

4 2013
21. mars 2013
101. årgang

Sykepleien

Når huden blir syk 24
Uvitenhet på legevakt 46
Full hjerteklaff 56



Barnevakten

Anne Lindboe er ikke skyggeredd når hun skal passe på landets minste. 96

- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (etinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller^{2,3}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon Nuvaring® (For fullstendig sikkerhetsinformasjon henvises til preparatomtalen)

Kontraindikasjoner: Som for hormonelle prevensjonsmetoder som inneholder etinyløstradiol eller østradiol. For fullstendig oversikt over kontraindikasjoner se preparatomtalen.

Forsiktighetsregler: Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres ved samtidig bruk av medikamenter som interfererer med cytokrom P450 enzym systemet i lever. Beskytter ikke mot HIV, AIDS eller andre seksuelt overførte sykdommer.

Bivirkninger: Magesmerter, kvalme, vektøkning, akne, nedsatt sexlyst.

Felles for all hormonell prevensjon: Før forskrivning bør det foretas en fullstendig medisinsk anamnese og måling av blodtrykk.

Tryggere bruk av p-piller

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

NUVARING® 

(etonogestrel/etinyløstradiol)

Før forskrivning av Nuvaring®
se preparatomtalen

C NuvaRing Organon

Antikonseptjonsmiddel

Kan rekvireres av helsesøster og jordmor

ATC-nr.: G02B B01

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonszyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller stadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykkmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle trombotiser. Bruk av kombinasjons-p-pille innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ringen bruk. Risikoen er mindre enn den som er assosiert med graviditet og som er estimert til 60 pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan NuvaRing influer på risikoen sammenlignet med andre hormonelle prevensjonsmetoder av kombinasjonstypen. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklauffeili, hjerteinfarkt, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning for det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonseptjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig

eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på venøs eller arteriell trombose kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i beina, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på andre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelsen av gallestein, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markøren for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsatte perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonseptjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiram, felbamat, ritanavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, noe som kan

redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning:** Overgang i placentata: Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og andre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksjoner: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener/bryst: Smerter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Neurologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerte/kar: Heteokter. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksjoner: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenge, cervixpolyp, blødning under samleie, dyspareuni, cervixektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypostesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. **Svært sjeldne ($< 1/10000$), ukjent:** Hud: Urticaria. **Egenskaper:** Klassifisering: Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinyløstradiol per 24 timer. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen. **Absorpsjon:** Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinyløstradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinyløstradiol ca. 56%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinyløstradiol ca. 15 liter/kg. **Halveringstid:** Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasmapclearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabolittutskillelsen ca. 6 dager. Etinyløstradiol: Ca. 34 timer. Plasmapclearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metabolittene ca. 1,5 dag. **Utskillelse:** Via urin og galle. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Sist endret:** 08.11.2011

NuvaRing, VAGINALRING:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
120 µg/15 µg	1 stk.	007821	kr 119,90	-
	3 stk.	007852	kr 304,60	-

Referanser: 1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

BD VENFLON™ PRO SAFETY



reddot design award
best of the best 2008



På nasjonal kontrakt med norske sykehus

- Den nyeste generasjonen perifere venekanyler med sikkerhetsanordning.
- Robust beskyttelse mot nålestikk og blodsøl.
- Møter kravene i nytt EU-direktiv (2010/32/EU) om forebygging av stikkskader.

Med Venflon Pro Safety settes standarden innen perifere venekanyler med sikkerhetsanordning.



puls
et selskap i handicare
www.puls-norge.no

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt penn/sprøyte inneholder: Etanercept 25 mg, resp. 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, mannitol (E 421), sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 10 mg til barn: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 10 mg, mannitol (E 421), sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** *Revmatoid artritt:* Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt hos voksne, når responsen på sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne, som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastigheten av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. *Juvenil idiopatisk artritt:* Behandling av polyartritt (revmatoid faktor positiv eller negativ) og utvidet oligoartritt hos barn og ungdom fra 2 år, som har hatt en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <2 år. Behandling av psoriasisartritt hos ungdom fra 12 års alder som har hatt en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Behandling av entesitrelatert artritt hos ungdom fra 12 års alder som har hatt en inadekvat respons på eller er intolerante for konvensjonell behandling. *Psoriasisartritt:* Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne, når responsen på tidligere sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. *Pediatrisk plakkpsoriasis:* Behandling av kronisk alvorlig plakkpsoriasis hos barn og ungdom fra 6 år, som er utilstrekkelig kontrollert, eller intolerante overfor andre systemiske behandlinger eller lysterapi. **10 mg til barn:** Kun til behandling av juvenil idiopatisk artritt og pediatrisk plakkpsoriasis. **Dosering:** Behandling bør initieres og overvåkes av spesialister med erfaring i diagnostisering og behandling av indikasjonene. *Revmatoid artritt: Voksne:* Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke. Alternativt er det vist at 50 mg 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt. *Plakkpsoriasis: Voksne:* Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opp til 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opp til 24 uker. Kontinuerlig behandling utover 24 uker kan være nødvendig hos enkelte voksne pasienter. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Hvis gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer mht. behandlingsvarighet og dosering følges. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. *Psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt): Voksne:* Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. *Juvenil idiopatisk artritt: Barn ≥2 år og ungdom:* Anbefalt dose: 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke med 3-4 dagers intervall mellom dosene, eller 0,8 mg/kg (maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke. Seponering bør vurderes hos pasienter som ikke viser respons etter 4 måneder. Begrensede data tyder på at sikkerhetsprofilen hos barn i alderen 2-3 år er omtrent som hos barn ≥4 år og voksne, ved s.c. administrering av 0,8 mg/kg pr. uke. Nøyaktig dose baseres på kroppsvekt (mg/kg) til pasienter <62,5 kg ved bruk av injeksjonsvæske 10 mg eller 25 mg/ml. Til pasienter ≥62,5 kg kan forhåndsfylt sprøyte eller penn med fast dose benyttes. Vanligvis ikke egnet til barn <2 år, ved juvenil idiopatisk artritt. *Pediatrisk plakkpsoriasis: Barn ≥6 år:* Anbefalt dose: 0,8 mg/kg (maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke i inntil 24 uker. Behandling bør avsluttes hos pasienter som ikke viser respons etter 12 uker. Hvis gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer mht. behandlingsvarighet og dosering følges. Dosen bør være 0,8 mg/kg (maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke. Nøyaktig dose baseres på kroppsvekt (mg/kg) til pasienter <62,5 kg ved bruk av injeksjonsvæske 10 mg eller 25 mg/ml. Til pasienter ≥62,5 kg kan forhåndsfylt sprøyte eller penn med fast dose benyttes. Vanligvis ikke egnet for barn <6 år ved plakkpsoriasis. **Tilberedning:** *Hetteglass:* Rekonstitueres med 1 ml vann til injeksjonsvæsker for bruk. *Ferdigfylt sprøyte og ferdigfylt penn:* Bør oppnå romtemperatur (15-30 minutter) før injeksjon. **Administrering:** Til s.c. injeksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. **Forsiktighetsregler:** Kanylleheten på den ferdigfylte sprøyten og den ferdigfylte pennen inneholder lateks som kan forårsake hypersensitivitetsreaksjoner ved håndtering eller administrering til personer med kjent eller mulig lateksallergi. Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter etanerceptbehandling, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og opportunistiske infeksjoner inkl. invasive soppinfeksjoner listeriose og legionellose er rapportert ved bruk av preparatet. Infeksjonene skyldes bakterier, mykobakterier, sopp, virus og parasitter (inkl. protozoer). I enkelte tilfeller har bestemte sopp- og andre opportunistiske infeksjoner ikke blitt gjenkjent. Dette har resultert i forsøkt behandling og av og til død. Risiko for opportunistiske infeksjoner (f.eks. eksponering av endemiske mykoser) bør vurderes ved infeksjonsvaluering av pasienter. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Ved alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos pasienter med kroniske infeksjoner. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. miliærtuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. For oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose, inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose, mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Passende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimerte pasienter. Ved aktiv tuberkulose, skal behandling med etanercept ikke igangsettes. Ved latent tuberkulose må behandling for latent tuberkulose startes for oppstart med etanercept, og nytte-risikoforholdet ved etanerceptbehandling skal vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, sving/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivert av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset som bruker TNF-antagonister. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon for initiering med etanercept. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes mht. tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt hepatitt C. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon er ikke vurdert. Tilfeller av leukemi er rapportert ved behandling med TNF-antagonister. Mulig risiko for å utvikle lymfom, leukemi eller andre hematopoetiske eller solide maligniteter kan ikke utelukkes basert på nåværende kunnskap. Det bør utvises forsiktighet når behandling vurderes til pasienter som tidligere har hatt maligniteter eller når fortsatt behandling av pasienter som utvikler maligniteter vurderes. Maligniteter, enkelte ganger dødelige, er rapportert hos barn, ungdom og unge voksne (opp til 22 år, behandlingsinitiering ≤18 år). Omtrent halvparten av disse tilfellene var lymfomer. De andre tilfellene representerte en rekke forskjellige maligniteter, inkl. sjeldne maligniteter som typisk forbindes med immunsuppresjon. Risiko for utvikling av maligniteter hos barn og ungdom kan ikke utelukkes. Melanom og non-melanom hudkreft (NMSC) er rapportert hos pasienter behandlet med TNF-antagonister, inkl. etanercept. Svært sjeldne tilfeller av Merkel-celle-karsinom er rapportert etter markedsføring. Periodiske hudundersøkelser anbefales for alle pasienter, spesielt ved økt risiko for hudkreft. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi, noen med dødelig utfall. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt bloddyskrasi. Pasienter/foreldre/foresatte skal informeres om omgående å ta kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på bloddyskrasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet bloddyskrasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser og i svært sjeldne tilfeller perifer demyeliniserende polynevropati. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør nytte-risikoforholdet vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om mulig forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarer profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Skal ikke brukes for behandling av alkoholisk hepatitt, og forsiktighet bør utvises ved bruk hos pasienter som har moderat til alvorlig alkoholisk hepatitt. Etanercept anbefales ikke til behandling av Wegeners granulomatose. Hypoglykemi er rapportert etter initiering av forsiktighet hos pasienter som får behandling for diabetes, og en reduksjon i den antidiabetiske behandlingen hos enkelte av disse pasientene kan være nødvendig. Inflammatorisk tarmsykdom (IBD) og uveitt er rapportert etter behandling med etanercept hos pasienter med juvenil idiopatisk artritt (JIA). Forsiktighet anbefales ved behandling av eldre og spesiell oppmerksomhet bør rettes mot forekomsten av infeksjoner. Det anbefales at pediatriske pasienter immuniseres iht. gjeldende retningslinjer, for behandlingen igangsettes. **Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salisylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept i tillegg til sulfasalazin, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Klinisk signifikans er ukjent. Forsiktighet bør utvises når kombinasjonsbehandling med sulfasalazin vurderes. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra eller abatacept, er ikke anbefalt. **Graviditet, amning og fertilitet:** *Graviditet:* Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke. *Amning:* Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, må en enten avslutte amningen eller avbryte behandlingen, basert på en vurdering av barnets fordeler av amning og morens fordeler av behandling. *Fertilitet:* Fertile kvinner skal anmodes om å bruke sikker prevensjon under behandling og i 3 uker etter avsluttet behandling. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner). *Øvrige:* Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Hud: Kløe. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner. Dannelse av autoantistoffer. *Øvrige:* Feber. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni. Hud: Angioødem, urticaria, utslett, psoriasislignende utslett og psoriasis (inkl. nytt utbrudd eller forverring og pustular, hovedsakelig i håndflater og på føtsåler). Immunsystemet: Systemisk vaskulitt (deriblant antinøytrøff cytoplasmaantistoff-positiv vaskulitt). Infeksjoner: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis og parasittinfeksjon). Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. *Svulster/cyster:* Non-melanom hudkreft. *Øye:* Uveitt, skleritt. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Anemi, leukopeni, neutropeni, pancytopeni. Hjerne/ka: Forverring av kongestiv hjertesvikt. Hud: Tkan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt), Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme. Immunsystemet: Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner (inkl. angioødem, bronkospasmer), sarkoidose. Infeksjoner: Tuberkulose, opportunistiske infeksjoner (inkl. invasive sopp-, protozo-, bakterielle og atypiske mykobakterielle infeksjoner og Legionella). Muskel-skjelettsystemet: Subakutt kutan lupus erythematosus, diskoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever/galle: Økte nivåer av leverenzymmer, autoimmun hepatitt. Neurologiske: Kramper, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som minner om multipel sklerose, eller lokaliserte demyeliniseringsstilfeller som f.eks. optikusnevritt og transvers myelitt. *Svulster/cyster:* Lymfom, melanom. *Svært sjeldne (<1/10 000):* Blod/lymfe: Aplastisk anemi. Hud: Toksisk epidermal nekrolyse. Neurologiske: Perifer demyeliniserende polynevropati inkl. Guillain-Barrés syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polynevropati, demyeliniserende polynevropati og multifokal motor nevropati. *Ukjent frekvens:* Immunsystemet: Makrofag aktiveringssyndrom. Infeksjoner: Listeria, reaktivert av hepatitt B. *Svulster/cyster:* Leukemi. Merkel-celle-karsinom. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv revmatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subakutt kutan lupus eller diskoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn med juvenil idiopatisk artritt og plakkpsoriasis av samme type og frekvens som sett hos voksne. Alvorlige bivirkninger, inkl. varicella, med tegn/symptomer på aseptisk meningitt som ble behandlet uten sekleve, blindtarmbetennelse, gastroenteritt, depresjon/personlighetsforstyrrelser, hudsår, øsofagitt/gastritt, septisk sjokk grunnet type A streptokokker, diabetes mellitus type I og infeksjoner i bløtdeler og postoperative sår. Inflammatorisk tarmsykdom (IBD) og uveitt er rapportert hos pasienter med juvenil idiopatisk artritt, inkl. noen få tilfeller som indikerer positiv gjentatt provokasjon («rechallenge»). **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste dosenivå som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m² etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m² gitt 2 ganger pr. uke. *Behandling:* Intet kjent antidot. Se Giftinformasjonsen anbefalinger for etanercept. *Tumorekrosefaktor alfa (TNF-α)-hemmer L04A B side D. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Immunsuppressiv. Human tumorekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. *Virkningsmekanisme:* Kompetitiv hemming av binding av tumorekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekyler undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er induert eller regulert av TNF. *Absorpsjon:* Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon ca. 48 timer etter en enkeltdose. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes ca. dobbelt så høye steady state-konsentrasjoner sammenlignet med en enkeltdose. 25 mg: C_{max}: 1,65 ±0,66 µg/ml og AUC: 235 ±96,6 µg/ml/time. *Fordeling:* Distribusjonsvolumet ved steady state er 10,4 liter. *Halveringstid:* Ca. 70 timer. Clearance: 0,066 liter/time. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Skal ikke fryses. Kan oppbevares ved maks. 25°C i én enkeltperiode på opp til 4 uker, og skal deretter ikke avkjøles igjen. Skal kasseres dersom det ikke brukes i løpet av 4 ukers oppbevaring utenfor kjøleskap. Oppbevar de ferdigfylte sprøytene og pennene i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. *Kjemisk og fysisk stabilitet for pulver og væske til injeksjonsvæske etter rekonstitusjon:* Er vist for 6 timer ved maks. 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet brukes umiddelbart etter rekonstitusjon. **Andre opplysninger:** Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 10 mg og 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. Oppløsningen skal være klar og fargeløs eller svakt gul og praktisk talt fri for synlige partikler. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske: 25 mg:* 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 4788,20. *50 mg:* 4 stk. (ferdigfylt penn) kr 9253,60. 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 9253,60. *Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg:* 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 4788,20. *10 mg til barn:* 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 1968,40.*



Start with ENBREL
Stay with ENBREL
Trust ENBREL

Enbrel er fortsatt 1.valget i biologisk behandling av plakk psoriasis¹



1. LIS - TNF/ BIO avtaler 2013



Klar for en ny dag?



Nycomed: a Takeda Company

Indikasjon: Circadin® er indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter som er 55 år og eldre.¹

Circadin® er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmønsteret.^{1,2)}

Circadin® forbedrer søvnkvalitet og gjør at pasienten føler seg uthvilt og opplagt påfølgende dag.^{1,2,3)}



Klar for en ny dag!

Depottablett melatonin

circadin[®]
Klar for en ny dag

Referanser:

1. SPC 2. Aging Health 2008 4(1), 11-21 3. Otmani et al. Hum. Psychopharmacol Clin Exp (2008). Published online in Wiley InterScience

C Circadin «Neurim»

Sedativum. Hypnotikum.

ATC-nr.: N05C H01

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneh.: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

Dosering: Bør svelges hele. Voksne: 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyproporalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinaloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zalepon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnorganer/bryst: Menopausesymptomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet:

Smerter i ekstremiteter. Neurologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet, søvnløshet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystsmerte. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, haltose, gastritt. Hjerne/kar: Høretokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus utslett, neglesykdommer. Kjønnorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Neurologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, paresesti. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synskarphet, uklart syn, økt lakrimsjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT₁-, MT₂- og MT₃-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT₁ og MT₂) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forsterker insovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvnsettingsen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (T_{max} = 3 timer og C_{max} = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Bindes hovedsakelig til albumin, alfa₁-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** 1. leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv.

Utskillelse: 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form.

Pakninger og priser pr 01.02.2013: Enpac: 30 stk. 198,30 kr.



