudentene oppnår lik sluttkompetanse.
- Skolesykepleier?: NSF ønsker kjønnsnøytrale yrkestitler for spesialsykepleiere som ikke har det, men konsekvensene av nye titler må utredes først. Jordmødrene mener selv at «jordmor» allerede er kjønnsnøytral.
- Bedre finansiering: Sykepleiere skal frikjøpes i perioder når de veileder sykepleierstudenter.
- Akademia: Fremtidens spesialsykepleiere skal ha en mastergrad. I dag har mange bare «videreutdanning» og kurs.

FLERE ANSATTE I NSF.

- Utvider: Det blir ikke noen utvidelse av ordningen med frikjøp av nestlederne i fylkesstyrene i NSF. I stedet skal fylkeskontorene styr-

Fakta ●●●●

NSF's landsmøte

- NSF har landsmøtet hvert fjerde år.
- I år deltok 178 delegater med stemmerett.
- NSF har i dag ca. 105 000 medlemmer.
- Landsmøtet bestemmer hva organisasjonen skal jobbe med framover.
- 500 millioner kroner årlig skal fordeles til bruk for medlemmenes beste.

kes med 12 rådgiverstillinger. Flere ansatte vil påføre NSF cirka 15 millioner kroner i økte årlige lønnsutgifter.

- **Færre møter:** NSF skal ha fireårige landsmøteperioder, slik det har vært tilfellet de siste to periodene. Prøveordningen med et såkalt rådsmøte midtveis i perioden, opphører.

- **Raske penger:** En del av NSF's budsjett avsettes hvert år til en disposisjonskonto for NSF's forbundsstyre. De kan bruke pengene til formål som er vanskelig å planlegge på forhånd.

- **Penger til fagforeningen:** Prosent-satsen for medlemskontingenten i NSF holdes uendret de neste fire årene, men maksimumsbeløpet, som de fleste betaler, reguleres årlig.
- **Ingen begrensninger:** Medlemmene i både NSF's forbundsstyre og fylkesstyrene kan gjenvelges så lenge de selv orker.

- **Ikke representert:** De ansatte i NSF får ikke en representant med møte- og uttalerett i NSF's forbundsstyre i saker som berører dem.



Maraton: Et landsmøte i NSF er ikke for pyser eller A-mennesker. Men politikk blir det. Foto: Barth Tholens.

Sagt om Landsmøtet: «Alle vil oss vel»



Gro Lillebø, spesialsykepleier og hovedtillitsvalgt ved St. Olavs Hospital

«Alle vil oss sykepleiere vel. Alle ønsker kompetente og mange nok sykepleiere. De ønsker heltidskultur, og de anerkjenner sykepleiernes viktige funksjon. Men det virker ikke som om det er så stort behov for handling. Som en kollega skrev på Twitter: 'Money for nothing, chicks for free?'»



Kristin Waldum-Grevbo, leder av helsesøstre

«Nå kan vi samarbeide med NSF om å utrede kjønnsnøytral tittel for helsesøstre. Det er ikke bare menn som ønsker å endre tittelen, mange kvinner synes også det er på tide å bli kvitt 'søster', som ble byttet ut med sykepleier for lenge siden. Hvis vi finner en god tittel, skal vi sørge for at tilliten som følger med tittelen i dag, følger med over til en ny tittel.»



Lillian Elise Esborg Bergane, fylkesleder i Telemark

«Landsmøtet vedtok også at NSF skal påvirke at det utvikles en kvalitets- og kompetansebasert bemanningsnorm i helsetjenesten. Dette er en etterlengtet tiltak. Vedtaket om at NSF skal vurdere frikjøp av HTV og TV for å kunne utføre arbeid for organisasjonen, mener jeg er å begynne i feil ende. Vi bør heller ruste HTV og TV til å bruke avtaleverket og synliggjøre behovet for frikjøpt tid overfor arbeidsgiver.»



Stephanie Bahl, nestleder i NSF Student

«Vi er spesielt nøgde med at NSF stiller seg bak kravet vårt om at opptakskrav i bachelorutdanninga må skjerpest til karakterkrav 3 i norsk, engelsk og matte. Dette er noko NSF Student har jobba for lenge. Vi er og glad for at HiOA skal innføre karakterkrav 3 i norsk frå neste opptak. NSF Student støtter også vedtaket om kjønnsnøytrale titler. Det er eit viktig middel for rekruttering av fleire menn til yrket. Det er gledelig å sjå at fleire er einige med oss.»

NSF MasterCard



Kortet som gjør hverdagen tryggere

Et kredittkort med gode betingelser har du ofte nytte av: Når du skal ut og reise, når du skal handle på internett eller som en reserve i tilfelle en uventet utgift. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 1,25 % sparingrente fra første krone.

NSF MasterCard:

- Kombinert medlemskort og kredittkort.
- Ingen årsavgift.
- Inntil 45 dagers rentefri betalingsutsettelse.
- Gratis SMS-varsling av transaksjoner.
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden.
- Gratis reiseforsikring for deg og 3 medreisende når min. 50 % av reisekostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 1,25 % sparingrente fra første krone og ingen begrensning i antall uttak.



Søk om kortet på nsfmastercard.no
Spørsmål? Ring kundeservice 815 22 040

Eff. rente 27,6 %, kr 15 000,- o/12 md. totalt kr 16 841,-
NSF MasterCard – et produkt fra DNB Bank ASA

Hva skjer. Skolehelsetjenesten



Hvor er helsesøster?

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

Fakta

Om studien

- Studien omfatter 2350 skoler fra 340 av landets 428 kommuner.

For å kunne bli med i studien måtte skolene oppfylle følgende vilkår:

- Barneskoler oppdelt fra 1.–7. klasse
- Ungdomsskoler oppdelt fra 8.–10. klasse
- Offentlige videregående skoler oppdelt 1.–3. klasse
- Elevtall over 40

Anbefalte normtall

Elever per helsesøsterårsverk:

- Barneskole: 300 elever
- Ungdomsskole: 550 elever
- Videregående: maks 800 elever

LANGT IGJEN. Skal barneskolen nå Helseledningsdirektoratets normtall, må antall årsverk økes med 125 prosent, ifølge ny studie.

Skolehelsetjenesten skal gi et lavterskeltilbud til 818 000 barn her i landet. Men hvor tilgjengelig er helsesøster på skolene? Og er det store forskjeller mellom tilbudet som gis på barneskole, ungdomsskole og videregående skole?

Leder for Landsgruppen av helsesøstre, Kristin Waldum-Grevbo har funnet svarene.

INGEN OPPFYLLER MINSTENORM. Gjennom en tverrsnittsstudie som ble sendt ut til kommunene, har Waldum-Grevbo fått inn verdifullt tallmateriale som omfatter 488 620 barn og unge. (Les forskningsartikkelen i Sykepleien Forskning side 352)

En ting er helt klart:

– Ingen av skolene oppfyller Helseledningsdirektoratets anbefalte bemanningsnorm, konstaterer hun.



125 PROSENT. Bare 1,4 prosent av skolene i undersøkelsen hadde helsesøster til stede hver dag, i tillegg viser tallene at det er de minste barna som får minst.

– Dersom barneskolen skal nå Helseledningsdirektoratets normtall, må helsesøsterdekningen økes med 125 prosent, sier Waldum-Grevbo.

For ungdomsskolen må helsesøsterårsverk økes med 34,4 prosent og for videregående skole 21,1 prosent.

– Selv om det er videregående skoler som er nærmest å oppfylle normtallet, er det også her vi finner de største sprikene i helsesøsterbemanning, sier hun.

KOMPETANSE. Helsesøsterlederen har fått med seg at mange



Helsesøsterleder: Kristin Waldum-Grevbo leder faggruppen for helsesøstre. Arkivfoto: Marit Fonn

«Det må i det minste være noen til stede når barna tar kontakt.»

diskusjoner handler om at det trengs mer kompetanse i skolehelsetjenesten for å fange opp mer og sette i verk gode tiltak.

– Det er greit nok, men det må i det minste være noen til stede når barna tar kontakt. Kompetente fagpersoner er avhengig av ved tilstedeværelse og erfaring i møte med barn og unge for å bli bedre, sier hun.

Spørsmålet «Hvor er helsesøster?» er betimelig, mener hun.

– Det er stor avstand fra helsemyndighetenes anbefalte minimumsnorm for helsesøsterbemanning til oppfylt norm på de fleste skolene i Norge. Dette gjelder særlig

på barneskolene der innsatsen ifølge normtallene skulle vært størst. Resultatet av kartleggingen viser at barn og unge får svært ulikt skolehelsetilbud og at dette ikke er forsvarlig. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

Hele artikkelen til Kristin Waldum-Grevbo finner du på sykepleien.no



sorbact[®]
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier¹
- Kan brukes på alle typer sår¹
- Sikkert og dokumentert¹
- Ingen fare for resistensutvikling¹
- Ingen miljøpåvirkning¹
- Økonomisk i bruk¹

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com



Utnytter hverandres kompetanse

● Tekst Bjørn Arild Østby

SAMARBEID: Sørlandet sykehus (SSHF) låner avansert øvingsutstyr av Universitetet i Agder (UiA). Til gjengjeld får universitetet benytte sykehusets kompetanse. Leder på institutt for helse- og sykepleievitenskap, Kari Hansen Berg, ser samarbeidet med sykehuset som utviklende for både UiA og SSHF.

Sykehuset har begynt å bygge opp en egen simuleringsenhet,

men deres økonomi er begrenset, og en øvingsdukke koster nær én million kroner. Universitetet har utstyr sykehuset mangler, og sykehusets kompetanse er viktig for universitetet. De to institusjonene skal nå samarbeide mer om denne type opplæring.

ULIK KOMPETANSE. Instituttlederen viser til at de to institusjonene har ulik kompetanse, som det er

viktig å utnytte. Det er viktig å trene sammen både for sykepleiere og leger, slik at man er forberedt når akutte situasjoner oppstår.

– Vi får kvalitetssikret scenarier, og vi kan «låne» fasiliteter og operatører. Også kursing er et viktig samarbeidsområde, sier Berg.

FREMTIDSRETTET. Institusjonene får på denne måten nytte av hverandres styrker i forhold til

både ferdigheter, teamsamarbeid, kommunikasjon og ledelse.

– Dette er fremtiden. Vi spesialiseres i større og større grad. Å øve på akutsituasjoner er viktig, men vi er et lite sykehus og det er vanskelig å investere i slikt utstyr. Universitetet har en øvingsdukke, men utnyttelsesgraden er begrenset, så den kan vi dele på, sier sykehusdirektør Jan Roger Olsen til uia.no. ● bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

C GARDASIL Sanofi Pasteur MSD
Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-kode: J 07 B M 01

INJEKSJONS/ESKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorf aluminiumhydroksoxyfosfatsulfatadjuvans) 0,225 mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk hos personer ≥9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale), og premaligne anale lesjoner (tilsv. høygradig anal intraepitelial neoplasia), livmorhalskreft og analkreft som har årsakssammenheng med visse onkogene typer av humane papillomavirus (HPV), samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer ≥9 til <13 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml ved måned 0 og 6). Dersom 2. dose gis tidligere enn 6 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser (0,5 ml ved måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. **Personer ≥14 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser (måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. **Barn <9 år:** Sikkerhet og effekt er ukjent, tilgjengelige data finnes ikke. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklart, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og mistarging før injeksjon. Kastes dersom det inneholder partikler eller er mistarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksineringen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskulatur eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksineringsutsettes ved mildere infeksjoner, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en enkelt person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og den potensielle nytten av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Synkope, i blant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksineringsutsettes, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk/kloniske bevegelser i armer og ben under resitusjon. Vaksinerede personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva-, og vaginaldysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinsens sikkerhet og immunogenisitet er vurdert hos personer ≥7-12 år som er smittet med humant immunsvikt virus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjons sykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M01. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske tittelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksineringsutsettes til etter fullført graviditet. Amming: Kan brukes til mødre som ammer. Fertilitet: Ingen direkte eller indirekte skadelige innvirkninger er sett på reproduksjonstoksisitet hos dyr. Effekt på fertilitet hos hannrotter er ikke observert. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Hematom og pruritus på injeksjonsstedet, pyreksi. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hud: Urticaria. **Svært sjeldne (<1/10 000):** Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. **Ukjent:** Blod/lymfe: Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoid reaksjoner. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonssted. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, tretthet, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt doser. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. For kvinner 16-26 år, som er naive til HPV-vaksine, er det vist en beskyttelseseffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, VaIN2/3 og kjønnsvorter på 95-100%. Det er også vist 100% effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV 16/18. For kvinner 16-26 år, med eller uten HPV 6-, 11-, 16- og 18-infeksjon eller sykdom ved dag 1, er det vist en beskyttelseseffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, VaIN2/3 og kjønnsvorter på 73-85%. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Blant kvinner 16-26 år er 99,8% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11, 99,8% mot HPV 16, og 99,5% mot HPV 18 innen 1 måned etter 3. dose. Blant kvinner 24-45 år er hhv. 98,4%, 98,1%, 98,8% og 97,4% seropositive innen 1 måned etter 3. dose og blant menn 16-26 år er andelen hhv. 98,9%, 99,2%, 98,8% og 97,4%. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 er merkbart høyere hos yngre personer enn hos eldre. Beskyttelsesvarigheten med en injeksjonsplan med 2 doser er ikke fastslått. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått og blir nå undersøkt. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte kvinner som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(i) før vaksineringsutsettes. Vaksinerte kvinner som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk tittelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Beskyttelsesvarigheten mot analkreft er for tiden ukjent. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseseffekt hos jenter og gutter 9-15 år. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Sist endret:** 17.11.2014 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 26.06.2014 **Pris per oktober 2015:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler): kr 1137,-



Sanofi Pasteur MSD, Box 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, telefon: 67 50 50 20, www.spmtd.no



HPV-relatert sykdom kan ramme begge kjønn

Også gutter og menn
kan vaksineres med Gardasil¹

Gardasil er en vaksine som skal beskytte mot celleforandringer, livmorhalskreft, analkreft og kjønnsvorter som kan sees i sammenheng med visse spesifikke HPV-typer.^{1,2}

Personer som faller utenfor vaksinasjonsprogrammet og som ønsker å bli vaksinert med Gardasil må selv betale for vaksinen.

Gardasil har godkjent indikasjon til både jenter og gutter.¹

¹ Gardasil godkjent preparatomtale, www.legemiddelverket.no (23.09.2015)

² HPV type 6, 11, 16 og 18



Tema.
**Kreft og
kosthold**

Får cellegift. Pasient Per-Morten Foss velger å høre på helsepersonell ved Radiumhospitalet når det kommer til ernæring. For det er en jungel av kostholdsråd der ute.

Er maten medisin?

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers** • Foto **Erik M. Sundt**





Matpause: – Jeg har heldigvis ikke gått ned i vekt, sier Per-Morten Foss. Her sammen med kreftsykepleier Ingerd Irgens Hynnekleiv på Radiumhospitalet.



Mat under kreftbehandling

«Pasientene har mange spørsmål om hva de skal spise.»

Malene Slott, klinisk ernæringsfysiolog

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers** • Foto **Erik M. Sundt**



Det putrer og koker i store kjeler inne på hovedkjøkkenet ved Oslo universitetssykehus på Ullevål. Hver dag lages det mat til mellom 1200 og 1500 pasienter, blant andre de rundt 300 kreftpasientene på Kreftsenteret og Radiumhospitalet.

– Smak på denne brokkolien, sier kokkene Egil Brevik og Vidar Arnesen.

Brokkolien smaker fortreffelig, saftig, sprø og med god tyggemotstand. Men, kan den også kurere kreft?

– Det vet vi rett og slett for lite om, sier klinisk ernæringsfysiolog Malene Slott.

Hun jobber ved Kreftsenteret på Ullevål. Fire ganger i året setter kokkene seg ned sammen med kliniske ernæringsfysiologer for å gå gjennom menyene. Beriking av maten, porsjonsstørrelser og mellommåltider er blant det som står på agendaen.

Om maten kan kurere kreft eller ikke, er ikke det de diskuterer.

For mange av kreftpasientene er heldigvis operasjon, cellegift, stråling og hormonbehandling effektive våpen.

– Onkologisk behandling er det viktigste for å kurere kreftsykdom. Ernæring er en del av behandlingen, men vi vet for lite til å si at brokkoli eller andre enkeltmatvarer kan kurere kreft. Det er forsket mye på forebyggende effekt av forskjellige matvarer, men mindre på effekten

enkelmatvarer har hos pasienter som er under behandling for kreftsykdom, sier Slott.

NÆRINGSTETTE. Det de derimot vet, er at mange pasienter blir underernærte i løpet av kreftbehandlingen. Ifølge Helsedirektoratet så mange som 30 prosent.

– De som blir underernærte bør derfor ha et kaloririkt kosthold som er beriket med proteiner og energi. Kreftpasienter som ikke har vekt-tap, anbefaler vi å følge de vanlige kostholdsrådene, sier hun.

Med dette i bakhodet jobber kokkene Egil Brevik og Vidar Arnesen mye med å gjøre rettene de serverer næringstette. Kjøttkaker i brun saus og laks med poteter er middagsvinnere på hele sykehuset. De søte og velsmakende dessertene blir revet bort. Malene Slott ved Kreftsenteret ser ikke noe galt i det:

– Vi anbefaler ikke at pasientene skal holde seg unna sukker. Alt med måte, men ut fra det vi vet i dag, er det ikke grunnlag for å anbefale noe annet enn normalt måtehold når det kommer til sukker. (Les mer om sukker på side 41)

Det florerer av kostholdsråd på nett. Hvordan forholder hun seg til dette når hun skal gi kostholdsråd til syke pasienter? Malene Slott sier hun anser Kreftforeningen som en god kilde til informasjon. Også Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab) har

Fakta

Hva er kreft?

- Ved kreft har det oppstått skader i cellens arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert.
- Etter hvert som disse kreftcellene fortsetter å dele seg ukontrollert, skjer det en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet.
- Det vil etter hvert dannes en kreftsvulst.

Kilde: Kreftforeningen

kunnskapsoppsummeringer på kosttilskudd og enkelte matvarer.

– Verken Kreftforeningen eller Nifab anbefaler per i dag bestemte matvarer eller dietter som del av kurativ behandling, sier hun.

– Men pasientene har mange spørsmål. De lurer på om de bør spise mer eller mindre av noen matvarer.

Inne på storkjøkkenet danderes maten på hvite porselenstallerkener. Brokkolien omsluttet av saus, laks og poteter. Tallerkenen emballeres og holdes kjølig til den skal spises.

– Et godt og næringsrikt måltid, kanskje litt i meste laget for en som sliter med appetitten, konkluderer Slott.

– Jeg ser den. Men det går eventuelt an å dele opp, sier Brevik.



I balanse: Malene Slott, klinisk ernæringsfysiolog ved Kreftsenteret ved Ullevål, og kokkene Egil Brevik (i midten) og Vidar Arnesen tror på balanse i kosten.

FINNES DET NOE? En undersøkelse Kreftforeningen gjorde blant 3000 kreftpasienter i 2012 og 2013 viste at halvparten hadde behov for kostholdsveiledning. Bare halvparten av disse fikk det. Av dem som fikk kostholdsrad, oppga 80 prosent at de hadde nytte av rådene.

Kreftforeningen merker godt at det er stor forvirring når det kommer til kosthold. Spørsmål om brokkoli eller andre matvarer har effekt på kreftcellene er ikke så uvanlig.

Henriette Walaas Krogh er klinisk ernæringsfysiolog og spesialrådgiver ved Kreftforeningen.

– Er det noen matvarer vi vet kan stagge kreftcellene?

– Gjennom forskning på cellekulturer har man funnet lovende resultater når det gjelder aktive stoffer fra enkeltmatvarers effekt på

kreftceller, sier Walaas Krogh.

– Hvilke matvarer er det?

– Ja, akkurat det er et veldig stort spørsmål. Det blir ikke riktig og trekke frem én spesielt, si-

«Det er langt fra skål til menneske.» Henriette Walaas Krogh, spesialrådgiver Kreftforeningen

er hun, og eksemplifiserer ved å slå opp i Pubmed, som er verdens største søkemotor når det gjelder medisinske vitenskapelige artikler:

– Om jeg søker i Pubmed på for eksempel

«food+components+cancer+cells», får jeg svært mange treff.

Og riktig, her kommer det opp 674 studier som viser for eksempel effekten av fermentert soya-melk, kåljuice, epleekstrakt, sitronjuice og så videre, på ulike kreftceller.

Hvorfor vil hun så ikke trekke frem én av disse matvarene?

– Forskning på cellekulturer i skåler kan vise lovende resultater. Men det er langt fra skål til menneske, sier hun og forklarer:

Hos mennesker som spiser et allsidig og variert kosthold er det vanskelig å tilskrive enkeltmatvarer en positiv eller negativ effekt. Man vet ikke om andre matvarer man også spiser påvirker effekten man eventuelt merker eller finner.



– Ingen spiser for eksempel bare brokkoli, sier hun.

– Men det finnes unntak. Det er for eksempel en mulig positiv effekt av lykopen, et antioksidant i tomat, som kan hindre kreftceller i å vokse hos prostatakreftpasienter som lever med kreftsykdommen.

– Utover det er det ikke slik at et høyt inntak av enkeltmatvarer stopper eller forsinket vekst av kreftceller når kreftcellene er i menneskekroppen og ikke i cellekultur, sier hun.

– Det finnes mange alternative dietter som påstås å kunne ha kurerende effekt. Felles for disse er at de inneholder matvarer som er lite energitette, samt at de ofte utelater store og viktige matvaregrupper, heter det i Helsedirektoratets koshåndbok under kapittelet om kosthold til kreftpasienter. Dette bidrar til et mangelfullt kosthold som gjør det enda vanskeligere for pasienten å opprettholde vekt og ernæringsstatus. Det er manglende dokumentasjon for å kunne anbefale en spesiell diett ved kreftsykdom, er konklusjonen.

NOEN ANDRE SOM HAR SVAR? Ingefær, hvitløk, gurkemeie, brokkoli, grønn te, C-vitamin.

Spørsmålet om noen av disse matvarene kan kurere kreft går til Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam). Nafkam har det nasjonale ansvaret for forskning på og informasjon om alternativ

Fakta



Helsedirektoratet anbefaler:

- Slanking bør unngås under kreftbehandling, og det er viktig å følge vektutviklingen for alle kreftpasienter.
- Pasienter som er i ernæringsmessig risiko skal ha energi- og næringstett kost eller ekstra energitett kost.
- For pasienter som ikke er i ernæringsmessig risiko og som har god matlyst anbefales nøkkelrådkost. Det samme gjelder kreftpasienter som opplever vekttoppgang.

behandling. Det er poengtert i mandatet at informasjonen de gir skal være upartisk.

Og dette svarer de: «Vet ikke, for lite forskning.»

– Det er ifølge våre kilder ingenting som støtter at målrettet bruk av disse matvarene kurerer kreft, konkluderer Ola Lillenes, informasjonssjef i Nafkam.

Han utdyper:

– Det er så vidt vi kjenner til ingen matvarer, urter eller kosttilskudd som har kurativ effekt mot kreft per i dag. Det fins noen, for eksempel gurkemeie, som viser spennende resultater på mange tilstander i innledende forskning, men det er altså i laboratoriet. De samme gunstige effekter ser

man ikke hvis man gir gurkemeie til pasienter, sier han og viser til at det ligger mer informasjon om dette på deres hjemmesider.

UNNGÅR «CHERRY PICKING». Lillenes påpeker som Henriette Walaas Krogh at det generelt er vanskelig å forske på betydningen av kosthold.

– Det er også etisk svært utfordrende å forske på eventuell klinisk effekt av en alternativmedisinsk behandling mot kreft, sier han.

– *Hvordan kvalitetssikrer dere informasjonen dere gir om de enkelte matvarene?*

– Vi baserer oss på hva internasjonale, uavhengige forskningsbiblioteker sier på oppsummert nivå om behandling x virker mot helseproblem y, forklarer Lillenes.

Slike kunnskapsoversikter gir dermed større datagrunnlag for å kunne si noe om effektpåstander enn hva én enkelt studie sier. I debatter hvor deltakere trekker frem enkeltstudier som bevis for at noe er sant eller har effekt, blir de gjerne møtt med motargumentet om at de driver «cherry picking».

– Når forskere skriver en oppsummering, skreller de også bort enkeltstudier som de vurderer som for små eller har andre metodiske feil og svakheter, helt fram til at de sitter igjen med data av høy kvalitet, sier han.

Likevel hender det ofte at forskerne konkluderer med at de ikke kan si noe, fordi grunnlaget er for lite eller svakt.



– I slike tilfeller, eller når kildene våre ikke har oppsummert studier av behandling x mot nettopp problem y, blir vårt svar at «man vet ikke om det virker eller ikke, fordi dokumentasjonen ikke er tilstrekkelig til å kunne slå det fast».

Lillenes viser til at Nafkam har en egen internasjonal ekspertgruppe som oppsummerer forskning på alternativ kreftbehandling fra hele verden. Forskningsresultatene derfra ligger åpent tilgjengelig for helsepersonell på nettstedet CAM-cancer (www.cam-cancer.org).

VET AT DET ER UVISSHET. I 2011 kom Kunnskapscenteret med en rapport hvor de så på effekten av komplementær og alternativ behandling for pasienter med kreft.

I 39 systematiske oversikter så de på forskjellige tiltak: Vitaminer og mineraler, kosttilskudd, ulike typer urter, også farmakologisk framstilte, akupunktur, soneterapi (refleksologi), massasje, aromaterapi, hypnose, homøopati, tradisjonell kinesisk medisin og ulike kropp-og-sjel-metoder ble vurdert.

Konklusjonen var: Basert på forskningsdokumentasjonen er det med få unntak ikke vist effekt av komplementær og alternativ behandling hos pasienter med kreft.

– Forskningsdokumentasjonen i de fleste av disse oversiktene er i all hovedsak av gjennomgående lav og svært lav kvalitet. Dette trenger ikke nødvendigvis å bety at et tiltak ikke har effekt,

«Vi kan bidra til å ufarliggjøre og normalisere mat.»

Henriette Walaas Krogh, spesialrådgiver i Kreftforeningen

men gjennomgangen av den dokumentasjonen som foreligger avdekker stor uvisshet om effekt og sikkerhet, heter det i rapporten.

BOLLE OG SAFT. Vi vender tilbake til Henriette Walaas Krogh i Kreftforeningen:

– *Har ikke matinntaket noe å si for pasienter som har fått en kreftdiagnose?*

– Jo, det er viktig å spise variert for å få i seg en bredde av næringsstoffer som kroppen trenger gjennom kostholdet. Også er det viktig å få i seg nok mat, fordi dødeligheten øker ved vekttap og underernæring, sier hun.

– *Gjør det noe om man prøver seg frem selv, med å høyne inntaket av en bestemt matvare?*

– Det kan virke mot sin hensikt å forsøke å bremse eller stoppe allerede etablerte i kreftceller i å utvikle seg ved å spise overdrevne mengder av enkeltmatvarer man tror har effekt på kreftcellene, sier hun.

Walaas Krogh understreker at det vi vet med størst sikkerhet, er at å spise variert og å få i seg ulike næringsstoffer fra et bredt spekter av matvarer er best for å opprettholde god helse.

– Derfor kan et stort inntak av enkeltmatvarer virke uheldig inn på helsen fordi man spiser dem på bekostning av andre viktige matvarer og næringsstoffer. I tillegg er det som kreftpasient viktig at man får i seg nok energi og protein, for å forhindre vekttap og underernæring.

– Som helsepersonell bør vi være varsomme med å gi råd som begrenser pasientens valgmuligheter, når mange sliter med i det hele tatt å få i seg mat, sier hun.

– Vi kan bidra til å ufarliggjøre og normalisere mat, slik at det ikke blir kategorier som nei-mat og ja-mat. For en pasient som står i fare for å bli underernært, er en bolle og et glass saft langt bedre enn et glass vann, fordi han trenger all energien han kan få. Men om det reelle valget er en bolle eller en skive grovt brød, er det siste bedre, fordi det har et bedre næringsinnhold.

BEKYMNING OG SKYLDFOLELSE. Tora Solheim er overlege og spesialist i kreftsykdommer ved St. Olavs Hospital. Hun møter mange pasienter med spørsmål om kosthold.

Diskusjonene om hva man bør og ikke bør spise, skaper åpenbart bekymring, mener hun:

– Det er som om man har skyld i





Mest populær: Laks og kjøttkaker er de mest populære middagrettene, også blant kreftpasientene, forteller kokkene på Oslo universitetssykehus.

Fakta

Over 200 000 lever med kreft

- De vanligste kreftsykdommene hos menn oppstår i prostata, lunge, tykktarm og blære.
- Hos kvinner er brystkreft den vanligste formen, etterfulgt av lungekreft, tykktarmskreft og føflekkreft.
- Kreftregisterets statistikk viser at stadig flere overlever kreft.
- I 2013 levde 232 000 menn og kvinner med kreft i Norge.

Kilde: Kreftforeningen

noe, særlig når man ikke klarer å følge opp alle råd. Det er synd om man skal ha den tilleggsbelastningen, sier Solheim.

Hun sier det er mange forskningsresultater på mat og kreft som blåses opp og overdriver effekten av enkelte matvarer.

Solberg nevner eksempelet med lykopen i tomat som kanskje kan ha noe effekt.

– Det er likevel trist å se pasienter fylle opp handlekurven med tomat og svært lite annet.

De burde nok heller fokusere på å spise godt og ha det bra, mener Solheim, og legger til at vi ikke vet sikkert om resultatet av tomatforskningen til slutt vil slå fast at det er lurt for alle med kreft å spise store mengder tomat. Hun nevner et eksempel til:

– Høyt kalsiuminntak kan for eksempel muligens øke risiko for noen kreftformer og redusert risiko for andre. Dette går det jo i praksis ikke an å forholde seg til. Høye doser er ikke alltid gunstig, og store doser betakaroten har for eksempel vist seg negativt for noen ved lungekreft, sier hun.

Ut fra kunnskapen vi har i dag, tror ikke Solheim det er riktig å gi generelle råd om spesielt høye doser av noen enkeltmatvarer for å bremse utviklingen av kreftceller hos pasienter under behandling.

– Mye forskning gjenstår, sier hun.

– Det er viktig å huske at nesten alle matvarer er assosiert med kreft, men at det ikke betyr at det nødvendigvis er noe reelt årsaksforhold, sier hun, og viser til en vitenskapelig studie publisert i *The American Journal of Clinical Nutrition*:

Forskerne Schoenfeld og Ioannidis plukket ut 50 tilfeldige valgte ingredienser fra en kokebok og undersøkte hvor mange av disse som på en eller annen måte var assosiert med kreft i studier.

Det viste seg at 40 av 50 ingredienser var assosiert med kreft, positivt eller negativt. Det viste seg også at de første resultatene ofte var blåst



Lever med sykdom: Sykepleier og kreftpasient Lene Rundhaug prioriterer tid sammen med familien, men jobber en dag i uka. – Det har vært viktig å fortsette å jobbe selv om jeg er syk, sier hun.

opp, men at de senere ved metaanalyse ble tonet ned, eller at assosiasjonen til kreft forsvant, forteller hun.

– Studien gir vel kanskje svaret til alle som klør seg i hodet og lurer på hva de egentlig skal spise. Spis litt av alt, og ikke for mye av noe. Frukt og grønnsaker er bra, men for kreftpasienter under behandling kan det nok være viktigere å forsøke å unngå for stort vekttap og å begrense plager for å klare å gjennomføre behandlingen, sier Solheim, som selv forsker på ufrivillig vekttap hos kreftpasienter.

FÅTT MANGE HENVENDELSER. I Tromsø bor Lene Rundhaug. Hun er 36 år gammel, småbarnsmor, og sykepleier i hjemmetjenesten i kommunen.

Lene Rundhaug har brystkreft – med spredning til lever. I januar i år frontet hun saken om at den livsforlengende behandlingen Perjeta måtte gis til brystkreftpasienter med metastaser. I mars vant hun og mange andre kreftpasienter gjennom med sitt krav, og denne medisinen blir nå gitt som livsforlengende behandling.

Rundhaug får nå Perjeta hver tredje uke.

«Det var en som ringte og sa jeg bare skulle slutte med cellegiftbehandlingen, fordi jeg ville bli frisk dersom jeg la om kostholdet.»

Lene Rundhaug, kreftsyk

– Halvparten av dem som får Perjeta lever fem år eller mer, halvparten gjør ikke det. Så vi krysser fingrene. Selv om kreften fremdeles er der, er formen heldigvis god, sier hun.

Etter at hun sto fram i Aftenposten og senere i lokalavisen iTromsø, er det mange som har henvendt seg til henne med gode råd for hva hun selv kan gjøre for å kurere kreftsykdommen.

– Det har vært masse råd om hva jeg kan spise og ikke, sier hun. Og understreker: – Alle råd er velment.

Mange har fortalt at hun ikke bør spise sukker, for eksempel. Heller ikke drikke melk.

– Etter oppslaget i Aftenposten var det en som ringte og sa at jeg bare skulle slutte med cellegiftbehandlingen, fordi jeg ville bli frisk dersom jeg la om kostholdet. Heldigvis var det søsteren min

som svarte på den telefonen.

– *Hvordan forholder du deg til dette?*

– Jeg har tatt opp kosthold med min behandelende lege på sykehuset. Han sier at jeg skal spise som normalt, og sammensatt. Jeg står ikke i fare for å bli underernært, så det jeg kan gjøre selv slik det er nå, er å optimalisere kroppen så mye som mulig. Det betyr et balansert, normalt sunt kosthold, fysisk aktivitet og nok hvile.

– *Hjelper det å ha sykepleierbakgrunn når du skal sortere kostholdsrådene som kommer?*

– Ja, det hjelper nok å ha en grunnleggende kunnskap om sykdom og ernæring. Hvis det var noe i kosten som kunne kurere kreft, så hadde selvsagt alle kreftpasienter spist dette. Men den kunnskapen har vi ikke per i dag, sier hun.



→ Informasjon om hva som kan forebygge kreft er viktig å få ut. Samtidig er ikke informasjonen som går ut i medie- og skreddersydd. Derfor kan den store oppmerksomheten rundt mat og kreft også føre til skyldfølelse hos dem som får en kreftdiagnose.

Hun tror det er naturlig å tenke tanker som «hva kunne jeg gjort annerledes, er dette min skyld?» når diagnosen er et faktum.

Selv merket jeg tidlig at dette var veldig destruktive tanker. En annen måte å tenke på er: Der- som vi fjernet alt det vi vet er kreftfremkallende fra maten og omgivelsene, og fulgte alle råd om å være i aktivitet, ikke røyke og å ha et sunt kosthold, så ville likevel en stor andel fått kreft.

Jeg kjenner folk som har gjort radikale endringer i kostholdet etter å ha fått kreft. De har kuttet ut hvetemel, melk, raffinert sukker. Jeg tror det er lett å tenke at kreften har man ikke kontroll over, men man har kontroll over hva man spiser. Men det kan lett bli for mye kontroll, for det er ganske mange matvarer man rådes til å spise eller ikke spise, sier hun, og legger til at hun tror et slikt regime ville gått utover livskvaliteten for hennes del:

Jeg ser ikke noe galt i å ta en kakebit eller spise en god biff av og til, sier hun.

HJEM TIL PASIENTEN. Kristin Bergum er kreftsykepleier i Tromsø kommune. Hun og Lene Rundhaug er også kolleger.

Bergum kjenner igjen det Lene Rundhaug forteller om at det er mange kostholdsråd fra folk som vil det beste, og har hørt eller lest om at det ene eller det andre kan kurere sykdommen.

Når jeg spør, viser det seg at mange forsøker alternativ behandling ved siden av cellegift og annen tradisjonell behandling, uten at de har fortalt dette til doktoren på sykehuset.

I jobben min kommer jeg hjem til folk, der livet leves. Gjennom samtaler ønsker jeg å åpne for en dialog, og det er et privilegium. Jeg vet ikke selv hvordan jeg hadde tenkt om jeg hadde vært i samme situasjon. Det er forståelig at noen vil prøve. Det er samtidig viktig å være ærlig og samtale med pasienten om det han bruker av komplementær behandling, sier Bergum.

Om en pasient som er under cellegift forteller at han eller hun bruker for eksempel høye doser av urtepreparater, tar jeg opp om det er greit at vi samtaler med behandelende lege for å avklare om dette er noe som kan påvirke behandlingen eller ikke.

Hvilke råd gir du når det gjelder kosthold for kreftpasienter?

Gjennom samtale kartlegger jeg hva pasienten har vært vant til å spise. Gjennom den dialogen finner vi ut om pasienten har et kosthold som dekker det pasienten trenger – en sammensetning av proteiner, fett, karbohydrater,

vitaminer og mineraler, sier hun.

Enslige eldre som bor hjemme står ofte i fare for å utvikle underernæring. Svært mange har forskjellige helseplager. Matlysten kan ofte være dårlig, er Bergums erfaring.

Det er en utfordring i dag å kunne hjelpe den hjelpetrengende med å tilberede et måltid som står og putrer på ovnen og kan fremme matlysten. Ernæring og hjelp til tillaging av mat defineres som praktisk bistand, det er en tjeneste man må betale for dersom det ikke er en medisinsk grunn til at pasienten skal ha ernæringsstøtte.

Tilbudet fra kommunen er matombringning eller å varme opp ferdigmat.

For dem som ikke har god matlyst og trenger støtte under måltidet, er ikke dette nok. Ernæring er et grunnleggende behov som ikke blir tatt alvorlig nok slik kommunehelsetjenesten er lagt opp i dag, mener hun.

REVOLUSJON. Ved Oslo universitetssykehus, avdeling Radiumhospitalet, forteller sykepleierne at middagsserveringen fungerer bra:

Det har skjedd en revolusjon i middagsserveringen her hos oss, sier Gunn Kristin Sandvik, sykepleier og enhetsleder, og kreftsykepleier Ingerd Irgens Hynnekleiv.

Begge jobber på sengepost A8 på Radiumhospitalet.

Revolusjonen er et serveringssystem kalt 1-2-3. Det består i at middagen kommer i vakuumpakkete tallerkener, delikat anrettet, mener sykepleierne.

«Det har skjedd en revolusjon i middagsserveringen her hos oss.» Gunn

Kristin Sandvik, sykepleier og enhetsleder



Pasientene kan velge mellom ti forskjellige menyer. Fem kjøttretter og fem fiskeretter. Maten varmes opp i en tilpasset mikrobølgeovn. Noen pasienter gjør det selv, andre får hjelp fra helsepersonell eller en matvert.

Mange får behandling på dagtid, og da passer det dårlig å få middagen servert i ett-to-tiden, sier Sandvik. Nå kan pasientene spise når de vil, og de fleste venter til ettermiddagen eller kvelden.

Pasientene spiser mer med det nye opplegget.



Flere spiser gjerne to middager i løpet av en dag, sier hun.

I tillegg til middagsrettene, er det tilbud om grøt, supper, salat, frukt, pannekaker og flere andre småretter, og ifølge Sandvik kan de imøtekomme de fleste ønsker.

KARTLEGGER. Ernæring er et viktig tema på Radiumhospitalet, sier kreftsykepleier Ingerd Irgens Hynnekleiv.

Hun får mange spørsmål fra pasientene, og temaet blir rutinemessig tatt opp i den første samtalen. Der blir det gitt informasjon om å spise variert.

Vi følger kostråd fra Kreftforeningen, sier hun.

Sykepleierne kartlegger blant annet om pasienten går på noen form for kosttilskudd.

Det blir de ofte anbefalt å slutte med, fordi naturpreparater og andre kosttilskudd kan interagere med cellegiftbehandlingen, sier Irgens Hynnekleiv.

Dersom behandlingen strekker seg over en viss tid, blir pasienten veid underveis i oppholdet. Det lages kostplan for dem som trenger det. De fleste pasientene kommer inn til gjentatte kurer over et tidsrom på tre til tolv måneder. De blir veid ved hver ny innleggelse. Om de ligger inne over en uke, veies de ukentlig.

Pasienter med nedsatt matlyst og dårlig ernæringsstatus veies oftere, forteller Irgens Hynnekleiv.