Tema: Hud

- 24 Når huden blir syk
- 26 – Det er veldig plagsomt
- 30 – Psoriasis er smertefullt
- 30 Vil styrke pasientens motivasjon



24

Innhold

4 2013 Sykepleien

«Legevakten kan oppleves som lite empatisk.» Barth Tholens i Aksjonisten, side 8

Hva skjer

- 8 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – småstoff
- 13 Vi bare spør Lise Mikkelsen
- 14 – Vi må tåle kverulantene
- 18 – Helsesøstre må spørre
- 21 Yrkesfaglig vei til studiekompetanse

Der ute

- 34 Nytt fra utlandet
- 36 Håp for de utstøtte
- 40 Studenter reiser med mangelfull forsikring
- 44 Øyeblikket
- 46 – Krenkende holdninger på legevakten
- 48 – Alle får tilbud om bedøvelse
- 54 Min jobb: Mildrid Ringset

Fag og bøker

- 56 Ny behandling av eldre hjertesyrke
- 60 Poesien i de siste tankene
- 62 Betre kvalitet med behandlingsslinjer
- 68 Fagnyttig
- 70 Forfatterintervju: Ellen Økland Blinkenberg
- 72 Bokanmeldelser
- 76 Nettkurs vekket interesse for forskning
- 78 Etikk: Berit Daae Hustad
- 80 Quiz og kryssord

Mennesker og meninger

- 84 Eli Gunhild By om langvarig kamp
- 85 Meninger fra leserne
- 87 Minneord
- 90 Kronikk om selvskading
- 92 Kronikk: Mathilde Fasting
- 94 Innspill: Leif Arne Heløe
- 96 Tett på Anne Lindboe
- 100 Paragrafrytterne
- 101 Stillingsannonser
- 110 Kunngjøring

Si din mening på sykepleien.no og Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 02409

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

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: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hillsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12). Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:
Color Print A/S



60 Eldre og døende skriver om forholdet til sine nærmeste



14 PST vil vite om drapstrusler

«Hvem skal ha kontroll med vår genetiske kode?»

70



Det første møtet

Hvem vil være et nummer uti rekka?
Nei, du vil være the one and only.

Jeg har en relativt kort karriere som sneker bak meg. Det var et fint, fysisk yrke, med synlige resultater. Men jeg manglet kanskje noen grunnleggende fingerferdigheter. En dag fikk jeg det bekreftet da min tommel ble klemt flat som et kronestykke. Det skjedde i en anretning som skulle hjelpe meg å kappe finerplater. I stedet kappet jeg nesten tommelen; blodet sprutet og kollegene råkjørte meg til legevakten.

Der ble jeg tatt imot av en stoisk person i hvit frakk som virket helt uinteressert i mitt personlige helvete. Men desto mer interessert i å samle absolutt alle fakta omkring min person. Mens hodet mitt ble sprengt av «livet etter ulykken»-scenarier og den kroneflate tommelen skrek om nåde, forhørte hun meg grundig om de siste fem tallene i personnummeret mitt. Hvor var jeg født, og hvordan staver man det? Og hadde jeg noen ganger hatt andre sykdommer, og i så fall hvilke og når? Det var åpenbart at mitt livs drama gjorde mindre inntrykk på henne enn telefonnummeret til arbeidsstedet og nærmeste pårørende. Da hun endelig sa seg fornøyd, kjentes det som om hele hånda mi var i ferd med å forlate kroppen. Jeg fikk da lov til å sette meg på en

stol, med beskjed om å vente til noen kunne uttale mitt vanskelige navn over høyttaleren. Jeg skulle ikke forvente at jeg var blant de første til å bli kalt inn, tilføyde hun. Det var vel noen som hadde det verre.

Fortsatt kjenner jeg aggressiviteten eksplodere når jeg kjører forbi det aktuelle sykehuset, enda de sikkert har behandlet titusenvis av pasienter med hell etter at jeg var der sist. For meg fortjener sykehuset lite «likes», samme hvor godt de skårer på trykksår og infeksjoner på frittsykehusvalg.no. Bare på grunn av den kjerringa for mange år siden.

I denne utgaven av Sykepleien skriver en mor om hvordan det følte da hun ledsaget sin datter til legevakten etter et tilfelle av selvskadning. Det er trist lesning (se side 90). Tror noen på legevakten at folk oppsøker hjelp som representanter for en pasientkategori? I dette tilfellet kan det se ut slik. Når en ny pasient bare representerer logistikk og prosedyrer, er det noe grunnleggende feil med menneskesynet.

For en som har skadet seg eller som har vondt på annen måte, er det første møtet med legevakten alltid det viktigste. Det er hvordan pasienter blir tatt imot som mennesker som er det avgjørende. Hvordan de opplever det.

Flere rapporter de siste årene vitner om at møtet med legevakten kan oppleves som byråkratisk og lite empatisk. Det er til og med blitt en egen litterær genre. En brukerundersøkelse ved seks legevakter (Kunnskapsenteret; 2012) viser at 66 prosent av brukerne mener at de ikke fikk (god) informasjon om hvor lenge de måtte regne med å måtte vente før de skulle få komme inn til undersøkelse eller behandling. Annenhver bruker synes de måtte vente for lenge. Og en av tre synes legevakten var dårlig organisert. Like mange svarer sågar



at sykepleierne på legevakten i liten eller bare i noen grad viste omsorg for pasienten.

Møtet mellom pasient og behandler er egentlig det viktigste som skjer på et sykehus. «Mellom helsepersonell og pasient formidles det mye mer enn vi vanligvis er i stand til å innrømme eller forstå», skrev psykiateren Pål Abrahamsen i en kronikk i Tidsskriftet for legeföreningen for noen år siden. Han mener at det første møtet med pasienten er helt avgjørende og kan vise vei når behandlere skal trå til med behandling. Det første møtet vil således kunne påvirke effekten av behandlingen og pleien.

Når pasienten kommer med sitt problem til legevakten, kan det være fristende å skyve

Sagt & ment

«For de damene som er hjemme her, så vil jeg anbefale å ta en samtale med sin mann om pensjonsforsikring for framtida.» **Erna Solberg (H)**, i partiledertale på Oslo Symposium.

Det har vært mange krasse utspill mot kvinner som jobber frivillig deltid. Men Jern-Erna vil ikke ta for hardt i.



pasienten i en logistisk skuff, en slags vogn som til slutt vil føre mot utgangen. Da blir pasienten en kølapp.

Men det første spørsmålet fra hjelperen bør alltid være: Hva kan vi stå til tjeneste med? «I det aller første møtet ligger det en unik mulighet som ikke kan gjentas ved neste korsvei», mener Pål Abrahamsen.

Spørsmålet om hvordan pasienten skal møtes bør ligge sykepleiere nær. Å kunne gi den syke en grunnleggende trygghet om å bli ivaretatt, er trolig sykepleiens viktigste bidrag til pasientens tilfriskningsprosess. Nyere hjerneforskning viser blant annet at pasientens forventning om å være i trygge hender, bidrar til at kroppen reagerer positivt på behandling.

Det første møtet er en gylden mulighet. Heldigvis finnes også gode erfaringer i så måte. Lenge irriterte jeg meg grundig over at helsepersonell alltid er så opptatt med dingsene sine når det de skal kartlegge er våre defekte kropp. En undersøkelse blir fort en slags helse-quiz der svarene våre utløser febrilsk hamring på tastaturet for å få ned de riktige digitale kodene.

Stor ble derfor min begeistring da jeg en dag møtte en ung lege som holdt blikket mitt i samtlige syv minutter som undersøkelsen varte. Mens hun snakket med meg og holdt den intense blikkontakten, utførte fingrene hennes en virtuos dans på tastaturet. Det var som om de levde sitt eget liv, uavhengig av den

«Vi kan først hjelpe etter at vi har satt oss i den annens sted.»

Søren Kierkegaard

samtalen som eieren befant seg i!

Legen hadde åpenbart forstått noe vesentlig: Som pasient ønsker du alltid å være førstevalget. ■■■

Skal spille seg gode

Sykehuset Østfold får en egen person ansatt i en stilling som prosjektleder for spillutvikling. Årsaken er at sykehuset skal bruke spillteknologi i opplæringen av ansatte i forbindelse med flytting til nytt Østfoldsykehus på Kalnes i Sarpsborg i 2015. Da skal 5 000 ansatte læres opp.

– Vi tror at det kan bli både morsommere og bedre læring av dette, sier direktør for fag og pasientsikkerhet ved sykehuset, Stein Bruland til NRK Østfold. Han peker på at både oljeindustrien og flybransjen gjør dette mye.



GAME OVER: Sykehuset Østfold skal bruke spillteknologi i opplæring av ansatte. Foto: Colourbox

NRK Østfold

Må betale 400 000 kroner

Avisa Nordland er dømt til å betale den tidligere kirurgen ved Nordlandssykehuset, Ratislav Kunda, 400 000 kroner. Salten tingrett har konkludert med at Avisa Nordland ærekrenket den tidligere kirurgen da avisen omtalte den såkalte kirurgiskandalen i 2010.

– Vi registrerer dommen, men er sterkt uenig i resultatet, sier sjefredaktør Jan-Eirik Hanssen i Avisa Nordland til eget nettsted, an.no. Saken har vært behandlet i Pressens Faglige Utvalg to ganger tidligere, der avisen har vunnet frem.

Saken går tilbake til 2009 da Kunda og en annen lege foretok operasjoner av pasienter med mistanke om kreft i bukspyttkjertelen. Denne typen operasjoner var sentralisert til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Likevel hadde Nordlandssykehuset i perioden fra 2004 til 2010 flere planlagte operasjoner på lever, bukspyttkjertel og spiserør. De to kirurgen ble også beskyldt for å ha fjernet friske organer fra kreftpasienter ved Nordlandssykehuset i Bodø.

Avisa Nordland

Flest kvinnelige leger

Kvinnelige leger er i flertall på Stavanger universitetssykehus (SUS).

Helseforetaket har en kvinneandel på 52,98 prosent blant legene.

I dette tallet inkluderes også turnuskandidatene.

Gjennomsnittlig kvinneandel i Helse Vest er 47,58 prosent. De tre andre helseregionene har også et gjennomsnitt på mellom 47 og 48 prosent kvinner.

Mens 52 prosent av sykepleierne i Helse Vest jobber deltid, er det kun 5 prosent av legene som gjør det samme.

Aftenbladet

FLERTALL: Ved Stavanger universitetssykehus er andelen kvinnelige leger nå 52,98 prosent. Foto: Colourbox

Hva skjer

Les mer om:

- 13** Vil ikke jobbe på kjøkkenet >
- 14** – Dere må varsle om trusler >
- 18** – Helsesøster må spørre om incest >
- 21** Yrkesfaglig vei til studiekompetanse >

Tekst **Kari Anne Dolonen**
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

sykepleien.no

Helsenyheter hver dag.



Omstridt Facebook-effekt



Hvor avgjørende var sosiale medier som Facebook og Twitter for den arabiske våren? Ekspertene er uenige.

En gruppe forskere ledet av Philip Howard, argumenterer i en ny bok at sosiale medier og ny teknologi spilte en nøkkelrolle i revolusjonene i Tunisia og Egypt. De tillegger også Facebook stor verdi i dannelsen av grasrotorganisasjoner i flere andre arabiske land.

Andre akademikere mener at de sosiale mediens betydning er blitt systematisk overdrevet, spesielt i vestlige land. Ifølge forskning.no fastholder flere forskere at det rett og slett ikke finnes empiri for påstanden om at sosiale medier spilte en avgjørende rolle i de arabiske folkereisningene.

NTB



KLAGER: Blandingen av demente og kognitivt klare er uverdigg på sykehjem, mener Oslos ombud for eldre. Foto: Colourbox.

Demensfri sone

Sykehjemsbeboere som er mentalt klare bør få bo i egne avdelinger uten demente, sier Helse-, sosial- og eldreombud i Oslo, Anne-Lise Kristensen til NRK.

– Vi får klager fra pårørende og mentalt klare sykehjemsbeboere om at de pasifiseres og føler seg ensomme når de sitter i avdelinger der de fleste, eller alle andre, er demente, sier Kristensen.

Anslag viser at rundt 80 prosent av alle sykehjemsbeboere er demente i større eller mindre grad. Ombudet får støtte fra leder av tilsynsutvalget ved Smestadhomeet, Liv Wiborg.

Hun sier de mentalt klare beboerne klager på situasjonen, og at blandingen av demente og kognitivt klare er uverdigg.

– Det er klart de opplever det som ubehagelig, for eksempel når demente personer kommer inn på deres private rom uten forvarsel, sier hun til NRK.

Antall strykninger av planlagte operasjoner

Periode 2. tertial 2012			
Måleverdier	Antall strykninger av planlagte operasjoner	Antall operasjoner totalt i perioden	Andel (%) strykninger av planlagte operasjoner
Behandlingssted			
Helse Sør-Øst	2 787	45 147	6,2
Helse Vest RHF	1 334	17 700	7,5
Helse Midt-Norge RHF	821	11 743	7
Helse Nord RHF	584	8 203	7,1
Private sykehus	358	12 681	2,8
Landet	5 884	95 474	6,2

Kilde: Helsedirektoratet

Vil revidere særaldersgrensene

Visedirektør i Spekter, Anne-Kari Bratten (bildet), mener hele ordningen med særaldersgrenser er moden for en revisjon. Bratten sier til frifagbevegelse.no at man bør legge til rette for at arbeidstakere skal stå lenger i arbeid.

Hvis man fjerner særaldersgrenser vil ikke problemet oppstå, hevder hun. Folk kan jobbe til de er 67 eller 70 år, avhengig av hvilke regler som gjelder.

– Det kan være forhold som tilsier at vi bør beholde noen av dem, sier hun til frifagbevegelse.no.



Arkivfoto: Erik M. Sundt

Melder oftere fra om vold mot barn

Helsepersonell i Nord-Trøndelag melder oftere enn før fra om vold mot barn.

– Vi er blitt mye mer oppmerksomme på dette enn før, og samarbeider også langt tettere med barnevernet, forteller Åshild Ovesen som jobber som sykepleier ved Steinkjer legevakt til Trønder-Avisa.

Barnevernstjenestene på Innherred bekrefter også at helsepersonell stadig oftere melder fra ved mistanke om vold mot barn.

Flere av barnevernlederne i Nord-Trøndelag mener den såkalte «Christoffer-saken» har hatt betydning.

Trønder-Avisa



MELDER: «Christoffer-saken» kan ha hatt betydning for at flere helsepersonell melder om vold mot barn. Foto: Colourbox.

TERAPI av Bodil Rønhaug



BARE TULL: Professor kritiserer helsepolitikernes omgang med statistikk. Foto: Colourbox

Tull med tall

Professor Bjarne Jensen ved Institutt for økonomi ved Høgskolen i Hedmark kritiserer helsepolitikernes bruk av statistikk.

– Norge bruker mindre på helse enn de fleste mellemeuropeiske land, og vi bruker mindre av brutto nasjonalprodukt på helse i dag enn i 2003, ifølge Bjarne Jensen. Han karakteriserte toppolitikernes bruk av helsestatistikk som bare tull, melder Dagens Medisin.

Økonomiprofessoren trakk blant annet frem tidligere helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, som skal ha fastslått at én av fem offentlige ansatte i Norge arbeider med helse.

– Dette er jo bare tull, man må ta hensyn til årsverk og de som ikke arbeider med helse. Det er derfor ikke én av fem, men rundt én av ti som arbeider med helse, sier han ifølge Dagens Medisin.

Meninger fra www.sykepleien.no



Sykepleiere slutter ved Fyllingsdalen sykehjem

– Underbemanning, elendig lønn og turnusarbeide. Hvis dere skal rekruttere får dere spa opp noen midler, serru. Dere får det til når dere skal rekruttere til teknisk sektor, gjør dere ikke?

Mette Celius-Forwald

Sykehjemsbråk i Oslo

– Tusen takk for at vi har sykepleien.no. Det viser at vi ikke er alene med utfordringer.

mann

Calcigran Forte 1000mg/800IE

Kalsium + vitamin D

Basis i all osteoporosebehandling^{1,2}



C Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

Kalsiumpreparat med D-vitamin.

ATC-nr.: A12A X-

TYGGETABLETTER 500 mg/400 IE: Hver tyggetablett inneholder: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 500 mg, kolekalsiferol (vitamin D₃) 10 µg, tilsv. 400 IE, sorbitol, sakkarose, aspartam, isomalt, hjelpestoffer. Sukkerholdig, Sitronsmak.

TYGGETABLETTER 1000 mg/800 IE: Hver tyggetablett inneholder: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 1000 mg, kolekalsiferol (vitamin D₃) 20 µg, tilsv. 800 IE, sakkarose, xylitol, sukralose, isomalt, hydrogenert soyaoelje, hjelpestoffer. Sukkerholdig, Sitronsmak.

Indikasjoner: Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for vitamin D- og kalsiummangel.

Dosering: Voksne og eldre: 500 mg/400 IE: 1 tyggetablett 2 ganger daglig. **1000 mg/800 IE:** 1 tyggetablett 1 gang daglig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Preparatet bør ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Administrering:** Kan tygges eller suges.

Kontraindikasjoner: Alvorlig nedsatt nyrefunksjon, høyt kalsiuminnhold i blod eller urin, nyresten, D-hypervitaminose, overfølsomhet overfor soya og peanøtter (gjelder kun for tyggetabletter 1000 mg/800 IE), kalsium, vitamin D eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum følges og nyrefunksjon bør monitoreres med serumkreatininmålinger. Monitorering er særlig viktig hos eldre pasienter som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika og hos pasienter med tendens til stendannelse. Ved hyperkalsemi eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen opphøre. Vitamin D skal brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyrefunksjon og kalsium- og fosfatnivåer bør kontrolleres. Risiko for kalsifisering av bløtvev må vurderes. Hos pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon metaboliseres ikke vitamin D i form av kolekalsiferol normalt og andre former for vitamin D bør brukes. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter med sarkoidose pga. økt fare for hyperkalsemi. Ved forsikring av andre legemidler som inneholder vitamin D, skal det tas hensyn til D-vitaminsdosen. Administrering av ytterligere doser kalsium eller vitamin D skal følges grundig opp av lege. I slike tilfeller er det nødvendig å kontrollere kalsiumnivået i serum og kalsiumutskillelsen i urin ofte. Samtidig inntak av tetrasykliner eller kinoloner anbefales vanligvis ikke, eller må gjøres med forsiktighet. Tyggetabletter 500 mg/400 IE inneholder aspartam (en fenylalaninkilde), som kan være skadelig for personer med fenylketonuri. Preparatet inneholder sorbitol (kun 500 mg/400 IE), isomalt og sakkarose. Bør ikke brukes ved sjeldne avnelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-intolerasemangel. Preparatet anbefales ikke til barn.

Interaksjoner: Tiazididuretika reduserer renal ekskresjon av kalsium. Pga. risiko for hyperkalsemi, bør serumnivået av kalsium kontrolleres regelmessig ved samtidig bruk. Kalsiumkarbonat kan påvirke absorpsjonen av samtidig administrerte tetrasykliner. Tetrasykliner skal derfor administreres minst 2 timer før eller 4-6 timer etter peroral inntak av kalsium. Hyperkalsemi kan øke hjertets følsomhet for digitalis. Dersom bisfosfonater administreres samtidig, bør disse preparatene tas minst 1 time før inntak av Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Effekten av levotyrosin kan reduseres ved samtidig inntak av kalsium pga. nedsatt absorpsjon av levotyrosin. Kalsium og levotyrosin skal tas med minst 4 timers mellomrom. Absorpsjon av kinolonantibiotika kan nedsattes dersom det tas samtidig med kalsium. Kinolonantibiotika bør tas 2 timer før eller 6 timer etter inntak av kalsium.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det daglige inntak av kalsium og vitamin D ved graviditet må ikke overstige

1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D. Tyggetabletter 1000 mg/800 IE er derfor ikke egnet for bruk under graviditet. Tyggetabletter 500 mg/400 IE kan brukes under graviditet ved vitamin D- og kalsiummangel. **Overgang i morsmelk:** Preparatet kan brukes ved amning. Kalsium og vitamin D går over. Dette må det tas hensyn til dersom det gis tillegg av vitamin D til barnet.

Bivirkninger: Mindre vanlige (f1/1000 til <1/100): Stoffsifte/ernæring: Hyperkalsemi og hyperkalsuri. **Sjeldne (f1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Obstipasjon, oppblåsthet, kvalme, magesmerter og diaré. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Dyspepsi. Hud: Kløe, utslett og urticaria. Stoffsifte/ernæring: Melk-alkali-syndrom.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. Melk-alkali-syndrom kan forekomme ved inntak av store mengder kalsium og absorberbare baser. **Symptomer:** Hyperkalsemi: Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvekkelse, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversible nyreskade og kalsifisering av bløtvev. Melk-alkali-syndrom: Hyppig vannlatingsstrang, vedvarende hodepine, vedvarende appetittløshet, kvalme eller oppkast, uvanlig tretthet, hyperkalsemi, alkalose og nedsatt nyrefunksjon. **Behandling:** Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiazididuretika og hjerteglykosider må også opphøre. Magetømming hos pasienter med nedsatt bevissthet. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diuresis skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentralt venetrykk) overvåkes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 side d og vitamin D₃ A11C C side d.

Egenskaper: Klassifisering: Kalsium i kombinasjon med vitamin D. **Virkningsmekanisme:** Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoideahormon og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. **Absorpsjon:** Ca. 30% av tilført kalsium. Vitamin D₃ absorberes raskt i tynntarmen. **Fordeling:** 99% av kalsiumet i kroppen er konsentrert i den harde strukturen i ben og tenner. 1% finnes i intra- og ekstracellulær væske. Ca. 50% av det totale kalsiuminnholdet i blodet er i fysiologisk aktiv ionisert form og ca. 10% er kompleksbundet til sitrat, fosfat eller andre anioner. De resterende 40% er proteinbundet, hovedsakelig til albumin. Kolekalsiferol og dets metabolitter sirkulerer i blodet, bundet til et spesifikt globulin. **Metabolisme:** Kolekalsiferol omdannes i leveren ved hydroksylering til den aktive formen 25-hydroksykolekalsiferol. Videre skjer omdanning i nyrene til 1,25-dihydroksykalsiferol. 1,25-dihydroksykalsiferol er metabolitten som er ansvarlig for å øke kalsiumabsorpsjonen. Vitamin D, som ikke metaboliseres, lagres i muskel- og fettvev. **Utskillelse:** Kalsium utskilles via feces, urin og svette. Renal ekskresjon avhenger av glomerulær filtrasjon og tubulær reabsorpsjon av kalsium. Vitamin D utskilles i feces og urin.

Pakninger og priser pr 05.12.2012: 500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) kr 137,80. **1000 mg/800 IE:** 60 stk. (boks) kr 186,20.

www.calcigranforte.no

Calcigran Forte®
STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEN

Lise Mikkelsen

Aktuell som: Sykepleier på rehabiliteringsavdelingen ved Fyllingsdalen sykehjem i Bergen

Alder: 50 år

BAKGRUNN:

20 sykepleiere på Fyllingsdalen sykehjem vakte oppsikt da de i slutten av februar truet med kollektiv oppsigelse hvis ikke bemanningen ble økt. «Pasientene blir ikke godt nok ivaretatt», skrev de i bekymringsmeldingen. Lise Mikkelsen og to kolleger har nå sagt opp. Sykehjemmet i Bergen åpnet nyrehabilitering 3. desember.

Vil ikke jobbe på kjøkkenet

Hvorfor sa du opp?

– Fordi jobben ikke svarte til forventningene mine.

Hvorfor ikke?

– Mesteparten av tiden går til praktiske oppgaver som renhold, matlaging og servering.

Hvorfor må du lage så mye mat?

– Fordi bemanningen er sånn at det er sykepleierne som må utøve de oppgavene.

Hva gjorde du før det nye sykehjemmet åpnet?

– Mens sykehjemmet ble pusset opp, flyttet rehabiliteringsavdelingen min til B-sykehuset på Laksevåg. Der jobbet jeg ikke på kjøkkenet.

Når ble du sykepleier?

– I 2011. Men jeg har vært i helsevesenet i 26 år.

Det er bare tre som har sagt opp?

– I hvert fall tre, ja. Jeg søkte forresten permisjon for et år. Det fikk jeg. Men jeg hadde sagt opp uansett.

Hva med de andre 17 som sa de ville si opp?

– Noen har søkt på andre jobber. Ifølge media angrep noen på at de underskrev bekymringsmeldingen.

Det har blitt mye omtale i mediene?

– Jeg synes ikke at slike kamper skal kjempes i media. Men når sykepleierne sa fra internt uten å få respons, ble vi nødt til å gjøre noe. Bekymringsbrevet er et offentlig dokument. Bekymringen vår gjelder først og fremst pasientene. Det er de som lider mest.

Byrådet sier nei til mer penger?

– Ja. Men jeg er ikke sikker på om ressursene er problemet. Det er mange høvdinger og få indianere på sykehjemmet: Mange administrative stillinger.

Angrer du?

– Nei. Jeg ser at det har ført til noe. En arbeidsgruppe skal se på matsituasjonen. Både

ansatte, tillitsvalgte, verneombud og ledelse er med.

Men du bytter likevel arbeidsplass?

– Ja, jeg skal til hjemmesykepleien i Fyllingsdalen.

Hva sier de på den nye jobben?

– At det er bra med sykepleiere som sier fra. Det var godt å høre. Man er jo litt redd for å bli sett som en oppvigler.

Du var på Ukeslutt i NRK radioen også?

– Jeg ble fulgt på en vakt. I programmet sa en pasient at hun så at først ga vi sprøyte, så gikk vi for å jobbe på kjøkkenet. Da ble hun utrygg. Det var kjempedødt sagt.

Hva vil du si til andre sykepleiere som ikke er fornøyde?

– De må si fra hvis de må gjøre oppgaver som andre skulle ha gjort. Det går jo ut over det sykepleiefaglige tilbudet til pasientene.

Medførte protesten ubehag?

– Jeg tror nok folk snakker mye sammen på skyllerommet. Når det kommer til kamp, så trekker de seg. All respekt for det. Men jeg har bare fått positive tilbakemeldinger, altså.

Da du var hjelpepleier, var du konserntillitsvalgt. Er sykepleierne mer pinglete til å si fra enn andre?

– Ja, rett og slett. Snill-pike-syndromet er der ennå. Generelt har helsearbeidere vanskelig for å si fra.

Et kvinneproblem?

– Helt sikkert.

Tror du andre sykepleiere kjenner seg igjen?

– Ja, jeg tror det er flere praktiske og færre pasientrettete oppgaver overalt. Da burde flere sagt fra. Hva er vi? Renholdere? Kokker?



– Vi må tåle kverulanter

– Det skal være enkelt å varsle. Ansatte må oppmuntres til å si fra når noe er galt, mener jusprofessor Jan Fridthjof Bernt. Tekst og foto Marit Fonn

Samfunnet trenger varslere, ikke minst i helsevesenet, mener Jan Fridthjof Bernt, jusprofessor ved Universitetet i Bergen.

Nylig har sykepleiere varslet om uholdbare forhold: På Lilleborg sykehjem i Oslo og Fyllingsdalen sykehjem i Bergen. Men mange er usikre på når og hvem de bør varsle.

Bernt er for størst mulig åpenhet, også om feil. Ikke minst når det gjelder offentlige tjenester:

– Varsling kan føre til ubehag, men den som varsler gjør det normalt ikke for moro skyld. Det er helt nødvendig at ansatte oppmuntres til å si fra når noe er galt.

«Mister du yrkesstoltheten, mister du arbeidsgleden.»

Han vil heller ha for mye varsling enn for lite: – Vi må tåle kverulanter. Hvis alt skal være presist og riktig, er det ingen som tør å varsle. Varslerne har jo som regel vært i god tro når de tar belastningen, og de som vil skape bråk, gjør det uansett.

Han mener fagforeningene ofte er for unnfalende i slike saker. De støtter ikke nok når medlemmer kommer i konflikt fordi de har varslet.

– Det kan dels skyldes at man ikke ønsker å ødelegge det gode forholdet til arbeidsgiver, dels

at konflikten kan være mellom medlemmer. Bernt synes det burde vært et eget varslingsombud i fagforbund.

– Har også etisk plikt

Bernt understreker at ansatte har ansvar overfor samfunnet, ikke overordnede.

– Ansatte har rettslig plikt til å varsle internt. De har ikke rettslig plikt til å gå ut i mediene med varslet – men en etisk plikt hvis ikke annet hjelper, mener Bernt.

– Når er det illojalt å varsle?
– Hvis varselet er ukorrekt eller har en uødig krenkende form – eller hvis enkeltpersoner

være forsvarlig.

Varslere skal vernes mot gjengjeldelse. – Blir de møtt med sanksjoner, kan de kreve oppreisning, sier professoren.

Får smekk når de melder

– Når bør sykepleiere varsle?

– Klassisk er sykepleiere som opplever mangel på bemanning. De ansatte er hardt presset. Når de prøver å melde fra oppover i systemet, får de ofte en kraftig smekk over fingrene: «Dette skal vi ikke ha! Du må være lojal mot de vedtak som er truffet.»

– Fra administrasjonen?

– Ja, men også fra den medisinske ledelsen. Også den er hardt presset av krav om å holde budsjettet.

Bernt gleder seg over at Statens helsetilsyn har endret retning:

– Tidligere var Helsetilsynet mest opptatt av om den enkelte helsearbeider utøvde sitt yrke forsvarlig. Nå ser tilsynet mer på systemet når feil skjer: Var det god nok bemanning? Ansvaret skyves oppover, og det bør det. Ofte er årsaken til svikt at rammene er utilstrekkelige, ikke individuelle feil av helsepersonell.

– Vær kollegial

– Hva vil du si til den enkelte sykepleier?

– Jeg skjønner at de har det tøft. Det er viktig at de har en kollegial, felles oppfatning av situasjonen. De bør samle seg og stå bak krav om et



– TIPS: – Vi får så å si aldri tips fra helsevesenet, sier PST-sjef Marie Benedicte Bjørnland.

– Fortell PST om drapstanker

– Dere må varsle om personer som vil ta liv, sier PST-sjefen til sykepleierne.

Marie Benedicte Bjørnland, leder av Politiets sikkerhetstjeneste (PST), kom med sitt utspill til sykepleierne på Unio-konferansen før jul.

Der holdt hun foredrag om samfunnssikkerhet. – Jeg vil utfordre dere til å bruke opplysningsretten. Dere må varsle når noen utgjør en alvorlig trussel.



KLASSISK: – Typiske varslingssaker for sykepleiere er for lav bemanning, sier jusprofessor Jan Fridthjof Bernt.

faglig forsvarlig tjenestetilbud. Ikke minst må fagforeningene se det som en prioritert oppgave å støtte dette arbeidet.

– Det er ikke noe verre for arbeidsmoralen enn å måtte holde inne med kritikk når man ser klare feil. Mister du yrkesstoltheten, mister du arbeidsgleden.

«Alle» krever varsling

Kravene om å melde mer kommer fra mange kanter. Både politi og barnevern ønsker mer meddelende sykepleiere.

– PST-sjefen mener helsepersonell skal varsle når de

treffer pasienter med drapstanker. Hva synes du?

– Helsepersonell har rett og plikt til å varsle hvis en pasient er til fare for sine omgivelser, også til PST hvis en mulig fare som de har ansvar for kan avverges.

– Helsesøstre vil ikke være angivere. Bør de melde mer til barnevernet?

– Helsesøster kan frykte at varsling kan gjøre mer skade enn gavn, men det er barnevernet som må vurdere meldingene. Når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet, går plikten til å melde barnevernet foran taushetsplikten. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

Rett og plikt til å varsle:

Arbeidsmiljøloven § 2-4:

› Arbeidstaker har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten.

› Arbeidstakers fremgangsmåte ved varslingen skal være forsvarlig.

Helsepersonelloven § 17:

› Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

Hun viste til Olsen-utvalget, som i 2010 la fram sin rapport «Drap i Norge i perioden 2004-2009».

– Utvalget hadde gjort klare funn: Opplysningsretten brukes ikke.

Når noe vil utøve vold

Ifølge helsepersonellovens paragraf 31 skal helsepersonell «varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom».

Straffelovens paragraf 139 supplerer: «Det kan f.eks. være for å hindre at en person som

verbalt eller fysisk gir uttrykk for å ville utøve vold – får utfolde seg.»

– Krenket av ministeren

PST-sjefen har særlig trusler mot myndighetspersoner i tankene.

– Hvem truer, tenker du?

– Det kan være psykisk ustabile. De kan være ruset. Helsepersonell er gjerne de som er i kontakt med dem og har anledning til å sjekke deres tilstand. Likevel får vi så å si aldri tips fra helsevesenet.

Hun konkretiserer:

– Helsepersonell møter kanskje noen som drømmer om å ta liv: «Jeg føler meg så krenket. Grunnen til det er noe justisministeren sa. Eller statsministeren.» Møter man slike, må man melde dette videre.

– Det er vanskelig for helsepersonell å angi sine pasienter?