Kosthold for å hindre tilbakefall

5 OM DAGEN: – Det er aldri for sent å forebygge. For å hindre tilbakefall etter behandling har kosthold en effekt. Da er det de samme rådene i alle land og for alle diagnoser, sier Henriette Walaas Krogh ved Kreftforeningen:

- Minst fem porsjoner grønnsaker, frukt, bær hver dag
- Grove kornprodukter hver dag
- Magre meieriprodukter
- Fisk til middag to-tre ganger i uka. Fisk som pålegg.
- Magert kjøtt
- Lite bearbeidet og rødt kjøtt
- Matoljer, flytende og myk margarin fremfor hard margarin og smør
- Lite salt
- Lite sukker
- Vann som tørstedrikk
- Balanse mellom energi inn og energi ut





→ – Vi har en hjelpepleier her som er veldig flink. Hun gir seg ikke før hun finner noe som kan friste pasienter med dårlig matlyst, sier hun, og forteller at egg og bacon som stekes på kjøkkenet på avdelingen, er en hit.

Sår i munnen kan være et problem for noen pasienter.

– Da tilbyr vi for eksempel iskrem eller smoothie, sier Irgens Hynnekleiv.

SKJERMER SEG. På Radiumhospitalet har pasient Per-Morten Foss akkurat manøvrert seg fra pasientrommet og inn på fellesrommet. Med cellegiftstativet i den ene hånden og krykkene i den andre, speider han inn i buffeen.

– Jeg går for rundstykke og kaffe, slår han fast. Han får litt hjelp til å balansere bort til bordet, slik at han og sykepleieren kan slå av en prat. De snakker litt om den karakteristiske metalliske smaken mye mat kan få under en cellegiftbehandling.

– Hva du spiser er ikke så viktig som at du spiser noe. Det er veldig bra at du nesten ikke har

gått ned i vekt i løpet av behandlingen, sier Ingerd Irgens Hynnekleiv.

– Jeg har bare gått ned en kilo, heldigvis. Vi har klart å holde et sosialt miljø rundt måltidene her, og da er det så mye lettere å spise. Når jeg ser at en

«Jeg har helt bevisst unngått å søke på nett.» Per-Morten Foss

av de andre spiser grøt, kjenner jeg lukten, og da hender det at jeg også får lyst til å ta en porsjon.

Han har fått klar beskjed fra legen om at det viktigste han kan gjøre er å spise, sove og slappe av. Han har osteogent sarkom i høyre fot.

– Kirurgen tok ut en 7 centimeter lang bit av beinet under operasjonen, og ga beinet en skikkelig høy dose med stråling før de satte det inn igjen. Helt utrolig, sier han.

– Ja, det der er tipp topp behandling, sier Irgens Hynnekleiv.

– Jeg har helt bevisst unngått å søke på nett om forskjellige matvarer og urter og sånt som skal kunne kurere kreft. Jeg setter min lit til behandlingen jeg får her, sier han mens den flytende væsken renner fra posene på stativet og inn i årene hans. Om noen få dager er han ferdig med siste kur i behandlingen. Det skal feires:

– Da blir det sigar og en konjakk. Det har jeg jaggu fortjent, sier han. ●

aknbh@sykepleien.no



Sykepleien APP

Se mer:

2 kjappe og energitette oppskrifter fra Ullevål-kokk Egil

37 praktiske råd om kosthold til kreftpasienter



Sykepleien.no

Les mer:

Om kosthold og kreft



Stråling: Mat som egentlig er god, har smakt både sagmugg og metall under cellegiftkurene, erkjenner Per-Morten Foss. Her viser han bildet av benstykket som fikk høydose stråling til kreftsykepleier Ingerd Irgens Hynnekleiv.

Sukker, antioksidanter og faste

Mange pasienter har spørsmål om sukker, antioksidanter og faste, forteller kildene Sykepleien har vært i kontakt med. Slik svarer to kliniske ernæringsfysiologer:

1

Er det slik at sukker mater kreftcellene?

– Å spise store mengder sukker er ikke anbefalt for noen, men det er ingen kliniske studier som viser at å spise sukker gjør at kreftcellene vokser raskere.

Det sier Synne Otteraaen Ystad, klinisk ernæringsfysiolog ved Avdeling for klinisk ernæring, ved Haukeland universitetssjukehus, hvor hun blant annet veileder og underviser både kreftpasienter og helsepersonell.

Hun møter ofte spørsmål om sukker.

– Enkelte har googlet mye og har dannet seg et bilde om at det er lurt å unngå sukker.

– Hvor kommer oppfatningen om at sukker mater kreftcellene fra?

– Når man forsker på sukker og kreftceller i skåler, gir man kreftcellene glukose for at de skal vokse. Men det betyr ikke at det er slik det foregår i menneskekroppen. Alle våre celler, kreftceller eller ikke, bruker sukker som energi i form av glukose som alltid finnes i blodet som «blodsukker». Kroppen omdanner alle karbohydrater og alt sukker – uavhengig av om det kommer fra

tilsatt sukker i sjokolade eller naturlig sukker i grønnsaker – til blodsukker. Dersom en spiser mindre karbohydrater, må kroppen øke sin egenproduksjon av glukose fra blant annet muskelvev. Det er riktig at kreftcellene i stor grad lever av glukose, men de får tak i den glukosen uansett om man spiser sukker eller ikke fordi det alltid er sukker i blodet.

– Men kan det være lurt å kutte ut sukkeret for å gjøre nivået av sukker i blodet lavere?

– Nei, det er ikke vist at det er en fordel å kutte ut sukker. Kroppen vil opprettholde et stabilt blodsukker og man kan aldri få et blodsukker på null. Forskning viser at kreftceller har evne til å øke opptaket av sukker dersom sukkertilgangen reduseres. Det viktigste er at pasienten får i seg nok energi og næringsstoffer, og det er ikke farlig for en kreftpasient å ta seg et kakestykke eller en sjokolade. Unødvendige kostrestriksjoner påvirker livskvalitet, appetitt og matglede og kan føre til underernæring og mangelsykdommer. ●

2

Er det bra med antioksidanter under kreftbehandling?

– Noen har lest og hørt at det er lurt å styrke immunforsvaret gjennom å ta store doser antioksidanter. Men det fraråder vi, sier Synne Otteraaen Ystad ved Haukeland universitetssjukehus.

– Hvorfor det?

– Store doser antioksidanter kan beskytte kreftcellen som vi ønsker å drepe, og pasienten vil ikke ha like god effekt av behandlingen. Vi er sikre på at antioksidant vi får gjennom hele matvarer er mye bedre enn å ta store doser av en eller få antioksidanter, sier hun.

Men ikke dermed sagt at pasienten rådes til å spise veldig mye av en matvare, selv om den spises i sin opprinnelige form, og ikke som tilskudd, sier hun.

Otteraaen Ystad forteller om pasienter som leser på internett eller har fått råd av kjente om å følge restriktive dietter hvor det kan anbefales å spise store mengder av enkelte matvarer som for eksempel sitron, grapefrukt, chili, grønn te, hvitløk, kanel og gurkemeie.

– Et overdrevent inntak av enkelte matvarer kan gi mage-tarmplager og i tillegg er det en risiko for at behandlingen påvirkes negativt. Alt med måte-prinsippet gjelder også under kreftbehandling, sier hun.

Også Henriette Walaas Krogh i Kreftforeningen får spørsmål om antioksidanter:

– Jeg håper ingen helsepersonell gir råd om at pasienter under cellegiftbehandling skal booste kostholdet med høye doser av en spesiell type antioksidanter. Og det bør per nå være allment kjent at det ikke anbefales å ta tilskudd av antioksidanter under kreftbehandling, sier hun.

En del av kreftbehandlingen er å utsette kreftcellene for oksidativt stress gjennom cellegift eller stråling.

– Høydose antioksidanter vil da kunne motvirke effekten av behandlingen. Enkelte studier har også vist at tilskudd av antioksidanter faktisk kan øke sykkelighet og dødelighet hos kreftpasienter, sier Walaas Krogh. ●

3

Faste mot kreft?

De siste månedene har flere henvendt seg til Kreftforeningen med spørsmål om faste. Henriette Walaas Krogh har et tydelig budskap til de som spør om dette:

– Vi anbefaler ikke kreftpasienter å faste i tilknytning til kreftbehandling. Tvert imot er kreftpasienter en høyrisikogruppe for underernæring, både på grunn av sykdommen i seg selv, men også på grunn av behandlingen de får. Underernæring reduserer toleransen for behandling, bidrar til at operasjonssår gror dårligere, gir økte bivirkninger av behandlingen, reduserer immunforsvaret og økt risiko for infeksjoner og andre sykdommer.

– Selv om det er satt i gang studier på mennesker når det gjelder faste og cellegift, er studiene som det oftest vises til når det gjelder faste hovedsakelig forsøk gjort på mus. Musstudier er ikke direkte overførbare til mennesker; mus lever kortere og har en annen fysiologi enn mennesker.

Hun sier at brorparten av de kliniske studiene som er gjennomført på faste, er studier på små grupper mennesker. De er dermed ikke generaliserbare til den generelle kreftpasient.

– Å forsøke fasting og dietter på egen hånd er noe helt annet enn å være del av en klinisk studie – hvor man følges tett opp av helsepersonell. Pasientene som deltar i slike studier får et spesialtilpasset kosthold, slik at det de faktisk spiser imøtekommer kroppens behov for næringsstoffer. Ved å eksperimentere med å kutte ut mat og enkeltmatvarer på egen hånd, kan man ikke være trygg på om man utvikler mangelsykdommer. Dette kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser, sier hun. ●

aknbh@sykepleien.no

HELSEARBEIDER,

er du på jakt etter utstyr som gjør din jobb enklere!?

Vi leverer det **meste** av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner.

Ta kontakt på post@vaktrommet.no for juletilbud til bedriften eller besøk www.vaktrommet.no.



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
 tel: 926 97 497

Vi lager alle typer skilt!



▼ Moventig «AstraZeneca»

C Perifer opioidreseptorantagonist. ATC-nr.: A06A H03. **TABLETTER 12,5 mg og 25 mg:** Hver tablett inneh.: Naloksegoloksalat tilsv. naloksegol 12,5 mg, resp. 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** For behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter som har hatt inadekvat respons på laksantia. **Dosering:** Anbefalt dose: 25 mg 1 gang daglig. All vedlikeholdsbehandling med laksantia bør stanses når naloksegolbehandling initieres, slik at det er mulig å fastslå klinisk effekt av naloksegol. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering nødvendig ved svakt til moderat nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig ved svakt nedsatt nyrefunksjon. Ved moderat eller alvorlig nyresvikt reduseres startdosen til 12,5 mg. Ved bivirkninger som påvirker tolerabilitet, bør naloksegol seponeres. Dosen kan økes til 25 mg hvis 12,5 mg tolereres godt. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Eldre: Ingen dosejustering. Samtidig behandling med CYP 3A4-hemmere: Se Kontraindikasjoner. Ved samtidig bruk av moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. diltiazem, verapamil) reduseres startdosen til 12,5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 25 mg hvis 12,5 mg tolereres godt. Ingen dosejustering nødvendig ved samtidig bruk av svake CYP 3A4-hemmere (f.eks. alprazolam, atorvastatin). Pasienter med kreftrelaterte smerter: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Oral bruk. Preparatet bør tas om morgenen, da dette er mest bekvemt for pasienten, som unngår å måtte gå på do om natten. Bør tas på tom mage, minst 30 minutter før eller 2 timer etter dagens første måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene eller opioidantagonister. Kjent eller mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller ved økt risiko for tilbakevendende tilfeller av obstruksjon, pga. muligheten for gastrointestinal perforering. Underliggende kreft med økt risiko for gastrointestinal perforering, som f.eks. underliggende maligniteter i mage-tarmkanalen eller peritoneum, med tilbakevendende eller fremskreden ovariekræft eller ved behandling med VEGF-hemmere. Samtidig bruk av sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. klaritromycin, ketokonazol, itraconazol eller telitromycin, proteasehemmere som ritonavir, indinavir eller saquinavir, store mengder grapefruktjuice). **Forsiktighetsregler:** Økt risiko for gastrointestinal perforering: Sjeldne tilfeller av gastrointestinal perforering er rapportert for perifer virkende μ -opioidreseptorantagonister hos pasienter med fremskredne sykdommer. Forsiktighet må utvises ved lidelser som kan føre til svekket av mage-tarmkanals vegger (f.eks. alvorlig peptisk ulcusykdom, Crohns sykdom, aktiv eller tilbakevendende divertikulitt, tumorinfiltrasjon i mage-tarmkanalen eller peritoneale metastaser). Nytte-/risikoprofil må vurderes individuelt. Ved alvorlige eller vedvarende magesmerter bør pasienten avbryte naloksegolbehandling og umiddelbart informere legen. **Klinisk viktige forstyrrelser i blod-hjerne-barrieren:** Det er viktig at blod-hjerne-barrieren er intakt for å minimere CNS-opptaket av naloksegol. Naloksegol bør forskrives med forsiktighet ved klinisk viktige forstyrrelser i blod-hjerne-barrieren (f.eks. primære hjernesvulster, CNS-metastaser eller andre inflammatoriske lidelser, aktiv multipl sklerose, avansert Alzheimers sykdom osv.). Nytte-/risikoprofil må vurderes individuelt, med observasjon av potensielle CNS-effekter, som f.eks. symptomer på opioidabstinens og/eller forstyrrelse av opioidmediert analgetisk effekt. Ved tegn på forstyrrelse av opioidmediert analgetisk effekt eller opioidabstinenssyndrom, bør behandlingen avbrytes og lege kontaktes. **Samtidig bruk av metadon:** Symptomer som tyder på opioidabstinens er observert oftere ved bruk av naloksegol 25 mg til pasienter som får metadon for smertelindring, enn hos pasienter som ikke får metadon. Pasienter som får metadon for opioidavhengighet er ikke inkludert i kliniske studier, og administrering av naloksegol til disse bør utføres med forsiktighet. **Gastrointestinale bivirkninger:** Alvorlige magesmerter og diaré er rapportert for 25 mg-dosen, vanligvis like etter behandlingsoppstart. Pasienten bør umiddelbart informere lege om alvorlige, vedvarende eller forverrede symptomer. Dosereduksjon til 12,5 mg kan vurderes ved alvorlige gastrointestinale bivirkninger, avhengig av respons og tolerabilitet hos den enkelte. **Opioidabstinenssyndrom:** Opioidabstinenssyndrom er rapportert og består av 3 eller flere av følgende tegn/symptomer: Dysfori, kvalme eller oppkast, muskelverk, tåreutskillelse, rhinoré, pupilleutvidelse, piloereksjon, svetting, diaré, gjesping, feber eller søvnløshet. Syndromet utvikler seg vanligvis i løpet av alt fra noen minutter til flere dager etter administrering av opioidantagonist. Ved mistanke om opioidabstinenssyndrom, bør behandlingen avbrytes og lege kontaktes. **Kardiovaskulære sykdommer:** Naloksegol er ikke studert i kliniske studier hos pasienter med hjerteinfarkt de siste 6 måneder, symptomatisk kongestiv hjertesvikt, overt kardiovaskulær (CV-) sykdom eller med QT-intervall ≥ 500 msekunder, og forsiktighet skal utvises forsiktighet ved bruk hos disse pasientene. Ingen QT-forlengelse er sett hos friske. **Kreftrelaterte smerter:** Begrenset klinisk erfaring med bruk ved kreftrelaterte smerter, og forsiktighet må utvises. **Biljøring og betjening av maskiner:** Ingen eller ubetydelig påvirkning. **Interaksjoner:** CYP 3A4-hemmere og -induktorer: Bruk sammen med sterke CYP 3A4-hemmere er kontraindisert, da samtidig bruk av ketokonazol gir 12,9 og 9,6 \times økning i hhv. AUC og C_{max} for naloksegol. Grapefruktjuice, i store mengder, er en potent CYP 3A4-hemmer. Ingen data fra bruk med grapefruktjuice foreligger, og grapefruktjuice bør generelt unngås og kun vurderes i samråd med helsepersonell. Ved samtidig behandling med diltiazem og andre moderate CYP 3A4-hemmere anbefales dosejustering av naloksegol (se Dosering), da samtidig bruk av diltiazem gir 3,4 og 2,9 \times økning i hhv. AUC og C_{max} for naloksegol. Ingen dosejustering nødvendig ved bruk av svake CYP 3A4-hemmere. **Stærke CYP 3A4-induktorer:** Bruk sammen med sterke CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, johannesurt) anbefales ikke, da samtidig bruk av rifampin gir 89% og 76% reduksjon i hhv. AUC og C_{max} for naloksegol. **Pgp-hemmere:** Samtidig bruk med Pgp-hemmeren kinidin gir 1,4 og 2,4 \times økning i hhv. AUC og C_{max} for naloksegol. Samtidig bruk av kinidin hemmer ikke den morfininduserte mioseeffekten, noe som tyder på at Pgp-hemmingen ikke gir relevant endring av naloksegol-kapasitet til å krysse blod-hjerne-barrieren ved terapeutiske doser. Siden effekten av P-gp-hemmere på farmakokinetikken til naloksegol er liten sammenlignet med CYP 3A4-hemmere, bør doseringsanbefalinger for naloksegol baseres på CYP 3A4-hemmende klassifisering (sterk, moderat eller svak) og samtidig bruk av legemidler som hemmer både Pgp og CYP 3A4. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Begrenset data fra bruk til gravide. Dyrstudier har vist reproduksjonstoksitet ved systemisk eksponering flere ganger høyere enn terapeutisk eksponeringsnivå. Det er en teoretisk mulighet for opioidabstinens hos fosteret ved bruk av opioidreseptorantagonister hos moren, som får samtidig behandling med opioider. Anbefales ikke under graviditet. **Amning:** Utskillelse i human morsmelk er ukjent. Tilgjengelige data for rotter viser utskillelse i melk. Ved terapeutiske doser utskilles de fleste opioider (f.eks. morfin, meperidin, metadon) i minimale mengder. Det er en teoretisk mulighet for opioidabstinens hos et nyfødt barn som får morsmelk, dersom moren behandles med en opioidreseptorantagonist. Anbefales ikke til ammende. **Fertilitet:** Ikke studert hos mennesker. Ingen påvirkning av fertilitet hos hann- eller hunnrotter ved orale doser opp til 1000 mg/kg/dag ($>1000 \times$ human terapeutisk eksponering (AUC) ved anbefalt human dose på 25 mg/dag). **Bivirkninger:** Vanligst er: Magesmerter, diaré, kvalme, hodepine og flatulens. De fleste gastrointestinale bivirkninger er milde til moderate, forekommer tidlig i behandlingen og forsvinner ved fortsatt behandling. Krampeliggende ubehag er rapportert i forbindelse med disse. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Magesmerter, diaré. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Gastrointestinale: Flatulens, kvalme, oppkast. Hud: Hyperhidrose. Infeksiøse: Nasofaryngitt. Neurologiske: Hodepine. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Neurologiske: Opioidabstinenssyndrom. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Naloksegol-doser på opp til 1000 mg er gitt til friske frivillige i kliniske studier. Mulig CNS-effekt (reversering av opioidindusert miose målt ved pupillometri) er observert hos 2 frivillige etter inntak av hhv. 250 mg og 1000 mg naloksegol. Ved opioidindusert forstoppelse er daglig dose på 50 mg assosiert med økt forekomst av intolerable gastrointestinale effekter (primært magesmerter). **Behandling:** Dialyse er ikke effektiv. Pasienten må overvåkes nøye for mulige tegn på opioidabstinenssymptomer eller reversering av sentral analgetisk effekt. Symptomatisk behandling i tillegg til overvåking av vitale funksjoner. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Perifer opioidreseptorantagonist, legemiddel mot forstoppelse. **Virningsmekanisme:** Pegylert derivat av μ -opioidreseptorantagonisten nalokson. Pegylering reduserer naloksegol-passive permeabilitet, og omdanner også legemidlet til et substrat for Pgp, og penetrasjon til CNS er derfor minimal. Gir perifer effekt i mage-tarmkanalen, og reduserer derved forstoppelseseffekten til opioider (dvs. redusert GI-motilitet, hypertensitet og økt væskeabsorpsjon som følge av langsiktig opioidbehandling) uten å virke inn på opioidmediert analgetisk effekt i CNS. **Absorpsjon:** Raskt etter oral administrering. T_{max} nås innen 2 timer. Hos de fleste observeres en sekundær topp i plasmakonsentrasjonen ca. 0,4-3 timer etter første topp. Fettrik mat øker absorpsjonsgraden og -hastigheten. C_{max} og AUC øker med hhv. ca. 30% og 45%. **Proteinbinding:** Lav. Ubundet fraksjon er 80-100%. **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum 968-2140 liter, minimal CNS-distribusjon. **Halveringstid:** 6-11 timer. **Metabolisme:** Totalt 6 metabolitter identifisert i plasma, urin og feces, disse representerer $>32\%$ av administrert dose og dannes via N-dealkylering, O-demetylering, oksidering og delvis tap av PEG-kjeden. Ingen av metabolittene forekommer i konsentrasjon $>10\%$ av plasmakonsentrasjonen av modersubstansen eller av total modersubstans og metabolittrelatert materiale. **Utskillelse:** 68% og 16% av total administrert dose gjenfinnes i hhv. feces og urin. Modersubstansen, som utskilles i urin, utgjør $<6\%$ av total administrert dose. Nyreutskillelse er derfor mindre viktig. **Pakninger og priser:** **12,5 mg:** 30 stk. (blistre) kr 819,60. **25 mg:** 10 stk. (blistre) kr.300,70. 30 stk. (blistre) kr. 819,60. 90 \times 1 stk. (blistre, perforerte) kr. 2376,20. Sist endret: 12.12.2014

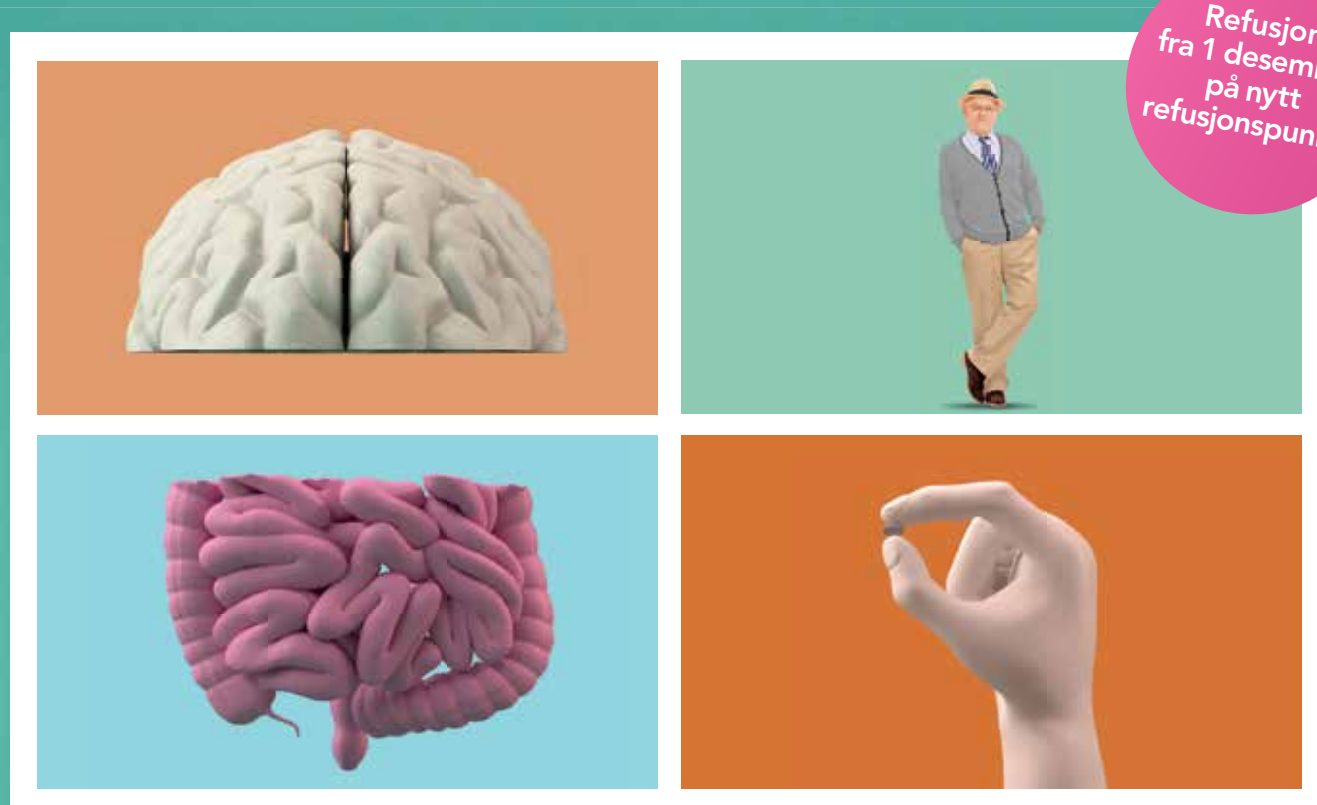
Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter når respons på vanlig avførende behandling ikke har vært tilstrekkelig.

Refusjonskoder:		Vilkår	ICD	Vilkår	
-75	Opioidindusert forstoppelse hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist	221	-75	Opioidindusert forstoppelse hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist	221
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136, 200	-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136, 200

Vilkår:
 136: Refusjon ytes selv om legemidlet brukes i mindre enn tre måneder. 200: Refusjon ytes kun til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av vanlig avførende behandling med eksempelvis tabletter, stikkpiller eller klyster. 221: Forstoppelse skal være indusert av et opioid som pasienten får dekket etter refusjonskode -71

MOVENTIG® (NALOKSEGOL) ER DEN FØRSTE PAMORA# TABLETTEN SOM TAS ÉN GANG DAGLIG, OG SOM BEHANDLER OPIOIDINDUSERT FORSTOPPELSE (OIC) VED KILDEN*1,2

Refusjon fra 1 desember på nytt refusjonspunkt[§]



MOVENTIG behandler årsakene til OIC i gastrointestinalkanalen uten å påvirke pasientenes opioidmedierte smertelindring.²

Lær mer om Moventig: connectinhealth.no/moventig

[§] Refusjonsberettiget bruk: Behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter når respons på vanlig avførende behandling ikke har vært tilstrekkelig.

PAMORA: Perifert virkende mu-opioidreseptorantagonist.

* For pasienter med inadekvat respons på minst en type laksantia.

1. Preparatomtale for Moventig (naloksegol) 12.12.2014 pkt. 4.2.

2. Preparatomtale for Moventig (naloksegol) 12.12.2014 pkt. 5.1.

Oppdag Sykepleiens digitale verden



Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin. Gå inn på www.sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.

Skriv inn på www.sykepleien.no i adressefeltet i din nettleser. Du kan komme direkte til ledige sykepleierstillinger ved å skrive www.sykepleienjobb.no i adressefeltet.

Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ.

Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset mindre skjermer.

Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!

Det kan være lurt å bokmerke nettstedet www.sykepleien.no. På denne måten dukker det opp et ikon på hjemskjermen, slik at du slipper å skrive nettadressen hver gang. Dette gjør du enkelt i mobilens nettleser.



Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien,

men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).

Basert på om du har en iPad eller Android nettbrett, går du inn i App Store eller Google play. Her søker du etter «Sykepleien» og kan laste ned appen.

Når du går inn på appen kommer du til Sykepleien-kiosken der alle utgavene ligger. Velg utgaven du ønsker å lese, last ned og nyt!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33
(hverdager 08.00–15.45)

Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.

Tast inn «Sykepleien» i søkefeltet når du er på Facebook, og du kommer automatisk til vår Facebook-side.

Klikk på «Like»-knappen for å følge med på våre oppdateringer.

Du kan også besøke facebook.com/Sykepleien

En spennende verden venter deg!



Sykepleien



Uvanlig samarbeid

● Tekst **Nina Hernæs**

TO BIBLIOTEKARER så muligheten for å samarbeide på tvers. **Grete Gluppe** på høyskolen og **Anne Katrine Gullvåg** på sykehuset jobber på litt forskjellig måte. **Mens Gluppe** på høyskolen legger vekt på at studentene skal lære å bruke informasjonskilder og er del av en statlig høyskole, utfører **Gullvåg** i større grad oppdrag for ansatte, pasienter og pårørende og er del av et regionalt helseforetak.

TEORI OG PRAKSIS. Men de hadde et ønske om å gjøre bibliotekjobben mer sømløs for studentene i anesthesi-, akutt-, intensiv- og operasjonssykepleie.

Disse utdanningene består av like mye teori som praksis, og målet var at de skulle oppleve samme holdning til opplæring og service på biblioteket på skolen som i praksis.

BRA FOR BEGGE. Bibliotekarene så også at samarbeidet kunne gi gevinster for dem.

For høyskolebiblioteket ville ha bedre kjennskap til reelle problemstillinger fra den kliniske hverdagen og sykehusbiblioteket ville heve studentenes kunnskapsnivå.

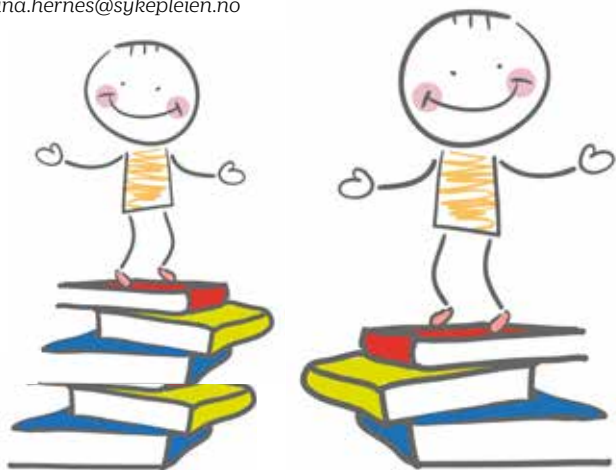
KJENNSKAP TIL BIBLIOTEKET. I løpet av et to år langt prosjekt ble samarbeidet prøvd ut, med undervisning der begge bibliotekarene har vært til stede.

Studentene sier de fra første dag har vært klar over at de kan benytte bibliotekene og at det er fint å kjenne til personalet på sykehusbiblioteket. Det gjør det lettere å ta kontakt når de er i praksis.

MER SELVHJULPNE. Mest fornøyd har studentene vært med gruppeundervisningen om litteratursøk til fordypningsoppgavene.

Ifølge Grete Gluppe har bibliotekene hatt stor nytte av prosjektet. Blant annet har sykehusbiblioteket påvirket undervisningen på en måte som har gjort studentene mer selvhjulpne. Hun mener samarbeidet har åpnet en informasjonskanal mellom opplæring og praksis. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Kom nærmere opplevelsen

15 % rabatt på overnatting* og 50 øre/l i rabatt på drivstoffet som tar deg dit.

Finn ut mer og søk på:
essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



Energy lives here™



An ExxonMobil Brand





Seier. Et ektepar og OUS er dømt. Nå kan Kelly Flores og to andre filippinske Ullevål-sykepleiere tenke framover.

– Det viktigste var å bli trodd

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Etter tre runder i retten har Høyesterett nå slått fast at et ektepar har utnyttet filippinske sykepleiere grovt. Oslo universitetssykehus (OUS) har medvirket til dette.

Ekteparet er dømt til ni måneder i fengsel, med 24 dager fratrukket for varetekt. De blir krevd for til sammen 900 000 kroner. OUS har fått en bot på 1 million kroner.

Kelly Flores hadde lunsjpause da hun fikk sms fra venninnen Wilmae Libres: Den høyeste rettsinstansen i Norge trodde på dem.

Et nytt kapittel har startet for Flores og de andre filippinske sykepleierne.

HVA SKJEDDE? Det er fem år siden Kelly Flores (29), Wilmae Libres (35) og Rilyn Andiano (29) kom til Norge for å jobbe som operasjonssykepleiere på Ullevål sykehus, som var i akutt nød for denne typen sykepleiere.

De var rekruttert av et ektepar, i samråd med sykehuset. Men de kom aldri inn på operasjonsstuen, de fikk ikke kontrakt og de måtte ta opp dyre lån for å betale ekteparet.

De turte ikke å fortelle det til noen. Men i 2012 sprakk boblen, og ledere og tillitsvalgte på Ullevål fikk vite hva som skjedde. Dette førte til at ekteparet ble anmeldt til politiet, og de ble satt i varetekt. Siden ble både ekteparet og OUS tiltalt for

brudd på utlendingsloven.

Ekteparet ble også tiltalt – og nå dømt – for å ha utnyttet fire andre filippinske sykepleiere som jobber andre steder i helsevesenet.

FØRST FRIKJENT. I tingretten ble ekteparet og OUS frikjent. I lagmannsretten ble ekteparet og OUS dømt. Begge parter anket.

Nå har Høyesterett forkastet anken. Dommen fra lagmannsretten blir i hovedsak stående, men ekteparet har fått redusert straffutmålingen med seks måneder.

«Vi ble så glade! Endelig er det slutt.» Kelly Flores, sykepleier

– Vi ble så glade! Endelig er det slutt. Vi kan sette punktum, sier Kelly Flores, som har vakt på ortopedien på legevakten, som hører til under OUS.

– Alle tre har det bra. Nå er det veien videre som gjelder, smiler hun.

Den fredagen hun fikk sms-en, skulle hun ha innflyttingsfest i den nykjøpte leiligheten sin. Så ble det feiring av dommen i tillegg.

SLAPP Å FORKLARE SEG. Da lagmannsretten dømte ekteparet og OUS i vår, var de lettet over at retten trodde på dem. Men så

ble dommen anket til Høyesterett.

– Da ble vi bekymret. Vi trodde at vi måtte forklare oss for tredje gang.

Men de måtte ikke det. I Høyesterett er det bare aktor, forsvarere og fem dommere som har møteplikt.

I oktober fulgte Flores rettsforhandlingene i Høyesterett.

– Det var mye diskusjoner om formidlingen av arbeid, men fint å se og høre at det viktige kom fram.

Det tok nesten en måned før dommen kom.

– *Hvordan var det å vente?*

– Vi var heldigvis opptatt med jobb, det hjalp veldig.

ANGRET I STARTEN. Var det rett å si fra den gangen? Flores medgir at i starten angret de. Det ble mye oppstuss, og de skjønnte ikke hva som skulle skje.

– Vi kjente ikke det norske systemet, og vi kunne ikke norsk.

Men nå er det lett å si at de er glade for at de sa fra.

– For hva ville skjedd med oss hvis vi ikke hadde gjort det? Ville ekteparet rekruttert flere som oss? Og ville vi fått sparken fra OUS?

Det var etter at saken ble kjent, at de fikk fast jobb.

– Det viktigste er at jeg har nedbetalt forbrukslånet, sier Flores.

OUS betalte erstatningen allerede etter dommen i lagmannsretten. Nå blir det mer erstatning – fra ekteparet.

Fakta ●●●●

Saken:

- Tre filippinske sykepleiere ble hentet av et ektepar for å jobbe på OUS i 2010, på oppdrag fra Ullevål sykehus.
- Sykepleierne måtte ta opp lån på 300 000 kroner hver. Mesteparten av lønnen gikk til ekteparet.
- Ekteparet ble anmeldt i mars 2012. Først ble de siktet for menneskehandel, men siktelsen ble frafalt.
- Ekteparet ble tiltalt for brudd på utlendingsloven – for utilbørlig å ha utnyttet sju sykepleiere. OUS ble tiltalt for å ha medvirket til å utnytte tre av dem.
- I desember 2013 frikjente Oslo tingrett både ekteparet og OUS.
- I mars 2015 dømmer Borgarting lagmannsrett ekteparet og OUS for grov utnyttelse av utlendinger. Dommen ankes til Høyesterett.
- 5. nov. 2015 faller dommen i Høyesterett: Dommen fra lagmannsretten blir i hovedsak stående. Ekteparet får fengselsstraff og må betale. OUS får bot.

– Penger er jeg ikke opptatt av. Men å ha fast jobb gir oss trygghet. Nå kan vi være her.

SYNES SYND PÅ EKTEPARET.

Flores føler med ekteparet, som må sone i fengsel.

– Det er jo på grunn av dem at jeg er her. Mannen er gammel, og de har barn, så jeg synes synd på dem. Men han kunne ha tenkt på det før. For meg var det viktigste å bli trodd. Det handler om rettferdighet.

– *Hva har du lært av denne prosessen?*

– Å bli selvstendig. «Nå er det bare meg», tenkte jeg da jeg kom til Norge. Men jeg lærte også at alt ordner seg, man må bare være tålmodig. Jeg er egentlig veldig utålmodig, ler Flores.

Nå vil hun lære seg enda bedre norsk. Og hun vil bli operasjonssykepleier, slik hun var på Filippinene.

Flores og Andiano har nå norsk autorisasjon som sykepleiere. Libres har ennå ikke det, blant annet fordi hun søkte senere enn de to venninnene. Da hadde kravene til norskkunnskaper blitt skjerpet.

– Jeg håper hun er ferdig neste år, sier Flores.

De tre er takknemlige for støtten de har fått fra tillitsvalgte i Sykepleierforbundet og fra kollegene:

– Da saken ble kjent og det var mye kaos, trøstet de meg. Det hjalp meg til å få tankene vekk fra saken.

BETALTE URIMELIG MYE. – Bistandsadvokatene er veldig fornøyd med at dommen fra lagmannsretten ikke ble opphevet, sier Gro Wildhagen, som har bistått to av Ullevål-sykepleierne.

– Høyesterett kom til at det tiltalte ekteparet utilbørlig har utnyttet sykepleierne ved å ta seg urimelig mye betalt for formidling av arbeid, og for formidling av dokumenter for dem. Høyesterett har tolket ulike begreper i utlendingsloven. Det innebærer en avklaring for eventuelle senere saker, påpeker hun.

– Men det aller viktigste er at sykepleierne ble trodd. Det er greit å få fastslått at både ekteparet og



Endelig ferdig: Det er slått fast at filippinske sykepleiere er blitt utnyttet som utlendinger. Men for Kelly Flores er det viktigere å bli trodd enn å få noen dømt.

sykehuset har handlet ulovlig, sier bistandsadvokaten.

– **POSITIVT MED DISSENS.** Advokat Harald Stabell har forsvart Oslo universitetssykehus i saken.

– Dommen var ikke helt uventet, men vi hadde håpet på et annet resultat, sier han.

– Det er en liten trøst at en av dommerne støtter OUS.

Det var en overlege på sykehuset som først henvendte seg til ekteparet og spurte om de kunne hjelpe med å skaffe operasjonssykepleiere fra Filippinene. Også en seksjonsleder, som er sykepleier, var med på å avtale dette. Kvinnen, som nå er dømt, dro til Filippinene for å finne egnede kandidater. Hun er selv filippinsk.

Det var OUS som anmeldte ekteparet til politiet i 2012.

– Vi er glade for å ha fått en rettskraftig dom. Nå vil vi se på hva vi faktisk har gjort, og hva vi har lært. Vi har allerede ordnet opp i en rekke ting, sier Morten Meyer, HR-direktør på OUS.

– *Må noen personer gå?*

– Saken har vært svært krevende for enkeltpersoner, og vi har hatt tett personaloppfølging. Dette er håndtert gjennom årene saken har pågått. Noen er ikke i stillingene sine lenger. Vi anser oss som ferdig med denne delen av saken.

Rutinene for ansettelse er forbedret, ifølge Meyer:

– Forbedringene handler om ledelse, skjønn, opplæring og etikk. Saken har vært en lærepenge for OUS, sier Meyer.

«Vi håpet på et annet resultat.»
Harald Stabell,
forsvarer for OUS

Høsten 2012 strammet OUS inn ansettelsesrutinene.

Høyesterett mener det er formildende at OUS har bidratt til å oppklare lovbruddene til ekteparet, og at OUS både har ordnet opp

i situasjonen for de tre sykepleiere og gått gjennom egne rutiner.

TILLITSVALGTE FIKK FRAM SAKEN.

– Det er godt å se at sykepleierne nå er sikret gode arbeids- og boforhold, sier Frank Ryghaug.

Han var hovedtillitsvalgt på klinikk for kirurgi og nevrofag da den ene sykepleieren ikke lenger orket å holde inne med hvor redd hun var.