– Ja, vi forbinder jo oppgavene deres med konfidensialitet. Jeg skjønner de er engstelig for å ødelegge tillitsforholdet. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

Exjade «Novartis»

Jernbindende middel.
ATC-nr: V03A C03

DISPERGERBARE TABLETTER 125 mg, 250 mg og 500 mg. Hver tablett inneholder: Deferasiroks 125 mg, resp. 250 mg og 500 mg, laktosemonohydrat 136 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av kronisk jernoverskudd etter hypig blodoverføringer (≥ 7 ml/kg/måned erytrocyttkonsentrat) hos pasienter ≥ 6 år med beta-talassemi major. Behandling av kronisk jernoverskudd etter blodoverføringer når deferasaminbehandling er kontraindisert, eller utilstrekkelig hos følgende pasientgrupper: Pasienter 2-5 år med beta-talassemi major med jernoverskudd pga. hypig blodoverføringer (≥ 7 ml/kg/måned erytrocyttkonsentrat), pasienter ≥ 2 år med beta-talassemi major med jernoverskudd pga. sjeldne blodoverføringer (< 7 ml/kg/måned erytrocyttkonsentrat) eller hos pasienter ≥ 2 år med andre anemier. Behandling av kronisk jernoverskudd som krever chelaterende behandling når deferasaminbehandling er kontraindisert eller utilstrekkelig hos pasienter ≥ 10 år med ikke-transfusjonsavhengig talassemi. **Dosering:** Bør initieres og vedlikeholdes av lege med erfaring i behandling av kronisk jernoverskudd. Jernoverskudd etter blodoverføring: Voksne: Behandlingsstart anbefales etter overføring av ca. 20 enheter (tilnærmet 100 ml/kg) erytrocyttkonsentrat, eller når klinisk overvåking viser jernoverskudd (feks. serumferritin > 1000 $\mu\text{g/liter}$). Doser (mg/kg) må beregnes og avrundes til nærmeste hele tablettstørrelse. Anbefalt daglig startdose er 20 mg/kg. 30 mg/kg kan vurderes hos pasienter som har behov for reduksjon av forhøyet jernnivå, og som også får > 14 ml/kg/måned erytrocyttkonsentrat. 10 mg/kg kan vurderes hos pasienter som ikke har behov for reduksjon av forhøyet jernnivå og som også får < 7 ml/kg/måned erytrocyttkonsentrat. Ved daglig dose < 20 mg/kg kroppsvikt, må responsen monitoreres og doseøkning vurderes dersom tilstrekkelig effekt ikke oppnås. Hos pasienter som er godt behandlet med deferasamin, kan en vurdere en startdose som er halvparten av deferasamin dosen (feks. deferasamin 40 mg/kg/dag 5 dager i uken eller daglig startdose av deferasiroks 20 mg/kg/dag). Serumferritin bør kontrolleres månedlig og dosen ev. justeres hver 3-6. måned. Dosejusteringer kan gjøres i trinn på 5-10 mg/kg og tilpasses individuelt respons og terapeutiske mål. Hos pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert med deferasiroks 30 mg/kg (feks. serumferritinnivå vedvarende > 2500 $\mu\text{g/liter}$ og som ikke viser en synkende trend over tid) kan doser opp til 40 mg/kg vurderes. Det er begrensete langtidsdata på sikkerhet og effekt ved doser > 30 mg/kg. Ved svært dårlig kontroll av hemosiderose ved doser opp til 30 mg/kg, er det mulig å ytterligere økning (til maks. 40 mg/kg) ikke gir tilfredsstillende kontroll og andre behandlingsalternativ bør vurderes. Dersom tilfredsstillende kontroll ikke oppnås ved doser > 30 mg/kg bør ikke behandling med denne dosen fortsette og andre behandlingsalternativ bør vurderes når det er mulig. Doser > 40 mg/kg anbefales ikke pga. begrenset erfaring. Hos pasienter behandlet med doser > 30 mg/kg bør en dosereduksjon i trinn på 5-10 mg/kg vurderes ved oppnådd kontroll (feks. serumferritin vedvarende < 2500 $\mu\text{g/liter}$ og som viser en synkende trend over tid). Hos pasienter hvor målet for serumferritin (vanligvis 500-1000 $\mu\text{g/liter}$) er nådd, bør dosereduksjon i trinn på 5-10 mg/kg vurderes for å opprettholde serumferritinnivå innen målområdet. Ved vedvarende serumferritin < 500 $\mu\text{g/liter}$, bør det vurderes å avbryte behandlingen. Barn 2-17 år: Som for voksne. Ta hensyn til endringer i barnets vekt over tid. Hos barn 2-5 år er eksponeringen lavere enn hos voksne, og det kan være behov for høyere doser enn hos voksne. Initialdosen bør være den samme som for voksne, etterfulgt av individuelle titreringer. Ikke-transfusjonsavhengig talassemi: Voksne: Behandling bør initieres dersom jernoverskudd er påvist (jernkonsentrasjon i lever, [LIC], ≥ 5 mg Fe/g tørrvekt (dw) eller vedvarende serumferritin > 800 $\mu\text{g/liter}$). Anbefalt daglig startdose er 10 mg/kg. Serumferritin bør kontrolleres månedlig. Etter hver 3-6. måned bør doseøkning i trinn på 5-10 mg/kg vurderes dersom pasientens LIC er ≥ 7 mg Fe/g dw eller dersom serumferritin er vedvarende > 2000 $\mu\text{g/liter}$ og ikke viser en synkende trend og pasienten tolererer legemidlet godt. Doser > 20 mg/kg er ikke anbefalt pga. manglende erfaring med doser over dette nivået hos pasientgruppen. Hos pasienter uten kontrollert LIC og serumferritin ≤ 2000 $\mu\text{g/liter}$ bør ikke dosen overskride 10 mg/kg. Hos pasienter hvor dosen ble økt til > 10 mg/kg anbefales dosereduksjon til ≤ 10 mg/kg når LIC er < 7 mg Fe/g dw eller serumferritin er ≤ 2000 $\mu\text{g/liter}$. Når et tilfredsstillende jernnivå i kroppen er nådd (LIC < 3 mg Fe/g dw eller serumferritin < 300 $\mu\text{g/liter}$) bør behandlingen avsluttes. Barn: Dosen bør ikke overskride 10 mg/kg. I tillegg til månedlige serumferritinnivåer bør LIC kontrolleres hver 3. måned når serumferritin < 800 $\mu\text{g/liter}$ for å unngå overchelatering. Forskriver bør ta i betraktning at konsekvenser av langtids eksponering hos barn med stort jernoverskudd med ikke-transfusjonsavhengig talassemi, så langt ikke er kjent. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon: Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C). Brukes med forsiktighet ved moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse B). Dosen bør reduseres betraktelig, etterfulgt av progressiv økning opp til en grense på 50%. Leverfunksjonen bør kontrolleres for behandlingsstart, hver 2. uke i løpet av den 1. måneden og deretter månedlig hos alle pasienter. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt, se Kontraindikasjoner. Eldre: Som for voksne. Eldre bør monitoreres nøye med tanke på bivirkninger (spesielt diaré) som kan kreve dosejustering. Administrering: Tas 1 gang daglig, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Tablettene løses opp ved å røres ut i et glass vann, appelsinjuice eller eplejuice (100-200 ml) til en fin suspensjon. Etter at suspensjonen er svelget må ev. rester i glasset igjen blandes ut i litt vann eller juice og svelges. Oppløsning i kullsyreholdige drikker eller i melk er ikke anbefalt pga. hv. skumdannelse og langsom oppløsning. Tas på tom mage, minst 30 minutter før mat. Tablettene skal ikke svelges hele. Skal ikke tygges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kombinert med annen jern-chelaterende behandling. Estimert CICR på < 60 ml/minutt. **Forsiktighetsregler:** Tilfeller av akutt nyresvikt og noen tilfeller der forverring av nyrefunksjonen har ført til annen midlertidig eller permanent dialyse er rapportert etter markedsføring. Serumkreatinin bør kontrolleres spesielt nøye ved samtidig behandling med legemidler som hemmer nyrefunksjonen, og høye doser og/eller lav transfusjons hastighet (< 7 ml/kg/måned erytrocyttkonsentrat eller < 2 enheter/måned for voksne). Økt risiko for renale bivirkninger ved doser > 30 mg/kg kan ikke utelukkes. Serumkreatinin bør bestemmes 2 ganger før behandlingsstart. Serumkreatinin, kreatininclearance (CICR, estimert med Cockcroft-Gault- eller MDRD-formelen hos voksne, og med Schwartz-formelen hos barn) og/eller plasma cystatin C-nivå bør monitoreres ukentlig den første måneden etter initiering eller endring av behandlingen og deretter månedlig. Pasienter med nyresykdommer og pasienter som behandles med legemidler som reduserer nyrefunksjonen kan ha høyere risiko for komplikasjoner. Tilstrekkelig væskebalanse må opprettholdes ved diaré eller oppkast. Hos voksne kan daglig dose reduseres med 10 mg/kg, dersom det ved 2 etterfølgende målinger sees en økning i serumkreatinin på $> 33\%$ over gjennomsnittet av målingene tatt før behandlingsstart og estimert CICR faller under nedre grense for normalområdet (< 90 ml/minutt), dersom dette ikke kan tilskrives andre årsaker. Hos barn kan dosen reduseres med 10 mg/kg hvis estimert CICR faller under nedre grense for normalnivået (< 90 ml/minutt) og/eller serumkreatinin ved 2 etterfølgende målinger overskrider øvre grense for normalområdet for alderen. Etter dosereduksjon bør behandlingen avbrytes dersom det sees en økning i serumkreatinin på $> 33\%$ over gjennomsnittet av målingene tatt før behandlingsstart, og/eller beregnet CICR faller under nedre grense for normalområdet. Behandlingen kan gjenopptas avhengig av individuell klinisk vurdering. Proteinuri bør undersøkes månedlig. Tilleggsmarkører for renal tubulær funksjon kan monitoreres etter behov. Dosereduksjon eller behandlingsavbrudd kan vurderes ved unormale nivåer av tubulære markører og/eller dersom klinisk indisert. Renal tubulopati er primært rapportert hos barn og unge med beta-talassemi behandlet med deferasiroks. Hvis serumkreatinin holder seg signifikant forhøyet, til tross for dosereduksjon og behandlingsavbrudd, og andre markører for renal funksjon er vedvarende unormale (feks. proteinuri, Fanconis syndrom), bør pasienten henvises til nefrolog og det bør vurderes om spesielle undersøkelser skal tas. Tilfeller av leversvikt, noen med fatalt utfall, er rapportert etter markedsføring. De fleste tilfellene involverte pasienter med betydelige morbiditeter, inkl. preeksisterende levercirrhose. Anbefales ikke brukt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C). Serumtransaminaser, bilirubin og alkalisk fosfatase bør kontrolleres for behandlingsoppstart, hver 2. uke i løpet av 1. måned, og deretter hver måned. Ved vedvarende og progressiv økning i serumtransaminasene, som ikke kan tilskrives andre årsaker, bør behandlingen seponeres. Når årsaken er avdekket eller nivåene normalisert, kan en vurdere forsiktig gjenopptak av behandling med lavere dose, etterfulgt av gradvis opptrapping av dosen. Hos pasienter med kort levealder (feks. høy-risiko myelodysplastiske syndromer), spesielt når komorbiditeter kan øke risikoen for bivirkninger, kan nytten være begrenset og dårligere enn risikoen, og behandling anbefales ikke. Sårddannelse og blødning i øvre gastrointestinaltractus er rapportert. Fatale gastrointestinalt blodninger, særlig hos eldre med hematologiske maligniteter og/eller lavt platelettal, er rapportert. Lege og pasient bør være oppmerksomme på symptomer på gastrointestinalt sår og blødninger. Videre utredning og behandling må initieres umiddelbart dersom alvorlig gastrointestinalt bivirkning mistenkes. Forsiktighet bør utvises ved platelet < 50 000/mm³. Hudutslett kan oppstå, men går i de fleste tilfeller over av seg selv. Dersom behandlingen avsluttes, kan den gjenopptas med lavere dose etterfulgt av gradvis doseopptrapping, når utslettet har gått over. I alvorlige tilfeller kan dette gjøres i kombinasjon med orale steroider i en kort periode. Alvorlige hypersensitivetsreaksjoner er rapportert. I de fleste tilfeller inntraff reaksjonen i løpet av den 1. behandlingsmåneden. Dersom slike reaksjoner inntraff, bør behandlingen seponeres og nødvendig medisinsk behandling iversettes. Kontroll av hørsel og syn (inkl. funduskopi) anbefales før behandlingsstart, og deretter regelmessig (hver 12. måned). Ved ev. forstyrrelser, bør dosereduksjon eller et behandlingsavbrudd vurderes. Leukopeni, trombocytopeni eller pancytopeni (eller forverring av disse) og forverring av anemi, er rapportert etter markedsføring. De fleste av pasientene hadde allerede eksisterende hematologiske sykdommer, som ofte forbindes med bemargssvikt. Medvirkende eller forverrende rolle kan imidlertid ikke utelukkes. Ved utvikling av cytopeni som ikke kan forklares, bør seponering vurderes. Serumkreatinin-, serumferritin- og serumtransaminasnivå bør registreres og vurderes regelmessig. Barn bør kontrolleres regelmessig mht. kroppsvikt, høyde og kjønnsutvikling (hver 12. måned). Ved langtidsbehandling av alvorlig jernoverskudd, bør hjertefunksjonen overvåkes. Tablettene inneholder laktose og bør derfor ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller alvorlig laktasemangel. Pasienter som oplever svimmelhet bør utvise varsomhet ved bilkjøring eller bruk av maskiner. **Interaksjoner:** Samtidig administrering av substanser med kjent ulcerogent potensiale, som NSAIDs (inkl. acetylsalisylsyre i høye doser), kortikosteroider eller orale bisfosfonater, kan øke risikoen for gastrointestinalt toksisitet. Samtidig bruk av deferasiroks og antikoagulantia kan også øke risikoen for gastrointestinalt blødning. Nøye klinisk overvåking er nødvendig ved kombinasjon med disse legemidlene. Metabolismen av deferasiroks er avhengig av UGT-enzymet. Samtidig bruk av potente UGT-indusere som rifampicin, carbamazepin, fenytoin, fenobarbital eller ritonavir kan medføre redusert effekt av deferasiroks. Serumferritin bør kontrolleres under og etter kombinasjonsbehandling, og dosen ev. justeres. Forsiktighet bør utvises ved kombinasjon med substanser som metaboliseres via CYP 3A4 som ciklosporin, simvastatin, hormonelle prevensjonsmidler, bepridil og ergotamin. Samtidig bruk av deferasiroks, en moderat CYP 2C8-hemmer, og CYP 2C8-substratet repaglinid bør unngås. Dersom kombinasjon er nødvendig må det foretas nøye klinisk monitorering og blodglukosemonitorering. Interaksjon med andre CYP 2C8-substrater, som paklitaksel, kan ikke utelukkes. Samtidig bruk av CYP 1A2-substrater med smalt terapeutisk vindu som teofyllin, klozapin eller tizanidin anbefales ikke. Hvis samtidig bruk er påkrevd, anbefales monitorering av plasmakonsentrasjonen og ev. dosereduksjon av CYP 1A2-substratet. Samtidig bruk av antacida som inneholder aluminium anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Anbefales ikke under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Ukjent. Amning frarådes. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Nyre/urineveier: Økt blodkreatinin. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, oppkast, kvalme, abdominal smerte, abdominal distensjon, dyspepsi. Hud: Utslett, kløe. Lever/galle: Gallesten og relaterte sykdommer i galleveiene, økning i transaminaser. Neurologiske: Hodepine. Nyre/urineveier: Proteinuri. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, magesår (inkl. flere sår), duodenalsår, gastritt. Hud: Pigmentforstyrrelser. Lever/galle: Hepatitt. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte. Neurologiske: Svimmelhet. Nyre/urineveier: Renal tubulopati (ervert Fanconis syndrom), glukosuri. Psykiske: Angst, søvnforstyrrelser. Øre: Hørselstap. Øye: Tidlig katarakt, makulopati. Øvrige: Pyreksi, ødem, tretthet. Sjeldne ($\geq 1/10$ 000 til $< 1/10000$): Gastrointestinale: Øsofagitt. Svært sjeldne ($< 1/10$ 000), ukjent: Blod/lymfe: Pancytopeni, trombocytopeni, forverring av anemi. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, urticaria, erythema multiforme, alopeci. Immunsystemet: Hypersensitivetsreaksjoner (inkl. anafylaksi og angioødem). Lever/galle: Leversvikt. Nyre/urineveier: Akutt nyresvikt, tubulointerstisiell nefritt. **Overdosering/Forgiftning:** Tilfeller av overdosering (2×3 x høyere enn foreskrevet dose i flere uker) er rapportert. I et tilfelle førte det til subklinisk hepatitt som forsvant etter doseringsavbrudd. Enkelt-doser på 80 mg/kg forårsaket mild kvalme og diaré hos pasienter med talassemi og jernoverskudd. Symptomer: Kvalme, oppkast, hodepine og diaré. Behandling: Fremkalle oppkast eller mageskylling. Symptomatisk behandling. **Egenskaper:** Klassifisering: Jernbindende stoff. Virkningsmekanisme: Oral aktiv chelator, som er sterkt selektiv overfor treverdige jern. Tredentat ligand, som binder jern med høy affinitet i forholdet 2:1. Fremmer jernutskillelse, hovedsakelig i feces. Lav affinitet til sink og kobber. Absorpsjon: Median T_{max} ca. 1,5-4 timer. Absolutt biotilgjengelighet ca. 70%. Proteinbinding: 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Ca. 14 liter. Halveringstid: 8-16 timer. Metabolisme: Hovedsakelig via glukuronidering (UGT 1A1 og i mindre grad UGT 1A3). Dekonjugering i tarmen med enterohepatisk resirkulasjon. Utskillelse: Hovedsakelig i feces (84% av dosen). Minimal renal utskillelse (8% av dosen). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i originalpakning for å beskytte mot fuktighet.

Sist endret: 25.01.2013 (SPC 20.12.2012)

Exjade, DISPERGERBARE TABLETTER:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
125 mg	84 stk. (blister)	060578	kr 5360,70	-
250 mg	84 stk. (blister)	060569	kr 10684,40	-
500 mg	84 stk. (blister)	060560	kr 21326,40	-

Referanser:

- Rose C, Brechignac S, Vassilief D, et al. Does iron chelation therapy improve survival in regularly transfused lower risk MDS patients? A multicenter study by the GFM. Leukemia Research 2010; Vol 34(7):864-870
- SPC / FK-tekst

TIDEN HAR ET MERKELIG ASPEKT. DEN BLIR MER VERDIFULL JO MER DU HAR HATT AV DEN

Det er vel med tiden som med alt annet.
Den blir mer verdt jo mindre man har av den.

For pasienter som er avhengige av jevnlig blodtransfusjoner er det et paradoks at blodet som gir liv og krefter samtidig vil føre til et toksisk jernoverskudd som kan ta verdifulle år fra deres liv¹.

Jernchelering kan i median gi disse pasientene opptil fem år forlenget levetid¹. Fem ekstra år til å følge et barnebarn man elsker.

Myelodysplastisk syndrom (MDS) omfatter en rekke tilstander med skader på stamcellene i beinmargen. Sykdommen er ofte uten symptomer i lengre tid. Symptomene skyldes følgene av beinmargssvikt:

- Færre røde blodlegemer (anemi) gir slapphet, tretthet, tungpust, hjertebank
- Færre hvite blodlegemer gir tilbakevendende infeksjoner
- Færre blodplater gir blødninger i slimhinner og hud
- Sykdommen kan bli så alvorlig at den utvikler seg til blant annet akutt myelogen leukemi

Mange pasienter med MDS har behov for jevnlig blodtransfusjoner.