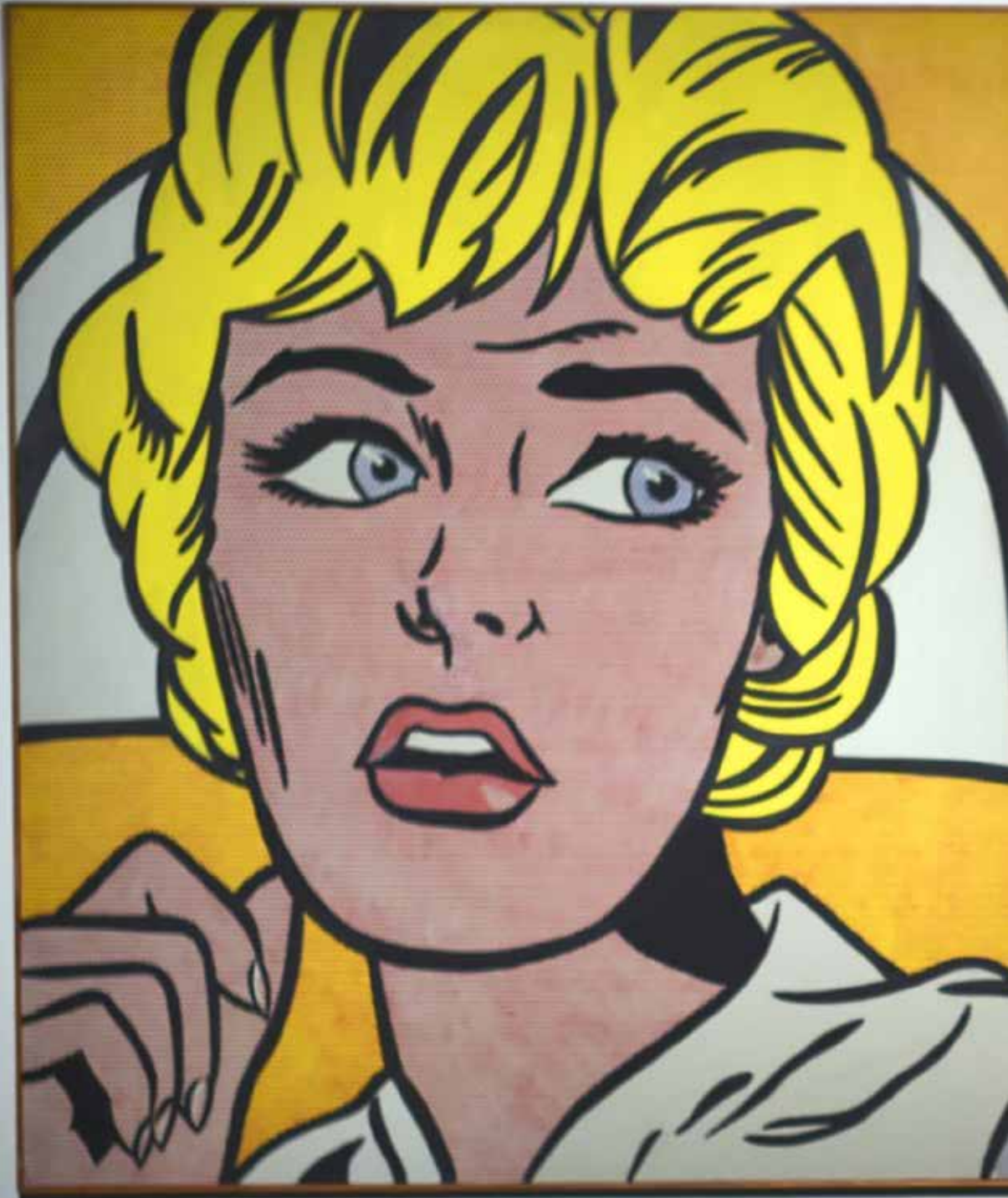
– Mitt bidrag, sammen med andre tillitsvalgte, var å bringe saken opp i lyset, så folk med kompetanse på lovverket kunne få vurdere saken. Så tok påtalemyndigheten, politiet og bistandsadvokatene over stafettspinnen, sier han.

– Det er viktig at Høyesterett har besluttet at ufriheten sykepleierne ble utsatt for, rammes av loven. Det kan hindre at andre utsettes for det samme.

Ryghaug tror OUS har lært.

– Men det er krevende for en arbeidsgiver med så mange ansatte å ha oversikt og kontrollere ledere på alle nivåer, sier Frank Ryghaug. ●

marit.fonn@sykepleien.no





DYR SYKEPLEIER:

Da auksjonsbyrået Christies i New York i november skulle selge bildet «Nurse» til den amerikanske kunstneren Roy Lichtenstein, knyttet det seg stor spenning til hvor høy prisen skulle bli. «Nurse», malt i olje på kanvas, regnes som et av mesterverkene i amerikansk pop-art. Verket ble til slutt solgt for 95 millioner dollar – eller 840 millioner norske kroner. Det ble dermed Lichtensteins dyreste maleri.

Foto: Scanpix



God middag. Svært mange ønsker å løfte sykehjemsmat og måltider til nye høyder – tiden vil vise hva som monner.

Appetittvekkelsen

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

Det går nærmest en kulinarisk vekkelse over landets eldreomsorg.

– Det er dette som gjør at jeg gleder meg til å gå på jobb hver dag, sier Stine Wohl Sem, seniorrådgiver i Landbruks- og matdepartementet (LMD).

Sem, som selv er utdannet ernæringsfysiolog, har snakket seg varm om mat, måltider og eldreomsorg. Om betydningen av gode råvarer, av smak, stemning og dandering. Om det viktige samarbeidet mellom pleiere, kjøkkenpersonell, institusjonsledelse og politikere. Om hvor lite som ofte skal til for å skape en endring. Om gevinster i form av økt verdighet, trivsel og rolligere, friskere brukere. Om den store konkurransen hennes departement ved statsråd Sylvi Listhaug inviterer alle landets sykehjem med på. (Les mer om den i egen undersøkelse.)

Sem har også snakket om den relativt ferske inspirasjonsfilmen «Måltidets muligheter», en slags «Hellstrøm rydder opp» fra sykehjemsmiljø. Filmen er laget med midler fra ExtraStiftelsen og presenteres for tiden for helsepersonell, politikere og andre rundt om i landet. Håpet er å få den vist på NRK.

– Og – ikke minst – har Sem snakket engasjert om hvordan «alle» hun diskuterer mat og eldreomsorg med for tiden, ser ut til å ville være

med på et realløft.

– Jeg får nesten frysninger bare av å snakke om dette. Jeg har følelsen av å være med på en bevegelse som ikke lar seg stanse, som bare vil vokse i tiden fremover.

GIR VERDIGHET OG TRIVSEL. Mat og eldre er et tema som engasjerer. Historien om hvordan syke-



«Vi ser at det enkelte steder har etablert seg en god kultur på feltet.» Stine Wohl Sem, Landbruks- og matdepartementet

pleier Mohsen Jamei fikk utsatt middagsserveringen med et par timer på Bjørkelia bokollektiv, ble den mest leste på sykepleien.no noensinne.

Det finnes nok sykehjem og kommunepolitikere som vil vise til stramme budsjetter og begrenset bemanning når noen måtte klage på mat eller måltidsrytme. Dette til tross for at det også kan være god økonomi i å satse på mat og eldre. En undersøkelse fra det danske Kost- og ernæringsforbundet

anslo for eksempel at underernæring årlig koster landet over en halv milliard kroner i form av lengre og hyppigere sykehusopphold.

OLAFS «FÅRIKÅL». Det har kommet mange foruroligende rapporter og avisoppslag om underernæring blant eldre, om nattfaste langt utover hva nasjonale retningslinjer krever, om smakløs, uappetittlig mat. Det var nettopp en slik avisartikkel, om et skuffende måltid, som fikk snøballen til å begynne å rulle for alvor, ifølge Sem i LMD.

18. oktober 2012 skrev Gjengangeren og Tønsbergs Blad om Olaf (86) som gledet seg til fårikål på sykehjemmet, men fikk servert en gjørmeaktig substans han nektet å smake på.

Lokalpolitikere og riksmidier kom på banen. Etter hvert engasjerte også daværende landbruksminister Trygve Slagsvold Vedum seg i saken.

I samarbeid med Kokkelandslaget fikk departementet i 2013 og 2014 arrangert en rekke inspirasjonskurs for ansatte i eldreomsorgen over hele landet.

– Kursene var stappfulle. Interessen var enorm, forteller Sem.

MYE BEGEISTRING. – I og med at dette er et kommunalt ansvar, så er det her vi setter inn støtet, sier Anne Kristin Vie, fagdirektør for

Fakta ●●●●

Matglede

- God ernæring har lenge vært en stor utfordring innen eldreomsorgen, og stadig flere ønsker nå å gjøre noe med saken.
- Blant aktørene som for tiden styrker sitt engasjement på feltet, er flere departementer, Helsedirektoratet, Forbrukerrådet, Kost- og ernæringsforbundet, Måltidens hus og ikke minst en rekke lokale ildsjeler, pleiepersonell og politikere.
- Ifølge 2009-tall fra Helsedirektoratet er 20–60 prosent av eldre som mottar kommunale tjenester i Norge, underernærte eller i faresonen for å bli det.
- I en kartlegging fra 2014 svarte fire av fem helsepersonell i hjemmesykepleien at de selv trengte mer kunnskap i ernæringsarbeid.

offentlige tjenester og helse i Forbrukerrådet.

Vie er optimistisk og har, i likhet med Sem, observert mye begeistring fra ulike aktører.

– Når man først får innført en mat- og måltidspolitik, blir brukerne mer oppmerksomme på hva de kan forvente. Det har vi for eksempel sett i Danmark. Jeg vil tro bevisstheten om dette vil vokse i styrke fremover, også her i Norge.

Vie tror ikke at sekstiåttergenerasjonen, når de blir pleietrengende, vil finne segi like mye som dagens eldre.

– Men det er dem som er på institusjon nå vi kjemper for.

Forbrukerrådet kommer fremover til å samarbeide videre med de 19 andre organisasjonene bak nevnte opprop, og følge opp påvirkingsarbeidet både lokalt og nasjonalt.

– Vi ser at det enkelte steder har etablert seg en god kultur på feltet. Når det først er skjedd, er det vanskelig å gå tilbake. Om man først får en politisk forankring, så avsettes det ressurser til dette og bedre matomsorg, sier Vie, som gjerne skulle sett en mer nasjonal debatt om temaet.

– Vi har dokumentert, gjennom en Norstat-undersøkelse fra juni i år, at folk er svært opptatt av dette og av at politikerne prioriterer det. Samtidig har vi å gjøre med en brukergruppe som ikke er spesielt kravstore eller høylytte i debatten.

STORE MANGLER. Da Statens helsetilsyn i perioden 2009 til 2012 hadde en ekstra satsing på tilsyn med tjenester til eldre, fant de ikke minst store mangler når det gjaldt ernæring. Det gikk på mangelfull kartlegging og vurdering av ernærings situasjonen hos nye brukere. Det var for få ansatte med nødvendig kompetanse og dårlig dokumentasjon.

I en påfølgende kronikk i Sykepleien skrev seniorrådgiver Wenche Skjær og fagsjef Marianne Noodt i Helsetilsynet at de var «bekymret for at eldre med ernæringsproblemer på sykehjem og i hjemmetjenesten ikke blir identifisert og dermed heller ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt behov for mat å drikke».



Norgesmester: Maten på Døli pleie- og omsorgs-senter i Nittedal beskrives som «fargerik og innbydende» av juryen for «Gylne måltidsoyeblikk». Foto: Erik M. Sundt

– Jeg kan ikke si at vi ble spesielt overrasket over funnene. Når vi velger ut et innsatsområde, er det på bakgrunn av mye forarbeid for å avdekke hvor vi kan gjøre størst forskjell og hvor det er størst fare for svikt, sier Noodt i dag.

Hun forteller at ernæring og eldre er et tema som stadig er aktuelt for tilsyn.

– Det er mange faglige utfordringer på dette feltet, og for oss er alt som handler om tjenestetilbud til eldre høyt oppe på prioriteringslisten.

PIRKET BORTI NOE. At eldre og matomsorg er et viktig felt med stort forbedringspotensial, har seniorrådgiver Sem i LMD selv sagt vært klar over lenge.

Hvor voldsomt temaet faktisk engasjerte rundt om i landet, ble hun for alvor klar over i januar 2014. Da inviterte nemlig departementet til en konferanse om mat på institusjon.

– Det var tydelig at her var det noe, ja.

Arrangørene regnet med rundt 50 deltagere. Det kom tre ganger så mange.

– Det ramlet inn folk fra hele landet. Jeg snakket med noen som sa



«Rammen rundt måltidet er viktig, jeg så det på nært hold.»

Sylvi Listhaug, landbruks- og matminister

de visste det var stappfullt, men som tok turen til Oslo likevel, i håp om at noen påmeldte ikke møtte opp, forteller Sem.

EN ENGASJERT STATSRAÅD. Konferansen var et resultat av at LMD, etter regjeringsskiftet, fikk en statsråd som var enda mer engasjert i eldreomsorg enn herr Vedum. Fremskrittspartiets Sylvi Listhaug kom fra stillingen som Oslos byråd for helse, eldreomsorg og sosiale tjenester.

– Jeg jobbet dessuten på sykehjem under studiene og så da hvordan flere kom inn avmagret etter å ha bodd alene hjemme, forteller Listhaug.

Hun erindrer hvordan nye beboere kunne blomstre og spise bedre bare gjennom at de fikk noen å spise sammen med.

– Rammen rundt måltidet er viktig. Det sosiale, anretning og så videre. Dette var noe jeg så på nært hold.

KONKURRANSE OG FEST. I det såkalte tildelingsbrevet til fylkesmannsembetet for 2015 er det lagt til et avsnitt av stor betydning i denne sammenheng. Under punkt 2.6,





→ om landbruksbasert forvaltning og næringsutvikling, klima og miljø, står følgende å lese: «Fylkesmannen skal støtte opp under aktiviteter for regional matkultur og følge opp og bidra i kommunenes innsats på mat- og helseområdet. I 2015 gjelder dette spesielt arbeidet for kvalitetsmat for eldre på institusjoner.»

Den siste setningen gjorde det

mulig for fylkesmennene å prioritere deltakelse i konkurransen «Gylne måltidsøyeblikk», som LMD inviterte til i juni.

ENKLE GREP. Nasjonale retningslinjer, inspirasjonskurs, motivasjonsfilmer, konkurranser og oppfordringer? Er det dette som skal til? Det som monner?

– Det viktigste er jo hva som faktisk blir gjort i praksis,



«Ofte er det små enkle

grep som må til.» Asta Bye, førsteamanuensis ved HiOA

understreker Asta Bye.

Hun er førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved Høyskolen i Oslo og Akershus, og har jobbet med ernæringsproblematikk i helsevesenet i en årrekke.

– Det er mye oppmerksomhet rundt dette nå, og jeg opplever at mange sykepleiere innen eldreomsorgen virkelig er opptatt av å få til noe.

Eldreomsorg og ernæring på dagsorden

Nedenfor finner du noe av det som har skjedd de siste årene. I tillegg kommer utallige lokale tiltak og initiativ.

2009

- Helsedirektoratet legger frem «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring», med sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten som målgruppe.

2012

- Landbruks- og matminister Trygve Slagsvold Vedum engasjerer seg i temaet etter å ha lest om Olaf (86) som fikk en svært skuffende porsjon fårikål servert på sykehjemmet.
- Helsetilsynet gir ut veilederen «Kosthåndboka» for å hjelpe an-

satte innen helse- og omsorgstjenester med å yte best mulig ernæringsomsorg.

2013/2014

- Det arrangeres matgledekurs for institusjoner rundt om i landet i regi av Norges Kokkemesteres Landsforening, Kokkelandslaget og Landbruks- og matdepartementet.
- Måltidets hus i Stavanger starter opp prosjektet «Maten er ikke gitt før den er spist» med visjon om å utvikle «Norges mest effektive og relevante måltidsløsninger for den voksende eldre befolkningen».
- Konferansen «Omsorg gjennom mat og måltider» blir arrangert i Oslo i 2014, etter initiativ fra Landbruks- og matdepartementet.

- Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring etablert på Oslo universitetssykehus.

2015

- Satsing på kvalitetsmat for eldre på institusjoner blir spesifisert i tildingsbrevet til landets fylkesmenn.
- Landbruks- og matdepartementet oppfordrer alle landets sykehjem til å sende inn bidrag til fotokonkurransen «Gylne måltidsmuligheter». 147 sykehjem fra 107 kommuner fordelt på alle landets fylker deltar. 1. desember blir Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal kåret til nasjonal vinner.
- Forbrukerrådet presenterte i samarbeid med Kost- og ernæringsforbundet, rapporten «Appetitt på

livet», fylt av statistikk, argumentasjon, oppfordringer og løsningsforslag. Målet var å løfte mat og måltider på sykehjem høyere på dagsordenen under høstens valgkamp. Syv konkrete krav blir stilt til landets kommuner, der alle ble oppfordret til å «ha en mat- og måltidspolitik som gir våre eldre appetitt på livet».

- Totalt 20 organisasjoner – deriblant Norsk Sykepleierforbund, Legeforeningen, Pensjonistforbundet, Krefthforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelsen – stiller seg bak et opprop om eldre og sykes rett til «et mat- og måltidstilbud som fremmer trivsel og livskvalitet».
- Inspirasjonsfilmen «Måltidets muligheter» vises for første gang 2. september på Klingenberg kino i Oslo.



Foto: Tom Haga

Bye mener holdningsendringer er viktige, men påpeker samtidig at det er ikke alltid det er nok med god vilje. Hun påpeker også paradokset i at det vies mye oppmerksomhet til de større perspektivene, mens løsningen ofte kan ligge nærmere enn man tror.

– Ofte er det små enkle grep som må til for å bremse vekttap hos en bruker. Man kan berike maten, for eksempel gjennom litt ekstra fløte i suppa. Gjøre mat tilgjengelig utenom faste måltider. Tilpasse den i konsistens. Den slags. Paradoksalt nok kan det være lagt bedre til rette for mer kompliserte tiltak.

Pleiere har fortalt Bye hvordan de ikke får lov å bestille ekstra smør eller fløte, mens næringsdrikker ikke er noe problem, da de går på et annet budsjett.

Hun mener det aller viktigste er at man blir flinkere til å fange opp pasientene som spiser dårlig – de mange som er i faresonen for underernæring.

– Dette er vi for dårlige på. Både når det gjelder å registrere dem og å sette inn tiltak.

ARBEIDET FORTSETTER. Sylvi Listhaug sier hun ønsker å skape engasjement og sette saken på dagsorden, men understreker samtidig at dette er kommunene som har ansvaret hvordan dette praktiseres.

– Jeg tror flere lokalpolitikere må interessere seg for kvalitet og innhold, ikke bare penger, sier hun.

– Det holder ikke å se på tall og brukerundersøkelser. De må ut og snakke med dem det gjelder.

Gjerne smake på maten.

Statsråden mener det uansett ikke behøver å være et spørsmål om ressurser, men om holdninger og bevissthet. Det er for eksempel ikke dyrere å servere mindre porsjoner, noe man vet kan være med på å gjøre maten mer fristende.

Listhaug er som nevnt personlig engasjert i saken, men lover at satsingen vil videreføres også etter at hun forlater statsrådsstolen.

– Det gjøres grep som skal sørge for kontinuitet i arbeidet, sier hun.

Hun lover at innsatsen ikke vil stanse opp, men tvert imot økes neste år.

Seniorrådgiver Stine Wohl Sem smiler lurt.

– Det vil skje mye i 2016. Jeg kan dessverre ikke røpe noe enda, men bare vent! ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no

Fakta

Konkurranse

- «Gylne måltidsøyeblikk» er en landsomfattende fotokonkurranse arrangert av Landbruks- og matdepartementet.
- Har hatt som mål å øke oppmerksomheten rundt betydningen av mat og måltider for eldre institusjonsbeboere.
- 147 sykehjem fra 108 kommuner fordelt på alle landets fylker sendte inn bilder av måltider, bordet og spiseroom samt en menyplan.
- 1. desember ble Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal kåret til vinner av en jury ledet av statsråd Listhaug.
- Hovedpremien er en fest for sykehjemmet utpå nyåret.



Det du skriver i journalen i dag
kan redde liv i morgen.

Derfor jobber vi for en strukturert og standardisert pasientjournal.





Noahs åpenbaring

– Når jeg så meg i speilet, kjente jeg gråten i halsen.

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Er seg selv. Det som gjør Noah mest glad, er å få være «han».

Da jeg var liten, nektet jeg mamma å bruke pikenavnet mitt, sier 19 år gamle Noah.
– Jeg hatet å gå i kjole på skolen, og kledde meg så man ikke kunne se om jeg var gutt eller jente.

Han smiler litt, og tar en slurk cola.

– Men så begynte de andre barna å plage meg. «Er du gutt eller jente», spurte de. Så jeg lot håret gro og tilpasset meg forventningene til en jente.

– Men når jeg så meg i speilet, kjente jeg gråten i halsen.

TRODDE HAN VAR ALENE. Noah har alltid følt at noe har skurret.

Som liten tenkte han ikke på at det handlet om kjønnsidentitet, det var mer en klar oppfatning av hva han ville og ikke ville. Men han tenkte at han var alene om å ha det sånn. Derfor holdt han det hemmelig.

EN BRIKKE FALT PÅ Plass. I 7. klasse fikk Noah ME. Da hadde han hår til skuldrene.

– Men det var ikke meg, sier han, og tror diagnosen hadde sammenheng med det han gikk og bar på.

– Jeg var så sliten.

Sykdommen varte i flere år. Til slutt innså han at det ikke gikk lenger.

Da hadde han begynte på videregående. Det var sommerferie, og han gjorde et søk på data-maskinen. «Girls who feel to be boys». Der inne

fant han en verden av informasjon og likesinnete. Det var som en brikke falt på plass. «Dette er jo meg», tenkte han.

– Med en gang jeg innså det, ble jeg bedre av ME'en.

MANGE VARIANTER. Noah er ikke alene med sin historie. Litt lenger øst i Oslo, like ved den kommunale legevakten, sitter sykepleier Anders Røyneberg hos Sex og samfunn, senter for ung seksualitet, og sier at det å jobbe med unge transpersoner føles som det mest verdifulle han gjør.

Om transpersoner er riktig å si, kan diskuteres. Noen er ikke bekvemme med ordet trans. Noen er født som jenter, men føler seg som gutter, eller motsatt. Noen føler de er en blanding. Noen opplever å være født i feil kropp, andre ikke. Noen vil ikke definere hva de er. Felles er at de opplever at biologisk kjønn ikke stemmer overens med det de opplever seg som. Og da kan de få et tilbud her.

Sex og samfunn har erfart at «trans» er et godt begrep for å nå bredt ut.

STORT BEHOV. De siste tre årene har Røyneberg og kollega Trude Slettvoold Lien hatt samtalegruppe for unge transpersoner.

– Her tar vi opp alle spørsmål knyttet til kjønnsidentitet, sier Røyneberg.

– Vi ser at behovet er stort.

Også Noah har vært her.

– **RING MEG.** – Etter å ha søkt på nettet, leste jeg om Rikshospitalet, dit man må for å få utført kjønnskorrigerende behandling, sier han.

«Er du gutt eller jente, spurte de.» Noah

Fakta

Kjønnsidentitetsproblematikk

Trans brukes ofte som et paraplybegrep for ulike former for kjønnsidentitetsproblematikk, altså at det ikke er samsvar mellom biologisk og opplevd kjønn. Ikke alle identifiserer seg med begrepet trans.

Det fins ikke tall for hvor mange som har kjønnsidentitetsproblematikk i Norge, men det antas at det er minst 19 000.

Kilde: lhbt-senteret

– Jeg visste at det var dit jeg måtte, men ikke hvordan jeg skulle komme dit.

Så han sendte en e-post til Sex og samfunn.

– Jeg fikk svar fra en sykepleier. «Vær så snill å ringe meg», skrev hun.

Det var kjempeskummelt.

– Jeg likte ikke stemmen min, forklarer han.

– Den tilhørte en jente, ikke meg.

Men han slo nummeret og fikk vite om samtalegruppene.

ANDRE SOM HAM. Før første møte var han usikker på hvordan han skulle oppføre seg, hvilke pronomen han skulle bruke på de andre.

– Jeg var veldig hårsår selv og ville ikke såre andre, sier han og smiler litt.

Da han kom dit, var atmosfæren rolig og preget av nerver.

– Så begynte vi å snakke, og det var så utrolig deilig, sier Noah.

– Det var andre som hadde det som meg. Og vi snakket om viktige ting, som om jeg skal bruke



Fornøyd: Noah er glad han har vist venner og familie hvem han er.

herretoalett eller dametoalett når jeg er ute.
Da han gikk derfra, var det med støtere skritt.

IKKE FEIL KROPP. Noah er ikke glad i begrepet «født i feil kropp».

– Den er min, og jeg kan ikke bytte den ut, påpeker han.

– Jeg får heller ikke noe bedre forhold til kroppen av å definere den som feil. Hele prosessen jeg har vært og er i, handler jo om at jeg skal la meg selv være glad i meg.

Trans er heller ikke noe han identifiserer seg med.

– Jeg er en person, sier han og trekker lett på skuldrene.

– Hva man er, er ikke så viktig.

DELER ERFARINGER. Anders Røyneberg forteller at han har god erfaring med å blande unge med ulike utfordringer knyttet til kjønnsidentitet og i ulike alder.

– Det som er riktig for én, er ikke nødvendigvis riktig for en annen. Men jeg ser at mange ting går igjen, som hvordan man ivaretar en kropp man ikke liker, seksualitet og relasjoner og hvordan ta det å ikke oppleve aksept.

«Bestemoren min taklet dette bedre enn legen.»

SÅRBAR GRUPPE. For det er et trist faktum at transpersoner er utsatt for psykiske lidelser og selvmord. Forskningsrapporten «Hälsan och hälsans bestämningfaktorer bland transpersoner» fra 2015 viser at en av tre har vurdert å ta sitt eget liv i løpet av det siste året, og fem av ti har blitt behandlet på en krenkende måte.

Rapporten er svensk, men ifølge Hanne Grasmø i LHBT-senteret i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet er det ikke noe spesielt som skulle tilsi at situasjonen er annerledes i Norge.

BLIR AVVIST. Ifølge den svenske forskningen, har en av fire hatt dårlige møter med helsevesenet på grunn av sin kjønnsidentitet. Det overrasker ikke Anders Røyneberg.

– Nesten alle som kommer hit har vært hos helsesøster eller psykolog og blitt avvist med at dette er noe som går over, sier han.

– Nå kan ikke det generaliseres, fordi de som

får god hjelp kanskje ikke har behov for å komme hit, presiserer han.

Røyneberg vil ikke være med på å male et elendighetsbilde.

– Mange transpersoner har det bra. Men det er for mange som ikke får hjelpen de trenger.

– **VÆR ÅPEN.** Røyneberg sier han er særlig overrasket over psykologtjenesten.

– Jeg har eksempel på en som måtte gå tre-fire år til psykolog for å få henvisning videre. Men hvis en ungdom søker hjelp på grunn av kjønnsidentitet, er det ikke noe som går over, det er et reelt problem.

Han erfarer at det er lite, eller ingenting, om spørsmål rundt kjønn i helseutdanningene. Han syns derfor ikke det er så rart om helsepersonell er usikre.

– Å være usikker er ikke så farlig så lenge man er åpen, mener han.

– De unge sier selv man skal være åpen og spørre hva man kan gjøre for dem.

EN LEGE SOM IKKE FORSTO. Noah grøsser lett når han forteller om sitt møte med fastlegen.





Skoleelev: Noah går på Oslo by steinerskole. Der er lærerne opptatt av å se elevene som individer.

→ Han måtte til henne for å få henvisning til psykolog, noe som er nødvendig for å komme videre til Rikshospitalet og kjønnskorrigerende behandling.

– Hun så rart på meg. «Er du sikker på dette», spurte hun. «Det er dumt av deg». Og så trakk hun frem alle de bra tingene med å være jente. Som å pynte seg, kle seg pent og føde barn.

Noah satt der og skalv, men fikk til slutt henvisning. Der sto det: *Pasienten, (pikens navn), kom hit på grunn av at hun tror hun oppfattes som en gutt. Jeg synes hun virker usikker, derfor henviser jeg henne til deg.*

– Bestemoren min, som er katolikk og skulle bli nonne da hun var ung, taklet dette bedre enn legen, sier han tørt.

KORT PROSESS. På Sex og samfunn hadde han fått råd om å gå til psykologen Asle Offerdal, som kan mye om kjønnsproblematikk.

– Jeg gikk inn til ham med grått ansikt, sier Noah.

– Og hoppet ut.

«Deg skal vi få til Rikshospitalet fort», hadde Offerdal sagt. «Jeg har vært med deg en halv time og ser hvem du er.»

SER GNISTEN. Når Noah snakker, har han ikke lenger jentestemme. For nøyaktig tre uker siden kom resepten på testosteron i posten.

Stemmen har lagt seg et par oktaver ned, og på trening løfter han tyngre enn før. Han smiler når han snakker om det. Kjenner på følelsen han

Fakta

Råd til helsepersonell

Anders Røyneberg:

- Hvis en ungdom søker hjelp på grunn av kjønnsidentitet er det ikke noe som går over, men et reelt problem.
- Møt dem med åpenhet
- Spør hva de trenger hjelp med
- Spør hva slags pronomen de foretrekker: Han, hun eller hen
- Spør hvilket navn de foretrekker
- Tilrettelegg for bruk av garderobe og lignende
- Skaff kunnskap

Noah:

- Hør på meg og vær interessert
- Uansett hvor lite du kan: Møt meg og spør meg hva jeg trenger
- Husk at ved å oute meg selv, blottlegger jeg meg uansett mer enn deg
- Skaff kunnskap, bare på nett fins det 1 000 filmer
- Gi informasjon om ulike muligheter, som at biologisk fødte jenter som vurderer operasjon kan dra til utlandet og fryse ned egg
- Husk at vi er forskjellige

hadde på vei hjem fra apoteket. Hvordan han svedde.

Han sier måten han er blitt møtt på er en solskinnshistorie.

– Jeg har blitt mobbet, men nå har jeg mange venner og ikke noe usnakket med noen.

Han sier 90 prosent av familien tar det bra. «Nå er du faktisk glad», sier de. «Vi ser gnisten i øynene».

– Jeg har opplevd å få kjærlighet. ● nina.hernes@sykepleien.no

Mener psykologer trenger mer kunnskap

NETTVERK: I slutten av november opprettet Psykologforeningen et nettverk for å øke kompetansen om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Hensikten er å bidra til mer likeverdige helsetjenester.

Anbjørg Ohnstad, psykolog og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, er en av

initiativtakerne. Hun er ikke overrasket over at mange unge transpersoner opplever å bli avvist i møte med psykolog.

– Psykologer skal gi individuell hjelp uansett, men det er fremdeles sånn at både psykologer og samfunnet rundt er preget av en sterk heteronormativitet, sier hun.

– Noen psykologer har særskilt

interesse og kompetanse, men den jevne hop trenger mer kunnskap.

Ohnstad sier det blant psykologer nok er to ulike holdninger.

– Noen mener transpersoner forveksler det sosiale med det biologiske. Altså at kjønnsnormene er så trange at når man ikke passer inn i dem, tror man at man også må endre biologien. Mens andre

mener man i større grad skal høre på det pasienten sier.

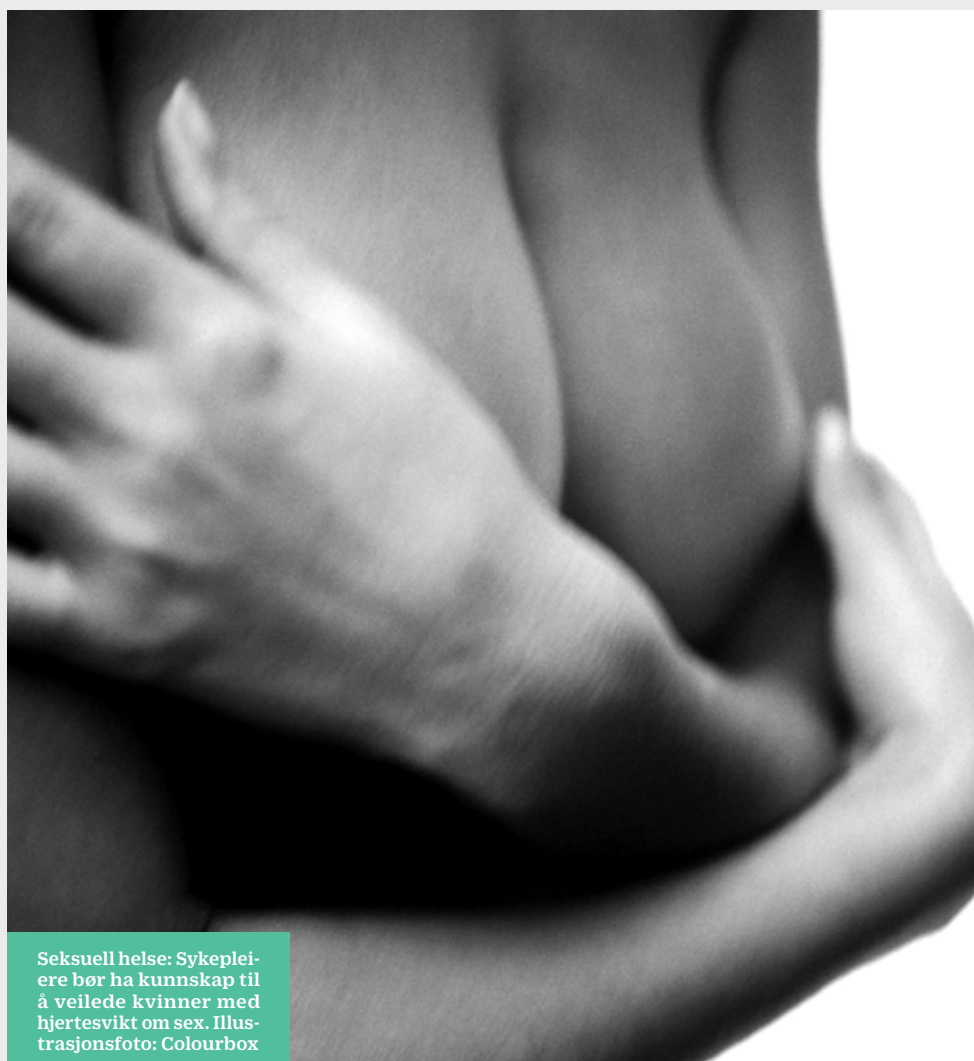
Fagnettverket skal også drive normkritikk, det vil si å utfordre sosiale og språklige normer som bidrar til å kategorisere mennesker som normale eller avvikende, blant annet når det gjelder kjønnsidentitet, ifølge Psykologforeningen. ●



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 12 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju



Seksuell helse: Sykepleiere bør ha kunnskap til å veilede kvinner med hjertesvikt om sex. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Trenger råd om sex

Hjertesvikt. Mange hjertesyke kvinner frykter at seksuell aktivitet kan forverre sykdommen. **68**



Eldreomsorg.

Viktig med riktig oppfølging etter hoftebrudd. **58**



«Underernæring er mye lettere å forebygge enn å behandle.»

Helene Kjøllesdal Eide. **66**



Min jobb.

Orgelbygger ble jordmor. **65**



Etikk. Mange med rusproblemer bor utrygt. **72**



TRENGER OPPFØLGING ETTER HOFTEBRUDD

Eldreomsorg. Sjansen for å bli tilbakeført til eget hjem etter hoftebrudd øker med tett oppfølging og intensiv opptrening.

KVALITETSUTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55900



Hege Bentzen,
 Fysioterapeut,
 PhD, Høgskolen
 i Oslo og
 Akershus (HiOA)
 og fagutviklings-
 koordinator,
 Diakonhjem-
 met sykehus,
 da prosjektet
 pågikk.

Gode pasientforløp som sikrer pasienten god behandling, pleie og rehabilitering på et lavest mulig omsorgs- og kostnadsnivå er et mål i helsetjenesten.

SAMHANDLING. Dette målet er i enda større grad aktualisert gjennom innføring av samhandlingsreformen. Pasienter som er medisinsk ferdigbehandlet skal i minst mulig grad oppta senger i akutt-sykehus, men raskt overføres til kommunehelsetjenesten for videre oppfølging. Behov for videre oppfølging skal vurderes tidlig i forløpet. Man må ta pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra før innleggelse, forventet framtidig utvikling og en plan for videre oppfølging av pasienten med i vurderingen. Mye informasjon skal samles inn og fortolkes innenfor en kort tidsramme. Dette forutsetter en omfattende samhandling mellom tverrfaglig team, den enkelte pasient og pårørende. Hos geriatriske pasienter med sammensatt sykdomsbilde og redusert funksjon kan dette være en utfordrende oppgave.

STOR GRUPPE. Eldre med hoftebrudd utgjør en stor og viktig pasientgruppe på norske akutt-sykehus. De har en høy gjennomsnittsalder, og mange har redusert funksjon både fysisk og kognitivt før

bruddet (1,2). Bruddet med påfølgende operasjon er en stor belastning. I tillegg kan det oppstå komplikasjoner som for eksempel delirium, urinveisinfeksjon, lungebetennelse eller andre infeksjoner. Et hoftebrudd innebærer derfor en risiko for ytterligere tap av funksjon og økt avhengighet (3). God akuttbehandling er essensielt (4), men utgjør kun en del av prosessen som leder til optimal gjenvinning av funksjon. Mange blir såpass redusert i tiden etter bruddet at de ikke kan skrives direkte ut til det omsorgsnivået de ble lagt inn fra (5). De vil derfor ha behov for videre opptrening på institusjon etter utskrivelse fra akutt-sykehus. Målet må være at opptreningen forgår på lavest mulig omsorgsnivå, og hjemmeboende pasienter bør så raskt som mulig komme tilbake til eget hjem.

For å sikre tilstrekkelig omsorg og optimale muligheter for gjenvinning av funksjon, bør opptreningsmål og behov for videre oppfølging etter utskrivelse identifiseres tidlig i forløpet (6,7). Ved siden av pasientens preferanser og pårørendes behov, må man blant annet ta komorbiditet og komplikasjoner, premorbid funksjon og mobilitet, bosituasjon og støtte fra pårørende, og det som finnes av tilbud med i vurderingen. En grundig kartlegging av pasienten, hvor man kombinerer klinisk erfaring med informasjon fra

standardiserte kartleggingsverktøy og kjente prognostiske faktorer, vil kunne bidra til å sikre rett pasient på rett sted til rett tid.

RISIKOFAKTORER. Faktorer som blant annet høy alder, kronisk sykdom, behov for hjelp til daglige aktiviteter, demens og gangvanskeligheter før innleggelse har vist seg å være risikofaktorer for å bli utskrevet til en annen lokalisasjon enn det man ble lagt inn fra (5,7-9). En norsk studie fant at det å være avhengig av hjelp til daglige aktiviteter og det å være avhengig av et ganghjelpemiddel før bruddet var viktige prognostiske faktorer for oppnådd funksjon tre måneder etter bruddet (10). Funnene underbygger verdien av å ha kjennskap til pasientens premorbide funksjon når man setter rehabiliteringsmål og planlegger utskrivelse.

KARTLEGGING. Et standardisert kartleggingsverktøy som for eksempel «The Nottingham Hip Fracture Score» er vist å kunne identifisere pasienter som kan skrives ut til eget hjem etter hoftebrudd, og kan derfor være nyttig når man planlegger utskrivelse av pasienter med hoftebrudd (11). Vochteloo og medarbeidere (12) fant at «Discharge of Hip Fracture Patients Score» er et valid og enkelt instrument som kan brukes ved innleggelse for

Fakta ●●●

Hovedbudskap

En grundig kartlegging av pasienten hvor man kombinerer klinisk erfaring med informasjon fra standardiserte kartleggingsverktøy og kjente prognostiske faktorer vil kunne bidra til å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Premorbid funksjon predikerer utskrivingssted og mobilitet ved utskrivelse hos eldre pasienter med hoftebrudd.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hoftebrudd
- Kartlegging
- Rehabilitering

å predikere utskrivningssted. Dårlig premorbid mobilitet, målt med «New Mobility Score», gir redusert sannsynlighet for å oppnå uavhengighet i løpet av sykehusoppholdet for pasienter med hoftebrudd (13). «Elderly Mobility Scale» har vist seg å kunne skille mellom pasienter som kan skrives direkte ut til hjemmet og de som ikke kan det (14). Det er ingen konsensus om hvilke kartleggingsverktøy som er best egnet for å vurdere funksjon og predikere utskrivningssted og fremtidig funksjon. Flere kartleggingsverktøy som brukes internasjonalt er heller ikke oversatt til norsk. Et verktøy for kartlegging av primære aktiviteter i dagliglivet (P-ADL) er «Barthel ADL Index» (BI)(15-17). Dette er mye brukt i Norge både innen forskning og klinisk virksomhet. For å kartlegge kognitiv funksjon er «The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly» (IQCODE) mye brukt. (18,19).