(Kilde: NHI.NO)



– Helsesøstre må spørre

Tommy Aashildrød ved Støttesenter mot incest mener helsesøstre må ha tid – og mot – til å gå inn i de aller vanskeligste sakene. Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Aashildrød er kjent med tallene i Sykepleiens spørreundersøkelse, som viser at 7 av 10 av de helsesøstre som svarer, sier at de har unnlatt å stille spørsmål, fordi de ikke har tid til å følge opp svaret. Han frykter at det er de barna og unge med størst problemer som ikke blir spurt eller hørt.

– Forplikter å vite

– Mange som kommer til oss har forsøkt å fortelle om hva de har blitt utsatt for til en helsesøster. Noen har blitt hørt. Andre ikke. Mitt inntrykk er at en del helsesøstre kvier seg for å gå inn i saker hvor de mistenker incest, sier han.

– *Hva tror du er årsaken?*

– Jeg tror det er mange grunner. Mangel på tid er opplagt en viktig grunn, men også det at det forplikter å vite. Hvis et barn forteller om overgrep fra en tillitsperson, for eksempel far, må helsesøster forholde seg til hele familien.

Melder ikke avvik

I Sykepleiens undersøkelse kommer det fram at mange helsesøstre ikke melder avvik når de ikke får gjort det de skal:

Spørsmål: Fører du avvik på lovpålagte oppgaver som ikke blir utført, eller som blir utført for sent?

	Prosent	Antall
Ja	27 %	151
Nei	18 %	100
Ofte	9 %	50
Sjelden	38 %	211
Har ikke tid	8 %	44
Totalt	100 %	556

Det er ubehagelig. Særlig om man bor på et lite sted og må forholde seg til de samme menneskene også etter arbeidstid, kan det være vanskelig å gå inn i slike saker, sier han.

Relasjoner tar tid

Aashildrød reiser sammen med to andre rundt på skoler i Østlandsområdet for å undervise lærere, helsesøstre og elever. Hensikten er å

om det igjen.

– *Hvilke senskader ser dere?*

– Mange føler at de bærer på en sort klump inne i seg etter seksuelle overgrep. Vi ser mye selvskadning, dårlig selvtillit, grenseløshet, seksualisert atferd. Noen begynner å selge sex fordi de føler at kroppen ikke har noen verdi. Mange har spiseforstyrrelser, mareritt, angst, depresjon, selvmordstanker, og følelsen

«Mange føler at de bærer på en sort klump inne i seg etter seksuelle overgrep.»

Tommy Aashildrød, Støttesenter mot incest

forebygge, samt å fortelle hva barn og ungdom som er utsatt for seksuelle overgrep kan gjøre. Han viser til en NOVA-undersøkelse fra 2007 som sier at 1 av 10 har blitt utsatt for seksuelle overgrep.

– Undersøkelsen ble utført blant 16-åringene. Der svarte 150 000 jenter og 70 000 gutter at de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep.

– Når vi sier at elevene for eksempel kan snakke med helsesøster, får vi ofte som svar at helsesøster er på skolen en halv dag i uka eller enda sjeldnere. Mange har et positivt bilde av at helsesøster er en som kan hjelpe, men i praksis er hun til stede for sjelden til å kunne bygge opp den trygge relasjonen som er nødvendig for å få et utsatt barn til å åpne seg. Jeg skjønner at det er vanskelig å fortelle til en man knapt vet hvem er, sier han.

Aashildrød er opptatt av at barn og unge har noen å snakke med der og da:

– Studier har vist at det i snitt tar 17 og et halvt år før en overgrepsutsatt forteller om opplevelsene for første gang. Vi vet at når en utsatt har prøvd å fortelle det en gang uten å bli møtt på det, er det vanskelig å fortelle

av stor skam er veldig vanlig. Dette forteller brukerne til oss, sier han.

– Jo lengre tid det tar før noen lytter, jo lengre tid får de vonde opplevelsene til å kapsle seg inn.

Samarbeider gjerne

Han forteller at det også er helsesøstre som sender barn og unge til dem.

– Dersom de selv ikke har tid eller vet hvordan de skal følge opp, kan de kontakte oss. Støttesenter mot incest er et lavterskeltilbud. Den utsatte kan komme hit til samtaler så lenge det er behov for det. Vi samarbeider gjerne med helsesøstre, sier han, og nevner at han nylig ble innkalt til et møte på en skole hvor helsesøster var usikker på hvordan hun skulle håndtere informasjon hun hadde fått.

– I møtet var jeg, helsesøster og jenta som var blitt utsatt for seksuelle overgrep. Vi ble enige om at hun skulle fortsette med flere samtaler hos oss. Det var en god løsning for jenta, sier han.



TA KONTAKT: Rådgiver Tommy Aashildrød ved Støttesenter mor incest oppfordrer helsesøstre som ikke har tid eller vet hvordan de skal følge opp, til å ta kontakt.

– Risiko for svikt

– Helsestasjonstjenesten er vurdert å ha risiko for svikt på mange områder, sier Richard Knoff, direktør i Statens helsetilsyn. Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers

Knoff viser til en kartlegging Statens helsetilsyn gjennomførte i 2011.

Kartleggingen avdekket at mange kommuner og bydeler ikke tilbyr barn mellom 0 og 6 år helsestasjonstjeneste i tråd med faglige normer, og at mange kommuner ikke systematisk styrer helsestasjonsvirksomheten.

– Fra andre kilder vet vi også at det mange steder er avsatt lite tid og få ressurser til helsetilsyn og oppfølging, og at det er svært mange barn som skal ivaretas per helsesøster, sier Knoff.

Undersøker kommunene

I 2013 skal Statens helsetilsyn granske tjenesten nærmere:

– I det landsomfattende tilsynet skal vi undersøke om kommunene sikrer alle barn mellom 0 og 6 år forsvarlige helseundersøkelser, sier han.

Helsetilsynet påpeker at helsestasjonen når grupper som ikke fanges opp av øvrige offentlige tjenester.

– Det gir mulighet for å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik, og å intervensere tidlig med tiltak eller henvisning. Helsestasjonen har også en viktig oppgave med å styrke foreldrene i foreldrerollen, sier Knoff.

–Prioriterer de små

Selv om det er helsestasjonstjenesten som nå

skal under Helsetilsynets lupe, står det ifølge leder for landsgruppa for helsesøstre, Astrid E. Grydeland verre til i skolehelsetjenesten enn på helsestasjonene. Hun har tidligere uttalt til Sykepleien:

– Når man må prioritere, prioriterer man de minste. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Se intervju med Tommy Aashildrød her. (Scan koden med en QR-kode-app.)

Naturlige produkter

som kan gi effektiv hjelp



Bestselger i Norge siden 1996!

Ekstra tilskudd av vitaminer til håret ditt

Ingen kan klippe og forme hårprakten som frisøren din. Men bare du kan sørge for at hvert eneste hårstrå får all den næringen det trenger for å vokse seg sterkt, glansfullt og robust.

Med Arcon-Tisane hårvitamin kapsler gir du håret ditt et ekstra tilskudd av vitaminer supplert med ekstrakt fra bukkehornfrø. Det gir håret ny vekstkraft, spenst og styrke. Arcon-Tisane hjelper hår som virker tynt eller livløst og kan også gi god effekt om du i en periode føler at hårtapet er for stort.

Arcon-Tisane er et rent naturprodukt uten konserveringsmidler eller fargestoffer.

I Arcon-serien finnes det også et produkt for mannlig hårtap; Arcon Hårkur for menn.



Femarelle – en trygg og naturlig overgangsalder!



Femarelle gir livskvaliteten et løft, og det er det mange kvinner i overgangsalderen som trenger. I mer enn 10 år har Femarelle vært tilgjengelig for norske kvinner, og flere tusen har fått en bedre hverdag takket være Femarelle. Forskning gir oss stadig bedre forklaring på hvorfor det er slik, det er publisert og presentert mer enn 30 studier på Femarelles effekt og trygghet.

- Styrker benbygningen
- Hormonfri
- Vaginal tørrhet
- Naturlig
- Hetetokter

Dokumentert effekt

Spør din lege om naturmiddelet Femarelle som kan hjelpe deg i din overgangsalder. For studier se www.pubmed.com



Vanskelig hud trenger ekstra pleie



Passer også til barn. Uten parfyme, parabener og fargestoffer.

Z SKIN REPAIR SENSITIVE CREAM hjelper mot sår hud og bleieutslett.

Mange sliter med forskjellige hudproblemer og det kan være vanskelig å finne noe som virker og som samtidig er skånsom mot huden. Z SKIN REPAIR er løsningen!

Z SKIN REPAIR er en hud- og hårpleie-serie med det patenterte enzymet Zonase. Zonase er et enzym med veldokumenterte, pleiende og reparerende egenskaper som fjerner døde hudceller uten å skade levende hudvev.

Spesielt effektiv mot sår, tørr, irritert og følsom hud.

Z SKIN REPAIR INTENSIVE CREAM finnes også i økonomitube.



Z SKIN REPAIR INTENSIVE CREAM brukes ved tørr og sår hud. Lindrer kløe og ubehag.

Z SKIN REPAIR SCALP TINCTURE og SPESIAL SHAMPO brukes sammen mot flass og andre vansker i hodebunnen

Z SKIN REPAIR SENSITIVE CREAM brukes til barn og voksne med sensitiv hud på kropp og i ansiktet.



arcon

Produktene får du kjøpt i hele landet der det selges helsekost - eller direkte fra vår nettbutikk. Arcon Norway as, postboks 6, 4801 Arendal Tlf. 37 00 35 35 salg@arcon-norway.no www.arcon-norway.no

Yrkesfaglig vei til studiekompetanse

Kunnskapsminister Kristin Halvorsen åpner for opptak til tilrettelagte studier i høyere utdanning for fagutdannete uten studiekompetanse.

Tekst Bjørn Arild Østby

Det ble klart da kunnskapsministeren presenterte Meld. St. 20 (2012-2013) «På rett vei. Kvalitet og mangfold i fellesskolen» tidligere denne måneden. Meldingen vil bli behandlet i Stortinget i løpet av våren.

I meldingen heter det at departementet vil «stimulere til etablering av y-veier (at man kan gå fra yrkesfaglige utdanningsprogrammer til bestemte utdanningsløp i høyere utdanning, red. anm.) innen flere fagområder med lokalt opptak og tilrettelegging ved høyskoler og universiteter, særlig innenfor helse- og oppvekstfag».

På feil vei

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har hele tiden vært klokkeklare på at etablering av y-veien ikke er veien å gå.

– Jeg har problemer med å skjønne at vi får de helsefagarbeiderne vi trenger hvis trekkplasteret skal være at de på enklest mulig måte skal transporteres inn i bachelorutdanningen i sykepleie, sier forbundsleder Eli Gunhild By.

NSF er helt klar på at krav til studiekompetanse må gjelde for opptak til sykepleierutdanningen.

– Inntakskvaliteten er viktig for sluttkompetansen. Derfor har vi satt dette som prinsipp.

«Inntakskvaliteten er viktig for sluttkompetansen.»

Eli Gunhild By, NSF-leder

Ordningen vil gjelde blant annet opptak til sykepleier- og vernepleierutdanning, og barne- og ungdomsarbeidere til barnevernspedagog- og barnehagelærerutdanning.

Evnen til å følge forskningsbasert utdanning krever et teoretisk grunnlag. Særlig viktig er norsk, engelsk og matematikk for å lykkes i sykepleierutdanningen, mener By.

Mer attraktivt

Kunnskapsministeren mener det er uheldig at elever ikke fullfører fag- og yrkesopplæringen fordi de er usikre og redde for å stenge muligheter for videre utdanning. Hun er bekymret over prognosene som viser at det er behov for 28 000 sykepleiere og 57 000 flere helsefagarbeidere fram mot 2035.

– Å gi elevene en garanti for at fag- og yrkesopplæring ikke stenger for videre utdanning vil gjøre opplæringen til et enda mer attraktivt valg for elevene, og bidra til å øke antallet som fullfører, sa Halvorsen.

I meldingen åpnes det for at «fylkeskommunene kan opprette klasser eller programområder, med et begrenset omfang, for elever som allerede ved søkning til videregående opplæring ønsker en yrkesfaglig vei til studiekompetanse».

Avkortet utdanning?

I stortingsmeldingen heter det at «Y-veier skal være godt faglig fundert, og det må være et godt faglig og tematisk fellesskap mellom den aktuelle fag- og yrkeskompetansen og de aktuelle bachelorprogrammene. Y-veier må dessuten bygge på den enkelte utdanningsinstitusjonens evne til å utforme opplæringstilbud som anerkjenner at studentene har en annen faglig bakgrunn enn elever fra studieforberedende utdanningsprogrammer.»

– Hvis kunnskapsdepartementet gjennom lokale y-veier legger opp til avkortet sykepleierutdanning, er ikke dette noe å gå videre på, sier studieleder Øyvind Christiansen ved Universitetet i Nordland Helgeland.

– Sykepleierutdanningen utgjør en helhet av teori og praksis og kan ikke stykkes opp for å gi



FULLFØRE: Kunnskapsminister Kristin Halvorsen mener det er uheldig at elever ikke fullfører fag- og yrkesopplæringen fordi de er redde for å stenge muligheter for videre utdanning. Foto: Regjeringen.

elever med fagbrev innen helse- og oppvekstfag generell studiekompetanse, sier Christiansen, som er nyvalgt leder av arbeidsutvalget i Sykepleierutdanningens faglige lederforum (SUFAL). Lederforumet har ikke diskutert den nylig fremlagte stortingsmeldingen. ■■■

Les mer på www.sykepleien.no under Tema: Utdanning.

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



TARGINIQ[®]
oksykodon/nalokson

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER¹



motvirker opioidindusert
obstipasjon¹

www.targiniq.no



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • www.mundipharma.no

A TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02A A55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg,

20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneholder: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brilljantblått FCF [E 133], titandioksid [E 171]. 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171]. 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

Indikasjoner: Sterke smerter som kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. **Voksne:** Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetilretteving ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Etter full seponering med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertefølsomhet være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Barn og ungdom <18 år:** Preparatet anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata.

Administrering: Kan tas med eller uten mat med tilstrekkelig væske. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodon dose.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Δ Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myokardem, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakraniell trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampet, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativ bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesi prosedyre, annen samtidig medisiner og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme depottablettmatriksen kan sees i avføring. Kan gi positive resultater i dopingkontroll. Bruk som dopingmiddel kan medføre helsefare. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanter med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikoagulantia.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet.

Overgang i morsmelk: Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amning bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetteing. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinensyndrom, kulde- og varmfølelse, frynsinger, astenitilstander. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronar- sykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Lever/galle: Galleveisokk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelykninger, myalgi. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, søvnhjett, taleforstyrrelser, tremor. Nyre/urinveier: Akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Unormal tankegang, angst, forvirring, depresjon, euforisk humør, hallusinasjoner, søvnløshet, nervøsitet. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter, sykdomsfølelse, smerter, perifert ødem, vektapp, utykeskader. Sjeldne (≥1/10000 til <1/1000): Gastrointestinale: Tannsykdom. Hjerte/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Neurologiske: Krampet (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampet), sedasjon, synkope. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Marett. Øvrige: Vektøkning. Svært sjeldne (<1/10000), ukjent: Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerte/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Neurologiske: Svekket konsentrasjon, migræne, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Melena, tannkjøttblødning, dyslagi. Hud: Torr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Tørste. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Psykiske: Legemiddelavhengighet. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddel-toleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnhjett til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogent lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonister (f.eks. naloksonhydroklorid 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg naloksonhydroklorid i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ventrikkeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontrollerende midler og væskeinfusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmi kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Naturlig opiumsalkaloid kombinert med middel mot forgiftning (opioidreseptor-antagonist). **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, my- og deltareseptorer i hjerne, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt first pass-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormediert oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioid-indusert tarmfunksjonsforstyrrelse. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribueres i hele kroppen. **Metabolisme:** I tarm og lever. **Utskillelse:** I urin og feces.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg: 28 stk. [endose] 130,90. 98 stk. [endose] 341,80.

10 mg/5 mg: 28 stk. [endose] 221,80. 98 stk. [endose] 636,10.

20 mg/10 mg: 28 stk. [endose] 401,00. 98 stk. [endose] 1.224,70.

40 mg/20 mg: 28 stk. [endose] 754,50. 98 stk. [endose] 2.401,90.

Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttstase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

Sist endret: 12.01.2012

Referanse: 1. Simpsson et al. Curr Med Res Opin 2008;24(12):3503-3512



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01
www.targiniq.no

V5 29.10.2012 THAU



Magnesium fremmer en normal muskelfunksjon

Floradix Formula er et flytende magnesiumpreparat uten vitaminer for maksimum opptagelse i organismen med sine lettfordøyelige varianter av magnesiumforbindelser. Her får man full utnyttelse uten å måtte ta med tapsvurderingen ved inntak i tablett/kapsel form. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen, samtidig som smak og virkning er god, velsmakende og lett å svelge. Les mer om magnesium på våre web sider www.naturimport.no

- Magnesium fremmer redusert tretthet og slapphet
- Magnesium fremmer opprettholdelsen av normale ben
- Magnesium fremmer et normalt funksjonerende nervesystem

OBS! Uten konserveringsmidler!