HENSIKT. Hovedhensikten med denne kvalitetsutviklingsstudien var derfor å undersøke hvilken sammenheng det er mellom premorbid funksjon målt med standardiserte kartleggingsverktøy som BI og IQCODE og utskrivningssted hos eldre hjemmeboende pasienter med hoftebrudd. Vi ønsket også å undersøke hvilke faktorer som kan ha betydning for ikke å være selvhjulpne i forflytning og mobilitet ved utskrivelse fra akutt-sykehus. Prosjektet er en del av et kvalitetsutviklingsprosjekt hvor vi ønsket å undersøke hvordan vi på beste måte kan kartlegge premorbid funksjon hos pasientene med hoftebrudd innlagt fra hjemmet og hvordan denne informasjonen kan brukes systematisk av det tverrfaglige teamet for å beskrive både rehabiliteringspotensial og mål for rehabilitering i forbindelse med utskrivelse og overføring til neste ledd i behandlingsskjeden.

METODE. 114 pasienter > 64 år innlagt med hoftebrudd, det vil si per trochantære, subtrocantære og collumfracturer, ble fortløpende inkludert fra 1. september 2009 til

30. juni 2010. For å kartlegge premorbid funksjon benyttet vi P-ADL og BI. BI registrerer ti av dagliglivets aktiviteter, så som inkontinens, personlig hygiene, toalettbesøk, spising, påkledning, forflytning, mobilitet, trappegang, dusj eller bading. Hver aktivitet skåres i forhold til hvor mye hjelp pasienten trenger for å kunne gjennomføre den, og hvert spørsmål har fra to til fire svarkategorier. Total skår kan ligge mellom 0 og 20, og en total skår på 19–20 indikerer at pasienten er helt selvhjulpne i primære daglige aktiviteter.

HUKOMMELSE. For å kartlegge premorbid hukommelse eller kognitiv funksjon ble IQCODE benyttet. Vi brukte kortversjonen som består av 16 spørsmål (19). Totalskår kan være fra 3–5 og en gjennomsnittsskår høyere enn ca. 3,5 gir mistanke om kognitiv svikt (20). Pasientens hukommelse en uke før hoftebruddet blir sammenliknet med hvordan hukommelsen var for ti år siden. Det er pasientens pårørende som blir intervjuet, og vedkommende skal ha kjent pasienten i minst ti år. Delirium ble vurdert ved observasjon tredje postoperative dag ved hjelp av «Confusion Assessment Method» (CAM) kortversjon. CAM er en sensitiv og spesifikk metode som egner seg godt til å kartlegge delirium (21). Det består av fem spørsmål relatert til fire sentrale kjennetegn for delirium, som akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå (20). I tillegg samlet vi inn data om pasientens alder, bosituasjon, tilgjengelighet i bolig, gangfunksjon før bruddet og hjelp i hjemmet før innleggelsen.

UTSKRIVNING. Utskrivning direkte til hjemmet og utskrivning direkte til en spesialisert rehabiliteringsinstitusjon ble kategorisert som «rett hjem», mens utskrivning til korttidsopphold i kommunal regi ble kategorisert som utskrivning til sykehjem. I prosjektperioden var det å være tilnærmet selvhjulpne i P-ADL et kriterium for å få plass på

rehabiliteringsinstitusjon i regi av regionalt helseforetak, mens de som hadde behov for hjelp til primære aktiviteter ble skrevet ut til opptrening i kommunal institusjon. Pasienter som skåret maks skår på både mobilitets- og forflytnings-spørsmålet i BI ved utreise ble definert som selvstendige i mobilitet og forflytning ved utskrivelse.

Prosjektet er et kvalitetsutviklingsprosjekt og derfor ikke søknadspliktig til Regional Etisk Komité. Kvalitetsdatabasen er godkjent av sykehusets personvernombud.

RESULTAT. I løpet av prosjektperioden ble 114 pasienter inkludert. Tabell 1 (se s. 48) viser beskrivende data for alle de inkluderte pasientene, samt data fordelt på dem som ble skrevet ut til hjemmet og dem som ble skrevet ut til sykehjem. De inkluderte pasientene hadde en høy gjennomsnittsalder, andelen kvinner var høy og andelen som bor alene var høy. Nesten 80 prosent hadde en eller annen form for hjelp i hjemmet før bruddet, og mer enn halvparten var avhengig av et ganghjelpemiddel før bruddet. Hele 63 prosent av pasientene hadde en premorbid BI total skår på 19 eller 20, hvilket indikerer at de var selvhjulpne i P-ADL-aktivite-

«Eldre med hoftebrudd utgjør en stor og viktig pasientgruppe på norske akuttsykehus.»

ter før bruddet. 31 prosent av pasientene hadde en IQCODE > 3,5 som regnes som grenseverdi for kognitiv svikt. De som ble skrevet ut til hjemmet var signifikant yngre enn dem som ble skrevet ut til sykehjem. Det er signifikant større andel av dem som ble skrevet ut til sykehjem som har en eller annen form for hjelp i hjemmet, brukte

ganghjelpemiddel før bruddet, hadde en premorbid BI total skår <19, IQCODE > 3,5 og delirium i løpet av sykehusoppholdet.

ANALYSER. I den justerte analysen har alder, premorbid BI, hjelp i hjemmet, bruk av ganghjelpemiddel før brudd, IQCODE og delirium i løpet av sykehusoppholdet en statistisk signifikant sammenheng med utskrivningssted. Det er en lavere odds for å bli skrevet ut til hjemmet ved stigende alder, premorbid BI < 19, bruk av ganghjelpemiddel før brudd, IQCODE > 3,5 og delirium i løpet av sykehusoppholdet. Hvis man ikke har en eller annen form for hjelp i hjemmet før innleggelse, har man en høyere sjanse for å bli skrevet ut til hjemmet. I den justerte analysen er det kun premorbid BI total skår og delirium under sykehusoppholdet som har en signifikant sammenheng med utskrivningssted.

I den justerte analysen har både alder, BI total skår, mobilitet før brudd, delirium, IQCODE og liggedøgn en sammenheng med oppnådd selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utreise, men i den justerte analysen er det kun premorbid BI total skår som har en signifikant sammenheng med oppnådd selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utreise fra akutt sykehus.

DISKUSJON. Hensikten med denne kvalitetsutviklingsstudien var å identifisere faktorer som har en sammenheng med utskrivningssted for eldre pasienter med hoftebrudd, samt å identifisere hvilke faktorer som har en sammenheng med det å oppnå selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utskrivning. I den univariate analysen fant vi at alder, premorbid BI total skår, hjelp i hjemmet før bruddet, mobilitet før bruddet, IQCODE og delirium under sykehusoppholdet hadde en signifikant sammenheng med utskrivningssted. I den justerte analysen var det derimot kun BI totalskår og delirium i løpet av sykehusoppholdet som hadde en



sammenheng med utskrivningssted. Premorbid BI total skår < 19 og delirium under sykehusoppholdet reduserer sannsynligheten for å bli skrevet ut til hjemmet eller til en rehabiliteringsinstitusjon. Det vil si til steder som i større grad krever at man er selvstendig i primære aktiviteter. For oppnådd selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utreise var det i den justerte analysen kun premorbid BI totalskår som hadde en signifikant betydning. Resultatene indikerer at det å være selvstendig i primære aktiviteter målt med BI før bruddet er en sterk

prediktor for at man raskt blir tilbakeført til eget hjem og rask oppnår selvstendighet i mobilitet og forflytning etter gjennomgått hoftebrudd.

DELIRIUM. Både delirium i løpet av sykehusoppholdet og IQCODE tilsvarende kognitiv svikt hadde en signifikant sammenheng med utskrivningssted i den univariate analysen. Kun delirium i løpet av sykehusoppholdet forble signifikant i den justerte analysen. Årsaken til delirium er en interaksjon mellom predisponerende faktorer

«Nesten 80 prosent hadde en eller annen form for hjelp i hjemmet før bruddet.»

og utløsende somatisk sykdom eller skade, og kognitiv svikt er én kjent predisponerende faktor for utvikling av delirium (22-23). Det betyr at det kan være en sterk sammenheng mellom kognitiv svikt og delirium under sykehusoppholdet, men av betydning for utskrivningssted ser det i vårt materiale ut til at delirium er en sterkere prediktor enn kognitiv svikt i seg selv.

EGNET VERKTØY. Både BI, IQCODE og CAM er enkle verktøy som kan benyttes av flere helseprofesjoner. De er enkle å administrere og tar ikke lang tid å fylle ut. De er egnet for bruk i både klinisk sammenheng og i forskning (15-17). Det betyr at man i stor grad kan sammenlikne resultater fra ulike studier og mellom land. I klinisk sammenheng gir informasjon om funksjon innhentet via standardiserte verktøy i større grad en enhetlig vurdering og kan derfor være nyttig å bruke i forbindelse med dokumentasjon og formidling av pasientinformasjon mellom fagpersoner innen og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Informasjon fra slike verktøy blir likevel i varierende grad benyttet systematisk i det kliniske arbeidet for å predikere rehabiliteringsmål og planlegge utskrivningssted (24).

VEDTAK. I henhold til det norske lovverket er det førstelinjetjenesten som fatter vedtak om tjenester i regi av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (25). For eksempel om hvorvidt en pasient skal få vedtak om korttids plass i form av en rehabiliteringsplass eller som et vurderingsopphold. Det individuelle behovet skal dekkes, og tjenestens art og omfang må gjenspeile dette behovet. Kommunen skal innhente opplysninger som er egnet til å avklare om søkeren fyller vilkårene som kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven setter for rettskrav til hjelp. Den

	Alle N=114	Utskrives til hjemmet N=47	Utskrives til sykehjem N=65	P-verdi
Alder (gjennomsnitt, SD)	85.4 (7.1)	82.9 (7.9)	87.5 (5.7)	0.001*
Kjønn: Kvinner %	72	79	68	0.198
Bor alene: Ja %	72	71	75	0.666
Trapp i huset (inne/ute): Ja %	50	62	43	0.052**
Hjelp i hjemmet: Ja %	78	64	88	0.003*
Uten ganghjelpemiddel før brudd: Ja %	45	62	34	0.003*
KMI (gjennomsnitt, SD)	22.3 (3.2)	22.8 (3.2)	21.6 (3.1)	0.056**
Liggedøgn (gjennomsnitt, SD)	16.4 (9.1)	14.3 (7.3)	18.1 (10.0)	0.033*
Barthel total skår før innleggelse (gjennomsnitt, SD)	18.5 (1.7)	19.5 (1.1)	17.9 (1.9)	<0.001*
Barthel total skår før innleggelse: % >18	63	89	42	<0.001*
IQ-code (gjennomsnitt, SD)	3.5 (0.6)	3.3 (0.4)	3.7 (0.7)	0.001*
IQ-code >3.5: %	31	17	40	0.015*
Delirium under innleggelse: Ja %	31	13	43	0.001*
Barthel >18 og ikke delirium under innleggelse: Ja %	55	75	29	<0.001
Lav IQCODE og ikke delirium under sykehusoppholdet: Ja %	46	60	35	0.013
Selvstendig i mobilitet og forflytning ved utreise: Ja %	51	94	19	<0.001

Tabell 1: Beskrivende

skal også innhente opplysninger som er egnet til å avklare formålet med hjelpen, og hvilke typer tjenester som må gis for å dekke behovet. I løpet av sykehusoppholdet skal pasientens funksjon kartlegges. Dette er også regulert i «Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter». Informasjonen som innhentes skal benyttes som grunnlag for sykehusets anbefaling om oppfølging etter utskrivning.

Kommunen skal også bruke det som grunnlagsmateriale for tjenestetvedtak og opptreningsmål. Det å planlegge utskrivning er en komplisert prosess hvor mange forhold skal tas med i betraktningen. Likevel kan funksjon kartlagt gjennom standardiserte kartleggingsverktøy som BI være en viktig indikasjon på hva som kan oppnås. Derfor benyttes BI i det kliniske arbeidet for i større grad å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. I vårt materiale fant vi at hele 90 prosent av dem som ble skrevet ut til hjemmet eller spesialisert rehabiliteringsinstitusjon hadde en premorbid BI > 18, og bare 17 prosent av dem som hadde en IQCODE > 3,5 ble skrevet ut til hjemmet. Utskrivelse til hjemmet eller til en institusjon som forutsetter at de er relativt selvhjulpne indikerer at pasientene er relativt selvhjulpne ved utskrivning fra akuttstusykehus.

SKÅR. BI totalskår sier noe om grad av selvhjulpnehet (26), men total skår sier ikke noe om hvilke funksjonsområder som er nedsatt. I det kliniske arbeidet kan det derfor være nyttig å gå inn i hvert enkelt delspørsmål for å se hvor en eventuell funksjonssvikt foreligger. En svakhet med BI er at instrumentet kan ha en takeffekt. I vårt materiale så vi for eksempel at tilnærmet 100 prosent oppnådde maksimal skår på premorbid mobilitet og forflytning. Dette til tross for at pasientgruppen representerer en populasjon med nedsatt mobilitetsevne og høy risiko for fall. Vi brukte også en streng

grenseverdi for det å være selvhjulpne i primære daglige aktiviteter. Likevel var hele 63 prosent av pasientene selvhjulpne i primære aktiviteter etter denne definisjonen før de falt og brakk hoften.

LIGGETID. Etter innføring av samhandlingsreformen i januar 2012 har gjennomsnittlig liggetid for hoftebruddspasienter gått betydelig ned på vårt sykehus. Denne studien var gjennomført før samhandlingsreformen trådte i kraft og i en periode hvor gjennomsnittlig liggetid for hoftebruddspasienter var betydelig lenger enn det den er i dag. Lengre gjennomsnittlig liggetid før innføring av samhandlingsreformen hadde sin årsak i blant annet at mange pasienter ble liggende utskrivningsklare på akuttstusykehus i påvente av korttids plass i førstelinjetjenesten. Vi kan derfor ikke utelukke at resultatene i forhold til utskrivningssted ville vært noe annerledes i dagens situasjon med kortere gjennomsnittlig liggetid. Likevel mener vi at resultatene viser at det å være selvhjulpne i P-ADL før bruddet målt med BI indikerer at man relativt raskt etter bruddet kan klare seg med minimalt med hjelp i daglige aktiviteter. Målet for denne gruppen bør derfor være rask tilbakeføring til eget hjem.

Pasientgruppen representerer en eldre populasjon hvor mange har redusert funksjon både fysisk og kognitivt før bruddet. Til tross for dette er det dokumentert at eldre hoftebruddspasienter har nytte av intensivt opptrening etter bruddet, og hoftebruddspasienter med kognitiv svikt ser ut til å være en gruppe som profiterer ekstra på tettere oppfølging (27).

KONKLUSJON. Funnene underbygger verdien av å ha kjennskap til pasientens premorbide funksjon når man setter rehabiliteringsmål og planlegger utskrivelse. Faktorer som har sammenheng med utskrivningssted og det å oppnå selvstendighet i forflytning og mobilitet er derfor viktige faktorer i rehabilitering av disse pasientene. ●

REFERANSER:

- Lin PC, Hung SH, Liao MH, Sheen SY, Jong SY. Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric populations during the post-discharge transition period. *Journal of Nursing Research* 2006;14(4):251-60.
- Ranhoff AH, Holvik K, Martinsen MI, Domaas K, Solheim LF. Older hip fracture patients: three groups with different needs. *BMC Geriatrics* 2010;10:65.
- Osnes EK, Lofthus CM, Meyer HE, Falch JA, Nordsletten L, Cappelen I, et al. Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporosis International* 2004;15(7):567-74.
- Frihagen F, Figved W, Madsen JE, Lofthus CM, Stoen RO, Nordsletten L. [The treatment of femoral neck fractures]. [Review] [6 refs] [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2010;130(16):1614-7.
- Hagino T, Ochiai S, Sato E, Watanabe Y, Senga S, Haro H. Prognostic prediction in patients with hip fracture: risk factors predicting difficulties with discharge to own home. *Journal of Orthopaedics & Traumatology* 2011;12(2):77-80.
- Lin PC, Wang CH, Chen CS, Liao LP, Kao SF, Wu HF. To evaluate the effectiveness of a discharge-planning programme for hip fracture patients. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18(11):1632-9.
- Titler M, Dochterman J, Xie XJ, Kanak M, Fei Q, Picone DM, et al. Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research* 2006;55(4):231-42.
- Bond J, Gregson B, Smith M, Lecouturier J, Rousseau N, Rodgers H. Predicting place of discharge from hospital for patients with a stroke or hip fracture on admission. *Journal of Health Services & Research Policy* 2000;5(3):133-9.
- Deakin DE, Wenn RT, Moran CG. Factors influencing discharge location following hip fracture. *Injury* 2008;39(2):213-8.
- Sylliaas H, Thingstad P, Wyller TB, Helbostad J, Sletvold O, Bergland A. Prognostic factors for self-rated function and perceived health in patient living at home three months after a hip fracture. *Disability & Rehabilitation* 2012;34(14):1225-31.
- Moppett IK, Wiles MD, Moran CG, Sahota O. The Nottingham Hip Fracture Score as a predictor of early discharge following fractured neck of femur. *Age & Ageing* 2012;41(3):322-6.
- Vochteloo AJ, Tuinebreijer WE, Maier AB, Nelissen RG, Bloem RM, Pilot P. Predicting discharge location of hip fracture patients: the new discharge of hip fracture patients score. *Int Orthop* 2012 Aug;36(8):1709-14.
- Kristensen MT, Foss NB, Ekdahl C, Kehlet H. Prefracture functional level evaluated by the New Mobility Score predicts in-hospital outcome after hip fracture surgery. *Acta Orthopaedica* 2010;81(3):296-302.
- Yu MS, Chan CC, Tsim RK. Usefulness of the Elderly Mobility Scale for classifying residential placements. *Clinical Rehabilitation* 2007;21(12):1114-20.
- Wyller TB, Sveen U, Bautz-Holter E. The Barthel ADL index one year after stroke: comparison between relatives and occupational therapists scores. *Age & Ageing* 1995;24(5):398-401.
- Laake K, Laake P, Ranhoff AH, Sveen U, Wyller TB, Bautz-Holter E. The Barthel ADL index: factor structure depends upon the category of patient. *Age & Ageing* 1995;24(5):393-7.
- Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *International Disability Studies* 1988;10(2):64-7.
- Ayalon L. The IQCODE versus a single-item informant measure to discriminate between cognitively intact individuals and individuals with dementia or cognitive impairment. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 2011;24(3):168-73.
- Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine* 1994;24(1):145-53.
- Norsk Geriatriisk forening-Legeforeningen no. 8. november 2011. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatriiskforening/Geriatriisk-test-og-undersvingsmaterieell/tester-og-registreringsskjemaer/>
- Mitchell AJ. Confusion Assessment Method is the most appropriate tool to quickly detect delirium in hospitalised patients at the bedside. *Evidence-Based Mental Health* 2011;14(1):4.
- Krogseth M, Wyller TB, Engedal K, Juliebo V. Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2011;31(1):63-70.
- Juliebo V, Bjoro K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, Wyller TB. Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57(8):1354-61.
- Jette DU, Halbert J, Iverson C, Miceli E, Shah P. Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: perceptions and applications. *Physical Therapy* 2009;89(2):125-35.
- Norge. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2011.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:61-5.
- Moseley AM, Sherrington C, Lord SR, Barracough E, St George RJ, Cameron ID. Mobility training after hip fracture: a randomised controlled trial. *Age & Ageing* 2009;38(1):74-80.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår

Bedrer mulighetene for sårleging

Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende

Wima produkter

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



Les mer om Wima-labben på vår nettside: www.wima.no



SAMHANDLER BEDRE I SMÅ KOMMUNER

Reform. I Østfold har samhandlingsreformen ført til færre overliggere i sykehus fra de minste kommunene, mens de største sliter.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
40 % praksis
60 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55892



Hans Knut Otterstad, lege, spesialist i samfunnsmedisin og helsetjenesteforsker

Samhandlingsreformen har virket i tre år, og data fra Østfold viser store forskjeller mellom kommunene i forekomst av overliggerdager.

INNBYGGERTALL VIKTIG. Dataene viser ingen sammenheng mellom nivået på overliggerdager og tilbudet av sykehjemsdekning og pleie- og omsorgsboliger i kommunene. Avstander til sykehus har ingen merkbar betydning, men innbyggertall er viktig. Det er de store og noen middels store kommunene som sliter. Trolig er forklaringen dårlig kommunal samhandling der aktørene er fastlege, leder for hjemmesykepleien eller hjemmetjenestene og leder for sykehjemstjenesten. Dette fører til dysfunksjonelle pasientstrømmer og begrenset mottak av «utskrivingsklare sykehuspasienter».

REFORMEN. Samhandlingsreformen fra 2012 er den viktigste reformen med driftsmessige og økonomiske konsekvenser for kommunene siden 1988, da de fikk ansvaret for sykehjem og hjemmetjenester. Reformen er konstruert slik at den premierer de «flinke kommunene» og straffer de kommunene som ikke klarer å hjemføre de «utskrivingsklare pasientene» (UKS-pasientene) når

disse blir meldt. Betalingen på 4000 kroner per overliggerdøgn gjelder fra dag én.

Det er en tøff utfordring. Sykehusene vurderer hver enkelt pasient uavhengig av bostedskommune. Dermed finnes det statistikk som viser i hvilken grad hver enkelt kommune klarer denne oppgaven. Reformen, også en praktisk konsekvens av «LEON»-

«Erfaringen fra Østfold viser at avstand til sykehus har meget liten betydning.»

prinsippet om behandling på la-veste effektive behandlingsnivå, vil dermed kunne gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

UNDERSØKELSEN. Spørsmålene denne undersøkelsen besvarer er: Hvorledes har kommunene i et lite og tett befolket fylke som Østfold klart utfordringene med samhandlingsreformen i de tre driftsårene fra 2012 til 2014? Hva karakteriserer

«vinner-kommunene», og hvilke lærdommer kan man trekke av resultatene etter tre år?

Resultatene for denne undersøkelsen er basert på de offisielle forbrukstallene fra sentrale helsemyndigheter for 2014 fra samhandlingsstatistikken (1) fordelt på de 17 kommunene som søker til østfoldsykehusene. Sammenlikningen mellom kommunene er foretatt ved å bruke antall innbyggere på 80 år og eldre som nevner i forbruksbrøken. Som et analytisk grep er denne sammenholdt med kommunenes dekningsgrad av sykehjem og boliger med heldøgnspleie, slik det framgår av Kostra-oversiktene. Dette gir et oversiktlig bilde som svarer på hvordan kommunene i Østfold har klart utfordringen.

For å kunne se på utviklingen i samhandlingsreformens første tre virkeår, er UKS-tallene for 2012 sammenholdt med tallene for 2014.

RESULTATER. *Kommuneforskjeller i UKS-forbruk og dekning av heldøgns pleieplasser i 2014.* Data settet består av kommunenes forbruk av UKS-dager per 100 innbygger, 80 år og eldre i 2014, samt dekningsgrader for døgn- og behandlingsplasser i institusjoner. I hele fylket var det til sammen 2027 UKS-dager eller 15,5

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen stiller krav til bedre samarbeid om behandlingen av de sykeste pasientene i kommunene. Utfordringen er å prioritere samhandling mellom behandlende lege og pleie- og omsorgstjenestene. Dette synes å fungere bedre i mindre kommuner.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Samhandling
- Kommunehelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten

UKS-dager per 100 innbyggere, 80 år og eldre.

Resultatene er framstilt i figur 1 som gir den grafiske sammenhengen. Kommunene er rangert etter UKS-resultater fra 0 dager til 36,7 dager per 100 innbyggere (høyeste forbrukstall). For denne kommunen betydde dette 160 000 kroner i UKS-utgifter. For de store kommunene var utgiftene relativt store, for eksempel Fredrikstad, som hadde utgifter på 3,4 millioner kroner i 2014.

Hovedkonklusjonen er at spredningen i forbruket er relativt stor, og at nabokommuner kan ha helt forskjellige resultater. Erfaringen fra Østfold viser at avstand til sykehus har meget liten betydning.

UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER. Hva så med dekningsgraden av døgnplasser i forhold til UKS-forbruket? Overføring av UKS-pasienter til sykehjem har sammen med hjemmetjenestene vært kommunenes viktigste virkemiddel til å få lave UKS-tall. Svaret kan leses direkte ut av figuren, og

den forteller at det ikke er noen sammenheng mellom tilbudet av sykehjemsdekning og UKS-forbruket. Da ville det vært en jevn stigning for begge søylene fra venstre mot høyre. Dette er tilfelle kun for de tre kommunene med høyest UKS-resultat til høyre i diagrammet.

Resultatene kan utdypes nærmere ved å analysere kommunene gruppevis: De fem «flinkeste» (1), mellomgruppen (2) og de som fikk svakest resultat (3). Da får man følgende fordeling for de tre gruppene som grupperer seg fra venstre mot høyre på x-aksen (se tabell 1).

KONKLUSJONER. Av dette kan man trekke klare konklusjoner: Store forskjeller mellom kommunegrupper, relativt små forskjeller i dekningsgrad av kommunale sykehjems plasser og overhodet ingen systematikk i at en god dekning av sykehjem gir lave UKS-tall. Og kanskje det viktigste funnet er at det er en systematisk sammenheng mellom kommunestørrelse og

UKS-resultat: «Small is beautiful». For de seks kommunene i gruppe 3 var gjennomsnittlig innbyggertall 30 600. Gruppe tre består av tre større byer og tre mellomstore kommuner

UTVIKLING OVER TID. Like viktig som den enkelte kommunes resultat for 2014 er utviklingen av UKS-forbruket over tid, det vil si fra reformen startet og de første tre driftsår. Resultatene fra første driftsår (2012) er tidligere analysert i Østfold (1) og viste at samhandlingsreformen hadde en sterk og øyeblikkelig effekt, og at det var betydelige kommuneforskjeller.

Antall UKS-dager var bare 210 i hele fylket i 2012, mot 2027 i 2014, altså en betydelig økning som viser at kommunenes gode intensjoner og driftsresultater i startfasen ikke har latt seg gjennomføre i fortsettelsen. Dette er også tilfelle på landsbasis (2). Landsoversikten viser regionale forskjeller, men analysen er ikke foretatt på kommunenivå.

MINST. Resultatene for Østfold viser at fem kommuner hadde null UKS-dager i 2014, og de har ligget lavt i hele perioden. Dette er Aremark, Hvaler, Marker, Skiptvedt og Våler. Alle er mindre kommuner, gjennomsnittlig folketall i 2014 var 3600 personer. De hadde en gjennomsnittlig dekningsgrad av døgnplasser på 29,2 plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre, det vil si nøyaktig på fylkesgjennomsnittet.

MELLOMST. Tre mellomstore kommuner har ligget på et lavt UKS-nivå i treårsperioden: Askim, Eidsberg og Spydeberg med gjennomsnittlig 6,8 UKS-dager i 2014. Disse hadde en gjennomsnittlig dekningsgrad av døgnplasser på 25,7 plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre. I denne kommunegruppen var gjennomsnittlig innbyggertall 10 800 innbyggere i 2014.

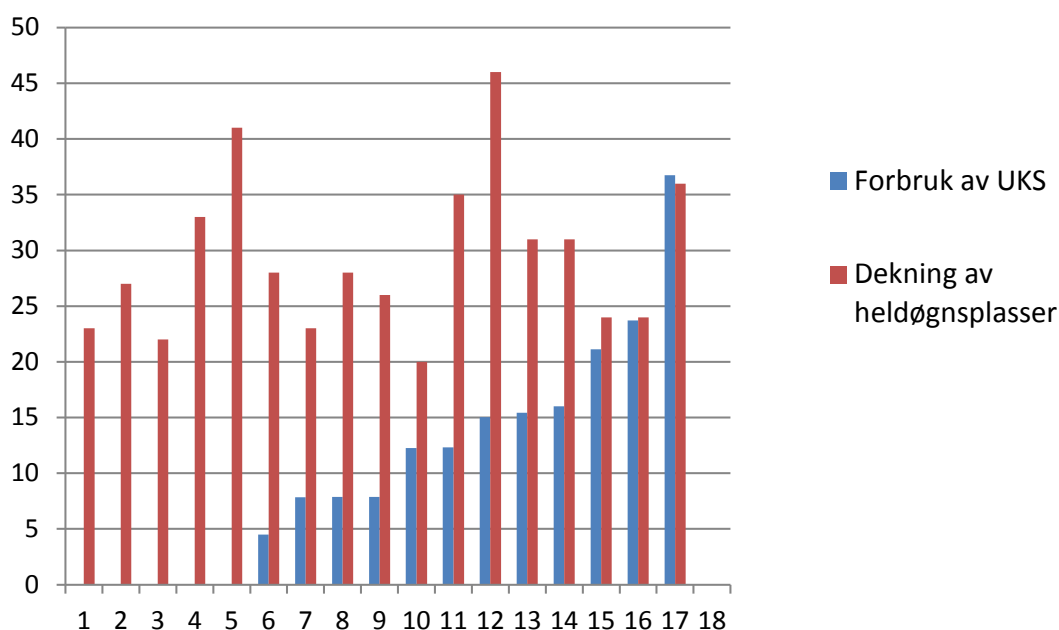
STØRST. Den tredje kommunegruppen var sammensatt av de fire byene i ytre Østfold og fem middels store landkommuner med et gjennomsnittlig folketall på 8150 innbyggere. Karakteristisk for denne gruppen var at de i hele perioden fra 2012 har ligget høyt i UKS-tall, eller har fått en betydelig økning fra 2012 til 2014. Deres gjennomsnittlige UKS-tall i 2014 var 19,1, altså betydelig høyere enn de to andre gruppene. De hadde en gjennomsnittlig dekningsgrad av døgnplasser på 30,9 plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre, det vil si noe over fylkesgjennomsnittet.

OPPSUMMERING. Analysen av utviklingstendensene i UKS-arbeidet i perioden 2012–2014 underbygger resultatene fra oppstartsåret 2012, og funnene har større tyngde siden de bygger på et større datamateriale.

Det er to sentrale funn: Nesten alle de mindre kommunene i Østfold har taklet samhandlingsreformens utfordringer meget godt. Fem kommuner har «knekket koden», ikke bare for en kort periode, men de har klart å vedlikeholde en tilfredsstillende mottaksstandard over tid. De viser dermed at UKS-arbeidet kan lykkes med et gjennomsnittlig



Figur 1. Forbruk av UKS-plasser per 100 innbyggere, 80 år og eldre i 2014, rangert fra 0 til 36,7 langs x-aksen. UKS-resultatet og tilbudet av døgnplasser per 100, 80 år og eldre kan leses av på y-aksen. Resultatet er beskrevet med to parvise søyler for hver kommune: For de fem kommunene med 0 UKS-plasser i 2014 er det bare en søyle





Tabell 1. Sammenligning av gjennomsnittet for tre grupper av kommuner i Østfold etter UKS-resultatet i 2014, sammenholdt med dekning av døgnplasser og kommunestørrelse

Kommune-gruppe	UKS-resultat	Dekning av sykehjemsplasser per 100, 80 år og eldre	Størrelse på befolkningen 80 år og eldre
1	0	29,2	149
2	8,8	26,7	507
3	21,3	32,0	1373

nivå for sykehjemsdekning og tilfredsstillende samarbeid mellom leger og pleietjenesten for hjemmeboende pasienter.

MOTPOL. Motpolen er de større bykommunene og fem middels store landkommuner. De fleste av disse hadde en god start i 2012, men har ikke klart å vedlikeholde et lavt UKS-nivået. Dette viser at deres strategier og metoder ikke har vært tilstrekkelige til å oppnå et tilfredsstillende resultat. De kan neppe forklare dette med manglende statlige overføringer eller ressurser av sykehjemsplasser og pleie- og omsorgsboliger. Trolig er det mangler ved driften og samarbeidet mellom de ulike nivåene i pleie- og omsorgssektoren internt i kommunen som er hovedårsaken. Dermed vil LEON-prinsippet ikke kunne opprettholdes, og pasientstrømmene flyter ikke på samme gode måte som i de mindre kommunene med færre institusjonsplasser.

DISKUSJON. Samhandlingsreformen har utvilsomt vært en suksess, spesielt for sykehussektoren som har fått fjernet de fleste av «sykehjemssengene i sykehusene», og som har fått en betydelig produktivitetsøkning og en bedre metode for å redusere ventelistene. For mange kommuner har reformen også hatt store fordeler i form av bedre samarbeid om de dårligste pasientene i kommunen, og mer funksjonelle pasientstrømmer.

Mange kommuner har imidlertid klaget på at noen UKS-pasienter er for syke til å behandles på

kommunenivå, eller er feilklassifisert av andre grunner. Dette er en diskusjon som må tas for hver enkelt pasient, og reformen gir klageadgang og mulighet for revurdering. Men denne reformen vil ikke fungere faglig tilfredsstillende dersom det ikke over tid utvikler seg en praksis med samsvarende vurdering av sykehusenes og kommunenes helsearbeidere om hvem som er UKS-pasient.

VELLYKKET REFORM. Samfunnsøkonomisk har reformen virket og har vist at LEON-prinsippet fungerer når driften på kommune- og sykehusnivå blir harmonisert.

Høsten 2012 ble det foretatt en viktig studie av hvorledes kommunene hadde løst utfordringene (3). En hovedkonklusjon er at reformen har vært effektiv, men den har hatt noen uheldige bivirkninger: «(...)har medført en økt bruk av institusjoner og en dominoeffekt med økt bruk av hjemmetjenester for andre pasienter (med) tegn til mer oppstykket pasientforløp og mer administrativt arbeid».

Undersøkelsen som ble foretatt i en tidlig fase av reformen, fastslo at halvparten av kommunene ikke hadde hatt noen UKS-dager. Pasientmaterialet er fra Midt-Norge og omfatter 40 kommuner. Men resultatene har ikke fokusert på forskjeller i UKS-tall mellom kommuner og betydning av innbyggertall.

HVA KAN VI LÆRE? Denne undersøkelsen fra Østfold viser at samhandlingsreformen har vært

vellykket for sykehusene og mange av kommunene i Østfold, men for cirka halvpart er det betydelig økning av UKS-dager i treårsperioden, spesielt i de større byene. Dette betyr at mange av kommunene har valgt en strategi og en intern samhandlingsmodell som ikke har gitt gode resultater over tid, og at det derfor er viktig å lære av de kommunene som har lyktes.

Et viktig funn er at dekningsgrad av sykehjemsplasser og pleie- og omsorgsboliger ikke kan forklare forskjellene i UKS-resultat. Da må forklaringen finnes andre steder. Det er nærliggende å analysere de interne pasientstrømmene i kommunen og sammenholde

dette med kommunens mottakskapasiteten i grensesnittet mot sykehusene. Aktørene som har betydning for pasientstrømmene er lederne for hjemmetjenestene og institusjonene, fastlegene og tilsynslegene. Spørsmålet er: Fungerer dette

godt nok i dag? Og videre: «Gullstandard» ligger tydeligvis hos noen mindre kommuner, og hva kan de øvrige kommunene lære av disse? ●

«Nesten alle de mindre kommunene i Østfold har taklet samhandlingsreformens utfordringer meget godt.»

REFERANSER:

1. Otterstad HK, Birkestrand T. Færre overligger i sykehus. Sykepleien 2014; 2: 49–51.
2. Samhandlingsstatistikk 2012–2014. Helsedirektoratet jan. 2015. Rapport IS 2245
3. Grimsø A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivingsklare pasienter? Iversatte tiltak for å redusere antall pasienter som blir liggende i sykehus i påvente av tilbud i kommunene, ser ut til å være effektive. Sykepleien forskning 2013; 2: 148–55.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Carola Karl Urvik

Fra orgel til fødsel

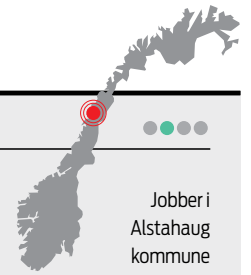
• Tekst **Hanna Aanerud**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1998

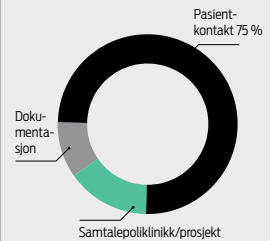
CV

2007: Begynte på fødeavdelingen i Sandnessjøen
2011 – 2013: Videreutd. seksualitet, seksuelle overgrep og misbruk, Høgskolen i Nesna
2013 -: Driver samtalepoliklinikk



Jobber i Alstahaug kommune
65°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Jeg er utdannet orgelbygger, og jobbet med dette både i Sve- rige og i hjemlandet mitt, Tyskland. Jeg byttet yrke, fordi jeg hadde lyst til å jobbe med mennesker og i et yrke jeg kunne praktisere over hele verden.

I Tyskland drev jeg en privat fødestue, hvor vi hadde en mer helhetlig tilnærming til pasientene våre gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden. Dette har jeg savnet litt etter at jeg kom til Norge.

I 2011 tok jeg et studium rettet mot seksualitet, seksuelle over- grep og misbruk. Da skjønte jeg at dette har stor betydning for oss som jobber tett med mennesker og deres kropp og helse. Mange av kvinnene som kommer til oss for å føde har opplevd vanske- lige ting i livet som gjør at deres situasjon blir ekstra sårbar.

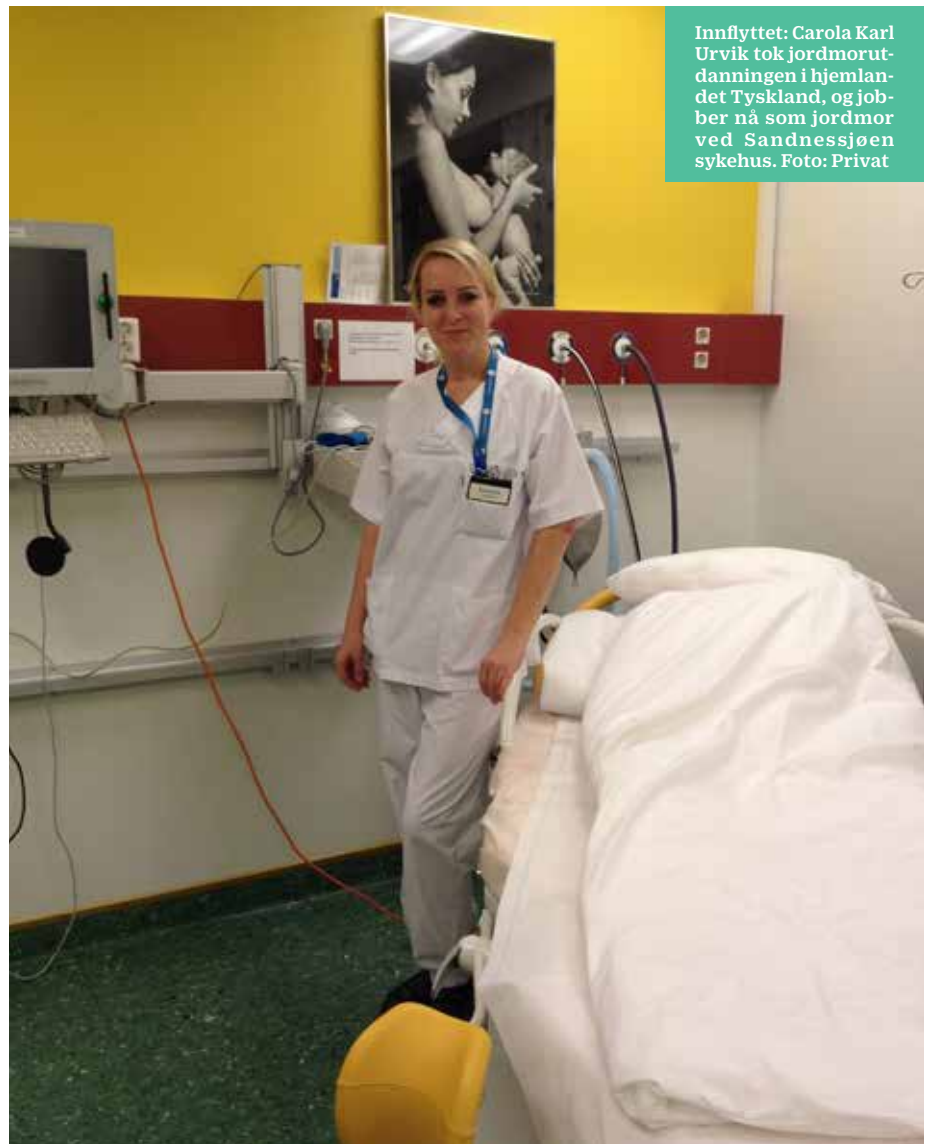
Dette er noe av grunnen til at jeg startet en samtalepolikli- nikk for kvinner med fødselsangst. Den tiden de gravide har gått til meg, har de fått en forståelse for at det finnes en sam- menheng mellom hendelser i fortid og nåtid, og derfor hatt en fin fødselsopplevelse.

Jeg elsker å jobbe på en liten fødeavdeling. Her har vi tid til å skape gode bånd med pasientene våre, og slipper å haste mel- lom pasienter. Mitt ønske for fremtiden er at jeg kan få mulighet til å forske på hvordan de fødende selv opplever fødselsomsor- gen i Norge. Det å få frem betydningen av de psykososiale as- pektene er viktig, fordi utfallet av en fødsel, særlig hos første- gangs fødende, får betydning også for neste fødsel, barseltiden og folkehelsen i vid forstand. Jeg mener at kvinnehelse må løf- tes opp og prioriteres bedre i norsk helsevesen.

Det å hjelpe gravide kvinner i en sårbar fase i livet gjør jobben min meningsfull. Etter hvert som jeg har fått mer yrkeserfaring, har jeg også skjønnet hvor betydningsfull min rolle som jordmor og veileder er. Jeg føler meg veldig heldig som får jobbe med gravide kvinner og deres familier i livets mest magiske øyeblikk.

Jeg tror faktisk ikke jeg er den enes- te orgelbyggeren som har blitt jordmor hel- ler. Har blitt fortalt at det finnes en til! •

Se flere historier i Sykepleiens APP



Innflyttet: Carola Karl Urvik tok jordmorut- danningen i hjemlan- det Tyskland, og job- ber nå som jordmor ved Sandnessjøen sykehus. Foto: Privat



Helene Kjøllesdal Eide

Eldres ernæringsstatus blir ikke sjekket

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Doktorgrad. Bare 1 av 100 eldre ble sjekket for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i sykehus. – Skremmende, mener forsker.

Det som skremte Helene Kjøllesdal Eide aller mest da hun jobbet med sin doktoravhandling, var ikke det at nær halvparten av de eldre sykehuspasientene som ble undersøkt, var underernærte eller sto i fare for å bli det. Det var tross alt grunn til å anta at tallene her ville være høye, basert på tidligere undersøkelser.

Det mest skremmende, forteller hun, er at selv om man nå vet hvor viktig dette er, så er ernæring sjelden et tema ved sykehusinnleggelse.

– Kun én av hundre pasienter i studien ble for eksempel screenet for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, mens nasjonale retningslinjer krever at alle blir det, påpeker hun.

– Dette til tross for at underernæring er mye lettere å forebygge enn å behandle.

Kjøllesdal Eide disputerte 23. oktober for doktorgraden ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

HANDLER IKKE OM VEKT. For dem som måtte tro at alle pasienter i faresonen for underernæring greit kan identifiseres ved veiing eller måling av BMI, påpeker Eide at det er forskjell

på underernæring og det å være undervektig.

Underernæring handler oftere om at kroppens behov for næringsstoffer og energi ikke tilfredstilles over tid. Skader og sykdommer som ligger forut for en sykehusinnleggelse, kan dessuten medføre hypermetabolisme hos pasienten, noe som gir økt behov for næringstilførsel og tett oppfølging.

– Derfor er systematisk bruk av gode screeningverktøy ved sykehusinnleggelse så viktig, sier Eide, som fra før av er utdannet klinisk ernæringsfysiolog.

SÅRBAR GRUPPE. Eldre er en spesielt sårbar gruppe når det gjelder ernæring, og dette blir enda tydeligere ved sykehusinnleggelse. Blant annet på grunn av hva underernæring kan medføre av økt hjelpebehov, sykkelighet og dødelighet. I tillegg blir Eldres ernæringsmessige behov oftere ivaretatt av andre enn dem selv, og de kan ha reduserte evner til å kommunisere sine behov. Dette skjerper behovet for gode rutiner og tett oppfølging.

Ifølge Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring» skal alle pasienter «vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg».

Av 478 innlagte pasienter Eide undersøkte ved et norsk universitetssykehus, var det dokumentert en slik vurdering av ernæringstilstanden hos kun seks stykker, det vil si 1,2 prosent. Under 10 prosent var blitt veid ved innleggelse, og av pasientene som ble definert å være i faresonen ernæringsmessig, hadde under en tredel mottatt behandling knyttet til dette.

– En annen ting jeg synes var oppsiktsvekkende,

var hvor dårlig kommunikasjonen kunne være mellom primær- og spesialisthelsetjeneste på dette feltet. Eldre ble overført mellom sykehus og sykehjem uten at ernærings situasjonen ble godt nok kommunisert mellom institusjonene.

BARRIERER. Eides todelt studie besto av en tverrsnittundersøkelse av drøyt 500 eldre sykehuspasienter ved 20 avdelinger på et norsk universitetssykehus, samt av fokusgrupper fra både sykehus og sykehjem.

Tverrsnittstudien kartla forekomsten av ernæringsmessig risiko hos sykehusinnlagte eldre, og dessuten hvordan slik risiko ble identifisert og behandlet for dem som var underernærte eller i faresonen for å bli det.

Fokusgruppene så på hvilke utfordringer og barrierer som fantes når det gjaldt å sikre eldre sykehuspasienter tilstrekkelig ernæringsomsorg. De så også på forhold knyttet til dokumentasjon og kommunikasjon av ernæringsinformasjon for denne gruppen.

For sykepleiere på sykehus, ble det påpekt fem hovedbarrierer for god ernæringsomsorg:

- at pleiere kunne føle de sto alene med ansvaret
- at det manglet kompetanse
- at det var liten fleksibilitet i matsserverings-systemene
- at det var systemfeil
- at ernæringsomsorg ble ignorert

Det ble også avdekket til dels svært store mangler når det gjaldt kommunikasjon og dokumentasjon, både ved sykehusinnleggelse, under oppholdet og mellom sykehus og sykehjem.

GIVENDE ARBEID. Helene Kjøllesdal Eide gikk strengt tatt ikke med planer om å ta doktorgrad.



Doktorgrad: Helsepersonell opplever flere barrierer som hindrer god ernæringsomsorg, avdekket Eides doktoravhandling.

Da en stipendiatstilling knyttet til et konkret forskningsprosjekt om underernæring blant eldre sykehuspasienter dukket opp, var det derimot en sjanse hun ikke kunne la gå fra seg.

– Jeg har lenge vært opptatt av tematikken eldre og ernæring, forteller Eide, som tidligere har jobbet både i hjemmetjenesten og på sykehjemskjøkken.

Temaet for hennes masteroppgave i klinisk ernæringsfysiologi var dessuten underernæring og nattfaste på sykehjem. Eide visste derfor at dette var et felt med store utfordringer og forbedringspotensial.

En annen faktor som gjorde prosjektet ekstra interessant, forteller Eide, var inkluderingen av sykepleierstudenter. Til sammen 173 andrærsstudenter sto for datainnsamlingen til

«Underernæring er mye lettere å forebygge enn å behandle»

tvversnittundersøkelsen, og arbeidet var en obligatorisk del av utdanningsløpet. Dermed fikk de kunnskap om ernæringsproblematikk og fikk også opplevd hvordan forskningsprosjekter kan gjennomføres i praksis.

OPTIMISTISK. Til tross for store utfordringer knyttet til eldre og underernæring, foretrekker Eide å være optimist.

– Det pågår mye på feltet for tiden, men det

er også et område der det er svært mye å hente – både på sykehus og i kommunehelsetjenesten.

Hun ser på opprettelsen av Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert feil- og underernæring ved Oslo universitetssykehus som et skritt i riktig retning. Det samme gjelder etableringen av ernæringsstrategier ved norske sykehus.

– Men det er viktig at gode intensjoner ikke begrenser seg til at man utformer en strategi og sier seg tilfreds med det. Det må følges opp og integreres i den medisinske behandlingen. Sykehusledelsen må anerkjenne betydningen av dette, og emnet må også i større grad inn i utdanningen av både leger og sykepleiere. Det må ofte en grunnleggende kulturendring til i alle ledd. ●
ingvald.bergsagel@sykepleien.no



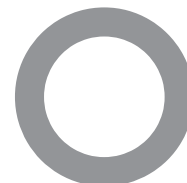
– INGEN SNAKKER MED MEG OM SEX

Seksualliv. Helsepersonell kan for lite om sammenhengen mellom seksuell helse og kronisk hjertesykdom hos kvinner.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på

100% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55918



Lene Søyland Markhus, Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, Haukeland universitetssykehus.

Seksualitet og intimitet er en naturlig og viktig del av livet for mennesker i ulike livssituasjoner, og et godt seksualliv er for mange forbundet med god helse (1). Seksualitet gir mulighet til å uttrykke lidenskap, hengivenhet, beundring og lojalitet, samt å opprettholde et godt selvbilde. Intimitet, nærhet og seksualitet er viktige komponenter for opplevelse av god livskvalitet (2,3).



Nina Fålnu, Fag- og forskningsykepleier, Haukeland universitetssykehus, og førstelektor ved Høgskolen i Bergen.

SYMPTOMER. Mellom 2–4 prosent av befolkningen under 75 år har symptomer på hjertesvikt. Hjertesvikt er en progredierende, kronisk sykdom med relativt kort forventet levetid (4,5). Familieliv og parforhold kan bli negativt påvirket, da dagliglivets roller og funksjoner kan endres som følge av sykdommen. Fysisk og seksuell aktivitet blir ofte begrenset fordi pasientene føler seg skrøpelige, med redusert funksjonsevne og søvnforstyrrelser (6). Kronisk hjertesvikt kan dermed redusere livskvalitet, psykisk helse og påvirke intimiteten i parforholdet (7).

HELSE. Kunnskap om redusert seksuell helse er ikke begrenset til hjertesvikt alene. Kvinner som har ulike sykdommer som hypertensjon, angina pectoris, multippel sklerose eller har gjennomgått

hjerteinfarkt eller hjerneinfarkt rapporterer alle om seksuell funksjonsnedsettelse i form av redusert vaginal smøring og problemer med å oppnå orgasme (8,9). Helsepersonell har begrenset kunnskap om sammenheng mellom seksuell helse og kronisk hjertesykdom, spesielt hos kvinner (10). For menn, derimot, foreligger det anbefalinger for seksuell aktivitet etter gjennomgått hjerteinfarkt, koronar bypass operasjon og hjertetransplantasjon (11).

ANBEFALINGER. Ved kronisk hjertesvikt anbefales det at både menn og kvinner er optimalt behandlet med hjertesviktmedisiner, og at de er i en stabil funksjonsklasse (Tabell 1) før de gjenopptar seksuell aktivitet (11,12). Det er imidlertid forsket lite på behandling og oppfølging av seksuell funksjonsforstyrrelse hos kvinner med hjertesvikt (6,11). Mange kvinner med hjertesvikt og deres partnere savner informasjon om hvordan de kan gjenoppta seksuell aktivitet (3,6). Internasjonale retningslinjer for behandling av hjertesvikt anbefaler at alle, uavhengig av funksjonsklasse, skal få tilbud om seksuell veiledning. Det anbefales samtidig seksuell avholdenhet for pasienter med svært alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse 4) (4,12,13). Til tross for disse klare anbefalingene

blir seksuelle helse hos pasienter med hjertesvikt ofte undervurdert eller oversett av helsepersonell.

HJERTESVIKT. Hjertesvikt er et kronisk syndrom der hjertets evne til å pumpe blod er utilstrekkelig i forhold til kroppens behov. Det finnes ingen kurativ behandling av hjertesvikt, og det anslås at 20–40 prosent av pasientene er døde ett år etter bekreftet diagnose (5). De vanligste årsakene til hjertesvikt er gjennomgått hjerteinfarkt, hypertensjon, kardiomyopati og klaffe-feil. De vanligste symptomer ved hjertesvikt er dyspné, ankelødemer og tretthet, samt objektive funn som spente vener på halsen og reduksjon i hjertets pumpefunksjon (4).

HENSIKT. Hensikten med behandling av hjertesvikt er å redusere symptomer, forbedre funksjonsnivå og livskvalitet, redusere antall reinnleggelser og øke livslengde (5). Hjertesvikt behandles i hovedsak medikamentelt, men det kan også være aktuelt å tilby implantasjon av biventrikulær pacemaker og/eller hjertestarter (CRT-D) samt hjertetransplantasjon (4).

Hjertesviktens alvorlighetsgrad blir klassifisert ved hjelp av New York Heart Associations (NYHA) inndeling av funksjonsnivå (se tabell 1).

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Kvinner med kronisk sykdom har ofte redusert seksuell helse. Så mange som 87 prosent av kvinnene med hjertesvikt rapporterer om opplevelse av seksuell funksjonsforstyrrelse. De fleste av disse kvinnene har ikke fått drøftet sin seksuelle helse med helsepersonell, selv om det er påvist at seksuell veiledning kan forbedre livskvalitet både for kvinner og hennes partner.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hjertesvikt
- Seksualitet
- Psykisk helse
- Livskvalitet



VANSKELIG: Seksualitet kan være intimt og sårbart, både for dem med kronisk hjertesvikt og for helsepersonell. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Tabell 1: New York Heart Association funksjonelle klassifikasjon av hjertesvikt basert på alvorlighetsgraden av symptomer og fysisk aktivitet.

Klasse 1	Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet.
Klasse 2	Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet.
Klasse 3	Symptomer på hjertesvikt ved lett fysisk aktivitet.
Klasse 4	Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet.

McMurray et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (4).

LIVSKVALITET. I de senere år har det blitt forsket mer på sammenhengen mellom hjertesvikt og

seksuell helse. Hele 87 prosent av kvinnene og 84 prosent av mennene med hjertesvikt rapporterer at

«For menn, derimot, foreligger det anbefalinger.»

de opplever seksuell funksjonsnedsettelse (14).

Ved seksuell veiledning er det viktig å avkrefte myten om at det er skadelig å være seksuelt aktiv. Pasienter som klarer å gå opp to etasjer i en trappegang, kan også

klare normal seksuell aktivitet (12). De fleste pasienter i NYHA-klasse 4 vil ha problemer med seksuell aktivitet på grunn av dyspné, ødemer og opplevelse av skrøpelighet. I perioder preget av forverring av hjertesvikt er intimitet og nærhet, vist gjennom berøring og støtte fra partner, vel så viktig som selve seksualakten. Etter optimalisering av behandling og stabilisering i NYHA-klasse 1-3, kan kvinnen og hennes partner gjenoppta seksuell aktivitet når





hun opplever at hun har overskudd til det (6,12,13).

Mange pasienter med hjertesvikt legger større vekt på symptomlindring og forbedret livskvalitet, inkludert seksuell aktivitet, enn forlenget levetid (12,15). Bedre symptomlindring øker også sannsynligheten for sikker og tilfredsstillende seksuell aktivitet (15).

ÅRSAKER. Seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner forårsakes av redusert vaginal smøring, problemer med ereksjon i klitoris og oppnåelse av orgasme. Mekanismen bak klitoral opphisselse er den samme som ved ereksjon hos menn (16). Dette er grunnen til at både menn og kvinner kan ha effekt av Viagra ved seksuell funksjonsnedsettelse. Viagra er imidlertid lite utprøvd på kvinner, og vi vet lite om effekt av bruk. Medikamenter kan ikke benyttes ved samtidig bruk av nitroglyserinpreparater for symptombedring ved eventuell koronarsykdom (9).

REDSSEL. Det er flere årsaker til seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner med hjertesvikt. Blant annet kan generell kardiovaskulær sykdom føre til fibrose, tap av glatt muskulatur i området rundt klitoris, samt aterosklerose i arteriene som forsyner bekkenet med blod. Dette vil medføre at kvinner med hjertesvikt kan oppleve smøringsproblemer på grunn av utilstrekkelig blodtilførsel (12). Seksuell funksjonsnedsettelse kan også oppstå på grunn av hjertesviktsymptomer som dyspné og redusert funksjonsevne, opplevelse av skrøpeligheit, søvnvansker, aldersrelaterte hormonforandringer samt ulike psykologiske faktorer (6,12). Angst for at seksuell aktivitet kan forverre symptomer kan gi redusert seksuell lyst hos kvinner med hjertesvikt (9,17).

MEDIKAMENTER. Flere av de viktigste medikamentene som benyttes ved behandling av hjertesvikt kan påvirke eller forverre pasienters seksuell liv (6,11). Bruk av betablokker kan føre til seksuell

funksjonsnedsettelse for både menn og kvinner. Samtidig kan medikamentet gi økt seksuell ytelse ved at pasientens funksjonsklasse forbedres (6,18). Kvinner kan oppleve redusert vaginal smøring og tendens til uregelmessig menstruasjon ved bruk av vanndrivende legemidler som Aldactone (aldosteronantagonist) og Centyl (thiazid) (12). A2-blokkere kan derimot ha en positiv innvirkning på seksualfunksjonen, da de kan bidra til økt seksuell nytelse ved avslapning av glatt muskulatur og utvidelse av blodårer (9,11,14). Manglende informasjon og veiledning om ulike medikamenters potensielt positive innvirkning på seksuell funksjon kan gi redusert medikamentetterlevelse (6,19).

PARFORHOLD. Helsepersonell føler seg gjerne usikker i møte med en partner som kan ha mange spørsmål om seksualitet (20). Dersom kvinnens partner i liten grad involveres i behandling og oppfølging, kan dette føre til misforståelser og frykt for å fortsette med seksuell aktivitet (21). Hele 63 prosent av partnerne er overbeskyttende når det gjelder seksuell aktivitet, og 36 prosent er redde for å ha et aktivt seksualliv (22). Engstelige og overbeskyttende partnere kan være en kilde til frustrasjon for kvinner med hjertesvikt (23). Partnere som har seksuelle bekymringer rapporterer om mindre intimitet i parforholdet, da de kan oppleve at kvinnen er mer sårbar og skrøpelig enn før (24,25). Ved å oppmuntre partner til å være med på konsultasjoner og veiledning ved oppfølging av den syke kvinnen, kan livskvalitet forbedres både for pasienten og partneren.

KUNNSKAP. Seksualitet kan være et intimt og sårbart tema for mange, både for dem som lever med kronisk hjertesvikt og for helsepersonell. Til tross for dette, bør helsepersonell ta utfordringen med å veilede pasienter med kroniske sykdommer om seksuell helse. Seksuell veiledning kan gi bedre livskvalitet, da mindre tid og energi

blir brukt til bekymring for at man ikke strekker til seksuelt (17).

Hele 75 prosent av sykepleierne mener at pasienter med hjertesvikt har behov for seksuell veiledning. Det er imidlertid påvist at 61 prosent av sykepleierne sjelden eller aldri diskuterer seksuell helse med pasientene (10). Barrierer som hindrer sykepleierne i å undervise og veilede om seksuell helse kan være mangel på kunnskap, at pasienten

oppleves å være for syk samt utfordringer relatert til religion, kultur, alder og språk. Mange er også usikre på hvordan de skal tilnærme seg problemstillinger som handler om seksualitet (7). Så mange som 75 prosent av kvinnene og 60 prosent av mennene som lever med kronisk

hjertesvikt, har aldri drøftet sin seksuelle helse med helsepersonell (10). Dette tyder på at helsepersonell opplever at det er vanskeligere å veilede kvinnelige hjertesviktpasienter om seksuell helse enn det er å veilede menn.

VERKTØY. Det finnes ulike instrumenter for seksuell veiledning. Både selvrapporterte data i form av spørreskjemaer samt ulike modeller for veiledning kan benyttes. De fleste pasientene som får behandling for hjertesvikt i hjertesviktpoliklinikker fyller ut det sykdomsspesifikke livskvalitetsskjemaet Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (26). MLHFQ inneholder blant annet spørsmål om seksualitet. Dette kan brukes aktivt; «Jeg ser ut ifra skjemaet du har besvart at du kan ha et problem relatert til seksuell aktivitet, er dette noe du vil snakke om?». Sykepleier kan i samhandling med den kvinnelige hjertesviktpasienten definere problemområder knyttet til seksualitet og avklare forventninger til eventuell videre seksuell veiledning (25,27). Seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner med hjertesvikt skyldes ofte angst for å forverre symptomer og å fremprovosere alvorlige hendelser

«Det er flere årsaker til seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner.»

Tabell 2: PLISSIT-modellen som verktøy i seksuell veiledning

Trinn 1	Permission (tillatelse) til å diskutere og ta opp seksuelle temaer med behandler slik at en sammen kan avklare hvilke hjelpebehov som er nødvendig for pasienten. Hensikten med å ta opp temaet er å skape trygghet rundt seksualitet og signalisere at det er en viktig del av livet til alle mennesker i alle livssituasjoner.
Trinn 2	Limited Information (begrenset informasjon) innebærer at pasienten får adekvat informasjon om seksualitet, slik at pasienten får svar på sine bekymringer og utfordringer.
Trinn 3	Specific Suggestion (spesifikk rådgiving) innebærer at behandler tilpasser informasjonen om seksualitet ut ifra diagnose og alder. Behandlingstilbudet består av medisiner eller ulike praktiske hjelpemidler.
Trinn 4	Intensive Therapy (intensiv terapi) krever utdanning innen sexologi. Pasienten får tilbud om behandling for alvorlige seksuelle problemer.

Annon J. PLISSIT modellen: Atferdsbehandling ved seksuelle problemer (1).

under seksuell aktivitet. Mange vil oppleve at deres seksuelle helse forbedres bare ved å sette ord på tankene sine. Andre vil ha behov for rådgiving om bruk av for eksempel ulike vaginale kremer samt energibesparende og smertereduserende samleiestillinger (6).

FIRE TRINN. Det eldste og mest anerkjente verktøyet ved seksuell veiledning er PLISSIT-modellen (Tabell 2). Dette er en firetrinnsmodell der helsepersonell og pasient tilnærmer seg en seksuell problemstilling i forhold til egen kompetanse og bekvemmelighetsnivå (1). Hensikten med PLISSIT-modellens tre første trinn er å yte hjelp til selvhjelp. Dersom veiledning basert på

disse tre trinnene ikke er tilstrekkelig for å oppnå tilfredsstillende seksuell funksjonsevne, anbefaler man at pasient og partner blir henvist til terapi hos spesialist i sexologi.

SAMTALEN. Seksualitet kan være et ømtålig samtaleemne for mange. Enkelte pasienter ønsker ikke å snakke om sin seksualitet – dette må respekteres. Det er imidlertid ulike måter å tilnærme seg ømtålige samtaleemner på. Personsentrert omsorg handler om å ivareta individuelle behov og å bidra til at den enkelte pasient opplever å ha kontroll over eget liv (28,29,30). For å oppnå dette må kvinnelige pasienter med hjertesvikt få mulighet

til å formidle sine opplevelser og tanker om det å leve med kronisk sykdom. Mål, tiltak og behandling besluttes på bakgrunn av en felles forståelse av hva som er viktig for den enkelte – også for optimalisering av seksuell helse. Kvinner med hjertesvikt må delta aktivt i egen behandling for derved å styrke sine evner til å ivareta egenomsorg og identifisere ressurser for god livskvalitet. Personsentrert omsorg øker pasienttilfredshet og forbedrer helseutfallet (31). Ved seksuell veiledning kan den kvinnelige hjertesviktpasienten formidle egne opplevelser og problemer relatert til seksuell aktivitet. Tiltak og mål for seksuell veiledning blir fastsatt og dokumentert i samarbeid med kvinnen og hennes partner.

KONKLUSJON. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill med andre mennesker, og dermed også mental og fysisk helse. Frykt for at seksuell aktivitet kan forverre sykdom, kan gi dårlig livskvalitet. Gode rammer for seksuell veiledning er individuell oppfølging og personsentrert omsorg. Ved aktiv bruk av pasientrapporterte data kan helsepersonell identifisere hvilke personer som har behov for seksuell veiledning. Vi må respektere at ikke alle ønsker å snakke om seksualitet, da noen kan oppleve at dette kan bli for intimt og vanskelig. ●

REFERANSER:

- Annon J. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther* 1976; 2 (1): 1–15.
- Steinke EE. Intimacy needs and chronic illness: Strategies for Sexual Counseling and Self-Management. *J Gerontol Nurs* 2005;31(5): 40–50.
- Steinke EE. How Can Heart Failure Patients and Their Partners Be Counseled on Sexual Activity? *Curr Heart Fail Rep* 2013;10:262–269.
- McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2012;33:1787–1847.
- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137–1146.
- Jaarsma T, Fridlund B, Mårtensson J. Sexual Dysfunction in Heart Failure Patients. *Curr Heart Fail Rep* 2014;11:330–336.
- Goldstein I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *Am J Cardiol* 2000;86 (2A): 41–45.
- Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M et al. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: A Consensus Document from the American

- Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J* 2013;34:3217–3235.
- Steinke EE. Sexual Dysfunction in Women with Cardiovascular Disease. What Do We Know? *J Cardiovasc Nurs* 2010;25(2): 151–158.
- Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Couperus MF, Sanderma R, Jaarsma T. What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart Lung* 2012;41:492–499.
- Mandras SA, Uber PA, Mehra MR. Sexual Activity and Chronic Heart Failure. *Mayo Clin Proc* 2007;82 (10): 1203–1210.
- Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B et al. Sexual Activity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:1058–1072.
- Westlake C, Dracup K, Walden JA, Fonarow G. Sexuality of Patients with Advanced Heart Failure and Their Spouses or Partners. *J Heart Lung Transplant* 1999;18:1133–1138.
- Schwarz ER, Kapur V, Bionat S, Rastogi S, Gupta R, Rosanio S. The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Impot Res* 2008;20:85–91.
- Staneck EJ, Oates MB, Mcghan WF, Denofrio D, Loh E. Preferences for Treatment Outcomes in Patients With Heart Failure: Symptoms Versus Survival. *J Card Fail* 2000;6(3): 225–232.
- Archer SL, Gragasin FS, Webster L, Bochinski D, Michelakis ED. Etiology and Management of Male Erectile Dysfunction and Female Sexual Dysfunction in Patients with Cardiovascular Disease. *Drugs Aging* 2005;22 (10): 823–844.
- Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Luttik ML, Sanderma R, van Velthuisen DJ, Jaarsma T. Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart* 2012;98:1647–1652.
- Ko DT, Herbert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA* 2002;288:351–357.
- Opdahl T, Sveinsdottir V, Holm MS. Hjerstepasienter tar ikke medisiner riktig. *Tidsskriftet Sykepleien* 2015;10:46–49.
- Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S et al. Sexual Counselling of Cardiac Patients: Nurses' Perception of Practice, Responsibility and Confidence. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010 March; 9(1): 24–29.
- Dalteg T, Benzein E, Fridlund B, Malm D. Cardiac Disease and Its Consequences on the Partner Relationship: A Systematic Review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:140–149.
- Medina M, Walker C, Steinke EE, Wright DW, Mosack V, Farhoud MH. Sexual Concerns and sexual counseling in heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs* 2009;24(4): 141–148.
- Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006;5:37–44.
- Arenhall E, Kristofferzon ML, Fridlund B, Malm D, Nilsson U. The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:108–114.
- O'Farrell P, Murray J, Hotz SB. Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart Lung* 2000;29:97–104.
- Papadopoulou EF, Mavrogeni SI, Dritsas A, Cokinos DV. Assessment of Quality of Life Using Three Activity Questionnaires in Heart Failure Patients After Monthly, Intermittent Administration of Levosimendan During a Six-Month Period. *Hellenic J Cardiol* 2009;50:269–274.
- Norekvål TM, Fållun N, Fridlund B. Patient-reported outcomes on the agenda in cardiovascular clinical practice. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015 Oct 28. pii: 1474515115614133.
- van Driel AG, Jef de Hosson MJ, Gamel C. Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014;13(3): 227–234.
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A et al. Person-Centered Care- Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:248–251.
- Fållun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjerteresvikt krever spesialkompetanse. *Tidsskriftet Sykepleien* 2013;13:68–70.
- Alharbi TSJ, Ekman I, Olsson LE, Dudas K, Carlström E. Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy* 2012;108:294–301.29.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Ute i kulden. Dessverre opplever mange som sliter med rus og psykisk helse å ikke bli møtt med respekt og verdighet.

Rusmisbrukere må få et hjem



Fakta

Kurt Lyngved

avtroppende medlem i Rådet for sykepleieetikk

På en vandring gatelangs i hvilken som helst by i Norge, på en hvilken som helst dag, møter man byens beboere på vei i alle retninger. Avhengig av tidspunkt på døgnet, haster folk av gårde. Folk skal på jobb, de skal til tannlegen, de skal på skolen, på kafé, møte venner – dagen er vevd sammen av ulike gjøremål som for de fleste av oss danner meningsfulle dager, uker, måneder og år.

DET STREVSOMME LIVET. Men en by har mange ansikter, og menneskemengden likeså. Et av dem er ansiktene og livene til dem som sliter med store rus- og/eller psykiske helseproblemer. Det er de trette og slitne ansiktene og kroppene en ser innimellom alle de andre menneskene. Ruspåvirket i større eller mindre grad, og preget av et hardt liv på evig jakt etter rusmidler og penger til å skaffe dem.

Etter som dagen går samles flere og flere i byens kjerne og blir mer synlige. Mange av byens beboere blir forstyrret av disse menneskene, som er synlig ruset og som bryter med mange av de sosiale reglene, og «man vet ikke helt hva de kan finne på.» Stigmatiseringsgraden er sterk, og vi glemmer ofte å se mennesket bak rusen og bak det strevsomme livet rusmiddelavhengige lever. Vi ser kategorien «rusmiddelavhengige» og alt som er negativt beheftet med det.

Mange av de menneskene som lever et liv med aktiv rusing

«Boenhetene er der og venter på menneskene. Men kommunen finner ikke penger til drift.»

sliter også med store psykiske helseproblemer, som også er utfordrende å forholde seg til. Disse utfordringene medvirker i stor grad til svikt i de helt grunnleggende behov hos de menneskene dette angår. Områder som ernæring, hygiene, søvn og hvile, arbeid og aktivitet, fritid, og sist, men ikke minst – trygge boliger og opplevelsen av et godt hjem.

ET HJEM. Et godt sted å bo og opplevelsen av et trygt hjem er en grunnpilar i vår eksistens. Hvordan et slikt sted er og hva det inneholder, varierer fra menneske til menneske. Det er hva bostedet representerer for oss som er det sentrale. Ikke om det er et slott eller et skur. Å gå hjemmefra for så å komme hjem igjen, er viktig for oss alle.

Vanligvis tenker vi ikke så mye over dette, fordi det for de fleste av oss er en selvfølge. Vi har vår bolig som vi koordinerer livene våre ut fra, og som nærmest blir sentralen for det livet vi lever.

De menneskene som lever med store rusproblemer har det ofte ikke sånn. Mange har boliger de ikke trives i, ofte i tilknytning til andre i samme situasjon. En god del beskriver utrygge omgivelser og fravær av trivselsfaktorer som gjør bosituasjonen vanskelig.

Opplevelsen av ikke å glede seg til å komme hjem er trist for mange. De har eksistensielle utfordringer på mange områder, og for mange er ensomheten den største. Å komme hjem til et sted der en ikke trives, og samtidig kjenne på den smerten ensomheten representerer, er en vond opplevelse for mange. Rusen og fellesskapet med de andre i miljøet blir flukten bort fra det som skulle være det trygge og stabile i verden.

SLITER MED Å BO ALENE. Men det er en stor gruppe mennesker med store rus- og psykiske problemer som ikke har noe sted å bo. De finner seg et ly der det byr seg, og lever fra natt til natt. Noen har et langvarig boforhold i form av et nattilbud, en seng å sove i på et natthjem eller liknende.

Dette er mennesker som har store utfordringer på helsefeltet, og de fleste har stort behov for helsehjelp. Ikke få i denne gruppen sliter med å bo alene og får det rett og slett ikke til. Et botilbud med et personale til stede er det som trengs og som bidrar til å gjøre verden trygg og forutsigbar.

ET VERDIG LIV. Respekt og verdighet er stikkord i møtet med våre medmennesker. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende

Rådet for sykepleieetikk tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma.

● Telefon: 99 04 91 69 ● e-post: berit.daae.hustad@sykepleierforbundet.no

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2015.55916

verdighet. Dette skal ikke være avhengig av hvem du er eller hva du representerer. Begrepene er eksistensens grunnmur, og verdier og menneskesyn skal være tuftet på dette.

Dessverre tror jeg det er slik at mange som sliter med store rus- og psykiske helseproblemer opplever det motsatte. Både på individ- og systemnivå. Opplevelser av ikke å bli tatt på alvor og opplevelser av krenkelser i en sårbar verden er kjente erfaringer for veldig mange som sliter med store rus- og/eller psykiske helseutfordringer. Menneskesyn og verdi uttrykkes i ytre handlinger og får konsekvenser for den enkelte på mange områder.

TOMME BOLIGER. I Bodø har vi altfor mange som faller inn under gruppen og som er i den situasjonen at de mangler et sted å bo. Tallene er høye, og vi vet at det er mange som trenger det trygge stedet der personalet er til stede og kan bidra til å bygge gode eksistensielle murer når det er behov for det.

I mer enn ett år har et hus med 16 små boenheter tiltenkt mennesker med store rus- og psykiske helseproblemer stått tomt og bare ventet på sine beboere, potensielle beboere som driver gatelangs og lever fra minutt til minutt. Disse menneskene kunne vært tilbudt et sted, et hjem med lys i vinduet, som kunne vært det trygge hjemmet de trengte.

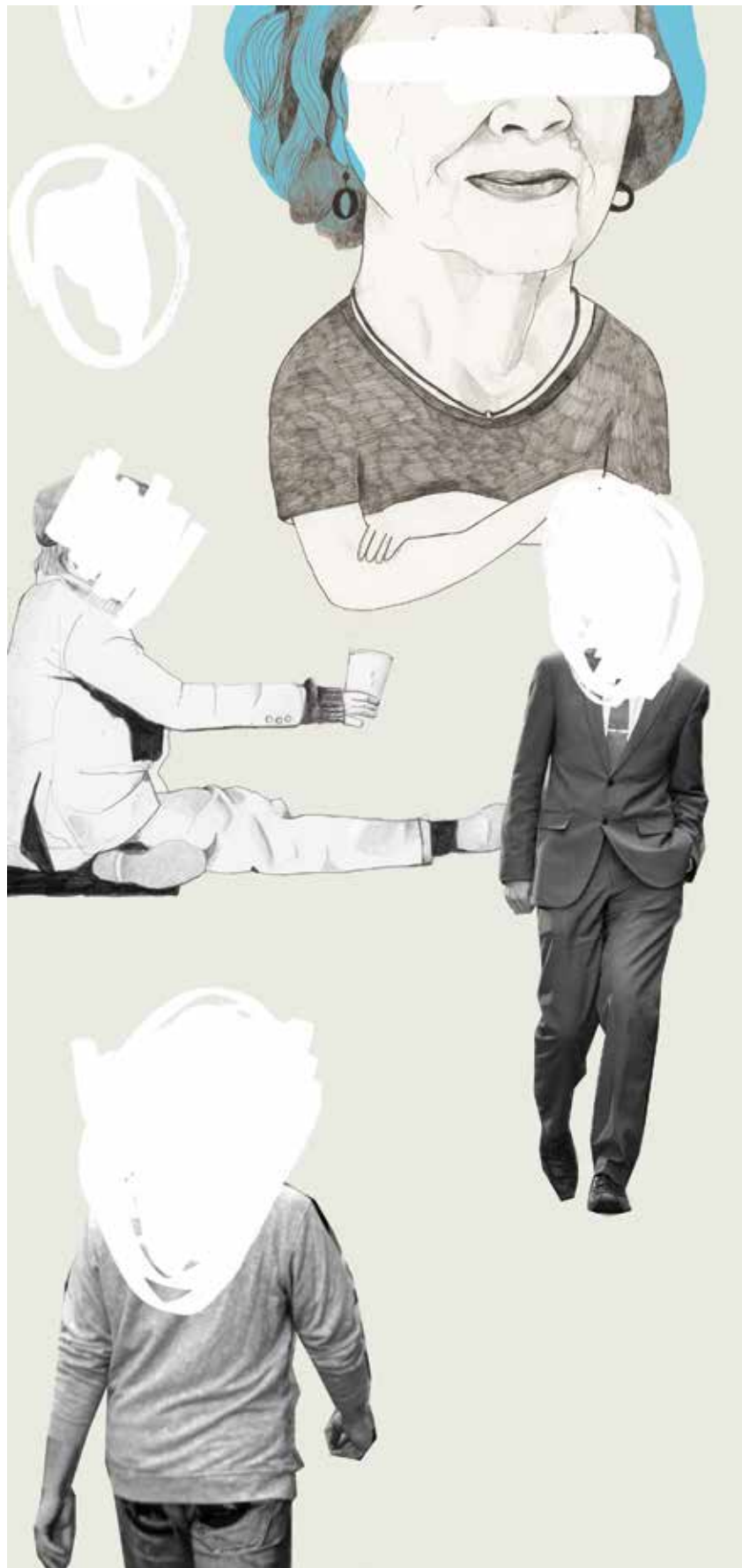
Mørket har seget inn over landet vårt nå, og vinteren setter mer og mer preg på dagene våre. Vi hutrer oss gjennom gatene på vei til ett eller annet. Når dagen går mot ettermiddag og kveld, søker vi tilbake til våre varme bosteder og søker ly. Ute går det mange som kunne hatt et bosted, men som må forbli ute i kulden. Boenhetene er der og venter på menneskene. Men kommunen fant ikke penger til drift. Hva slags menneskesyn er dette? ●



Sykepleien.no

Les mer:

Etikksaker på
sykepleien.no



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



ØVINGSBOK TIL HJELP I PRAKSISSTUDIER

Utdanning. Sykepleierstudentene ved Høgskolen i Hedmark bruker en øvingsbok som støtte i praksisstudiene.

Boken kan styrke kvaliteten i utdanningen og bidra til å gjøre fremtidige sykepleiere tryggere i yrkesrollen.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55936



Anne Grethe Kydland
 høyskolelektor,
 Institutt for sykepleie
 Høgskolen i Hedmark

Forskning viser at nyutdanna sykepleiere ønsker mer utdanning i praktiske ferdigheter (1). Stortingsmelding nr. 13: «Velferdsutdanningene – Samspill i praksis», retter søkelyset mot nødvendigheten av å utdanne sykepleiere med kompetanse som er relevant for samfunnets behov (2). Samarbeid mellom høyskole og yrkesfelt er et sentralt tiltak for å oppnå dette. Stortingsmeldingen stiller spørsmål til undervisningens kvalitet da forskning viser at kandidater fra de mer teoritunge profesjonsutdanningene, som lege- og tannlegeutdanningene, er tryggere i yrkesrollen etter endt utdanning enn sykepleiere, til tross for at sykepleiere har mest klinisk praksis (2).

Økt oppmerksomhet mot pasientsikkerhet er også et argument for å se nærmere på innlæring av praktiske ferdigheter (3). I lov om helsepersonell §4 om forsvarlighet heter det at: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (4).

Kravet om forsvarlighet skal sees i lys av de arbeidsoppgaver som forventes utført, noe som kan forstås som basisferdigheter i sykepleie. Det er av stor betydning for utdanningsinstitusjonene å vite hvilke praktiske

ferdigheter studentene bør lære for å innfri forventningene (2,5).

Samhandlingsreformen har lagt føringer for å utvide kommunenes rolle i behandling av akutt oppstått sykdom, og i oppfølgingen av pasienter som skrives ut fra sykehuset. Flere sykepleiere vil arbeide i kommunehelsetjenesten hvor behovet for kompetanse vil være stort, inkludert basiskompetanse innenfor praktiske ferdigheter (6).

Bjørk (7) rettet allerede i 1988 oppmerksomhet mot «gapet» mellom teori og praksis og «praksissjokket» når utdannente sykepleiere møter yrkeslivet, og kom med følgende anbefaling:

«Det synes relevant å anbefale både lærere og sykepleiere å gå inn i en diskusjon om ferdighetslæring basert på en konkret oversikt over aktuelle ferdigheter» (7, s. 108).

Sykehusets arkitektoniske utforming er lite egnet for veiledning av studenter. Betingelsene for veiledning er påvirket både av arkitekturen og av organiseringen av sykepleien. Det er liten mulighet til å veilede på pasientsituasjoner uten å bryte taushetsplikten på grunn av mangel på rom med mulighet for uforstyrret dialog. Slik sett er ikke pedagogiske aspekter vektlagt i utformingen av sykehus, til tross for at veiledning er forventet og lovhjemlet (8,9).