Floradix Magnesium® kjøpes hos:



Hold deg naturlig fersk



Se våre facebook sider



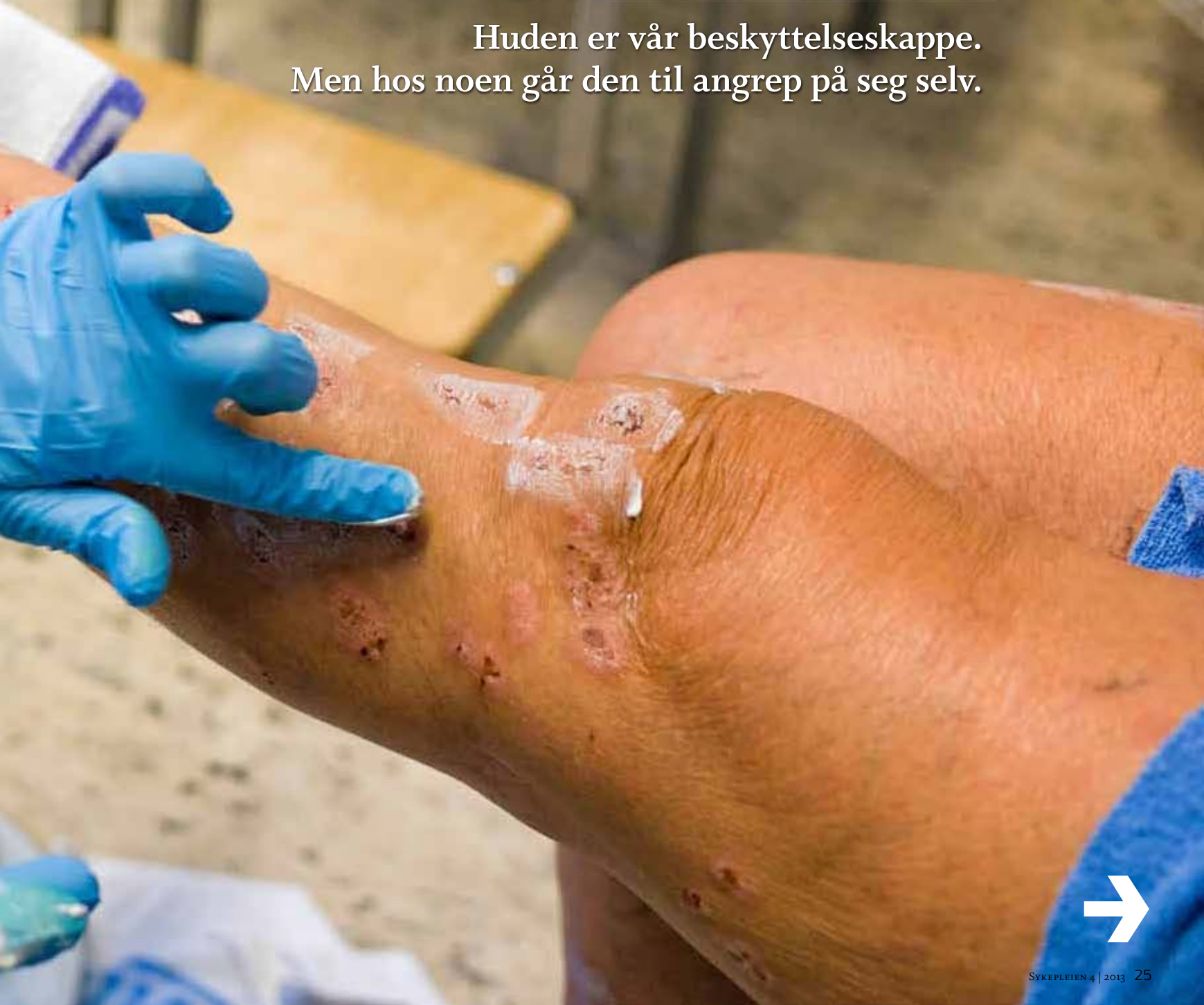
Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no

- 26 – Det er veldig plagsomt ›
- 30 – Psoriasis er smertefullt ›
- 31 – Vil styrke motivasjonen ›

SMØRING: Kremer er en viktig del av livet til de som har eksem. Her smører sykepleier Sara Johansen beina til Else Dale.

Når huden blir syk

Huden er vår beskyttelseskappe.
Men hos noen går den til angrep på seg selv.





HARTID: På badet har Sara Johansen mulighet til å finne ut hvordan det egentlig går med pasientene.

«Det er veldig plagsomt.

Huden til Else Dale lar henne aldri sove.

Else Dale klør. På beina og armene. I sengen om kvelden kjennes det som om hun har maur spaserende under huden. Hun har ikke sovnet gjennom en natt på ti år.

Beskytter

Huden er kroppens kappe. Den beskytter mot ytre påvirkninger som kulde og mikrober. Den regulerer kroppens balanse av væske, elektrolytter og varme. Den lagrer energi og kommuniserer følelser. Blant annet.

Bretter vi huden ut, har den et omfang på mellom 1,5 og 2 kvadratmeter. På det tykkeste, som i håndflatene, 4 millimeter. På det tynneste, som på øyelokkene, en tredel millimeter.

Påvirker

Else Dale ser ned på beina sine. Peker på runde flekker av tørr, irritert og infisert hud. Flekker hun har klødd og gnidd på gjennom utallige søvnløse netter.

- Det er veldig plagsomt, sier hun.
- Det er ikke smittsomt og ikke farlig, men det påvirker meg veldig.

Betennelse

«Koke» eller «bruse opp». Det er den opprinnelige betydningen av ordet eksem. Eksem er, sammen med psoriasis, den vanligste hudlidelsen i Norge. Rundt 120 000 har psoriasis.

«Tv-tid er smøretid.

Eksem kjennetegnes av en kløende betennelsestilstand i øvre del av huden. Årsakene er forskjellige. Felles er den tørre, røde og flassende huden med små væskefylte blærer.

Smøring

For Else Dale begynte det for ti år siden.

– Det er godt jeg fikk det seint i livet, sier hun.

Det kom på beina først, så krøp det oppover. Legen så med en gang at det var eksem. Som de fleste andre med hudsykdom, håndterer hun eksem selv hjemme. Hun smører og smører. Og smører. De siste årene har hun fått behandling på Rikshospitalet hvert halvår. I tre uker kommer hun for bading og smøring. Noen timer to eller tre ganger i uken. Denne gangen er hun så dårlig at hudlegen først ville legge henne inn. Men Dale er altfor travel, så de ble enige om å prøve poliklinisk behandling først.

Fiolett vann

– Nå er det klart.

Det gnistrer i fiolett. Inne på et av badene på Villa Derma, en av Rikshospitalets to poliklinikker for hud, er badevannet tilsatt kaliumpergamanat. Det er et stoff som virker desinfiserende på betent, væskende eksem.

Sykepleier Sara Johansen har gjort det klart etter legens forordning. Så ser hun at Dale kommer seg vel oppi. I 15 minutter skal hun sitte oppi karet. Mot slutten vil Johansen helle litt olje oppi, så ikke huden skal tørke ut. Etterpå smører hun. Da får Dale hjelp til å smøre alle de utilgjengelige stedene hun strever med til daglig. Hun synes det er deilig å komme hit. Og hun pleier å bli bedre etterpå.

– Men kvitt det blir jeg nok ikke.

Kronisk

Eksem, psoriasis og mange av de andre hudsykdommene er kroniske. For mange kan det være tungt å bære. Assisterende enhetsleder ved Villa Derma, Elisabeth Storheim, forteller at mange leter etter svar. De spør hvorfor de er blitt syke og hvordan de kan bli kvitt sykdommen. For sykepleierne er det en stor utfordring å hjelpe pasientene til å godta sykdommen.

– Vi motiverer dem til å være skipper på egen skute, forklarer hun.

– Å jobbe med hud handler mye om å veilede og undervise. Det er ganske mye pasientene kan gjøre selv. De kan smøre, bade og ta lys. Selv om det er kjedelig å holde på med, hjelper det de fleste. De har et valg, men det er klart de kan bli slitne innimellom. De fleste har også gode og dårlige perioder.

Takknemlig

Som leder har hun det luksusproblemet at sykepleierne ikke vil



GIR LYS: Lysbehandling hjelper mange pasienter med eksem og psoriasis. Mange får det som drop-in. Assisterende enhetsleder Elisabeth Storheim viser hvordan det fungerer.

Eksem

- » Kløende betennelsestilstand i hudens øvre lag. Ulike årsaker.
- » Eksem er vanlig. En av ti barn har i perioder eksem.
- » Behandlingen er å fjerne årsaken til eksem, om man kjenner til den.
- » Symptomlindrende behandling er for eksempel kremer med kortison.
- » Infisert eksem kan behandles med bakteriedrepende kremer, fargepenslinger eller desinfiserende bad.
- » Kronisk eksem kan behandles med lys.

Kilde: Store medisinske leksikon

slutte. Det siste året har hun ansatt én i fast stilling.

– Det er et spesielt fag, sier hun.

– Variert og spesialisert.

Dessuten er det en takknemlig pasientgruppe å jobbe med.

– De er ikke kritisk syke, og vi ser ofte at de blir bedre. Ikke alle, men mange. De setter også stor pris på å få hjelp.

Småting

«Careless whisper» synger George Michael inne på et av badene. Radioen står ofte på. Hyggelig for de ansatte og avledende for pasientene. Kanskje de glemmer å klø seg?

– Vi kan late som vi gir litt spa-behandling, smiler sykepleier Sylvia Jansen.

To dager er gått siden Else Dale var her sist. Hun er klar for et nytt bad med kaliumpergamanat. Hun føler seg litt bedre. Når hun kler av seg, ser huden solbrun ut. Det er en bivirkning av badingen. Kaliumpergamanat farger hud og negler brunt.

– Neglene kan bli veldig stygge, sier Sylvia Jansen, som har badet denne morgenen.

– Et tips er å smøre neglene med vaselin eller bruke neglelakk før man bader.

Nettopp sånne praktiske småting peker Elisabeth Storheim på som viktige sykepleieroppgaver til hudpasienter.

Informasjon

– Småting som er gull verdt, sier hun.

Det kan være enkle tips som å smøre huden om kvelden så man sover bedre, og å bruke hansker om natten. Alt som kan hjelpe pasientene til å leve bedre med sykdommen. «Tv-tid er smøretid» er et mantra Sylvia Jansen stadig gjentar.

Forskning og erfaring viser at pasienter med psoriasis strever med å følge opp behandling. Det er ikke alltid resepter løses ut på apoteket. Derfor prøver Villa Derma nå ut egne sykepleierkonsultasjoner, der pasienten først har time hos lege med



BADER I FIOLETT: Kaliumpermanganat virker desinfiserende på væskende eksem.



HUDPLEIE: Sara Johansen holder styr på de ulike behandlingene.



Psoriasis

- › Regnes som en autoimmun sykdom. Kan bryte i alle aldre, men det vanligste er i ungdomsårene. Rammer begge kjønn, men kvinner får ofte psoriasis tidligere enn menn.
- › Kroppen angriper seg selv og setter i gang en betennelse som vanligvis gir skjeldannelser over sår betent hud. Årsaken er uklar og sykdommen er kronisk.
- › De senere årene er det blitt klart at psoriasis er en systemsykdom som kan påvirke flere organer i kroppen. Det er sett en sammenheng mellom psoriasis og økt forekomst av sykdommer som diabetes og depresjon.

Kilde: Norsk Psoriasisforbund

sykepleier til stede og så har time med bare sykepleieren for å gå gjennom informasjonen.

– Så langt har pasientene gitt veldig gode tilbakemeldinger, sier Elisabeth Storheim.

Tid

Sykepleier Sara Johansen er på badet når Else Dale kommer tilbake for tredje gang. Hun synes badingen gir god mulighet for pasientkontakt.

– Vi har tid til å snakke, sier hun.

– Og da blir det lettere å finne ut hva de egentlig trenger hjelp til. Badepasientene er ofte slitne. Vi snakker om hvordan de har det hjemme, hjelper dem til å finne krefter når de er lei av å gjøre alt selv.

Avlede

Else Dale retter på håret. Hendene er pakket inn i myke bomullshansker. Hudlegen har sett på sårene hennes og foreslått kløbad neste gang. Hvetekli er kjent for å dempe kløe. Det har Dale aldri prøvd før. Hun håper det kan hjelpe. I mellomtiden

skal hun hjem til sitt aktive pensjonistliv med barn, barnebarn og kurs i gyllenlær.

– Jeg må være i bevegelse, gjøre ting som avleder meg fra kløen.

Hun klør seg aldri ute blant folk.

«Vi har tid til å snakke.

Sara Johansen

Badene og smøringen på Villa Derma har hjulpet. Men sove gjennom natten får hun ikke.

– Man blir vant til å klø også, sier Else Dale.

– Når man har klødd i mange år, klør man nesten automatisk. Det blir en vane.

nina.hernes@sykepleien.no

Kilder: Store norske leksikon, Arne Langøen (red.): Sårbehandling og hudpleie, Gyldendal Akademisk, 2012, Norsk Helseinformatikk, Norsk Psoriasisforbund

HUDEN

er kroppens største organ. Definert som eget organ av Anneus Charles Lorry i 1777.

Den første hudavdelingen åpnet i Wien i 1841. Noen måneder senere ble den første norske hudavdelingen grunnlagt, på Rikshospitalet i Kristiania.

I industrialiserte land er det mye eksem og psoriasis hos hudpasienter. I utviklingsland er det mye infeksjonssykdommer. For eksempel er spedalskhet noe hudsykepleiere i India jobber mye med.

Over hele verden kan sykepleiere

gjøre mange oppgaver for å ivareta hudpasienter. Sør-Afrika opprettet en egen videreutdanning allerede i 1997. I Sverige er det en klinikk hvor sykepleiere blant annet behandler hudinfeksjoner. I Norge ønsker hudsykepleierne egne sykepleierdrevne klinikker.

Kilde: Ole Fyrand: På dermatologisk hellig grunn. Tidsskrift for den norske legeforsking, 30/99
NSFs faggruppe for sykepleiere i dermatologi og venerologi



– Psoriasis er

Det viser doktorgraden til sykepleier Tone Marte Ljoså.

På 1990-tallet sa lærebøkene at psoriasis ikke gir smerter. Men da sykepleier Tone Marte Ljoså spurte pasientene, sa de at de hadde vondt. Nå har hun dokumentert deres smerte i den ferske doktorgraden *Skin pain and skin discomfort in patients with psoriasis*.

Bare kløe

– Dette er ny kunnskap, sier hun på telefon fra Høgskolen i Buskerud. Hun er førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud, men jobber også som smertesykepleier på Rikshospitalet.

Ljoså har mastergrad i smertebehandling fra Australia. Men siden det var vanskelig å få jobb som smertesykepleier i Norge, begynte hun å jobbe på hudavdeling. Der så hun pasienter med psoriasis og tenkte at de måtte ha vondt. Hun spurte kolleger, og de svarte «nei, nei, de har bare kløe». Det syntes hun var merkelig og spurte pasientene i stedet. Veldig mange sa de hadde ubehag.

– Jeg ble nysgjerrig på hva dette ubehaget er, sier hun.

Myte

Psoriasis er en kronisk hudsykdom som gir sår og sprekker i huden.

– *Hvordan kunne man anta at det ikke var smertefullt?*

– Det har jeg også spurt meg om, sier Ljoså,

– At vi ikke anerkjenner smerte er noe vi ser innenfor ulike deler av medisinen, og det forklarer hvorfor mange pasienter ikke får nok smertestillende. At pasienter med psoriasis ikke har vondt, er blitt en opplest og vedtatt myte. Helt til noen stiller spørsmål ved den.

Spør

– *Men har ikke pasientene gitt uttrykk for at de har vondt?*

– Vil styrke pasientens motivasjon

Kristine Kirkeby Fuskeland er redd for generalisering.

Egen videreutdanning

Høgskolen i Buskerud har videreutdanning i dermatologisk sykepleie. Første kull startet i 2012. Studiet er på deltid over ett år og gir 30 studiepoeng. I tillegg har Høgskolen i Buskerud og Høgskolen i Stord/Haugesund videreutdanning i sår.

For 20 år siden ble pasienter med psoriasis lagt inn på sykehus i tre uker. I dag ligger de tre-fire dager. Det går ut over pasientene, frykter Kristine Kirkeby Fuskeland, leder for NSF's faggruppe for sykepleiere i dermatologi og venerologi.

Generalister

– Veiledning er det viktigste i sykepleien til pasienter med kroniske sykdommer som psoriasis, påpeker hun.

– Men vi får stadig mindre tid å drive veiledning på.

I tillegg blir det færre sengeplasser til hudpasientene. De kommer på avdelinger som også dekker infeksjon, ortopedi og øre-, nese- og hals. Resultatet er at det blir flere generalister som tar

seg av hudpasientene, mens fagfeltet blir stadig mer spesialisert.

– Når liggetiden går ned, og tiden med pasienten blir knappere, er det desto viktigere med erfarne hudsykepleiere som vet til fingerspissene hva de skal veilede i, sier hun.

Støtte

Fuskeland ser ikke redusert liggetid som udelte negativt.

– Det er mindre risiko for at pasientene blir hospitalisert. Det er en trend i samfunnet at pasienter skal håndtere sykdommen selv og det kan være bra. Det er ikke som før, da man kom inn på sykehuset og la seg til i sengen. Vi jobber mye med å styrke pasientens motivasjon for å håndtere sykdommen selv. Det er

smertefullt

– Det er ofte sånn at de ikke sier de har vondt før de blir spurt. Og måten man spør på påvirker hvilke svar man får. Dette gjelder smerter generelt. Studier har vist at spørsmål som «hvordan går det» ofte blir besvart med «bra». Hvis man ikke spør direkte om smerter, nevner pasienter det heller ikke.

Ljoså peker også på at situasjonen hvor man snakker med leger og sykepleiere kan avlede tankene fra smerten så den ikke virker så plagsom der og da. Det er snakk om lette og moderate smerter, som man kan avledes fra.