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk ble innført i 2012. Det

grunnleggende elementet i kvalifikasjonsrammeverket er at oppmerksomheten rettes fra undervisning til læring. I henhold til Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk er læringsutbyttet for bachelorutdanning i sykepleie delt inn i «kunnskap», «ferdigheter» og «generell kompetanse» (10).

Denne artikkelen setter søkelyset på kvalitetssikring i innlæring av praktiske ferdigheter i utdanningen av sykepleiere.

LÆRINGSMILJØ. Hva kjennetegner et godt læringsmiljø? Når innføring av Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk medfører oppmerksomhet mot læring, bør også hva som kan hemme og hva som kan fremme læring hos studentene, samt hva et godt læringsmiljø innebærer, vektlegges.

Raaheim (11) har problematisert ulike forhold som har betydning for læring med tanke på innføring av kvalifikasjonsrammeverket og hva endring mot læringsutbytte innebærer (11).

Raaheim (11) understreker betydningen av følelser i læring, og beskriver «tilstandsspesifikk læring» som sammenhengen mellom sinnsstemning og læringsutbytte. Følelser som angst, usikkerhet og frustrasjon har en negativ innvirkning på så vel læring som hukommelse. Dette gjelder spesielt situasjoner der studenten ikke føler seg helt trygg. Raaheim (11) vektlegger selvtillit og

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Bruk av øvingsbok for sykepleiestudenter kan bidra til å kvalitetssikre innlæring av basisferdigheter i sykepleie. Disse ferdighetene må defineres i et samspill mellom høgskole og praksisfelt.



Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleierutdanning
- Sykepleierstudent
- Praksis
- Prosedyre

tro på egen evne til mestring som en gunstig sinnstemning for at læring skal skje, og at positive følelser som trygghet og mestringsfølelse vil fremme hukommelse og læring.

Et godt læringsmiljø kjennetegnes videre ved at den som skal lære får tilbakemelding, at læringsmiljøet oppleves som trygt og at det er muligheter for å «prøve og feile» (11).

UTFORDRINGER I PRAKSISSTUDIENE.

Med vekt på læringsmiljøet under klinisk praksis i sykehus ble det i 2012 igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Hedmark og Sykehuset Innlandet. Samarbeidsprosjektet «Samspill i praksis – mer læring?» var en intervensjon hvor sykepleiestudenter, hovedveileder i praksis og høyskolelærer brukte høyskolens øvingsavdeling som et supplement til praksisveiledning en dag i uken (12). Hensikten var å fremme læringsutbyttet ved blant annet å gi studentene tid og rom for refleksjon rundt innlæring av praktiske ferdigheter. Studentene evaluerte intervensjonen gjennom fokusgruppeintervju som ble analysert etter stegvis-deduktiv-induktiv metode (13,14). I fokusgruppeintervjuet vektla studentene at det var forskjell på «å gjøre en praktisk ferdighet» og «å lære en ferdighet», og at forskjellen lå i «tid til refleksjon». Et funn i dette prosjektet var at tid var viktig for å kunne forstå og dermed lære. Gjennom utsagn som «*følte meg som en fugleunge*» og «*jeg var liuredde*», kom det frem at studentene var redde og utrygge i sin første kliniske praksis i sykehus (12).

ET VERKTØY FOR STUDENTER.

Etter samarbeidsprosjektet utarbeidet høyskolen en øvingsbok med oversikt over praktiske ferdigheter i sykepleie. Hensikten var å styrke innlæringen av praktiske ferdigheter og tydeliggjøre læringsutbyttet for studentene og praksisstedet (12). Øvingsboken inneholder en systematisk oversikt over aktuelle praktiske ferdigheter studentene kan møte i praksisstudiene, når de kan forvente å møte disse og om ferdigheten kan læres i praksis eller i høyskolens øvingsavdeling. Under



Øvelse: Gjennom praktisk erfaring tilegner studentene seg viktig kunnskap. Arkivfoto: Stig Weston

raksisstudiene. Som et ledd i en videreutvikling av øvingsboken planlegges det at den skal evalueres hvert år av et utvalg studenter og deres veiledere.

MODELL FOR INNLÆRING.

Øvingsboken har utgangspunkt i Ida Torunn Bjørks modell for innlæring av praktiske ferdigheter (7).

Modellen er basert på fem definerte kategorier som gjensidig

påvirker hverandre. Den tar utgangspunkt i at praktiske ferdigheter i sykepleie forstås som komplekse handlinger som innbefatter alt fra tekniske og manuelle aspekter, samhandling med pasienten, integrering av handlingen i et større perspektiv og omsorg for pasienten i den konkrete situasjonen (7).

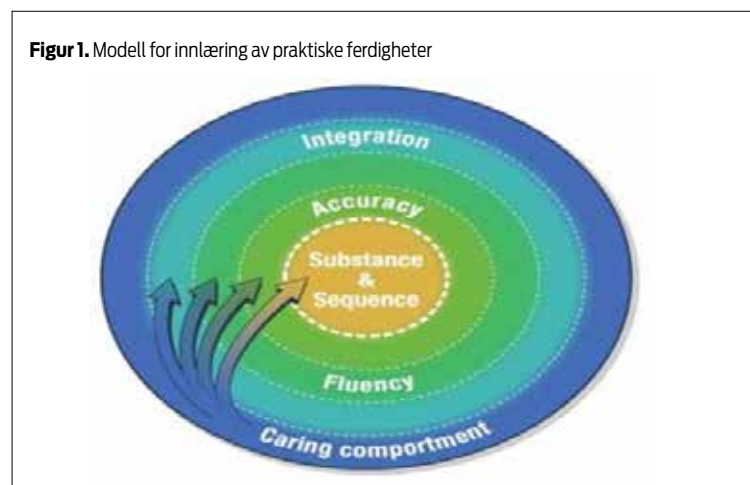
Modellen er visualisert som en sirkel som symboliserer enhet, helhet

og integrasjon. De fem kategoriene er innbyrdes like viktige. Dette betyr at kategoriene ikke kan rangeres hierarkisk. Alle influerer på hverandre og må ivaretas for at utøvelsen skal være tilfredsstillende (15,16).

Kategorien «substans og sekvens» karakteriseres som kjerneaspektet ved en praktisk ferdighet. Dette innebærer at de nødvendige trinn i ferdigheten er inkludert og utført i en logisk rekkefølge. Karakteristika ved god utøvelse er at substans og sekvens bestemmes på grunnlag av kliniske retningslinjer, profesjonelle standarder og prinsipper. Substans og sekvens tilpasses pasienten og situasjonen (16,17).

«Nøyaktighet» er en kategori som beskriver presisjon i bevegelsestrinn, introduksjon og informasjon. Nøyaktighet er viktig for å opprettholde sikkerhet for pasienten, sykepleieren og miljøet. Karakteristika ved god utøvelse av nøyaktighet er å handle korrekt og presist (16,17).

«Flyt» betyr at tempo og rytme er tilpasset både pasienten og typen praktisk





ferdighet, og at den praktiske ferdigheten utføres ubesværet. Karakteristika ved god utøvelse er å handle, informere og instruere uten nøling, uten unødvendige avbrekk og med letthet (16,17).

«Integrasjon» betyr at alle parallelle aspekter i den praktiske ferdigheten er samstemt. Integrasjon betyr også at ferdigheten som helhet er tilpasset pasientens nåværende tilstand og situasjon. God utøvelse av integrasjon innebærer timing og koordinering av handlingens elementer, å være oppmerksom, ha oversikt og å være fleksibel (16,17).

«Omsorgsfull væremåte» betyr å skape en atmosfære hvor pasientens verdighet blir ivaretatt, at selvbestemmelsesrett sikres i tråd med pasientens aktuelle tilstand og at man understøtter pasientens velvære. Karakteristika ved å være omsorgsfull er å anerkjenne, vise respekt, sikre pasientdeltakelse, være empatisk, passende berøring, engasjement, passende kommunikasjon og å arbeide på en estetisk måte (16,17).

AVSLUTTENDE KOMMENTARER.

Som høyskolelektor og veileder for sykepleiestudenter i praksis, mener jeg en avklaring av hvilke praktiske ferdigheter som forventes av en ferdig utdannet sykepleier fortsatt er aktuell. I det følgende vil jeg underbygge at bruk av øvingsbok kan være et verktøy for å kvalitets sikre studentenes praktiske ferdighetsutøvelse og slik bidra til å gjøre dem tryggere i sin fremtidige yrkesrolle.

Relatert til pasientsikkerhet er det et tankekor at studentene må øve seg på pasienter som er kritisk og akutt syke. Dette kan medføre risiko som for eksempel unødig smerte, feil ved innleggelse av perifert venekateter eller redusert sårtilheling. Man kan derfor stille spørsmål ved om det er etisk forsvarlig at studentene skal øve seg på pasienter (18).

Stortingsmelding nr. 13 (2), understreker at utdanningsinstitusjonene må bli mer opptatt av praksis og hva som skjer der. Relatert til praktiske sykepleieferdigheter bør samarbeidet mellom

utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet styrkes. Slik kan man sikre at sykepleiestudentene lærer de praktiske ferdighetene som forventes. Jevnlig evaluering av øvingsboken kan bidra til å fange opp endringer av sykepleierens arbeidsoppgaver i praksis. Dette kan medvirke til at studentene lærer relevante basisferdigheter i sykepleie.

Øvingsboken kan brukes som pedagogisk støtte i veiledningen i praksisfeltet. Den kan bidra til at studentene aktivt oppsøker aktuelle praktiske ferdigheter som kan innlæres på det aktuelle praksisfeltet. Øvingsboken kan også gjøre studentene trygge på at de vil lære basisferdigheter i sykepleie. Studentene kan anvende øvingsboken som et pedagogisk verktøy som gir oversikt over hva de mestrer og forhåpentligvis påvirke dem til å oppsøke aktuelle læresituasjoner.

Øvingsboken gir et grunnlag for felles forståelse av krav og forventninger og kan derfor bidra til å fremme trygghet hos studentene. Dette er et gunstig utgangspunkt for læring (11,12,19).

Bruk av modell for praktiske ferdigheter viser at praktiske ferdigheter også omhandler samhandling, kommunikasjon, integrering og omsorg for pasienten i den konkrete situasjonen. Håpet er at øvingsboken bidrar til at studentene har basisferdigheter i sykepleie etter endt utdanning. Dermed skal de være i stand til å imøtekomme kravet om forsvarlighet både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Bruken av modellen bør integreres pedagogisk i den teoretiske undervisningen og diskuteres i case og oppgaver. Ved å bruke modellens begreper vil man kunne forenkle tilbakemelding og veiledning av studenter i praksis. Dette kan påvirke læringsmiljøet og dermed fremme læring (11). Begrepene kan anvendes i tilbakemeldinger til studenten og dermed bidra til å tydeliggjøre modellens kategorier. I tillegg kan studenten selv finne ut hvor han eller hun står ved å gjøre en vurdering ut ifra de enkelte kategorier.

Høyskolene har et spesifikt ansvar for å sikre at studentene utvikler

«Dette er et gunstig utgangspunkt for læring.»

basisferdigheter i sykepleie. I dette arbeidet bør øvingsavdelingene utvikles til gode læringsarenaer med kvalitetssikrede undervisningsprogram av definerte basisferdigheter i sykepleie. Øvingsboken kan bidra til dette, ved at den integreres i undervisningsplaner for studentenes kliniske praksisperioder. Forventet læringsutbytte for praksisperiodene bør være tydelig, også i forhold til praktiske ferdigheter.

Jeg mener øvingsboken kan være et ledd i å styrke kvaliteten i deler av sykepleierutdanningen, redusere «praksissjokket» og bidra til å gjøre fremtidige sykepleiere tryggere i yrkesrollen; for pasientsikkerhetens skyld. ●

REFERANSER:

1. Alvsvåg H. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkesferinger. *Vård i Norden* 2013; nummer 4, s. 34-38.
2. St.meld.nr.13 (2011-2012). Velferdsutdanningene-sampill i praksis. Kunnskapsdepartementet.
3. St.meld. nr.10 (2012-2013). God kvalitet- trygge tjenester. Helse- og Omsorgsdepartementet.
4. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. Rundskriv 18.4.2001
5. Benner P, Heggen K. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. Oslo: Akribe, 2010.
6. St.meld. nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
7. Bjørk IT. Utdanning av morgendagens sykepleiere: hvilke praktiske ferdigheter skal man kunne kreve av en nyutdannet sykepleier? I: publikasjonserie 3/1988. Oslo: Instituttet.
8. Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>. 30.10.2014
9. Pihlhammar E, Bergh M, Carlsson E, Friberg F, Gedda B, Häggström E. Pedagogisk inom vård och handledning. Lund: Studentlitteratur, 2012.
10. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR Kunnskapsdepartementet. (2011)).
11. Raaheim A. Læring og undervisning. Bergen: Fagbokforlaget, 2011.
12. Kydland AG. (2013). Samspill mellom øvingsavdeling og praksis i sykepleie - mer læring? Høgskolen i Hedmark: Skriftserien Rapport nr.3, 2013.
13. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
14. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
15. Bjørk IT, Kirkevold M. From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9(4): 620-631.
16. Bjørk IT, Lomborg K, Nielsen CM, Brynhildsen G, Fredriksen, Larsen K, Stenholt B. From theoretical model to practical use: an example of knowledge translation. *Journal of advanced nursing* 2013;69(10):2336-2347
17. Bjørk IT. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for sykepleievitenskap, 1999.
18. Lied KB. Simulering som didaktisk metode: En studie av sykepleierstudenters oppfatning av læring ved fullskalasilulering. Masteroppgave, 2010.
19. Raaheim A, Karjalainen A. På vei mot en disiplinerende pedagogikk i høyere utdanning? *Uniped* 2007; 30(2): 15-26.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Påfyll

Del 3 Sykepleien 12 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta

Fransiskus: Øyunn Granerud har en årrekke jobbet med kreftomsorg og er nå i Fransiskushjelpen. Foto: Stig M. Weston



Rollene byttet

Ble kreftpasient. Øyunn Granerud oppdaget flere ting hun gjerne vil dele med sykepleierkolleger. **80**



Øretemp. Symbolet på at vi opererer i et felt der tallene regjerer. **79**



«Vi har utviklet en studiemodell for vår tid.»
Bente Norbye. **84**



Sanger fra helvete. Karl Erik Karlsen hentet inspirasjon fra psykiatrien og seg selv. **78**



Dikt

Ljåen er skarp



*Ljåen er skarp,
kornet er gult,
det er din tur.
Det passer ikke.
Når passer det?
Aldri, jeg har mye å gjøre.
Men hver eneste natt
ligger du og roper?
Jeg vet det.
Men hver eneste morgen
renner sola.*

Karin Fossum, Vi som er døde
Cappelen Damm, 2015

Om forfatteren

Karin Fossum

Fossum er kanskje mest kjent som krimforfatter med suksesser *Evas øye* og *Elskede Poona*. Hun debuterte i 1974 med diktsamlingen *Kanskje i morgen*. I årets diktsamling *Vi som er døde* er døden og mørket høyst tilstedeværende og vevd inn i det hverdagslige og nære.



Psykiater: Karl Erik Karlsen er aktuell med album. Foto: Ivar Ødegaard Eidsaa

Lager sanger fra helvete

PSYKIATRI: Karl Erik Karlsen skriker ut pasientenes smerte.

Fred og uro. Songar frå helvete er en diktsyklus med elleve dikt, utgitt på det som antakelig er Norges eneste sykehudrevne plateselskap, Abup Road Records.

– Jeg har alltid vært opptatt av kunstneriske uttrykk, sier tekstforfatter Karl Erik Karlsen, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri og leder for avdelingen for barn

og unges psykiske helse på Sørlandet sykehus.

– I kunst kan man beskrive livet på en litt annen måte enn i faglitteratur.

Gjennom 25 år som psykiater har Karlsen lyttet til pasienter med til dels store psykiske og eksistensielle problemer.

– Teksten mine er en dypfølt sympatierklæring med deres smerte, sier han.

Karlsen henter også inspirasjon fra seg selv.

– Jeg er frisk og oppegående, men alle mennesker føler på psykisk smerte. Ingenting av det jeg beskriver er fremmed for noen av oss. Dypest sett er vi alle alene i verden, og vet vi skal dø.

Likevel er det mange strimer av lys, både for dem som sliter med alvorlige psykiske og eksistensielle problemer og i sangtekstene, som går fra det mørke, seige og nesten dystopiske, til det vare og myke.



Jordmor som helt

Olav Viksmo-Slettan har laget boken *Ekte helter – når livet står på spill*, der han og fotograf Nathan W. Lediard er med på vakt når alarmen går. Blant annet er de på fødestuen på Tynset og følger jordmødre der, i tillegg til å være med blant andre politi, brannkonstabel, lege og ambulansearbeider.

Fikk pris for robotprosjekt

Artur Serrano, sjefforsker ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, vant europeisk pris for et prosjekt der roboter skal hjelpe dem som har behov for omsorg hjemme.

Hans mål er at alle med ekstra omsorgsbehov skal ha en robot hjemme som trygghet innen ti år. Kilde: Pingvinvisa

Spinner verden rundt i egen stue

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin og NORUT har utviklet nettbasert spinning.

Ved hjelp av nettbrett og trenings sykkel og appen Google streetview kan man sykle seg gjennom hele verden. Kilde: Norut

Bøker. 3 praktiske

Salver, urter og gode råd

HVERDAGSPLAGER: Farmasøyt Kjersti Bakken og allmennlege Ellen Birgitte Pedersen har sammen skrevet *Spør på apoteket*, der de presenterer ulike hverdagsplager og foreslår enkle behandlinger. Gjennom caser og kommentarer får vi både gode kjerringråd og råd om medisinbruk. Dette er godt egnet for oss sykepleiere som forventes å gi råd om både tantebarnets øyekatarr og onkels analkløe.



Nøkkel til lab-arket

BIOKJEMI: Hva betyr egentlig de røde tallene på lab-arket? Linda Hilsted, Mette Gyldenløve og Anne-Lise Kamper har med boka *Laboratorieanalyser* laget et oppslagsverk i lommeformat. Her finner du korte, men forståelige biokjemiske forklaringer, referanseverdier og indikasjoner. Sidene er fargekodet og lett å slå opp i. Denne er nyttig å ha på vaktrommet!



Still forberedt

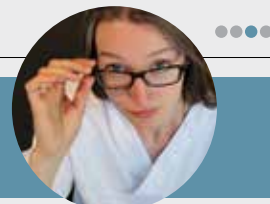
DIAGNOSTIKK: Gjør det vondt? Tar det lang tid? Redaktør Tor-Arne Hageve har fått med seg en rekke spesialister fra ulike fagfelt for å beskrive de ulike undersøkelsene pasientene går igjennom. Undersøkelser ved sykdom gir deg svar på hva de kan finne ut, hvordan undersøkelsen arter seg og hvilke forberedelser som kreves. Boka er en del av læreverket 37°, men er et godt oppslagsverk for ferdigutdannete.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevrologisk sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.

Tallenes svøpe

35,7, 34,8, 36,2, 34,9, 35,4. Dette er kroppstemperaturen på mine pasienter i dag. Nå tenker du kanskje at jeg jobber i et utendørs akuttmottak som behandler pasienter som er funnet liggende i snøen eller drivende i elva. Men vi er inne, og de er ikke spesielt forfrosne. Svaret er selvfølgelig at vi måler temperatur med digitale øretermometre.

Det vil si, vi måler selvfølgelig bare i øret hvis vi er helt sikre på at pasienten ikke har feber, for vi vet jo at tallet vi får først og fremst forteller noe om formen på pasientens øreganger. Derfor skriver vi også pliktskyldig Ø i parentes etter tallet, sånn at legen som leser kurven skal forstå at pasienten som hadde 34,8 i temp ikke er død, men sannsynligvis har mer hår i ørene enn folk flest.

Ut ifra at jeg har valgt å bruke denne månedens spalteplass på å skrive om øretemp, slutter dere kanskje at øretemp irriterer meg litt mer enn gjennomsnittlig. Og jeg vil gjerne at dere også skal irritere dere mer over dette upresise og påståelige instrumentet, fordi:

Øretempen er for meg symbollet på at vi opererer i et felt der tallene regjerer. Vi observerer pasientens respirasjonsfrekvens, vi ser og kjenner på hudens fukt og varme, vi spør pasienten hvordan han har det og trekker en kvalifisert slutning om at dette er en pasient som ikke har feber. Men i kurven skal det altså skrives en prikk på en tallinje. Om den prikken ikke angir noe tall som er i nærheten av en realistisk kroppstemperatur,

spiller mindre rolle. Det er jo et tall. Til og med et digitalt et. Hver gang jeg setter denne røde prikken i kurven kjenner jeg hvordan vi alle er kuert under tallenes åk.

Tallene var i utgangspunktet ment som et redskap, men som roboter og cyborger i sci-fi-thrillere har de tatt kontroll over sine skapere. Er det behandling eller grønne tall som er målet med sykehusdrift? Er det sykdom og lidelse eller røde tall på laboratorieark vi behandler? Når vi blir bekymret over pasientene våre, rykker vi straks ut på jakt etter et tall utenfor referanseverdier; BT, puls, temp? Respirasjonsfrekvens? Blodsukker? NISSH? GCS? VAS? Ring for all del ikke legen uten objektive funn, ble vi prentet inn på sykepleiestudiet, mens vi ble presentert for lattervekkende historier om håpløse sykepleiere som ringer legen for å fortelle at pasienten har blitt «dårlig» eller at de har en «vond magefølelse» uten å presentere kvantifiserbare data.

Men en pasient med lav Hb får ikke nok oksygen selv om metningen er 99 prosent. Og en ansent og stresset pasient vil ha høyt blodtrykk om han er aldri så frisk. Og en mann med hårete ører vil alltid være hypoterm når du måler i øret.

Kanskje skal vi egentlig takke øretempen for sin daglige påminnelse om tallenes underlegenhet og la den være en påminnelse om at det er det berømte kliniske blikket som skal regjere og at tallene skal være våre ydmyke tjenere. Kanskje tør vi til og med å sette den røde prikken der vi vet den skal være. ●



Øyunn Granerud

– Sykepleiere må tåle å stå i pasientens smerte

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Stig M. Weston**

Ble pasient. Hun hadde jobbet i kreftomsorgen mesteparten av livet da hun selv ble rammet av brystkreft.

I februar 2014 fikk Øyunn Granerud brystkreft. Hun hadde ingen spredning, men en veldig aggressiv type. Resten av året gikk med til behandling: operasjon, cellegift og stråling. Det utløste et skred av kreativitet. Hun begynte plutselig å fotografere og skrive dikt.

EGEN BEARBEIDING. Begge deler har fått plass i diktsamlingen *Modig og sårbar*, som kom i oktober.

– Diktene bare raste ut av meg. Jeg skrev for min egen del, for å bearbeide tanker og følelser.

Seinere viste hun diktene til et par i vennegruppen med medpasienter.

– «Puppedamene», som jeg kaller dem, sa at det var godt å lese, at jeg satte ord på slik de kjente det.

En av dem hadde en kontakt i forlagsbransjen. Daglig leder i Notabene forlag, Eddie Ingskog, leste fire av diktene og sa kontant: «Dette skal bli bok!».

VELUTDANNET. Øyunn Granerud er sykepleier med videreutdanning i både psykiatrisk sykepleie og veiledning, samt master i verdibasert ledelse. Hun har jobbet innen kreftomsorgen både på Radiumhospitalet og i Fransiskushjelpen. Hun har veiledet helsepersonell i kreftomsorg i mange år, blant annet på Ullevål sykehus og i Oslo

kommune. I dag jobber hun full stilling som generalsekretær i Fransiskushjelpen.

Man kan nesten ikke tenke seg en mer perfekt bakgrunn for en som rammes av kreft. Likevel ble hun overrasket da hverdagen som kreftpasient tok henne.

– Jeg ble forundra over hvor viktig det var for meg å ha en hverdag med en viss rytme. Som kreftpasient i behandling er du på siden av samfunnet. Andre går på jobb, derfor ble det viktig for meg å skape forpliktelser.

LIKEPERSONSARBEID. Hun gikk fast til Pusteroommet på Oslo universitetssykehus, Ullevål, hvor hun trente to ganger i uka sammen med mennesker i samme situasjon.

«I dag er jeg bare glad for å ha blitt en moden og grå dame.»

– Vi driver jo med likepersonsarbeid i Fransiskushjelpen, men det var en nyoppdagelse å kjenne hvor viktig det var for kropp og sjel. Det betød veldig mye for meg å få snakke med mennesker i samme situasjon. Vi kunne snakke om ting bare vi kunne snakke om, og hadde mye rå og befriende galgenhumor.

TØFF MESTRINGSPLAN. Som nydiagnostisert og velutdannet innen mestrings teori gikk hun først hardt ut:

– To dager etter at jeg fikk diagnosen skrev jeg mestringsplanen min.

«Jeg skal bli den kuleste skalla dama i by'n. Jeg skal være modig og sårbar. Jeg skal gjøre meningsfulle og morsomme ting,» skrev hun. Med

utropstegn etter.

Det var før hun ble så kvalm at hun trodde hun skulle eksplodere. Planen måtte justeres underveis.

– I dag er jeg bare glad for å ha blitt en moden og grå dame.

LITEN, REDD OG ENSOM. Granerud møtte stort sett bare hyggelige, flinke og velmenende leger og sykepleiere.

– Men jeg gjorde noen nyoppdagelser. Ble så enormt sårbar. Følte meg så liten, redd og ensom. Og det var vanskelig å snakke med de to sønnene mine på 18 år om sykdommen.

Som profesjonell visste hun at en av fire får tilbakefall. Om natta kom tankene om døden.

– «Å ja, er det sånn det kjennes», tenkte jeg.

– *Hva kjente du?*

– Det kom til meg i drømmene. Jeg våkna av at jeg lå og gråt.

KLEMMING. I diktet *Hold meg* skriver hun om hvordan hun ønsket at andre skulle tåle hennes smerte og holde ut hennes fortvilelse:

«(...) Hør på meg/Lytt/Hold meg/Ikke fort deg å fortelle meg/om alle det går bra med/om dem du kjenner med samme diagnose/Jeg trenger ikke trøst/Jeg trenger at du er der/at du orker/tåler/ikke bli redd gråten/Hold meg!»

Dette er en beskjed til noen sykepleiere også. Hun opplevde at hun knapt fikk sagt at hun hadde brystkreft før hun ble møtt av «Så godt at det var brystkreft, det dør man ikke av i dag, jeg kjenner mange som har blitt friske.»

– Jeg skulle ønske de heller spurte meg om hvordan jeg opplevde det, om hvem jeg hadde rundt meg og hvordan jeg ville ha hverdagen min. Sykepleiere bør stille spørsmål rundt



Fakta

Øyunn Granerud

Aktuell med: Diktsamlingen
Modig og sårbar

mestringsstrategier.

– *Hold meg, skriver du. Mener du at sykepleiere skal klemme pasientene?*

– Det må vurderes i de enkelte tilfeller, og bør føles naturlig for begge. Jeg elsker store bamseklemmer og ble overlykkelig når noen ga meg en klem.

ALENETID MED SYKEPLEIERNE. – *Andre ting du lærte som sykepleiere bør kjenne til?*

– Hvis det er mulig, hadde det vært fint å bli spurt om man foretrekker å sitte alene å få cellegift. Som oftest satt vi fire stykker sammen, men når jeg var alene, traff jeg sykepleiere som jeg hadde gode samtaler med. De var noen vidunderlige sjeler.

En måned før hun ble syk, skilte hun og mannen seg. Likevel ble eksmannen hennes viktigste støtte under behandlingen. Han inspirerte henne også til å fotografere. Bildene av henne i boken er tatt av ham, mens naturmotivene er tatt av Granerud selv.

– Jeg gikk mye turer. Av og til bare noen meter fordi jeg var så sliten. Jeg begynte å legge merke til flere detaljer når jeg gikk, og tok bilder av det jeg så.

FRISK. Granerud var på ettårskontroll i midten av mars og fikk svar den 30. april om at hun er kreftfri.

– Jeg er frisk nå. Jeg bruker det ordet bevisst. Det er ikke fortrenning, men handler om hvordan jeg ønsker å fokusere.

– *Hva har denne erfaringen gjort med deg personlig?*

– Jeg har blitt mer bevisst på hvilke valg jeg tar, hvem jeg har lyst å ha rundt meg og har blitt mer observant på de små ting i hverdagen. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Fakta

Svart belte

Av Marianne Clementine Håheim
Forlaget Oktober, 2015
104 sider
ISBN 978-82-495-1551-6

Anmelder: Liv Bjørnhaug
Johansen, sykepleier og
MA i kulturhistorie

Stolthet og skam – spiseforstyrrelser fra innsiden

ANMELDELSE: Kullsort, med grovskårne kanter, skiller Marianne Clementine Håheims bok seg ut i høstens leveranse fra forlagene. Åpner du boka, møtes du av korte tekster som danner en poetisk fortelling om en tenårstid gjennomsyret av spiseforstyrrelser. I sitt lille format er det en imponerende mangesidig og fyldig skildring Håheim presterer.

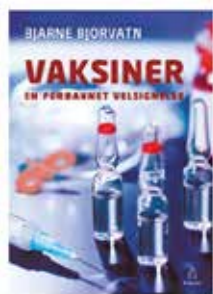
Utvikling er et nøkkelord når man skal beskrive denne boka. På de første sidene møter vi et barn som drømmer om å rømme til skogs, så en ung avstandsforelsket jente. Mot slutten ser vi en selvdestruktiv, ung kvinne som tar ut selvforakten i dristige

seksuelle relasjoner. Spiseforstyrrelsen er en ensom prosess som driver fram en løsrivelse og bråmodning. «Eg har fått rom på barneavdelinga, men har aldri vore lenger frå barn enn dette, og mamma får ikkje sove av berre sorg», skriver hun. Vi følger også en utviklingen fra den tidlige anorektikeren, stolt og forelsket i sitt eget prosjekt, til den desperate, skamfulle bulimikeren.

Håheims språk er poetisk, men fortellende og effektivt. Hun finner fram til de gode kontrastene og øyeblikkene. Bildene er dristige, og etterhvert som sykdommen eskalere tar også språket mer av, men slipper aldri den fortellende driven som

bærer historien framover. Menneskene rundt henne nevnes, men skildres lite. Naturskildringene veves tettere inn mot henne enn de sosiale relasjonene gjør. Mens alle rundt henne vil ha henne inn i et behandlingsopplegg som strider imot hennes eget prosjekt, spiser den hvite marken i skogen takknemlig oppkastet hennes og slipper henne inn i et naturlig kretsløp.

Svart belte er en vakker og intens liten bok, og som bare skjønnlitteraturen kan, gir den ikke løsninger eller anbefalinger, men lar oss leve noen timer i dette plagete sinnet og gir oss et unikt innsidegløtt inn i denne mystiske og uhandterlige lidelsen. Anbefales herved! ●



Fakta

Vaksiner. En forbannet velsignelse

Av Bjarne Bjorvatn
Portal, 431 sider
ISBN 978-82-83-14044-6

Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier og høyskolelektor

Grundig introduksjon til et aktuelt tema

ANMELDELSE: Professor dr. med. Bjarne Bjorvatn presenterer i sitt verk en oversikt over 23 vaksiner som gis mot potensielt farlige infeksjonssykdommer. Boka gir en grundig introduksjon til et svært aktuelt og viktig emne, og er i så måte et nyttig innspill i debatten om hvorfor alle barn bør ha rett til beskyttelse mot farene disse sykdommene innebærer. Bjarne Bjorvatn har i sin yrkeskarriere hovedsakelig interessert seg for infeksjonsmedisin og mikrobiologi i et globalt perspektiv.

Boka gir en god innføring i vaksinasjon som fag, globale utfordringer, og gir fyldig informasjon om hva

verdenssamfunnet har oppnådd takket være vaksiner. At Bjorvatn har lagt ned mye arbeid, er hevet over enhver tvil. Dog savnet jeg at dette verket i enda større grad problematiserer at mange slåss og argumenterer mot et velfungerende vaksinasjonsprogram. Det er et stort paradoks at man i et av verdens rikeste land kan kjempe mot en ordening som verdens fattige ville gitt mye for å få tilgang til.

Boka bør leses kapittelvis og fungerer uten tvil som en god rekke med argumenter man kan slå i bordet med i diskusjoner om dette temaet. I bokas forord går Bjorvatn rett på sak og argumenterer godt for sitt syn, der

bivirkninger av vaksiner gjennomgås. Især ett argument er greit å ha i mente; at både bivirkninger og ubehag på en måte var lettere å akseptere den gang det var en særlig stor fare for sykdommen vaksinen ble gitt for. I vår moderne verden anno 2015 er det for enkelte et aktuelt valg å ikke utsette sine barn for et ubehagelig stikk og eventuelle bivirkninger. Nøktern og saklig informasjon om vaksinen fra både de nasjonale helsemyndighetene og produsentene bak er avgjørende.

Alt i alt en ypperlig bok for oss helsepersonell, da det er en stund siden mange av oss leste oss opp på fagfeltet. ●

Hva
leser du
nå?

Live Bergflødt
Gusfre

Barnebøker og saks- dokumenter

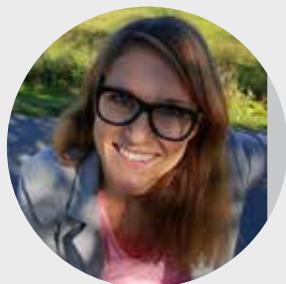
LITTERATUR: Av hva jeg leser nå, er det landsmøtesaker og riksrevisjonens rapport om styring av pleiressursene i helseforetakene.

Live Bergflødt Gusfre har produsert fire barn i løpet av 6 år. Dermed er den største delen av skjønnlitteratur hun leser innenfor barnesjangeren. – Kan nevne Kurt-bøkene, Doktor Proktor og En pingles dagbok. Utover dette er det lite tid til bøker for egen del nå, forteller hun.

– Men det er klart at jeg leser det jeg kan for å holde meg oppdatert på det som har med jobb og politikk å gjøre. Det blir gjerne ulike artikler og kronikker som interesserer meg, og som informerer, inspirer og provoserer.

Siste bok hun leste var *Godt nok for de Svina – en leders tanker om mot, sårbarhet og troverdighet* av Anita Krohn Traaseth. Dette er en utradisjonell og personlig bok om ledelse. – Den betydde nok noe for meg i utførelsen av rollen som HTV.

LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Stilling: Hovedtillitsvalgt
på Drammen sykehus
Alder: 34

Fortellinger fra den andre siden

ANMELDELSE: Det er 70 år etter frigjøringen fra den tyske okkupasjonen. Sykepleiere har siden Florence Nightingale hatt omsorg for sårede soldater. Røde Kors skal gi helsethjelp til stridende på alle sider av en konflikt. Det var bare i Norge at front søstrene ble fengslet for landssvik.

Vegard Sæther har skrevet flere bøker om «taperne» fra andre verdenskrig. Denne boka omhandler 447 kvinner som meldte seg frivillig til det tyske Røde Kors i Norge. Materialet er fortrinnsvis hentet fra Riksarkivet.

Bokens første del omhandler oppvekstsvilkår på 1930-tallet. Vi følger Eva, Anna og Sigrid fra henholdsvis Bergen, Trondheim og Oslo. NS sine aktiviteter og vervekampanje for ungdom virket forlokkende for mange. Vinterkrigen i Finland engasjerte nordmenn, og det var behov for sykepleiere. De første frivillige fikk tjeneste i Kirkenes, deretter ble det Tyskland, fortrinnsvis Østfronten. Flere av de første som reiste hadde sykepleierutdanning, de andre ble lovet formell utdanning.

Norsk Sykepleierforbund hadde i de første årene nært samarbeid med Nasjonal Samling (NS). Det startet med rekruttering av legionslotter til Finland. Sæther beskriver at forbundsleder i NSF i 1942 dro på studieopphold til Berlin samtidig som det tyske Røde Kors kom på banen. Tilbake i Norge

ble forbundets mål spesifisert slik: NS-ledelsen av Sykepleierforbundet hadde som kjerneområde å verve søstre til tysk tjeneste ved østfronten. Nøden søstrene møtte hos lokalbefolkningen i øst, ble fortrent av propaganda om at dette var undermennsker som måtte utryddes for at Det tredje riket kunne framstå.

I andre del omtales ulike årsaker til at kvinnene meldte seg til tjeneste. Forfatteren gjør rede for kilder, tidligere forskning samt statistisk informasjon om bakgrunnsdata. Boken har et omfattende bildemateriale som illustrerer den virkeligheten søstrene jobbet i.

Under andre verdenskrig gikk det tyske Røde Kors inn som en del av nazistenes hjelpeapparat. De ansatte måtte være lojale mot der Führer.

Nazifiseringen i Norge nådde også Norsk Sykepleierforbund, og mange front søstre opplevde det ekstra sårt at de etter krigen ble fratatt medlemskap i NSF.

Forfatteren har valgt ut arkivbilder som skaper nærhet til front søstrenes situasjon. Boken er aktuell med tanke på alle som flykter fra krigsherjete områder i våre dager. Hvem kan avgjøre om en står på rett eller gal side når ulike fronter undertrykker hverandre? Denne boka illustrer at det kan være tilfeldig hvilken side en ungdom velger. ●



Fakta

Front søstre – norske kvinner under hakekorset

Av Vegard Sæther
Cappelen Damm, 2015
232 sider
ISBN: 9788202470753

Anmelder:
Liv Wergeland Sørbye

«Krigens folkerett forutsetter at alle syke og sårede skal pleies, og dette har vært utgangspunktet for kvinnene.» Vegard Sæther



Desentralisert utdanning. I høst feiret Desentralisert Sykepleierutdanning (DSU) ved Høgskolen i Tromsø 25-årsjubileum.

Fra krisetiltak til suksess

● Tekst **Bjørn Arild Østby**

Mange var skeptiske da Høgskolen i Tromsø startet med Desentralisert Sykepleierutdanning (DSU) høsten 1990. Studietilbudet var en nyskaping som ikke var prøvd andre steder, og mange mente blant annet at dette kunne bli en annenrangs utdanning og at man utdannet folk til arbeidsledighet. Men det som startet som et krisetiltak for å skaffe sykepleiere til distriktene i Troms, framstår i dag som en suksesshistorie.

STOR SKEPSIS. På 80-tallet var det stor sykepleiermangel i Troms, og noe måtte gjøres. Etter en rundreise i distriktene kom daværende rektor ved sykepleierskolen i Tromsø, Arnfinn Andersen, på en løsning – nemlig desentralisert sykepleierutdanning. Man hadde hatt suksess med desentralisert lærerutdanning, så hvorfor ikke også sykepleiere?

Begeistringen for den nye utdanningen var stor ute i distriktene, men det var også mange som var meget skeptiske til prosjektet. Motstanden var stor i egen leir på sykepleierskolen, i Norsk Sykepleierforbund og i Nasjonalt fagråd for sykepleierutdanning.

Førstelektor Bente Norbye ved Desentralisert Sykepleierutdanning, Universitetet i Tromsø (UiT), beskriver spenningen og skepsisen rundt oppstarten av den nye utdanningen på følgende måte på UiT helseblogg:

«Som en av to lærere bosatt i distriktet var fallhøyden stor. Ville dystre spådommer bli sanne? Vi kjørte like eksamener for å ha et sammenlikningsgrunnlag, og hadde tett oppfølging av de 34 studentene som startet høsten 1990. Dette var en motivert gjeng damer, gjennomsnittsalder 30 år, og med til sammen 75 barn! Disse damene brøytet vei gjennom all skepsis og viste oss

og alle studentene som skulle komme, at det var mulig å ta en sykepleierutdanning uten å flytte til byen. Og ikke bare kunne – de viste oss at karakterene ikke bare var like, men også høyere enn hos Tromsø-studentene. Vi jublet og pusset lettet ut! Dette ble det avisoppslag av – tittelen på artikkelen i Nordlys var «Da bon-jenten slo by-jenten».

Siden første kullet har Desentralisert Sykepleierutdanning ved UiT tatt opp 15 kull med sykepleierstudenter. Det har blitt utdannet 430 sykepleiere, både kvinner og menn.

IKT. Teknologiske framskritt siden 1990 gav DSU mulighet til å utfordre undervisningsmetodene. Stor stas var det da Televerket i et utviklingsprosjekt i 1994 gav DSU tre telefakser og studentene kunne sende veiledningsgrunnlag på faks og ikke i post! DSU brukte som den første høysko-

«Disse damene brøytet vei gjennom all skepsis.» Bente Norbye

len i Troms videokonferanser, og prøvde ut elektronisk læringsplattform før dette var etablert i utdanningene.