Mye vondt

I arbeidet med doktorgraden spurte Ljoså 139 pasienter med psoriasis om hvordan de opplever smerte og ubehag i huden. Nesten halvparten sa de hadde smerter. Pasientene var i ulik fase av sykdommen, noen hadde opplevd forverring, andre var til forebyggende behandling eller kontroll. De fleste kom til poliklinikk, en liten andel var innlagt i sengeavdeling.

Nesten fire av ti opplevde ubehag fra huden. Smerte og ubehag ble beskrevet som kløende, ubehagelig, overflatisk, sensitivt, brennende, ømt og stikkende. De som sa de hadde smerter hadde mer alvorlig psoriasis enn de som sa de hadde ubehag. De med smerte hadde i større grad søvnproblemer og redusert livskvalitet.

Overrasket

Ljoså ble overrasket over at så mange hadde smerter i huden.

- Vi bad dem rangere smerten på en numerisk skala fra 0 til 10, og i gjennomsnitt opplevde de smerter mellom 4 og 6, forteller hun.
- *Hvordan reagerer hudsykepleiere på funnene?*
- De sier de kjenner seg igjen i det pasientene beskriver, men også de blir overrasket over at så mange har vondt.

Mer behandling

Pasientene beskriver plagene som både smerte og ubehag. Men akkurat hva som skiller smerte og ubehag eller om pasientene snakker

om de samme fenomenene, vet ikke Ljoså. Det er en begrensning ved forskningen hennes og noe hun ønsker å finne ut mer om. Hun skulle også gjerne undersøkt smerteopplevelsen over tid. I hennes forskning er pasientene intervjuet to ganger, med tre måneders mellomrom.

Det hun fant, var at det blir mindre smerter og ubehag når psoriasis blir behandlet.

- Det er logisk å tenke at mindre sprekker og sår i huden gir mindre smerter og ubehag, sier hun.
- Det kan synes som om disse pasientene er underbehandlet. Kanskje får de ikke sterke nok kremer, kan hende er vi for restriktive med systemiske legemidler eller vi starter ikke behandling hurtig nok.

«Jeg ble nysgjerrig på hva dette ubehaget er. *Tone Marte Ljoså*

Ljoså peker også på at det er lite kunnskap om lokalbehandling og hvor lindrende den virker. Og man vet lite om smertelindring av disse pasientene.

– Det er naturlig å tenke at betennelsesdempende midler som ikke inneholder kortison (NSAIDS) kan ha effekt og lokalanestesi kan nok fungere. Men vi vet altså ikke, sier hun.

Ikke psoriasis

Pasientene sa at det var veldig sjelden de fikk tilbud om smertestilende. De brukte det også i liten grad hjemme.

– Forestillingen om at psoriasis ikke er vondt kan illustreres med denne historien. En av pasientene hadde fortalt fastlegen om smertene, og da sa legen at det ikke kunne være psoriasis han hadde likevel. For psoriasis gir ikke smerter i huden.

Det er nå utdatert kunnskap.

– Mitt inntrykk er at pasientene jeg intervjuet satte pris på å få snakke om smerter, sier Tone Marte Ljoså.

Egen faggruppe

› NSFs faggruppe for sykepleiere i dermatologi og venerologi er for sykepleiere som jobber med eller interesserer seg for hud og kjønns sykdommer. Gruppen har 164 medlemmer.

› Arrangerer hvert år hudseminar.

› Fagfeltet omfatter både hud og seksuelt overførbare sykdommer. Hudavdelingen på Rikshospitalet er en ren hudavdeling, fordi Oslo universitetssykehus har et eget senter for rådgivning, undersøkelse og behandling av seksuelt overførbare sykdommer, kalt Olafiaklinikken. Ellers i landet er dermatologi og venerologi mange steder slått sammen.



VIL HA SPESIALISTER: Kristine Kirkeby Fuskeland peker på at hud er et spesialisert felt.

krevenne å stå alene med en kronisk sykdom, dag ut og dag inn. Pasientene trenger oppmuntring og støtte.

Hun erfarer at det er mye å hente på å ha god tid til strukturerte samtaler.

«Hudpasienter trenger hudkontakt.

Kristine Kirkeby Fuskeland

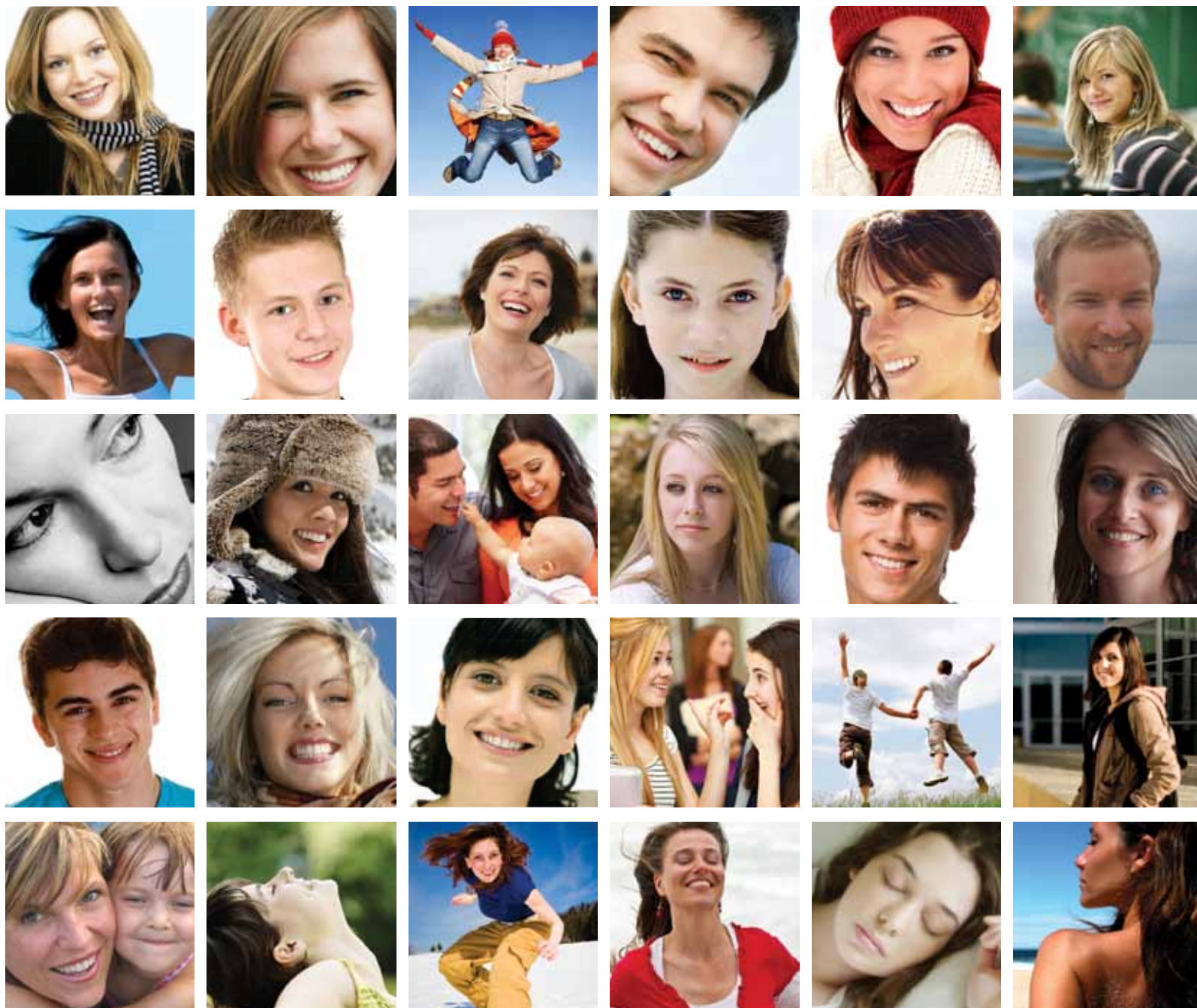
– God opplæring gjør at gjør at pasienten kan behandle seg selv mer optimalt, sier hun.

Hudkontakt

Fuskeland ser også at mange pasienter med for eksempel psoriasis har problemer med sitt eget selvbilde. De unngår ofte situasjoner der hudsykdommen blir synlig for andre. Smerter og kløe plager dem også i stor grad. I tillegg ses oftere livsstilssykdommer hos de med psoriasis.

- Hudpasienter trenger hudkontakt, sier hun.
- Ved for eksempel å smøre dem viser vi at de er ok, det er ikke bare noe vi sier. Men fordi de ofte har komplekse problemer, krever det at vi opparbeider tillit og det tar tid. For pasientene er det verdifullt, sier hun. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



“Du har celleforandringer” - EN BESKJED DU HELST VIL UNNGÅ

Som helsearbeider er du sikkert godt kjent med at kvinner bør gå til regelmessige gynekologiske undersøkelser for å ta celleprøve. En celleprøve tas for å avdekke eventuelle celleforandringer og mulige forstadier til kreft. Mange kvinner, som har tatt en celleprøve, lurer nok ofte i ettertid på prøvesvaret, med blandede følelser.

Forskning har vist at et virus (humant papillomavirus – HPV) forårsaker celleforandringer og er dermed årsak til kreft både hos kvinner og menn.¹

Menn har ikke samme mulighet til å få tatt celleprøver for å avdekke mulige forstadier til kreft.

Visste du at Gardasil® har effekt hos både gutter/menn og jenter/kvinner? Du kan vaksinere deg mot humant papillomavirus fra fylte 9 år.

Hos kvinner kan Gardasil® forebygge livmorhalskreft, forstadier til livmorhalskreft, forstadier til vulva- og vaginalkreft og kjønnsvorter relatert til HPV-typene 6/11/16/18.

Gardasil® kan hos menn forebygge eksterne genitale lesjoner og kjønnsvorter relatert til de samme HPV-typene.¹

Vi vil være sikre på at du og alle andre helsearbeidere får denne beskjeden:

”GARDASIL® har effekt både hos kvinner og menn”.



C Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus
ATC-nr.: J07B M01

11-201E N000156

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfat-adjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft 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:** Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Barn <9 år:** Sikkerhet og effekt er ikke kjent, tilgjengelige data finnes ikke. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, 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 eller toniske/kloniske bevegelser, har intruffet etter vaksinerings. Vaksinerter personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. 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 vaginal dysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virusarter 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. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær-vaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisits- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksiner 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 middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert booster-vaksine 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: Overgang i placenta:** Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. **Overgang i morsmelk:** Kan 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 ($\geq 1/10$):** Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Hørsom og pruritus på injeksjonsstedet, pyreksi. **Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $< 1/10000$):** Hud: Urticaria. **Svært sjeldne ($< 1/10000$):** Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. **Ukjent:** Blod/lymfef: Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, synkope, i blant 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 høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinet 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, reprodusere 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 beskyttelseeffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, ValN2/3 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 beskyttelseeffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, ValN2/3 og kjønnsvorter på 73-85%. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinerings-tidspunktet. **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. Eksakt varighet av immunitet etter primær-vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte kvinner som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) for vaksinerings. 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 middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisits-sammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter og gutter 9-15 år. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging for injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. 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. **Pakninger og priser:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte med to kanyler) 098722. Kr 1116,80 Godkjent SPC: 19.12.2011 Sist endret: 06.10.2011


sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Lokketangen 20 · 1337 Sandvika · Telefon 67 50 50 20 · post@spmsd.com



Foto: NTB scanpix

Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepenger
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 25 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Ring 800 57338 (800 KREFT) eller chat med oss på kreftforeningen.no



KREFTFORENINGEN



Der ute

Les mer om:

- 36** Bekjemper fistula i Etiopia ›
- 40** Dårlig forsikret på praksis i utlandet ›
- 46** En selvskaders mor forteller ›
- 54** Polarsykepleieren

Tekst **Eivor Hofstad**
eivor.hofstad@sykepleien.no

AMERIKANSK sykehjem dømt

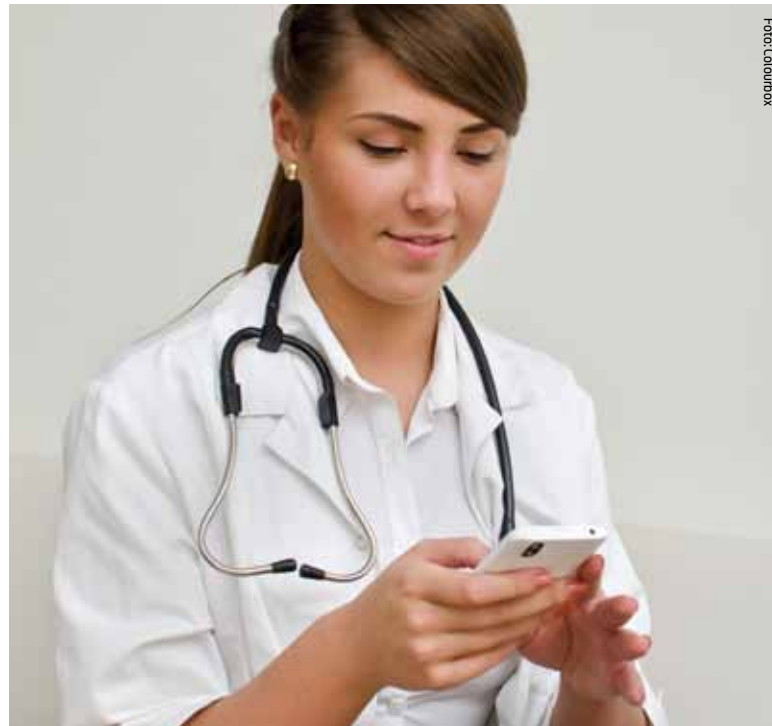
Momence Meadows Nursing Centre i den amerikanske delstaten Illinois ble nylig dømt til å betale over 28 millioner dollar i bot. Sykehjemmet skal ha utstedt 1729 falske regninger, drevet dårlig pasientpleie og straffet to tidligere ansatte. Disse to varslet i 2004 blant annet om at den dårlige pleien hadde ført til tre dødsfall og mange liggesår hos pasientene. Etter at de varslet, hevder de to at de ble straffet av arbeidsgiver.

Kilde: *Lawyers.com*



FIKK BOT: Snusk i økonomien og slett behandling av både personell og pasienter straffet seg til slutt for det amerikanske sykehjemmet. Foto: Colourbox

Varsler-app for ENGELSKE sykepleiestudenter



Til høsten får engelske sykepleiestudenter en ny en applikasjon for smarttelefoner. Den blir utviklet av Health Education England (HEE) og er ment for studenter i helseprofesjoner som har bekymringer rundt pasientpleie. HEE er en ny organisasjon som skal ha overoppsynet med praksisen til helsepersonell i England. Leder av HEE, Sir Keith Pearson, sier at

studenter har en viktig rolle rundt pasientkvalitet og -sikkerhet og at de utvikler appen for at studentene lettere kan komme med sine bekymringer. Meldinger sendt gjennom appen vil gå til HEE, pleiekvalitetskommissjonen (Care Quality Commission) og lokale praksis-styrer.

Kilde: *Nursing Standard*

DANSK debatt rundt hpv-vaksine

I Danmark har flere leger anbefalt at hpv-vaksinen også bør gis til gutter og eldre kvinner, ikke bare til kvinner født etter 1985. Nå kritiseres disse legene for å ha dobbeltroller og interessekonflikter. De har kommet med anbefalingene samtidig som de har mottatt penger fra produsentene av vaksinen.

Sosialistisk Folkeparti (SF) foreslår nå at det skal bli slutt på at leger skal kunne sitte i rådgivende organ for myndighetene dersom de samtidig mottar forskningsmidler innenfor samme område som de skal gi råd om, sier SFs helsepolitiske talskvinne Özlem Cekic.

Kilde: *Politiken*



Illustrasjon: NTBScannix

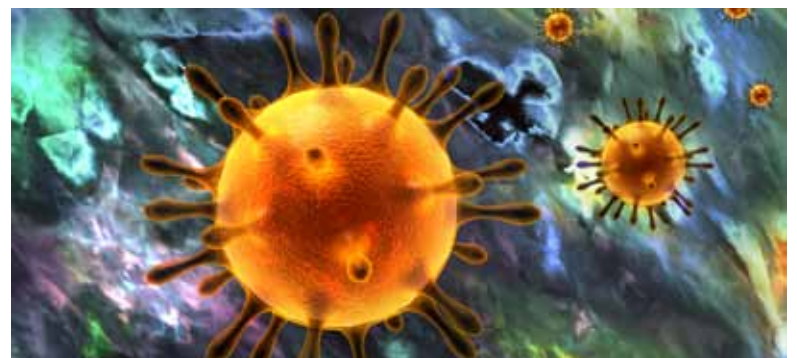
CANADISK sykepleier med SARS-historie

Denne våren er det ti år siden SARS (severe acute respiratory syndrome) herjet over verden og smittet rundt 8100 mennesker og drepte rundt 800 av dem. Noen av disse var helsepersonell som ble smittet av pasienter.

I Toronto i Canada døde 44 mennesker av den influensaliknende sykdommen. Sykepleier og tobarnsmor Susan Sorrenti var en av dem som overlevde smitten. Hun ble smittet på jobb ved

Mount Sinai Hospital og forteller sin historie i den canadiske nettavisen The Star. Det er en historie helsepersonell kan lære av for ettertiden. Stikkordet er smitteforebygging. Les historien og se Susan Sorrenti på video på thestar.com.

SARS: Dette er SARS Coronaviruset. Foto: Colourbox



RUSSISK røykeforbud

Foto: Arkady Chubkin/NTBScanpix



Rusland er et av verdens mest innrøykte land, hvor over fire av ti er røykere. Men 1. juni vil landets nye trinnvise røykelov tre i kraft. Da vil røyking på offentlige steder som stasjoner, flyplasser, havner, arbeidsplasser, innganger til boligblokker, lekeplasser og strender bli forbudt. Et år etterpå vil forbudet også gjelde langdistansetog, skip, hoteller, restauranter, barer, kafeer, butikker og markeder.