I 1998 slo stortingsrepresentanten Tor Nymo fast at desentralisert sykepleierutdanning hadde vist seg å være et populært tiltak for kvinner fra utkantene i Troms. Han spurte derfor utdanningsministeren, Jon Lilletun, om han ville «bidra til at dette utdanningsstilbudet blir utvidet?». Statsråden svarte bekreftende og presiserte at dette ville gi «tilbod om høgare utdanning til mange som elles ikkje kunne ta slik utdanning».

LOKALT SAMARBEID. Studentene fikk det meste av undervisning, veiledning og praksisstudier i sine lokalsamfunn. Fortsatt er studentene inndelt i grupper ut fra geografi, og de har sin lokale sykepleielærer i distriktet. Læreren følger studentgruppene gjennom fire år.

– Dette er viktige aspekter ved å desentralisere en profesjonsutdanning. Sykepleierutdanning kan ikke gjøres alene foran en datamaskin, men som universitet har vi vist at undervisningen kan flyttes nærmere studentene. Da imøtekommer vi en studentgruppe som vanskelig kan flytte og som er en fantastisk ressurs for sitt lokalsamfunn, ifølge Bente Norbye.

Samarbeidet mellom utdanning og kommune har også vært et kjennetegn ved DSU. Flere småkommuner gav studentene penger i utdanningsløpet mot at de skulle komme tilbake og jobbe når de var ferdig utdannet. Det var ikke snakk om store pengesummer, men nok til at de følte en tilhørighet.

KNUSER MYTER. Man har visst lite og ment mye om desentraliserte studier.

Nå viser evalueringen «Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services» at nærmere ni av ti DSU-sykepleiere jobber i sin egen distriktskommune eller nabokommune, og at over halvparten har fortsatt med videreutdanning.

En av de store utfordringene har vært å få nok kvalifisert helsepersonell i utkantstrøk. Nå viser det seg at de som studerer i sine hjemkommuner blir der over tid. DSU gir rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktene.

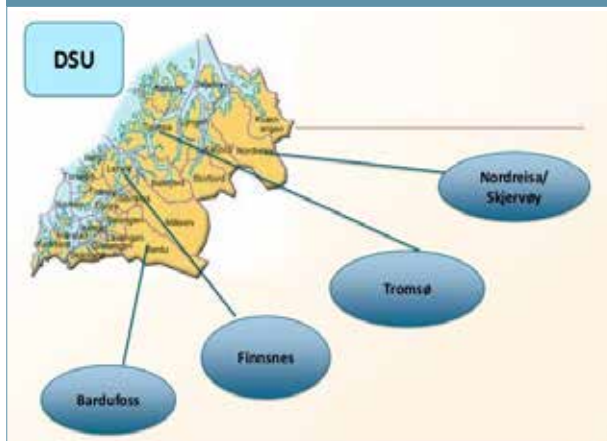
I tillegg bidrar kjennskap til kulturen på stedet til at man imøtekommer befolkningens behov på en bedre måte.

1990-1994: Det første kullet på Desentralisert Utdanning ved Høgskolen i Tromsø. Se bilder av alle kullene på Sykepleiens nettbrettversjon! Foto: Høgskolen.



Blitt i nord: Birgit Noreng gikk på første kullet og jobber i dag som sykepleier på Senja. Foto: Lene Jørgensen.

DSU i Troms: Regionale og lokale studentgrupper med etablering av studiesenter.



REKRUTTERING. Ikke nok med at de nyutdannede vil jobbe i distriktet, det viser seg også at rekrutteringen er svært god.

– Det har ved alle opptak vært mer enn dobbelt så mange søkere som studieplasser. Skepsisen er gjort til skamme. Undersøkelser har vist at 97 prosent av dem som har gjennomført studiet gjorde det på normert tid. Det er bedre enn ved fulltidsstudiet, ifølge prodekan Mari Wolff Skaalvik ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT.

Studiet har hele tiden hatt et tett samarbeid med kommunene og tatt opp ekstra kull etter spørsmål fra dem. Da det i Bardu skulle etableres et senter for psykisk helse, ble det opprettet et ekstra kull der for å demme opp for sykepleierne som fikk arbeid ved det nye senteret.

Studiet har også tatt opp et ekstra kull etter ønske fra Tromsø kommune; ei gruppe av DSU er nå i Tromsø i hvert kull.

– Studiet utviklet gode pedagogiske løsninger som også har vært nyttig for Universitetet i Tromsø. Tradisjonelt har jo læringa gått fra sentrum til periferi, hos oss har det vært like mye fra periferi til sentrum, forklarer Skaalvik.

ET PRAKTEKSEMPEL. De positive erfaringene ble raskt etterspurt ved andre høyskoler og i andre kommuner. Etter hvert ble utdanningen også internasjonalt kjent, og det er i dag etablert forskningsnettverk innenfor desentralisert sykepleierutdanning med universiteter i blant annet Canada, Grønland, Island og Sibir.

Fakta

HVA ER DET: Desentralisert Sykepleierutdanning (DSU) er et deltidsstudium for dem som er bosatte i distriktskommuner, der man tar tre års utdanning over fire år.

ORGANISERING: Utdanningen har lik fagplan som fulltidsstudiet sykepleie, men annen organisering og tilrettelegging. Man har samlinger et par ganger i uka kombinert med e-læring. Studentene er delt inn i lokale studiegrupper etter geografi, og har lokal lærer.

HVOR MANGE: Siden 1990 har DSU ved UiT tatt opp 15 kull med sykepleierstudenter. Det har blitt utdannet 430 sykepleiere. Per i dag har DSU tilbud ved disse studiestedene: Tromsø, Gjøvik, Bergen og Agder.

PRIS: DSU ble nylig tildelt FLT's utdanningspris for 2015, på 150 000 kroner.

– Vi kan konkludere med at desentralisert sykepleierutdanning gjennom 25 år har utviklet en studiemodell for vår tid. Den vil sikre tilgangen på sykepleiere i distriktskommunene, oppsummerer Bente Norbye i dag – 25 år etter oppstarten.

I dag er tilbudet som startet som et krisetiltak i Nord-Norge spredd over hele landet. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Sykepleien APP

Se mer:

Alle kullene fra desentralisert sykepleierutdanning fra 1994



Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er et pakkeforløp?

- A Prosessen fra et legemiddel ordineres til det hentes ut av pasient på apotek
- B Koordinering og samordning av helsetjenester.
- C Sårstell der flere sår pakkes inn med forløpninger mellom.

2 Hva står NAKMI for?

- A Nasjonal kompetansenhet for minoritetshelse

- B Norsk akademi mot inkompetanse
- C Norsk akademi for kunnskap- og migrasjon

3 Hva er det latinske medisinske navnet for lår?

- A Genu
- B Lemur
- C Femur

4 Hva er en autoimmun sykdom?

- A En sykdom som oppstår automatisk i munnen
- B Sykdom fordi immunsystemet går til angrep på kroppens vev
- C Sykdom fordi immunsystemet automatisk går i dvale

5 Hva er den mest utbredte neurotransmitter?

- A Acetylcholin
- B Serotonin
- C Dopamin

6 Hvordan inndeles nervesystemet fysiologisk?

- A Det sympatiske og parasympatiske
- B En motorisk og en sensorisk del
- C Det autonome og det viljestyrte

7 Hva er Unio?

- A Paraplyorganisasjon for arbeidsgiverforeninger som Spekter og KS
- B Paraplyorganisasjon for ulike fagforeninger
- C Fellesorganisasjonen for lærere og sykepleiere

8 Hva har en psykiatrisk ambulanse til forskjell fra en vanlig?

- A Beroligende musikk og discokule med bevegelig lys innvendig
- B Psykolog, psykiater og mindfulness-øvelser på stereoanlegget
- C Psykiatrisk helsepersonell, bedre plass og mer solid materiale

9 Hvilken type urinveisinfeksjon er blærekatarr?

- A Midtre urinveisinfeksjon
- B Øvre urinveisinfeksjon
- C Nedre urinveisinfeksjon

10 Hva het den første sykepleieren som vant Anders Jahres medisinske pris?

- A Pernilla Lagergren
- B Marit Kirkevold
- C Karen Bjørn



Lårfast: Måler hun genu, lemur eller femur?

- ☺ 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, 2A, 3C, 4B, 5A, 6B, 7B, 8C, 9C, 10A

Randis julekryssord

	ENGEL	INTERJ.	LIKE	ÅRER FORF.	VO-KALER	BLAKK VID	NBI GUD	VARM-EST	KAR	ORG.	BIBEL-NAVN	ROM	LÆREN OM DET VAKRE	SVAR	ORGAN
JULE-MID-DAG-ENE															
ARB-TID								DYR			SYKD.				
AN-VEDELSE	VEKK	PLAGG			FORHEN-VÆRENDE		ORD TØV		IVRIG BORTE						
			MÅL		NABO-ER	PS PREP.		ORG.			GUD				
MAS-ETE						LEVER	EKS-PIR-ERE				STRE-VE	TALL			
BY								DRIKK BOKST.		ØY STEM-ME					BIBEL-NAVN
BIBEL-NAVN	VERK (FORK.)	UTTALE	TONE		PRON.	BERG-VERK-UT-TRYKK	GAMP MYNT (OMV.)		MØBEL	ORG. INTERJ.		HEL-GEN	KORN		
						SYKD-EN									
HÅND-VASK													HAT		

Se løsning på kryssord side 89.



Meninger

Del 4 Sykepleien 12 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Direktør: Bjørn Guldvog er direktør i Helsedirektoratet. Foto: Stig M. Weston

På helsetoppen

Startet som pleier. Helsedirektør Bjørn Guldvog mener han fulgte i sin sykepleiermors fotspor. **94**



Spiseforstyrrelser. Blir ikke frisk av å trues til å spise. **92**



«Med Snapchat har jeg endelig anledning til å nå mange flere». Ingrid Bjønnes, helsesøster. **91**



Landsmøtet. Nå skal vedtakene settes ut i live. **88**



Vår stemme skal høres. Takk til alle som ga meg ny tillit til å fortsette i førersetet for NSF.

Klar til dyst



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

NSFs landsmøte tok opp mange viktige saker, og mange av dem har med hverandre å gjøre, slik som arbeidet for likelønn, heltid og økt bemanning. Vi skal få nok sykepleiere i jobb, og dere skal ha gode lønns- og arbeidsvilkår.

MANGEL. Sykepleiermangel er et faktum i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det kan mangle 30 000 sykepleiere, jordmødre og helsesøstre om 20 år, ifølge SSB. Landsmøtet behandlet dette temaet i saken «Kampen om arbeidskraften».

NSF er tydelige på at gode lønns- og arbeidsvilkår er avgjørende for at vi skal klare å tilby nok arbeidskraft i årene fremover. Det samme gjelder retten til heltid. Til tross for vårt arbeid for reduksjon av deltid i helsesektoren, er andelen deltidsarbeidende sykepleiere urovekkende stabil. Konsekvensene rammer både den enkelte sykepleier og kvaliteten på pasienttilbudet. I tillegg er det dårlig samfunnsøkonomi.

Lavere sykefravær, færre uførepensjonerings og arbeidsbetingelser som gjør at flere orker å jobbe lengre, vil også bidra til å løse sykepleiermangelen. Vi må ha arbeidsforhold som gjør det mulig å utøve vårt yrke på en god måte gjennom et helt yrkesliv.

VIL BLI MER VERDSATT. NSF vil også intensivere arbeidet for likelønn og lønn for kompetanse. Vi sykepleiere blir anerkjent, men ikke tilstrekkelig verdsatt. Kunnskap og kompetanse i kvinnedominerte yrker verdsettes ikke på samme måte som i

«Det er mange vedtak som skal følges opp.»

mannsdominerte yrker. Vi må ha et lønnsnivå som gjenspeiler den kompetansen vi besitter og ansvaret vi har, og som viser at arbeidet i kvinnedominerte yrker vurderes på samme måte som i mannsdominerte yrker.

Det er det likelønn handler om – ikke at alle skal tjene det samme, eller at alle kvinner skal tjene det samme.

MENGE VEDTAK Å FØLGE OPP. «Ny tid nye roller» var en annen stor og viktig sak på landsmøtet. Målet med denne saken var å utforme politikk som gir anerkjennelse for sykepleieren som kunnskapsarbeider og ekspert i helse- og omsorgstjenestene. Utgangspunktet er hvordan vi fortsatt skal møte pasienters, brukeres og pårørendes behov i en helse- og omsorgstjeneste i endring. Finansiering, organisering, ledelse og tjenesteutvikling skal understøtte pasientenes behov for sykepleie. Bedre utdanningskvalitet og bedre rammer for veiledning av studenter var et unisont krav.

Like tydelig var det at forskningsinnsatsen i sykepleie må økes. Det er mange vedtak som skal følges opp, og vi har mange arenaer vi sammen skal påvirke når fremtidig politikk besluttes av kommunestyre, regjering og Storting.

PASIENTBELEGG NED. NSF vil jobbe for å sikre hele befolkningen et likeverdig tilbud som holder kvalitet. Som et ledd i dette, vil NSF gå inn for å redusere pasientbelegget. I 2013 var den faktiske beleggsprosenten i norske helseforetak på gjennomsnittlig 93 prosent. I seks av 20 helseforetak var beleggsprosenten opp mot eller over 100 prosent. NSF's landsmøte har derfor vedtatt å jobbe for et forsvarlighetstak på 85 prosent pasientbelegg i ordinær sykehusdrift. Dette taket er Statens helsetilsyn sin anbefalte grense, og i tråd med internasjonalt anerkjente anbefalinger.

Disse og mange flere saker skal vi jobbe med i den nye landsmøteperioden. Mine ambisjoner er å gjøre en god jobb for NSF med alle mine støttespillere. Det ser jeg frem til. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Minneord Aud Åse Martinsen

1955–2015: Vi ble kjent med vår kjære Åse i august 1973 på 98 kull Aker sykepleieskole. Da startet vennskapet som varte fram til 9. oktober d.å. da Åse sovnet stille og rolig inn med sine nærmeste hos seg. Hun var da tydelig på at nå var det nok – etter å ha hatt kreftsykdommen i 4 år.

Hvorfor akkurat Åse? Hun som allerede som Aker-elev utmerket seg både faglig og personlig med sitt vinnende vesen, varme smil og sin smittende latter, hun som ville alle vel? Dette kom også tydelig frem under begravelsen i en fullsatt Ås kirke og minnestunden etterpå. Her var takk fra familie, venner, ledere og kolleger – og i alt: Åse betydde svært mye for svært mange.

I tillegg til å være firebarnsmor, var hun en aktiv sykepleier som jobbet med demensomsorg. Dette «brant» hun for, og som hennes siste leder sa i minnestunden: Demensomsorgen i Frogn kommune har et godt omdømme, dette ikke minst takket være Åse.

Vi kullinger møttes jevnlig og utvekslet erfaringer, også fra våre sykepleieståsteder. Åse ga oss fortsatt mye faglig. Åse var alltid sentral i våre jubileumsfeiringer hvert femte år. Siste gang var på Leangkollen i Asker i anledning 35-årsjubileet, og vi i nærområdet var da i arrangementskomiteen. Åse var den naturlige arrangementsdirigenten og gjennomførte det hele med glans! Dette til tross for at hun nå merket de første symptomene på at noe ikke stemte. Like etterpå fikk hun kreftdiagnosen.

Måten hun mestret pasientrollen på var for oss

helt enestående. Hun vektla åpenhet, noe som gjorde det så mye lettere å stå rundt. Vi intensiverte våre treff den siste tiden, og Åse var den samme «bauta» til tross for fysisk svekkelse. Som selv ansatt i helsevesenet var det en fornøyelse å observere at alt ble lagt til rette for henne. Hun følte selv trygghet og var så takknemlig for profesjonell hjelp fra palliativt team på Åhus, lindrende enhet Åhus, kreftkoordinator og hjemmesykepleier i kommunen. Spesielt fremhevet hun samarbeidet dem imellom.

Tiden hjemme ble god for henne. Den siste tiden fokuserte hun på at de nærmeste måtte stå rustet til å ta farvel med henne. Og vi som til daglig jobber i dette fagfeltet, observerte hennes nærmeste som til fulle beredt på det som skulle komme. Alle stilte de opp, mannen Reidar, barn og svigerdøtre. Dette så Åse og satte stor pris på. De siste dagene valgte Åse selv å tilbringe på Moer sykehjem. Her opplevde hun kompetanse og ro. Hun var tydelig på at «her er det godt å være når man skal dø».

Ja, Åse, arbeidsom var en merkelapp alle hadde på deg, og ditt arbeid var alltid «utført av dyktige hender ledet av en klar hjerne inspirert av et varmt hjerte» (Florence Nightingale). Dette ble alltid kombinert med optimisme, pågangsmot og godt humør. Takk til deg, Åse, hvil i fred. Vi vil alltid ha deg med oss.

Anne Blaaflydt, Anne Mette Haakenstad,
Kari Ruud, Anne Dundas Røe

Nei til bruk av niqab

STUDENTER: I Sykepleien en tid tilbake (Sykepleien nr. 4-2015) leste jeg at høyskolene er uenige om bruk av niqab for studenter, blant annet at de ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) får bruke heldekkende ansiktsplagg. Dette kan ikke være riktig. Slør og tildekking av kvinner er et krav i ureformert bokstavtro islam. Her i Norge har kvinnene en sjanse til frihet fra dette, og et forbud ved skolene ville være en god støtte.

Så, et forbud mot bruk av burka, niqab og hijab ville være positivt, både for oss som pasienter og for de muslimske kvinnes frihet! Det samme kan også gjelde andre religiøse og politiske symboler.

Da jeg var sykepleier i et annet land, brukte jeg uniformen og skikken der, selvsagt, av respekt for stedet jeg kom til.

Sunneva Helgesen, pensjonert sykepleier

Løsning på kryssord i nr. 12/2015 (se side 86)

ENGEL	INFERU	LIVE	AKER	A	VD	BLAGG	R	VE	O	VRAN	M	KAR	ORD	EBEL	M	ROSI	LETNIG	EVAR	ORGAN	
K	A	L	O	R	T	B	O	M	B	E	I	N	N	T	A	K	E	N	E	
J	U	L	E	T	U	R	N	U	S	D	V	L	U	S	E	R	O	S	E	N
E	VEI	PLAGG		E	K	S	E	D	F	L	I	T	T	I	G					
B	R	U	K	R	D	E	S	E	U	A	T	E	L							
U	T	I	D	I	G	P	U	S	T	E	T	R	E							
B	E	T	L	E	H	E	M	R	B	A	L	I	V							
J	O	S	E	F	D	K	R	Y	S	T	A	L	L	S	Y	K	E	N		
P	I	L	A	T	U	S	A	K	T	I	V	I	T	E	T	A	G			



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Nr. 11 | 2015

RETTELSE: I Sykepleien nummer 11-2015 manglet fagar-tikkelen «Studenter trenger å lære organisering», 4. og 5.-forfatterne Inger Tjøstolvsen, førstelektor ved Høgskolen i Østfold og Siv Groth Johansen, rådgiver ved Sykehuset Østfold. Feilen er rettet på sykepleien.no og i Sykepleiens nettbrettversjon.

Sykepleien beklager.



Krevende omsorg. Små barn blir også syke. Noen sykere enn andre.

Helse-heltene



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Skribent og styreleder i Fønixs Ruspolitisk Tenketank, tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo.

Normalt er denne spalten en skjennepreken, gjerne til myndigheter, forskningsmiljøer eller institusjoner. Denne gangen er pennen snudd, for enkelte ganger bør noen hedres. Jeg husker godt den gangen min mor gikk inn i sine siste levemåneder, kreftsyk med kun kort tid igjen å leve. Hun ble diagnostisert på Aker sykehus, der hun også hadde sitt første av flere sykehusopphold. Hun var en livsglad person med et skarpt blikk for menneskelighet og sosiale egenskaper. En som på tross av egen situasjon hele tiden var på jakt etter å se det beste i sine omgivelser, enten i form av medpasienter, leger eller pleiere.

Hun skrøt av mange rundt seg denne tiden. Kloke sykepleiere med støttende perspektiver, optimistiske rompartnere som spredte glede i vanskelige omstendigheter. Men det var særlig én pleier som gjorde mer inntrykk enn noen annen: En kvinnelig, serbisk pleier som ifølge min mor hadde noen enestående egenskaper i møte med pasientene. En som aldri la skjul på sannheten, men som på sitt noe røffe balkan-vis sa ting som de var, men som også maktet å tilføre styrke og tro i ofte håpløse situasjoner.

BLIR HUSKET. Jeg satte stor pris på at denne pleieren hadde en slik god omgang med min mor. At det var hun som var til stede da diagnosen snudde virkeligheten på hodet, at hun bidro til styrke da alt raknet. Men det var noe helt annet som gjør at jeg husker henne så godt. Hun jobbet nemlig ikke kun med

SMÅ FEILMARGINER. For oss uten helseutdannelse er det vanskelig å se for seg hvordan det er å jobbe med barn med en usikker fremtid, som kanskje bare har kort tid igjen å leve. Som kanskje heller ikke er klar over sin egen tilstand.

Barne- og kreftsykepleie med yngre pasienter krever stor innsikt i barn og unges verden, og dessuten evne til å kommunisere med både pasient og pårørende. Derfor krever slik sykepleie både en rolleforståelse og menneskelige egenskaper. Familier opplever gjerne sjokk og vantro og har behov for både sannhet og lindring. Balansegangen er vanskelig nok innen kreftpleie for voksne, og jeg har dessverre møtt eksempler på både leger og pleiere som ikke behersker dette godt nok. Men i møte med barn, deres søsken og foreldre er feilmarginene om mulig ennå mindre. Barndommen får man aldri tilbake.

EN EGEN KATEGORI. For de aller fleste innebærer det en nesten utenkelig arbeidshverdag. At noen dedikerer sin omsorg og sin profesjonalitet til disse barna, er en stor gave til samfunnet. Mange enkeltpersoner innen mange fag fortjener heder, men arbeid med syke barn stiller i en egen kategori. Disse pleierne fortjener en helt spesiell heder og ros. ●

Kilder: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Barnekreftforeningen

«Hun maktet å tilføre styrke og tro i ofte håpløse situasjoner.»

voksne lungesyke, men også på en barneavdeling. Hun jobbet med kreftsyke barn.

I underkant av 200 barn får kreft hvert år, og heldigvis overlever nærmere 80 prosent av disse. Like fullt er det en del av helsevesenet som berører oss aller mest. En del av sykepleien som beveger oss særlig mye. Syke barn representerer det mest forsvarsløse og utrøstelige ved tilværelsens usikkerhet.



Fakta

Fast skribent

Anlov P. Mathiesen er fast skribent i Sykepleien.



Sosiale medier. Hvordan nå ut med helseopplysning uten å ty til korktavle og tegnestifter? Svaret mitt ble Snapchat.

Snapchats fra en helsesøster!

Jeg tenker, i bilen på vei til jobb, at jeg må huske å legge ut en Snapchat på «My-story» før klokka bikker halv ni. Da har nemlig skoledagen startet for ungdomsskole- og videregående-elevne i kommunen. Mobilfri skole betyr som kjent at elevne ikke har tilgang på mobil, og da heller ikke mine oppdateringer på Snapchat.

Jeg rekker å «Snappe» før skoleklokka ringer inn, får til og med noen Snapchats tilbake. Bra, tenker jeg. Snapchaten jeg sendte var i grunn bare en påminnelse om at helsesøster er på skolen i dag mellom klokka ni og tolv. Jeg raser fort igjennom loggen på Snapchat-appen, som raskt konstaterer at 54 stykk har sett den 10 sekund lange meldingen denne tidlige høstmorgenen.

UNIK MULIGHET. Dette skal ikke handle om mobilfri skole eller sosiale mediers grusomheter, men om de unike muligheter og tilgjengeligheten som finnes for helsesøster i sosiale medier. Helsesøster skal jo tross alt nå barn og unge der de er på en helsefremmende og forebyggende måte.

NYE MULIGHETER. «Hæ, Snapchat? Har hørt det ikke er bra. Uff! Enda noe nytt, og nok en mulighet for mobbing på nettet?» Dette er dessverre noe av sannheten, men

bare halve. En del mennesker oppfatter sosiale medier som noe ondt, ukontrollerbart eller som en Facebookgruppe for «Oss som liker den grønne i Twistposen». Men hvordan nå ut med helseopplysning uten å ty til korktavle og tegnestifter?

HELSEOPPLYSNING. Jeg lastet ned appen for et par måneder siden, og kjenner at jeg fant noe jeg virkelig hadde savnet i jobben som helsesøster. Endelig har jeg anledning til å nå mange flere med korte filmsnutter eller tekst som kan omhandle åpningstidene på helsestasjon for ungdom, kondombruk eller ensomhet. Det ble en berikelse i jobbhverdagen og en opplevelse av å være mer synlig og tilgjengelig som helsesøster. Jeg kjente et snev av stolthet og kreativitet. Jeg tenkte at: Jammen er det ok å være helsesøster utstyrt med iPhone og apper!

OVERRASKER UNGDOMMEN. Noe av det som også gledet, var overraskelsen hos ungdommene. Stadig vekk kommer det gode tilbakemeldinger og nye brukere. Plutselig var vi også flere helsesøstre som «Snappet». Både i Sogndal og

Trøndelag finnes helsesøstre som er med å inspirere og utforme denne muligheten til helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. En mulighet som ligger så tilgjengelig og ubrukt av vår yrkesgruppe.

ÅPEN DØR. Helsesøster, som er en del av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bør sette av noen minutter hver dag til å oppdatere sine sosiale medier, enten det er Snapchat, Ask, Vimeo eller nyeste Jodel. Gjør det med den hensikt at barn og unge har tilgang til riktig informasjon og kjenner at helsesøsters dør er åpen både på nett og på skolen. Dette vil jeg påstå er synlighet og tilgjengelighet for barn og unge. Helsesøstres forebyggen- og helsefremmende arbeid er unikt og kunnskapsrikt, det må synliggjøres, også i sosiale medier.

INGEN GRENSER. Snapchat kjenner heldigvis ingen kommunegrenser, skolegrenser eller tidsgrenser, slik ei oppsmuldra korktavle i en skoleinngang gjør. ●



Fakta

Ingrid Bjønnes

Helsesøsterstudent og for tida en «Snappende» helsesøster i Bykle kommune.



«Endelig har jeg anledning til å nå mange flere».



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Myte. «En gang spiseforstyrret – alltid spiseforstyrret»
er en myte! Det ER mulig å bli helt frisk!

Blir ikke frisk av å trues til å spise



Fakta

Kaja Flatøy

Akuttsykepleier ved
St. Olavs Hospital
og kinesiolog

Det handler om å finne tak i den drømmen, de ønsker som mennesket har for fremtiden, hva som er viktig for personen – der og da. Det å motivere noen til å ha et ønske om å bli frisk fra en spiseforstyrrelse handler ikke om å true eller skremme med hva som kan gå galt om en ikke tar grep.

Derfra kan en skissere hva som er mulig eller ikke mulig om man skal leve med eller uten en spiseforstyrrelse. Uten dømming, uten å mene så mye om hva som er rett eller galt.

I over 20 år har jeg jobbet med spiseforstyrrelser. Jeg har personlig erfaring med å være syk og bli frisk, med pasientperspektiv, erfaring som frivillig i Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS), foredragsholder, selvhjelpsgruppeveileder, kinesiolog og sykepleier.

Jeg har hørt utallige historier om livet med spiseforstyrrelser. Jeg har sett folk finne tak i sine ressurser, bli frisk, endre sine liv, få tilbakefall, sitte fast i sine mønstre og gi helt slipp på sin kontroll på mat og kropp og vekt. Alle disse møtene og erfaringene har gitt meg grunnlaget for å si noe om dette fenomenet som er så ubegripelig for alle som ikke selv har kjent det på kroppen.

HVORDAN HJELPE? En leksjon om hvor viktig det er å spise, overtaler nok ingen til å bli frisk fra en spiseforstyrrelse. Det er viktig å få i seg næring. Noen ganger livsviktig. Og ja, noen ganger er det nettopp næringsmangelen i seg selv som står i veien for god kognitiv behandling og

muligheten til å bli frisk. Men jeg tror ikke det er dette som skal kommuniseres

«Jeg har spist bort, sultet bort eller kastet opp alle følelser.»

til en pasient – i alle fall ikke i første omgang.

Dersom en får tillit hos pasienten, har en et godt utgangspunkt til videre behandling.

Vi skal:

- Gi rom til at pasienten kan få forklare hva det er som skjer inni ham/henne, uten formaninger om hvor viktig det er å få i seg nok næring.
- Ikke tillate et kosthold som kan stå i veien for liv, helse eller helse.

- Heller ikke godkjenne at pasienten skal få styre kostholdet til resten av familien, for å beholde den gode tonen.

De fleste med spiseforstyrrelser har en enorm kunnskap om kalorier, næringsstoffer, inntak og forbrenning. De vet hva som må inn eller hva som skal forbrennes for å gå opp eller ned i vekt. Da mener jeg en har mer å hente ved å få tak i personens motivasjon enn å undervise om ernæring, i alle fall initialt.

I motivasjon til å ha lyst til å bli frisk, ligger nøkkelen. Noen ganger er veien fra motivasjon til å faktisk gjøre det ganske lang, men motivasjon er uansett starten.

Min største fordel i møte med folk med spiseforstyrrelser er at jeg har personlig erfaring. Det gjør det enklere for meg å spørre eller fortelle om ting som gjør at pasienten kjenner seg igjen og får tillit til at jeg vet hva jeg snakker om. Mange ganger kan jeg likevel ikke kjenne meg igjen i det de forteller meg, eller de vil kjenne på at de har det på et helt annet vis enn det jeg forteller om. Da er det viktig at jeg lar dem fortelle sin historie, sin virkelighet og møte dem der de er. Etter min erfaring er det å være åpen og ekte det som gir rom for mest tillit i relasjonen og som gjør det enklere for pasienten å lytte til det jeg har å si. Man trenger ikke forstå fullt ut for å kunne hjelpe, det viktigste er å gi rom for det som er.

FORSTÅ FRYKTEN. Jo mer jeg har forsøkt å «overtale» noen til å bli friske, jo mer motstand viser seg i pasienten, og vi kommer begge lenger vekk fra målet. Noen ganger er han/hun så underernært at tvangsbehandling er nødvendig, eller de står i fare for å skade seg selv alvorlig eller ta sitt eget liv. Da har man ikke tid til å lete etter motivasjonen, men må handle raskt. Dette skal selvfølgelig vurderes av kyndig helsepersonell tidlig i behandlingen.

De fleste jeg har møtt som har spiseforstyrrelser, ønsker å bli friske, men kun et fåtall av dem ønsker å gjøre de endringer som skal til for å bli friske. De vil ikke endre på de spisemønstre, som de selv opplever gir dem en følelse av kontroll. Det er det store dilemmaet i møte med denne pasientgruppen.

Det kan godt finnes et sterkt ønske om å bli frisk, men å gå opp i vekt kan samtidig synes som en umulighet. Noen ganger handler dette om behovet for kontroll, andre ganger om ønsket om å forsvinne eller bli usynlig. Andre ganger igjen kan det handle om

frykten for å være frisk og alt det ansvaret som følger med det.

Mange som har slitt med spiseforstyrrelser over lengre tid, forteller om frykten for å ikke huske hvordan en lever uten en spiseforstyrrelse. Frykt for å ikke mestre livet som frisk, alle krav som vil stilles da og frykten for å mislykkes uten noen god grunn kan være aspekter som hindrer en i å ta steget ut av spiseforstyrrelsen, dersom en har levd med denne en stund.

BEDRE SELVFØLELSE. Min erfaring er at i alle faser av disse sykdomsforløpene er det selvfølelse som er nøkkelen til veien ut. Hver enkelt må finne sin vei, i samråd med behandlere, men etter min erfaring er det som oftest graden av selvfølelse som styrer hvor lett det er å ta stegene mot en fremtid som frisk fra spiseforstyrrelser.

Det er stor variasjon i hva som kan være bakgrunn for hver enkelt sin selvfølelse, men det å ha det godt i seg selv, uavhengig av de ytre omstendigheter og omgivelser, synes å være gjennomgående.

Dersom en skal ha det godt i seg selv, må en kjenne seg selv, være trygg på hvem man er og hvem man vil være. Det vil ikke si at man må være trygg i alle situasjoner, men bare kjenne seg selv godt nok til å kjenne at det er greit å være både trygg og utrygg.

I mitt tilfelle hadde jeg vært syk i mange år da jeg fikk hjelp til å styrke min selvfølelse og bli kjent med meg selv. Jeg hadde spist bort, sultet bort eller kastet opp alle følelser i så mange år at jeg måtte øve meg gradvis på å skjønne hva jeg kjente på da det dukket opp en følelse i meg.

Jeg måtte også øve meg på hva jeg kunne gjøre med disse følelsene for å ivareta dem eller få det bedre. Det høres kanskje banalt ut, men jeg måtte gradvis lære meg hvordan jeg skulle kjenne etter hva jeg hadde behov for, ivareta mine behov eller be om hjelp til det jeg trengte støtte til. Det tok meg en god stund med øving og prøving og feiling før jeg kjente at dette var greit. Det å få høre at det er i orden å bruke tid på dette er for mange en enorm lettelse.

Det å leve etter sult og metthetsfølelse i stedet for regler og tabeller kan være en stor overgang for mange. Noen vet ikke lenger hva som er normalt å spise, og i dagens jungel av kostholdsråd er det jammen ikke lett å vite hva som egentlig er normalt heller.

Her vil det være noe prøving og feiling, og det må det få være rom for i behandlingen, mener jeg. Så lenge en ikke glemmer hva som er målet, både for pasient og behandler, tror jeg en har mye å vinne på å la pasienten selv finne en løsning som passer, og be om hjelp om

en trenger forslag til mengde. Dersom det er snakk om voksne pasienter, vil de uansett spise det de bestemmer seg for, selv om man lager aldri så mange kostlister og regler.

Noen ønsker derimot strengere kostregimer, fordi en skal slippe å tenke og velge, og da er det selvfølgelig en annen sak. Da kan det være nettopp dette regimet som gir en trygghet nok til å spise normalt og være mottakelig for å jobbe med de bakenforliggende årsaker.

HVA LIGGER BAK? Bakenforliggende årsaker er som regel til stede. Noen ganger vet ikke pasienten selv hva som utløste spiseforstyrrelsen, noen ganger dukker det opp underveis i behandlingen, mens andre ganger er det innlysende for pasienten hva som er årsaken. Om man finner årsaken, kan denne jobbes med, og man har kanskje funnet nye verktøy til å løse de indre konflikter som ligger der.

Jeg tror det viktigste man kan gi i møte med noen som lider av spiseforstyrrelser, enten det er som helsepersonell, medmenneske, pårørende eller venn, er å vise ved eksempel hva som er godt med å ha et avslappet forhold til mat, kropp og vekt. Jeg vil vise at det går an å bli helt frisk og reflektere over hva annet en kan bruke energien sin på.

Et viktig punkt som jeg også vil nevne er forberedelse på at livet alltid vil ha opp- og nedturer, gode og ikke så gode dager. Dette ER livet, og en nødvendig variasjon for at vi skal få oppleve alle sider av livet, på godt og vondt. Noen har forestillinger om at når de bare blir friske, blir alle dager gode og alt blir fryd og gammen. En nedtur da kan noen ganger føre til tilbakefall hvis forventningene er i overkant store. Noen vil også ha nytte av sine tilbakefall, hvor en kan kjenne på hva som tippet «vektskålen» og gi en erfaring i hva en kan gjøre neste gang for å unngå et tilbakefall. Det viktigste en kan gjøre som hjelper da, er å bidra til å huske at et tilbakefall ikke er et rykk tilbake til start, men kun en erfaring på hva som kan trigge en eller hva en kan jobbe med videre.

En viktig innsikt for meg har vært at mine tanker om omstendighetene rundt stadig endres. Dermed trenger jeg ikke henge meg på alle negative tanker og agere ut ifra de. Når jeg lener meg tilbake, lar tanken være i fred uten å spinne rundt den, prøve å bli kvitt den eller analysere den, kommer det ofte etter hvert en ny tanke som gjør at det hele kjennes annerledes. Ganske fascinerende, egentlig. Uansett hvor lang tid det tar, så er det viktige: «En gang spiseforstyrret – alltid spiseforstyrret» er en myte! Det ER mulig å bli helt frisk! ●

xwear.no

Benytt sjansen - få 20% rabatt!

Hos Xwear.no får du som helsearbeider 20% på ordinærpriser ved å skrive helse i rabattfeltet.



Rabattkode:
helse



Balansekunst: Helse-
direktøren er opptatt
av at behandling skal
fordeles rettferdig.

Guldvog og det gode liv

Sunn sjef.

Bjørn Guldvog
jobber for at nord-
menn flest skal kunne
leve gode liv, og hevder
at han selv følger sitt eget
direktorats kostholdsrad.

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Foto **Stig M. Weston**



Bjørn Guldvog

Hvorfor: Fordi han som direktør i Helsedirektoratet, er en av de mektigste mennene i helse-Norge.

Født: 16. juni 1958

Utdanning: Cand.med. Universitetet i Oslo 1985
Dr.med. innenfor evaluering av epilepsikirurgi 1993





På Norsk Sykepleierforbunds landsmøte i november fortalte Bjørn Guldvog at hans mor var sykepleier.

– Vurderte du å følge i hennes fotspor?

– Det var hun som åpnet dørene for meg i mine første jobber som pleiemedhjelper. Det var hun som tente mine interesser for helsefagene, for etikken og viktigheten for å ta enkeltmennesker på alvor. Så, ja. Jeg har fulgt i min mors fotspor.

– Men du ble ikke sykepleier. Du ble lege. Fordi du er mann?

– Jeg tror ikke det har noe med at jeg er mann å gjøre. Jeg er opptatt av den delen av helsefagene som er knyttet opp mot naturvitenskapen. Jeg var fascinert av diagnostikk, så jeg fant det naturlig å søke mot legefaget. Men jeg tok med meg mye av min mors bagasje inn i den utdanningen.

Bjørn Guldvog er en høy mann, sikkert over 1,90 på sokkelesten. Han kunne virket truende, men en myk basstemme og snille blå øyne gir deg følelsen av at dette er en snill «Bjørn».

FAMILIEPORTEFØLJEN ER BRED. Sykepleie er for Guldvog en blanding av flere ting: Det er teoretisk tenkning med en praktisk og etisk tilnærming for å få til mestring, god helse og gode løsninger for den enkelte.

– Kanskje sykepleie mer enn andre helsefag har denne brede tilnærmingen, sier han.

Guldvog har to søstre – én er sykepleier, én er psykolog. Han har også en bror som er økonom og en som i utgangspunktet er førskolelærer.

– Vi har en relativ bred portefølje i familien.

Selv har han to barn. Kjæresten Trine Myrvold har tre.

KOMMER SEG FREM FOR EGEN MASKIN. Å være i bevegelse er viktig for helsedirektøren. Han har investert i el-sykkel og sykler til jobb – i dress!

– Med el-sykkel blir jeg ikke svett når jeg kommer på kontoret.

Han bedyrer at det ikke bare er sunnere, men også raskere enn bil:

– Når jeg skal på møte på Økern, slår jeg taxien med to minutter.

Men selv om han er flink til å holde seg i form, har Guldvog solid erfaring fra helsevesenet som pasient.

– Jeg har mye å være takknemlig for når det gjelder helsetjenesten. Jeg pleier å si at jeg er blitt livreddet veldig mange ganger, og det er virkelig sant.

Den siste gangen var da han ble hjerteoperert.

– Jeg er bypass-operert. Det skjedde for tre år siden. Jeg har en arvelig hjertesykdom, som gjorde at jeg måtte skifte noen blodårer. Jeg fikk fantastisk behandling og pleie og opplevde helsetjenesten på sitt mest effektive og på sitt beste. Både når det gjaldt logistikk, menneskelighet, omsorg og kompetanse.

ALT ER IKKE LIKE BRA. Guldvog er selvsagt fullstendig klar over at ikke alt fungerer like godt.

– Jeg ser at tjenesten på andre områder har vanskeligere kår for å lykkes. Jeg har også vært pårørende for en mor som fikk demens. De siste åtte årene av hennes liv fulgte jeg henne tett. De siste fire på sykehjem.

I løpet av denne tiden bodde moren på tre forskjellige sykehjem.

– Det var ikke bare fordi vi var en ressurskrevende familie som ville at hun skulle til forskjellige sykehjem. Det var fordi det var vanskelig for henne å finne seg til rette der hvor hun var. Personalet gjorde en fantastisk innsats for å forsøke å få både kompetanse og ressurser til å strekke til, men lyktes ikke alltid.

NÆRHET. – Når du selv blir gammel og pleietrengende, hvordan vil du ha det?

– Jeg ønsker at den er nær. Jeg vil at de som har kontakt med meg skal være opptatt av de nære menneskelige ting som etikken, kommunikasjonen, smilet og øyekontakten.

Guldvog tar en kort tenkepause før han fortsetter:

– Også ønsker jeg at de skal være profesjonelle og dyktige til å sette det hele sammen i et system som fungerer, slik at jeg kan føle meg trygg. Jeg vil ha så få mennesker å forholde meg til som mulig.

Guldvog er ikke helt fremmed for å kjøpe tjenester fra egen lommebok, men håper å slippe.

– Jeg tenker nok at jeg vil være åpen for å bruke av egne penger for å kjøpe tjenester som ligger i grenselandet inn mot helsetjenesten. Det kan for eksempel dreie seg om å få være med på aktiviteter. Det kunne jeg brukt penger på, dersom helsetjenesten ikke hadde kapasitet til å hjelpe meg.

Men dersom Norge fremdeles har en sterk offentlig helsetjeneste, ønsker ikke helsedirektøren å kjøpe seg ut av helsekøer og inn til behandling.

– Det er sentralt for meg å ha stor tillit til det vi skaper i fellesskapet.

MÅ SLUTTE MED OVERBEHANDLING. – Er det behandlinger som gjøres i dag som kan kuttes ut?

– Det største problemet er at vi overbehandler på en del områder. Jeg sier ikke vi skal kutte hele behandlingstilbud, men at de brukes for hyppig på pasienter som ikke får særlig utbytte av det.

Guldvog trekker frem MR-undersøkelser av knær og operasjoner av skuldre som eksempler.

– Vi har god dokumentasjon på at det går like bra dersom man ikke opererer.

– Enkelte behandlingstilbud som er i bruk, er dokumentert ineffektive. I dag behandler og utreder helsetjenesten en del ting for mye.

VIL HA RETTFERDIG HELSETJENESTE. Helsedirektøren er opptatt av at behandling skal fordeles rettferdig. Det skal ikke være slik at de som roper høyest får mest.



Sommeren 1992: På tur på Hepsøya i Trøndelag. (Fra v.: Sønn Torjus (3), Bjørn og datter Vår Anna (1/2)).

Uppsala: Familien Guldvog i 1960. (Fra v.: Sindre (5), Tor (40), Bjørn (2 1/2), Kristin (36) og Tage (7)).



Siste vakt: Bjørn som turnuskandidat ved Fylkessykehuset i Kristiansund i 1986 sammen med turnuskolleger. (Fra v.: Bjørn Gauseth, Kjersti Narud, Bjørn Guldvog, Marit Krogh, Oluf Herlofsen).

– Jeg er jo hjertepasient og ser er at vi får gode tjenester. Det er nok ikke alltid slik, men vi har en sterk forening som snakker for oss. Det har også kreftpasientene.

Guldvog mener sterke stemmer er bra.

– Men det er viktig at de svakere stemmene også blir hørt: Personer med kroniske lidelser, psykisk utviklingshemmete, de med kraftig funksjonshemninger, sjeldne og alvorlige lidelser, psykiske lidelser og rusproblematikk. Oppgaven vår i Helsedirektoratet er blant annet å sørge for at det blir en slags rettferdighet i hvordan ressursene fordeles mellom ulike grupper i befolkningen.

KVALITET OG SIKKERHET. Helsedirektoratets motto er «God helse, gode liv».

– Vi skal gjøre det enklere for folk å mestre livet og ha god helse. I tillegg skal vi gjøre det lettere for helsetjenesten å tilby gode tjenester.

Med gode tjenester mener Guldvog at tjenestene skal ha god kvalitet og høy pasientsikkerhet.

– Det er bærebjelkene i vårt arbeid.

En av Guldvogs egne hjertesaker er ungdomshelse.

– Vi har en høy andel ungdommer som dropper ut av

videregående skole, og som sliter med å komme seg inn på arbeidsmarkedet. Det gir varige helseforskjeller gjennom hele livet.

HJERNEN ER IKKE ALENE. Bjørn Guldvogs doktorgradsavhandling handler om kirurgi på epilepsipasienter.

– Jeg var og er fremdeles fascinert av hjernen. Det er det or-

«Det aller viktigste er å ta vare på dem du er glad i.»

ganet som setter sammen all informasjon om oss, som styrer hvordan vi oppfører oss og i siste instans konstituerer oss som mennesker.

Han mener det henger sammen med fri vilje.

– På hvilken måte har mennesket fri vilje? Eksisterer den frie tanken? Slike spørsmål gjorde at jeg hadde jeg lyst til å jobbe mer med hjernen. Jeg gikk til en professor på Rikshospitalet da jeg var student og lurte på om han hadde noe jeg kunne jobbe med, så da ble det epilepsikirurgi.





Det passet helsedirektøren ganske godt.

– Epilepsi er en sykdom som ligger i grenselandet mellom det nevrofysiologiske, altså det som er til å ta å føle på, og det mer psykologiske. Du får hele aspektet av menneskeligheten inn i den sykdommen. Det fascinerte meg veldig.

FRA FORSKNING TIL FORVALTNING. – *Hvordan klarte de å lokke deg over til byråkratiet?*

– Etter hvert som jeg forsket, ble jeg mer og mer interessert i hjernens samspill med omverdenen. Altså ikke bare det som sitter inne i skallen, men også det som skjer mellom deg og meg. Og kanskje mellom meg og samfunnet. Jeg trakk meg litt bort fra hjerneforskningen og over til det vi kalte outcome-forskning, eller resultatforskning. Hva er resultatet av det vi holder på med?

Han ble leder for forskningsmiljøet som jobbet med kvalitet i helsetjenesten.

– Da ble veien relativt kort over til byråkratiet. Jeg ønsket å påvirke rammene helseforskningen er satt inn i. Da må du jobbe med dem som bestemmer rammene.

POLITIKERNE BESTEMMER. – *Har du nok makt til at du får gjennomslag?*

– I Norge er helse- og omsorgstjenestene politisk styrt. Både på kommunenivå og på statlig nivå. Det er et kvalitetstegn. De som har sterkest makt i å utvikle norsk helsetjeneste, er våre politikere, og slik skal det være.

Men han innrømmer at også de som jobber i forvaltningen har makt.

– Jeg tror det er en rimelig god balanse i det hele. Det er mye jeg ikke har makt til å iverksette som jeg skulle ønske meg. Men grunnleggende sett har jeg nok makt.

Så er spørsmålet om han bruker den riktig og får til det som den makten innebærer av muligheter.

– Dette jobber jeg hele tiden med å bli enda litt bedre på.

HELT UAVHENGIGE. – *Noen mener Helsedirektoratet er Legeforeningens forlengete arm. Er det riktig?*

– Det tydelige svaret er nei! Et bastant og kraftfullt nei!

Helsedirektøren sier de har rekruttert medarbeidere som har jobbet i Legeforeningen, og at det kan være noe av grunnen til

«Jeg har selv vært pleiemedhjelper, og var det over ganske lang tid.»

at enkelte tenker slik. Selv er han ikke medlem og har ikke vært det på mange år.

– Det er nok like mange saker vi er uenige med Legeforeningen i, som vi er uenige med Sykepleierforbundet i. Jeg tror heller ikke det er slik at Legeforeningen er spesielt fornøyd med alt det Helsedirektoratet gjør. Det tror jeg du kan få bekreftet.

GOD LEDELSE. Det er ofte sykepleiere som er ledere i de kommunale tjenestene. De sier de ansetter ufaglærte fordi det ikke er kvalifiserte søkere til ledige stillinger.

– *Er det god ledelse?*

– Det kan det være, men det er ikke god ledelse å ansette en ufaglært og så si at de skal drive med sykepleieoppgaver. Jeg har selv vært pleiemedhjelper og var det over ganske lang tid. Jeg håper at også det er arbeidskraft som kan verdsettes, men det er naturligvis ikke slik at en ufaglært kan ta sykepleieoppgaver eller erstatte en helsefagarbeider.

– *Men vi vet jo at det skjer?*

– Det er ikke bra, og det skal mye til for at det kan kalles god ledelse.

FLINK GUTT. Kolleger beskriver helsedirektøren som en lyttende, guttete og omsorgsfull leder, en som ikke er redd for å ta ansvar. Selv ikke når sakene er betente.

– *Følger du selv Helsedirektoratets kostholdsråd?*

– Ja, det tror jeg. Jeg spiser mye frukt og grønt. Til lunsj spiser jeg salat. Fisk prøver jeg å spise to til tre ganger i uka. Det blir mindre og mindre kjøtt i mitt kosthold, men mer grovt brød, korn og litt nøtter. Det gjør kroppen lett og ledig.

– *Hva er dine beste råd for et godt, sunt og lykkelig liv?*

– Det aller viktigste er å ta vare på dem du er glad i, og være snill med dem du ikke kjenner så godt. Vær fysisk aktiv og spis rimelig sunt.

Guldvog tenker litt, så kommer det, budskapet en helsedirektør bare må ha med:

– *Å kutte ut tobakken er viktig fordi det spiller så stor rolle.*

De fleste er klar over det nå, men jeg må ha det med for budskapet gjelder fremdeles.

– *Har du selv røykt, spør fotografen:*

– Jeg har kanskje røykt en sigarett og et titalls sigarer på fest opp igjennom årene, innrømmer en ærlig helsedirektør.

Helt til slutt spør Sykepleiers journalist om Guldvog er med på en kjapp assosiasjonsøvelse. Det er han:

– *Er taushet: Gull eller tull?*

– Gull.

– *Riksrevisjonen: Venn eller uvenn?*

– Venn.

– *Politikere: Medspillere eller motspillere?*

– Medspillere.

– *Pasienten: Først, eller i sentrum?*

– Først.

– *Norsk Sykepleierforbund: «Prinsesse vil ikke», eller «Askeladden»?*

Guldvog blir stille, ansiktet sprekker opp i et smil, så kommer den; latteren.

– *Jeg må nok si litt av begge deler, sier han og fortsetter å le.*

– *Sykepleiere: Tafatte eller geskjeftige?*

– De er strålende. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 12 | 2015

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



Sarpborg
kommune

Sarpborg kommune har 54.000 innbyggere og ligger sentralt plassert syd i Østfold med en 80 km lang kystlinje mot Oslofjorden. Det nye Sykehuset Østfold åpnet i Sarpborg i 2015, mens vitensenteret Inspira Science Center åpnet dørene sommeren 2011 - til nytte og glede for hele regionen.

SPECIALSYKEPLEIER - ENHET OMSORGTJENESTER HAUGVOLL

Enhet omsorgstjenester Haugvoll består av et nytt og moderne sykehjem som åpnet våren 2011. Hos oss er det 64 pasienter fordelt på 4 avdelinger, derav en skjermet avdeling. Vi har også et heldøgnsbemannet bofellesskap med 28 beboere som bor i tilrettelagte leiligheter, samt to team med hjemmebaserte tjenester.

Vi har nå ledig 100 % fast stilling som spesialsykepleier ved skjermet avdeling for demente på sykehjemmet. Dette er en meget spennende avdeling med en sammensatt pasientgruppe og et faglig godt arbeidsmiljø som består av dyktige medarbeidere innenfor eldreomsorgen.

Vi har i tillegg også to ledige vikariater i 100 % stilling som sykepleier, både ved sykehjemmet og bofellesskapet.

Les hele utlysningsteksten og søk på www.sarpborg.com

Søknadsfrist 01.01. 2016

Frelsesarmeen er et mangfoldig og særpreget kristent kollektiv som viser omsorg for alle mennesker gjennom "hjelp", "hjær" og "hjerte". Ved siden av misjonsvirksomhet og forebyggende barne- og ungdomsarbeid er Frelsesarmeen blant annet engasjert i familierestorpsarbeid, arbeidsaktiviteter for eldre, rusomsorg, anerkjennelse (Frost), barne- og familietjenester, familiegjenforening, rusutslusningsarbeid, barneoplysningsarbeid og medhjelp. Frelsesarmeen arbeider i over 120 land.



Frelsesarmeens rusomsorg, Gatehospitalet søker:

Sykepleier/vernepleier (Gjerne med videreutdanning innen kreft eller palliasjon)

Gatehospitalet åpner i 2016 ny sengeavdeling med 7 plasser. Denne avdelingen vil ha hovedfokus på alvorlig syke- og palliative rusavhengige pasienter. I tillegg også plasser for Hepatitt-C behandling. Gatehospitalet åpnet 2004 og er et helsetilbud for rusmiddelavhengige som har store og sammensatte helseproblemer. Hospitalet har i dag 17 senger fordelt på 9 plasser på herreavdeling og 8 plasser på kvinneavdelingen. Gatehospitalet ligger i Borggata 2 på Tøyen i Oslo.

Informasjon om stillingen:

- Stillingene er fast fra 14% helg opp til 100% og 63% nattstillinger.
- 2 delt turnus dag/kveld, natt-turnus samt helgestillinger, alle med jobb hver 3. helg
- Ved intern overgang til nevnte stillinger kan andre stillingsstørrelser og stillinger i nåværende avdelinger bli ledig. Vennligst opplys i søknaden om det kan være av interesse.

Arbeidsoppgaver bl.a:

- Palliativ pleie og omsorg.
- Gi adekvat helse- og omsorgstilbud til rusmiddelavhengige med en sammensatt problemstilling
- Medikamethåndtering og legevisitt.
- Miljøterapi.

Kompetanse, kvalifikasjoner og erfaring:

- Offentlig godkjent sykepleier/vernepleier gjerne med videreutdanning i kreft eller palliasjon.
- På grunn av personalgruppens sammensetning oppfordres menn til å søke.
- Arbeidserfaring inne rusfeltet er en fordel.
- Personlig egnethet vil bli spesielt vektlagt.

Vi søker en person:

- Som er dyktig og engasjert.
- Som liker å jobbe i team.
- Med gode mellommenneskelige egenskaper.
- Som er ansvarsbevisst og fleksibel.
- Arbeide i samsvar med Frelsesarmeens verdigrunnlag.

Vi tilbyr:

- Særs spennende og utfordrende stillinger i et godt arbeidsmiljø.
- Lønn i henhold til tariffavtale.
- Pensjonsordning.

Spørsmål:

Spørsmål kan rettes til daglig leder, Liv-Bente Nilsson Tlf: 22 08 36 70 eller mobil: 47973281

Tiltredelse: våren 2016 (etter avtale)

Søknadsfrist 10.januar 2016

Søknad sendes til: På e-post til: gatehospitalet@frelsesarmeen.no

Søknadspapirer returneres ikke.

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

- engasjert for mennesket

Sykepleiefaglig rådgiver

Ved avdeling for fag og kvalitet er det ledig stilling som sykepleiefaglig rådgiver.

Kontaktperson:

Fagdirektør Anne Wenche Lindboe, tlf. 90 13 70 93

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.



Søknadsfrist: 16.12.15



Høyehall er et Helse og Rehabiliteringssted i naturskjønne Hole kommune, 5 mil fra Oslo og 1 mil fra Hønefoss. Utsikten over Steinsfjorden med Gyrihaugen og Krokskogen i bakgrunnen er fantastisk!

Vi har opparbeidet særlig erfaring og kompetanse innen rehabilitering av pasienter med nevrologiske skader og sykdommer. Tverrfaglig team som består av lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, spes.hjelppeleier, aktivtør, psykolog, logoped og sosionom, vurderer pasientens ressurser og utfordringer og legger opp et individuelt opplegg.

Vår erfaring har gitt oss tro på at et ambisiøst mål og systematisk rehabilitering gir de beste resultatene til den enkelte pasient.



SYKEPLEIER VIKARIAT MED MULIGHET FOR FAST ANSETTELSE

Ønskede kvalifikasjoner

- Ansvarsbevisst
- Selvstendig
- Liker et hektisk og utfordrende miljø og som setter fag i høysetet
- Gode samarbeidsevner
- Gode norskkunnskaper
- Liker å jobbe tverrfaglig, men også tar selvstendige avgjørelser og er løsningsorientert.
- Erfaring fra rehabilitering vil være en fordel, men alle kvalifiserte oppfordres til å søke.

Ved spørsmål; kontakt Marita Kjenner Wiken, tlf. 952 92 950.

Søknad sendes: Høyehall Helse og Rehabilitering as, Åsheimsvn 3, 3530 Røyse. Eller på e-mail: daglig@hoyehall.no.

Søknadsfrist: Snarest

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Klinikk for Lunge- og arbeidsmedisin

Lungemedisinsk avdeling poliklinikk

Anestesisykepleier

100 % fast stilling.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Gunvor Broholm, tlf. 72 82 81 71, gunvor.broholm@stolav.no

Lungemedisinsk avdeling – LU3

Kreftsykepleier/sykepleier

100 % fast stilling.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Brit Irene Grav, tlf. 72 82 82 17, brit.irene.grav@stolav.no

Søknadsfrist for begge stillingene: 13. desember 2015

Søknader sendes elektronisk via www.stolav.no, velg jobbsøk - ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



Nøstret Bo- og Omsorgsenter søker SYKEPLEIERE eller VERNEPLEIERE til to stillinger

Nøstret er et langsiktig bo- og omsorgstilbud til mennesker med behov for oppfølging i forhold til psykisk helse. For mer info se våre hjemmesider www.nostret.no

- Oppstart oktober 2016, eller etter avtale.
- Stillingsstørrelse inntil 100 % etter avtale.

Søkeren må beherske norsk skriftlig og muntlig godt og ha gyldig sertifikat. Personlig egnethet, videreutdanning og erfaring vektlegges. Autorisasjon, cv og referanseperson legges ved søknad.

For nærmere informasjon ring:

Avdelingsleder Tove Jensen: 93201328
Virksomhetsleder Håvard Jakobsen: 91624395

Søknad merkes "Søknad 1/16" og sendes til: post@nostret.no
Eller pr. post til:
Nøstret Bo- og Omsorgsenter AS
Bønsnesveien 171
3530 Røyse,

Søknadsfrist: 31.12.2016



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo, i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Ledig stilling som forskningsleder

Vi utlyser 100% stilling med 50% stillingsandel i funksjon som forskningsleder og 50% stillingsandel som førsteamanuensis/professor. Stillingen rapporterer til rektor ved høgskolen og gir stabstøtte til studieledere i planlegging, gjennomføring og evaluering av LDHs samlede virksomhet innen FoU og utdanning.

Stillingen skal bidra til å fremme høgskolens satsning på avansert klinisk sykepleie gjennom å fremme miljø-/nettverksbygging, karriereveiledning for ansatte, og prosjektutvikling/søknadsarbeid, slik at forskningsaktiviteten som helhet bygger et solid og nyskapende miljø.

Søknadsfrist 20. januar 2016.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger



Skjervøy kommune

En trivelig kommune i Nord-Troms

Helse- og omsorgsetaten har følgende stilling ledig:

Skjervøy sykestue og sykehjem har følgende faste stillinger ledige med tiltredelse 04.01.2016:

- Inntil 4 faste 100% stillinger for offentlig godkjent sykepleier.
- 1 fast 70% stilling for offentlig godkjent sykepleier.

Fullstendig utlysningstekst på kommunens hjemmeside www.skjervoy.kommune.no

Søknad med oppdaterte arbeidsbevis, godkjente kopier av attester og vitnemål og opplysninger om referanser sendes helse- og omsorgssjefen, postboks 145G, 9189 Skjervøy eller helseogomsorg@skjervoy.kommune.no

Søknadsfrist er 16. desember 2015

Er du spesialsykepleier og vil utvikle deg faglig innenfor intensiv og nyfødtmedisin? Da bør du søke jobb hos oss!

Nyfødt intensiv!

- Spennende og unik pasientgruppe.
- Faglig utfordrende miljø som jobber kunnskapsbasert.
- Svært gode muligheter for egen faglig utvikling med god oppfølging av faggruppe og leder.
- Individualisert opplærings- og kompetansehevingprogram.
- Ønsketurnus.
- 4 fagdager i turnus/året.
- Arbeidstid: 35,5 t/uken.
- Meget godt og inkluderende arbeidsmiljø.



Kompetanse, forskning og omsorg Kun det beste – til de minste

Vi behandler kritisk syke nyfødte og premature. Avdelingen har landsfunksjon for nyfødte med hjertefeil. Vi er en høyintensiv avdeling, som trenger flere engasjerte medarbeidere med spesialkompetanse.

Avdelingen har nylig mottatt utdanningspris for vårt arbeid relatert til utdanning og kompetanseheving internt. Vi har fokus på et positivt læringsmiljø og gir grundig opplæring innenfor faget.

Vi ser etter deg som:

har et sterkt ønske om å jobbe med kritisk syke barn i et engasjert og tverrfaglig miljø, har evne til å takle stress i akutsituasjoner og omprioritere planlagte oppgaver når det er nødvendig.

Vi ønsker sykepleiere med spesialutdanning:
nyfødtsykepleie, barnesykepleie, intensivsykepleie.

Ta kontakt med: Cecilie Thorvaldsen, cthorval@ous-hf.no eller 23074649



Oslo universitetssykehus



Den 1. januar 2016 fusjonerer Diakonhjemmet Høgskole, Haraldsplass diakonale høgskole, Høgskolen Betanien og Misjonshøgskolen til VID vitenskapelige høgskole. Den nye høgskolen får ca. 300 ansatte og 3500 studenter og vil ha studiesteder i Bergen, Oslo og Sandnes/Stavanger.

FØRSTEAMANUENSIS / FØRSTELEKTOR / HØGSKOLELEKTOR

1. august 2016. Programområdets hovedvirksomhet er masterstudiet i verdibasert ledelse med ca. 150 studenter, og har i tillegg en betydelig FoU- og oppdragsvirksomhet.

Arbeids- og ansvarsområder

Stillingen er tillagt undervisning, forskning, veiledning og annen faglig virksomhet.

Kvalifikasjoner

Stillingen krever relevant ledelses- og organisasjonsfaglig kompetanse på minimum masternivå, med spisskompetanse/særlig interesse for ett eller flere av de følgende områder:

- Verdier og etikk i organisasjons- og ledelsefaglig perspektiv
- Styling, ledelse og organisering i offentlig sektor, spesielt innen helse- og omsorgssektoren.

Gode pedagogiske ferdigheter og formidlingsevne forutsettes, og kandidater kan bli bedt om å holde prøveforelesning.

Vi kan tilby

- Mulighet til faglig utvikling i et trivelig arbeidsmiljø med høy kompetanse og stort engasjement
- En verdibevisst utdanningsinstitusjon med høye ambisjoner
- Medlemskap med gode låne- og pensjonsvilkår i Statens pensjonskasse
- Personlig egnethet vektlegges
- Lønnplassering i henhold til hovedavtalen mellom VIRKE og arbeidstakerorganisasjonene. Stillingen er plassert i stillingskode 1011-førsteamanuensis, 1198-førstelektor og 1008-høgskolelektor

Andre opplysninger

Nærmere opplysninger om stillingene ved henvendelse til studieleder Leif Martin Stapnes, mobil 91565133 eller e-post stapnes@diakonhjemmet.no. Se våre nettsider på www.diakonhjemmet.no.

Søknadsfrist: 15.januar 2016



**SEL
KOMMUNE**

Sel kommune med ca. 6000 innbyggere ligger midt i Gudbrandsdalen med kort avstand til landets flotteste og mest besøkte nasjonalparker og elver. Kommune- og regionsenteret Otta er et viktig samferdselsknutepunkt for vei og jernbane. Otta har bystatus. Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter er lokalisert på Otta, og kommune er vertskommune for flere interkommunale tjenester. Kommunen har en betydelig reiselivs- og opplevelsesnæring med utgangspunkt i Rondane, Heidal og Sjøa elv. Kommunen står fremfor spennende utviklingsoppgaver som E6 utbygging, kraftutbygging, kommunereform og videreutvikling av Otta som regionsenter.

Stilling 1:

HELSESØSTER 50 % VIKARIAT I 1 ÅR.

Med mulighet for fast stilling

Oppstart: 01.01.16

Sel kommune har ledig spennende og utfordrende stilling som helsesøster. Helsestasjon er delt i helsestasjon og skolehelseteam. Tjenesten har 7 årsverk inkludert helsesøstre, jordmor, miljøterapeuter og merkantil ansatt. Helsestasjonen er en del av virksomheten familie og velferd, som i tillegg består av avdelingene psykisk helse, interkommunal barneverntjeneste og fysioterapi/ergoterapi.

Arbeidsoppgaver:

- * Helsestasjon
- * Skolehelsetjeneste
- * Helsestasjon for ungdom
- * Tverrfaglig samarbeid
- * Flyktninghelse

Stilling 2:

HELSESØSTER/ EV.JORDMOR 50 % prosjektstilling

Oppstart: snarest

Varighet: 1 år

Sel kommune har fått midler fra helsedirektoratet til å danne ett senter for seksuell helse/ forsterke helsestasjon for ungdom. Dette skal skje i samarbeid med ungdomshelselege, videregående skole og helsestasjonene i de andre norddalskommunene.

Arbeidsoppgaver:

- * Få satt prosjektet ut i livet etter framdriftsplan i søknad.
- * Skrive prosjektplan
- * Samarbeid med videregående skole, sex og samfunn, de andre helsestasjonene i Norddalen.
- * Evaluerer prosjektet sammen med prosjektgruppa og rapporteres til helsedirektoratet.

Spørsmål om stillingene kan rettes til avd. leder Anne Enkerud Lien tlf.

93452350 eller virksomhetsleder Kristin Kalbakk tlf. 415 37 287

Søknadsfrist: 22.12.2015

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for mennesker

Spesialsykepleier/sykepleier

Ved postoperativ/intensiv er det ledig stilling som spesialsykepleier/sykepleier.

Kontaktperson:

Enhetsleder Rune Johansen tlf. 22 45 16 86

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 31.12.15



Grefsenhjemmet

-et godt sted å være

LEDIGE SYKEPLEIERE SØKES TIL GREFSENHJEMMET!

Vi trenger sykepleiere til ekstravakter på kveld, helg og natt.

Send gjerne CV og søknad til postmaster@grefsenhjemmet.no

Ved spørsmål kan dere ta kontakt med en av våre avdelingssykepleiere
22797810 eller Tone Maarud tlf. 22797822

Sykehuspartner HF er en felles tjenesteleverandør for virksomhetene i foretaksgruppen Helse Sør-Øst. Tjenestene omfatter IKT, HR, Prosjektjenester og Innkjøp og Logistikk. Ved å kombinere kunnskap om helsesektoren med teknologikompetanse utvikler og leverer vi fremtidsrettede og effektive løsninger som bidrar til at helsepersonell får frigitt tid til å fokusere fullt og helt på sin primære virksomhet – pasientbehandling.

Applikasjonsforvalter – LAB regional

Vil du være med på å redde liv og helse ved å arbeide for en stabil og sikker tjenesteportefølje i en av Norges største IKT-bedrifter?
Frister det med høy grad av selvstendighet, påvirkningsmuligheter og ansvar?
Er du ansvarsbevisst, uredde og full av pågangsmot?

Sykehuspartner HF har behov for å styrke bemanning innen forvaltning av både det regionale systemet og lokale laboratorieapplikasjoner. Vi søker nå etter en applikasjonsforvalter med laboratorie-medisinsk og IKT-kompetanse.

Arbeidsoppgaver

- Applikasjonsforvaltning – konfigurering, support, installasjon, drift og vedlikehold av applikasjoner
- Håndtere endringer i systemet, samt testing, oppgradering og feilhåndtering
- Utarbeide og vedlikeholde dokumentasjon og rutiner
- Deltakelse i prosjekter

Arbeidsted: Oslo

Søknadsfrist: 15. desember 2015

For søknad og mer informasjon om stillingen, se www.sykehuspartner.no under ledig stillinger.

frantz.no



Loppa kommune

Vil du ha både i pose og sekk? Allsidig og interessant arbeid og likevel tid til familien? I Loppa får du unik logistikk, kombinert med lett tilgjengelig og storslått natur! Loppa har ca 1000 innbyggere, og grenser til kommunene Kvænangen, Alta og Hasvik. Loppa har Finnmarks høyeste fjell - Loppatind 1175 moh. Kjenn energien fra midnattssolen eller la deg bergta av nordlys en stille vinternatt!

SYKEPLEIERE, HELSEFAGARBEIDERE, ASSISTENTER OG MILJØTERAPEUTER

- 2 sykepleiere 100 % stilling (sykehjem)
- 3 helsefagarbeidere 100 % stilling (2 faste, 1 svangerskapsvikariat)
- 4 assistenter helgestilling (3 på sykehjem, 1 i bofellesskap)
- 2 miljøterapeuter deltidstilling (bofellesskap)

Se www.loppa.kommune.no eller www.nav.no for utfyllende utlysningstekster.



ORKDAL KOMMUNE
Glød og go'fot

SYKEPLEIERE

Vil du være med på å utvikle Orkdal Helsetun?

Orkdal Helsetun er kommunens sykehjem med i alt 117 plasser. Vi er i ferd med å sertifisere oss som livsgledesykehjem og tilbyr en god og spennende arbeidsplass med varierte arbeidsoppgaver. Vi satser på utvikling og søker etter sykepleiere som vil være med på å utvikle et godt fagmiljø ved helsetunet. Vi søker medarbeidere som kan bidra til å oppfylle Orkdal kommunes verdier raus, effektiv og nyskapende.

Ledige stillinger

- Fast 100 % stilling (stedfortreder for avdelingsleder)
- Fast 100 % stilling
- Fast 75 – 100 % stilling

Natt

- Fast 75 % stilling
- Fast 2 x 62 % stilling
- Fast 67 % stilling
- Vikariat 75 % stilling
- Vikariat 54 % stilling

Vi kan også tilby rekrutteringsstillinger for fagarbeidere, elever/studenter eller andre med relevant utdanning. Vi oppfordrer sisteårsstudenter og andre med helsefaglig bakgrunn å søke på stillingene.

Viser til www.orkdal.kommune.no for flere opplysninger om Orkdal kommune og organisering av sykehjemmet, og [elektronisk søknadsskjema](#).

Kontaktperson: Enhetsleder Ingrid Fagerli, tlf.nr. 454 68 490.

Søknadsfrist: 20.12.2015.



Tjøme kommune

TJØME SYKEHJEM SØKER SYKEPLEIER

80 % fast stilling

Direkte plassert 426.400

Velkommen til Tjøme kommunes nettsider for utfyllende opplysninger og ikke minst til å søke! www.tjome.kommune.no ledige stillinger.

Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse
Sissel Irene Høisæther tlf: 33 06 79 02, epost: sho@tjome.kommune.no

Søknadsfrist: 06.12.2015



UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER TIL PH.D. - OG POSTDOKTOR STILLING

NSF utlyser ett ph.d.- og ett postdoktorstipend innenfor temaene:

1. Tjenesteutvikling og implementering av nye praksismodeller og roller i sykepleietjenesten.
2. Utdanningsforskning – herunder utdanningsledelse og kvalitet i utdanningen (både teoretiske og praktiske studier).

Prosjektene skal frembringe ny kunnskap som kan bidra til å utvikle sykepleietjenesten og sykepleierutdanningen i tråd med brukernes/pasientenes, pårørende og samfunnets behov.

Prosjektansvarlig (søker) skal være en norsk forskningsinstitusjon med navngitte faglig og administrativt ansvarlige personer.

Den faglige ansvarlige må være sykepleier med doktorgrad og medlem av NSF.

Personene som ansettes i stipendiatstillingene må være medlemmer av NSF.

For informasjon om fullstendig utlysning og krav til søknaden, se www.nsf.no

(Forside-Medlemskap- Faglige fordeler – Stipend- NSF's strategiske forskningsmidler).

Søknad og eventuelle spørsmål sendes som e-post til forskningsmidler@nsf.no

Søknadsfrist 15. februar 2016 kl. 12:00.



Tydelig - Modig - Stolt

JENS-CHRISTIAN HOLM
- FORLAG OG FORMIDLING



Behandling av svært overvektige barn
ved JENS CHRISTIAN HOLM

Kjent fra
Generasjon XL på
NRK, SVT, DR og
BBC World

Jens-Christian Holm tilbyr kurs for behandling av sværtovervektige barn og unge.

Kursene er en introduksjon til den pedagogiske metoden som fører til vekttap hos 70 - 80 prosent av svært overvektige barn og unge. Metoden er effektiv i forhold til tidsbruk. Årsaken til den effektive behandlingen er den effektive kommunikasjonen som tar for seg alvorret bak problemstillingene, men som også inneholder omsorg for den som behandles.

Kurs 1:

Introduksjonskurs. Vektregulering, Komplikasjoner ved overvekt, behandlingsmetode, pedagogikk. Tisdag 26. april - onsdag 27. april 2016. **Sted:** Scandic Oslo.

Kurset er første del av i alt 3 kurs.

Se www.jenschristianholm.dk - Mail overveegt.behandling@gmail.com - Facebook Jens-Christian Holm - Twitter JC_Holm

En helt ny leseopplevelse



Prøv
Sykepleien
på nettbrett
du også!

Sykepleien

MDskin solutions
THE ANTI-AGING EXPERTS

Sertifiseringskurs i filler- og toxinbehandling

Orkideklinikken AS og Pluryal® inviterer til sertifiseringskurs i filler- og toxinbehandling.

Kurset består av et grunnkurs og et kurs for viderekomne. Målgruppen er sykepleiere, leger og tannleger.

Grunnkurset tar for seg de mest etterspurte behandlinger i nedre del av ansiktet. Påbyggingskurset tar for seg behandlinger i øvre del av ansiktet.

For mer informasjon og kursdatoer, ta kontakt med:
Orkide klinikken AS 926 66 271





MEDIYOGA - medisinsk yoga
Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
+46 85 40 882 80




Bli best på å bli bedre!

2. til 3. mars 2016 er det klart for Forbedrings-samling med pasientsikkerhetsprogrammet **I trygge hender 24-7**.

Du får tips om: **risikotavler** og **forbedringstavler**, **god kommunikasjon med pasienten**, **pasient-sikker kommune** og **nye innsatsområder**. Forelesere fra anerkjente IHI.

Mer info: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no
Meld deg på nå!



Fotograf: Stig Marlon Weston

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Klar for å gjøre en større forskjell?

Masterprogram

- Sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling
- Helse og empowerment
- Læring i komplekse systemer
- Psykisk helsearbeid
- Rehabilitering og habilitering

Videreutdanninger

- Kreftsykepleie
- Psykisk helsearbeid

Søknadsfrist 1. mars
Studiestart høsten 2016
www.hioa.no/videre

NETTBASERT

masterutdanning i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap

Vil du øke din kompetanse og dine karrieremuligheter?

Høgskolen Stord/Haugesund, lokalisert mellom Bergen og Stavanger, tilbyr en helse- og sosialfaglig masterutdanning. Utdanningen er i hovedsak nettbasert, men har noen samlinger på campus hvert semester.

Omfang: 120 studiepoeng (deltid/heltid)
Organisering: Nettbasert/ukesamlinger
Søknadsfrist: 15. april 2016
Oppstart: Høst 2016
Les mer på: www.hsh.no/masthelse



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

14. - 16. april 2016

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; kr 4.950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.

VIDEREUTDANNING I KREFTSYKEPLEIE

Samlingsbasert studie
1 år heltid / 2 år deltid
60 studiepoeng



Fagplan, tidspunkt for ukesamlinger, søknadsprosedyre og mer info finner du på www.betanien.no

Høgskolen Betanien ligger i Bergen.
Fra 1. januar fusjonerer vi og blir del av
VID vitenskapelige høgskole



Trenger du faglig påfyll?

Ta en master- eller videreutdanning ved Høgskolen i Hedmark.

Les mer på hihm.no/himv



Høgskolen i Hedmark

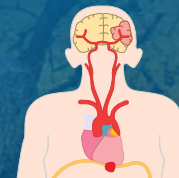


3. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter
11. og 12. feb. 2016

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjertetoghjernen.no

Sykepleiere ønskes velkommen





Helpensjon på skipet



Reis trygt og komfortabelt

Elvecruise på Rhinen og Mosel – fra Amsterdam til Basel

Bli med på båttur fra Amsterdam til Basel, og opplev de hyggelige middelalderbyene og UNESCO-fredede elvelandskaper med borger, fjell og vinranker i skråningene

På to elver og gjennom fire land på Albatros Travels eget elvecruise. Fra Nederlands hyggelige hovedstad følger vi Rhinens løp sørover gjennom Tyskland, Frankrike og hele veien til Basel i De sveitsiske Alper. Turen fører også gjennom den mest spektakulære strekningen av Mosel, der vi bl.a. besøker Cochem.

Om bord på det komfortable og moderne 4-stjerners skipet vårt, "Serenade 1", glir vi stille forbi det ene vakre elvelandskapet etter det andre. Et av turens absolutte høydepunkter er den eventyrlige tyske Rhindalen, der fjellene blander seg med terrasse-vinmarker og pittoreske borgruiner.

Underveis anløper vi noen av Nord-Europas kulturelle tungvektene som Köln med domkirken Kölner Dom, og Strasbourg i Alsace med den UNESCO-fredede middelalderbykjernen. Vi skal også besøke noen av de små hyggelige Rhin-byene som Rüdesheim am Rhein og Boppard, sammen med Mainz midt i Tysklands største vindistrikt.

Inkludert i prisen

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo/Bergen–Amsterdam og Zürich–Oslo/Bergen med mellomlanding
- Utflukter og transport jf. program
- Informasjonsmøter og foredrag ved reiselederen
- 8 dagers cruise med Serenade 1 i delt dobbeltlugar med vindu på Beethoven-dekk
- Helpensjon på skipet
- Kaffe, te og isvann til måltidene på skipet
- Skatter og avgifter

Avreise fra Oslo og Bergen

Reisens varighet: 8 dager
23/4 & 20/7 2016

Pris den 23/4

12 998,-

Andre spennende Albatros-reiser



Grønne, grønne Irland

Reisens varighet: 8 dager
12/4, 19/4 & 26/4 2016

Pris KUN **9 498,-**



Magiske Marokko

Reisens varighet: 8 dager
14/11 2015, 27/2 & 6/4 2016

Pris 14/11 **9 998,-**



Langtidsferie på Mallorca

Reisens varighet: 29 dager
19/4 & 3/5 2016

Pris 19/4 **18 498,-**

Rundreiser med reiseleder
albatros-travel.no | 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Albatros
Reis med hjerte, hjerne & holdning

Retro musikkanlegg 7-i-1

NOSTALGISK UTENPÅ - HIGHTECH INNI

Veil.: 4.199,-

Kun:
3.699,-

Inkl. DAB+ og Bluetooth!

OPPGRADERT MODEL
BESTSELGER!
KUN HOS OSS



 **Bluetooth™**

DAB+
Digital Audio Broadcasting



DAB+ og FM-radio



CD-spiller



Platespiller



Kassettpiller



USB-lagring/-avspilling



USB minnepinne 8 GB



Reservestift



Platerengjøringssett



Platebord

- Innebygd DAB+ radio med teleskopisk antenne • Bluetooth for avspilling av lydfiler fra smartphone eller nettbrett
- FM-radio og 75 Ohm husantenneinngang • Integreerte stereohøytalere 2 x 5W (RMS) som gir god lyd • Equalizer med 5 ulike valgmuligheter for klang
- Platespiller for LP'er (33), singleplater (45), "steinkaker" (78) • Kassettpiller med hurtigspoling • Programmerbar CD-spiller for audio-CD og Mp3-CD
- USB-inngang for avspilling og lagring av musikk fra radio, plater, CD, kassett, Mp3-disc og Bluetooth • Inngang for eksterne avspillingsenheter
- Tilkobling av eksterne høyttalere mulig (forsterker nødvendig) • Fjernstyring av alle funksjoner via godt lesbart LED-vindu • Norsk bruksanvisning
- Språkvalg i display: norsk, svensk, engelsk, tysk, nederlandsk • Flott kabinett i massiv eikefinér • Mål (b/d/h) 51x35x22 cm (42/52 cm åpnet)

For ekstra tilbehør, se småbildene med hvit bakgrunn

Informasjon og bestilling:
www.powermaxx.no Tlf: 38 26 45 52



POWERMAXX