I tillegg vil en minimumspris for tobakk bli introdusert, mens tobakksalg og -reklame vil bli strengere regulert.

Kilde: BBC

SKOTSK bemanningskalkulator

I mai skal skotske kommuner få en slags bemanningskalkulator til å hjelpe seg med å bemanne det kommunale helse tilbudet forsvarlig. Systemet kalkulerer antall og hvilken type ansatte som er nødvendig for å kunne gi en sikker og individuell pleie. Det ser på antall pasienter og kompleksiteten i pleien, samtidig som det tar høyde for ekstra tid for uventede avbrytelser eller oppgaver slik som for eksempel administrasjon.

Den skotske kabinettsekretæren for helse og velferd, Alex Niel, sa under lanseringen av verktøyet at han vil forsikre seg om at det er den riktige blandingen av type og antall personell som jobber i kommunene for å gi pleie av god kvalitet til pasientene.

Kilde: Nursing Standard



Foto: Colourbox

Dyrt AMERIKANSK helsevesen

Den danske journalisten og helseantropologen Mette Breinholdt har vært på sykehuset med sin sønn i USA. Det endte i et forvirrende, frustrerende virvar av regninger, motregninger, rabatter, refusjoner og utallige telefonsamtaler. Hun mener byråkratiet rundt det amerikanske

helsevesenet må koste enorme summer og skriver i sitt siste blogginlegg hos Ugeskrift for læger (ugeskriftet.blogspot.dk): «Alt i alt får det meg til å tenke på at amerikanerne virkelig må elske sitt private marked meget høyt».

SVENSKER kvinner vil ha balanse

De siste fem årene har andelen svenske kvinner som mener at en høy lønn er viktig, sunket fra 57 til 47 prosent. Det viser en internasjonal spørreundersøkelse som det profesjonelle nettverket LinkedIn har foretatt blant 5000 yrkeskvinner, hvorav 400 var fra Sverige.

De vil heller ha en interessant jobb og riktig balanse mellom jobb og privatliv. Bare 26 prosent av de svenske kvinnene planlegger å bremse karrieren når de får barn. Det internasjonale gjennomsnittet ligger på 43 prosent.

Kilde: Du & Jobbet

PASSE AV ALT: Høy lønn er ikke det viktigste, mener flere svenske kvinner enn før. Foto: Colourbox



Riskhospitalet



Kvinner som blir rammet av fødselskomplikasjonen fistula ligger dårlig an. Worke fra Etiopia er blant de heldige.

Tekst og foto **Marta Camilla Wright**

Håp for de utstøtte

Fistula

- › Fistula er en fødselsrelatert skade som kan oppstå når fødsler stopper opp og ikke blir forløst på grunn av at det ikke finnes tilgang til kvalifisert fødselshjelp og keisersnitt.
- › Resultatet er store skader på fødselskanalen som kan føre til inkontinens og andre medisinske komplikasjoner.
- › Ca. 5 prosent av alle fødsler stopper opp pga. misforhold mellom mors bekken og barnets størrelse.
- › Fistler er IKKE forårsaket av voldtekt, omskjæring eller tradisjon med barnebruder.
- › Kvinner med fistula blir sosialt stigmatisert og mange har store psykiske problemer.
- › Fistula er mest utbredt i Afrika sør for Sahara og Asia.
- › I dag finnes det ikke fistula i utviklete land.

Hun visste ikke noe om bryllupet før det skjedde. Ingen hadde fortalt henne det. Hun var ni år, han var 21.

Worke forteller stille, med hodet litt på skakke. Fuglene synger og solen varmer i ryggen her ved Fistulasykehuset litt utenfor Addis Ababa i Etiopia.

Etterpå, etter at hun var gift og hadde flyttet til mannens familie, lengtet hun hjem til moren. Nesten hver dag sto hun tidlig opp og gikk fra mannen sin og hjem til moren. Hver gang ble hun tvunget tilbake med makt til mannens familie. Så ble hun gravid. Da var hun 14.

Fistulasykehuset

Det lukter tiss. Det er ikke til å unngå her på sykehuset. En kvinne står i skyggen, bøyd, med armene mot en mur og hulker. Kanskje har hun smerter i underlivet eller i bena etter å ha forsøkt å gå litt. Kanskje er hun psykisk utslitt av av belastningene skadene har gitt henne. Eller begge deler. Et lite stykke unna sitter en gruppe damer. En av dem går bort til henne. Alle har strikete, fargerike tepper rundt seg.

Det er ennå litt kjølig på morgenkysten i Addis Abeba, som ligger 2400 meter over havet. Rundt sykehusbygningene er det vakre bed med blomster og trær. Store trær gir deilig skygge utover dagen.

Fistulasykehuset i Addis Abeba er et av få sykehus i verden som jobber spesielt med å gi operasjoner til kvinner med fistula og lære opp kirurger som kan utføre slike inngrep. De har sengekapasitet til 142–150 pasienter, men ofte er det 200 pasienter skrevet inn. De sier aldri nei til noen, og alt er helt gratis.

– Det er veldig vanskelig for oss å få midler, forteller en av stifterne av sykehuset, lege Catherine Hamlin (88).

– De sier at vi ikke er bærekraftige. Vi blir nemlig aldri overflødige, og vi vil aldri kunne komme til et punkt der vi kan klare oss uten givere, sukker den erfarne legen.

Worke mister barnet

Worke var hjemme hos mannen sin da fødselen startet. Etter noen dager i fødsel, etter at babyen døde i magen hennes, følte hun ingenting lenger.

Etter ni dager ble hun fraktet til sykehuset. De tok ut den døde babyen.

Etter dette merket hun at hun ikke kunne holde seg. Tisset rant rett ut, rett gjennom henne. Hun kunne heller ikke gå slik som før. Etter ni dager med bena bøyd og press på nerver var hun ikke i stand til å strekke ut bena, og hun hadde mistet noe av følelsen i dem.

Workes eneste ønske var å komme hjem til sin mor. Hun klarte å kare seg dit. Moren ble sint og spurte hvorfor hun ikke hadde sagt noe til legen om at hun ikke kunne holde seg. Worke hadde ikke skjont at det ikke skulle være sånn. Hun var 14 år.

Utstøtt av lokalsamfunnet

– Det er tusenvis av dem der ute. De gjemmer seg. Ingen vet hvordan de lider, ingen bryr seg om disse kvinnene. De er unge, de har hele livet foran seg – hvis de får hjelp. Hvis de ikke får hjelp er hele livet ødelagt, sier fistuladoktor Catherine Hamlin.

Hun og hennes avdøde mann Reginald Hamlyn stiftet Addis Ababa Fistula Hospital i 1974. Hit kommer



SKADET FOR LIVET: Worke (27) har nå fått et nytt liv etter å ha levd med urinlekkasje, smerter og sosialt stigma i mer enn ti år. Hun må leve resten av livet med urinpose.

jenter fra 12–13-årsalderen med skader i underlivet etter fødsler. Gjennomsnittsalderen er gått opp de siste årene og ligger nå på 24 år.

– Vi ser færre av de yngste nå. Det ser ut som alderen på førstegangsfødende er i ferd med å opp, sier Sisay Alemayehu, informasjonsrådgiver ved Fistulasykehuset.

– Det vanskeligste for pasientene våre er selvfølelsen. De tenker at det hviler en forbannelse over dem. «Hvorfor føder andre uten problemer, og ikke jeg?» tenker de. De lever med stor skam.

Den eldste pasienten de har tatt imot på sykehuset var 82 år.

– Hun hadde levd med denne tilstanden i 50 år. Hun hadde klart seg ved å leve som nonne ved en kirke. Omkring 10 prosent har bodd i total isolasjon og kommer hit veldig svake, forteller Sisay Alemayehu.

Fistula-stiftelsen har også etablert Desta Mender – Håpets landsby – utenfor Addis Abeba for dem som trenger lenger tid på å komme seg. Det er plass til 45 pasienter i Desta

Mender. Beboerne går på skole for å lære seg grunnleggende livsferdigheter og for å jobbe med selvfølelse og selvtillit. For noen tar det mange år før de kan flytte ut.

Sykepleier Belainesh Mengesha har jobbet i den døgnåpne klinikken i De-

i mer enn 45 land i Afrika, Asia og Midtøsten fått hjelp, ifølge WHO. Dette på tross av at behandling ville kunne hjelpe 90 prosent av kvinnene.

Fistula oppstår ved sterkt og langvarig press mot bekkenet som følge av at barnets hode er for stort, morens



Catherine Hamlin, lege

«Vi blir aldri overflødige.»

sta Mender i fem år.

– Vi er alt for dem, sier hun.

– De har så mange og store problemer. Det er trist og samtidig svært meningsfullt arbeid, sier sykepleieren.

To millioner uten hjelp

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) lever 2 millioner unge kvinner i Asia og Afrika sør for Sahara med ubehandlede gynekologiske fistler, og hvert år blir 50–100 000 nye kvinner rammet av denne lidelsen. Siden 2003 har kun 12 000 kvinner med fistula

bekken er for lite eller barnet ligger i en vanskelig posisjon. Resultatet er store skader på fødselskanalen, som blant annet kan føre til inkontinens, svært sterke smerter, infeksjoner og andre alvorlige medisinske tilstander.

Fem prosent av alle fødsler blokkeres. Mangelen på universell tilgang på reproduktiv helse er stor i utviklingslandene. Av FNs tusenårsmål er nummer fem nettopp å redusere svangerskapsrelatert dødelighet, et av målene man ligger dårligst an med.

– For å nå tusenårsmål fem, må





NOEN FÅ FÅR HJELP: Postoperativ avdeling ved Fistulasykehuset i Addis Ababa. To millioner kvinner sliter med fistula. 50 000 nye får skaden hvert år. Behandlingskapasiteten i verden ligger på under 20 000 årlig.



SMERTEFULLT: Sykepleier Belainesh Mengesha har jobbet fem år ved den døgnåpne klinikken i Desta Mender. – Det er smertefullt å jobbe med kvinnene her, sier sykepleieren.

man sørge for at alle kvinner har tilgang til kvalifisert hjelp når de skal føde, sier den norske legen Cathrine Reimers.

Cathrine Reimers har spesialisert seg på fistula-operasjoner. Hun har operert fistula-pasienter i Kongo, Uganda og Etiopia.

– Det er ikke alle som blir helt bra. Noen kan aldri reise hjem. 25 prosent er lette å operere, 50 prosent er ganske vanskelige og 25 prosent er fra svært vanskelige til nærmest umulige å hjelpe. Sistnevnte gruppe har ofte også andre skader, som for eksempel lammelser i beina, forklarer Reimers.

Mange av pasientene Reimers har operert har levd lenge med lidelsene.

– De 103 kvinnene jeg opererte i Etiopia hadde levd med lidelsen fra 1,5 år til 24 år, forteller gynekologen.

– Mange tror at fistler skyldes overgrep og barneekteskap og at kvinner er underutviklet når de skal føde. Men dette er feil. Overalt stopper fødsler opp, men «hos oss» får kvinnene keisersnitt når dette skjer. Mange av kvinnene er lykkelig gravide, men får ikke den hjelpen de trenger for å føde sine etterlengtede barn, sier Reimers.

Fistler skyldes mangel på skikkelig fødselshjelp, sier Reimers.

– Om kvinner ikke lenger måtte føde alene eller med ukvalifisert hjelp

ville også de andre hovedårsakene til mødredødelighet bli håndtert.

15 år senere

Worke var 14 år. Hun fikk hjelp av onkelen sin, som tok henne til et av de største sykehusene i Addis Ababa. Derfra sendte de henne til Fistulasykehuset, men operasjonen gjorde henne ikke helt bra. Worke forsøkte å leve med urinlekkasjen og smerter i beina og samtidig tjene til livets opphold i storbyen. Folk klagde på at det luktet av henne. Hun måtte vaske seg hele tiden. Etter 11 år dro hun tilbake til Fistulasykehuset og ble innskrevet i Desta Mender. Nå er hun 27 år. Hun må leve med urinpose resten av livet, og hun sliter med depresjon.

– Men jeg kan løpe og jeg kan leve nesten som vanlig, sier hun.

– Hva drømmer du om for fremtiden?

– Jeg vet ikke. Gud vet. Kanskje vil jeg gifte meg en gang igjen, smiler hun og slår blikket ned.

Men en ting vet hun likevel.

– Jeg vil aldri tilbake dit jeg kommer fra. De tenker at det hviler en forbannelse over meg. Ingen der tror at jeg vil kunne leve som en vanlig kvinne, sier hun. ■■■

Fistula-tall

- ▶ To millioner lever med ubehandlet fistula i Afrika og Asia.
- ▶ I Etiopia regner man med at det er ca. 100 000 som lever med ubehandlet fistula og at det oppstår ca. 9000 nye tilfeller hvert år.
- ▶ Fistula rammer mellom 50 000–100 000 nye kvinner hvert år.
- ▶ Verdens kapasitet til å behandle fistula er ca. 20 000 pasienter årlig ifølge Fistula Foundation.
- ▶ Ifølge Verdens helseorganisasjon er bare 12 000 kvinner behandlet siden 2003.

For mer informasjon:

- ▶ www.fistulafoundation.org
- ▶ FNs befolkningsfond UNFPA har en egen informasjonsside med tittel «Safe Motherhood» knyttet til gynekologiske fistler, se også undersiden www.endfistula.org
- ▶ www.helsebiblioteket.no
- ▶ Verdens helseorganisasjon

Kilder: Verdens helseorganisasjon, Fistula Foundation, Wikipedia, Helsebiblioteket

ThevoVital - demensmadrassen



En madrass som gir bedre søvn til personer med demens:

- ✓ Mer opplagt på dagen
- ✓ Mer tilgjengelig for kommunikasjon
- ✓ Mer ro for omsorgspersoner
- ✓ Mindre bruk av medikamenter
- ✓ Ingen bivirkninger

«Det har vært en eventyrlig forandring for henne å sove på demensmadrassen. Hun sov bedre allerede første natten, og vi har kunnet redusere hennes bruk av beroligende medikamenter. Søknaden om å flytte henne til skjermet langtids plass på et annet sykehjem, har vi trukket tilbake.»

- avdelingsleder ved Prestrudsenteret i Hamar kommune

ThevoChair - hvilestolen til personer med demens



Beroligende gyngbevegelser:

- ✓ Roligere og mer mottagelig
- ✓ Mindre angst og depresjon
- ✓ Mobilisering av ankel-, fot- og hoftledd
- ✓ Stabil konstruksjon
- ✓ Ingen bivirkninger


Thomashilfen

 Bardum

Ta kontakt for spørsmål eller ved ønske om utprøving på tlf. 64 91 80 60 eller thevo@bardum.no
Les mer på bardum.no eller thevo.no

Tina Ludvigsen og Martin H. Larsen har praksis i Namibia. Hva om de skader en pasient? Eller seg selv?

Tekst Eivor Hofstad Foto Privat Illustrasjoner Colourbox

Studenter reiser med

Det er februar, full sol og 35 grader i skyggen i Windhoek, hovedstaden i Namibia. Tina Ludvigsen og Martin H. Larsen synes det er en super by å ha sin obligatoriske tre måneders praksis i. Til vanlig er de

og de åtte andre kullingene å finne på Høgskolen i Gjøvik, hvor de tar siste året av sykepleierutdanningen. Nå er de i full sving ved Katutura State Hospital.

Begge er forsikret. Ludvigsen har tre

måneders reiseforsikring fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), og Larsen har fire måneders grunnpakke fra ANSA (Association of Norwegian Students Abroad). Men avtalene deres er skrevet på forsikringspråk som ikke er så



RESPIRATOR: Denne uken jobber Tina Ludvigsen og Martin H Larsen på intensiv avdeling og lærer hvordan de skal se etter respiratorpasienter. Heldigvis har de ikke hatt bruk for forsikringen sin ennå.

mangelfull forsikring

enkelt å forstå, selv for en bachelor-kandidat.

– Vi aner ikke om vi er dekket tilstrekkelig mot å skade en pasient eller oss selv, men håper jo det, sier de.

Får ikke yrkesforsikring

I fjor studerte totalt 21 000 norske studenter i utlandet. Men selv om de fleste faktisk er forsikret, er det ikke alt forsikringen dekker. Dette gjelder særlig dem som skal ha yrkespraksis i utlandet.

Sykepleierstudenter som har praksis i Norge, er dekket gjennom Norsk pasientskadeerstatning hvis de skulle skade pasienten. Skader de seg selv, er de dekket gjennom Lov om yrkesskadeforsikring. Den dekker påførte og fremtidige merutgifter som ikke dekkes av det offentlige (folketrygden), slik som påført og fremtidig inntektstap, menerstatning ved varig medisinsk invaliditet på minimum 15 prosent og utgifter til juridisk bistand fra advokat.

Men disse reglene gjelder ikke for dem som tar arbeidspraksisen utenlands.

Derfor bør sykepleierstudenter som skal ha praksis i utlandet sjekke at forsikringen de kjøper har ansvarsforsikring (skader man forårsaker på person, dyr eller ting) som erstatning for Norsk pasientskadeerstatning, og livsforsikring som til en viss grad kan erstatte yrkesskadeforsikring (hvis du skader deg selv i jobbsammenheng eller blir utsatt for en ulykke på vei til og fra jobb), eventuelt i kombinasjon med uførekapitalforsikring.

Verken Ludvigsen eller Larsen vet om de har noe av dette i sine forsikringer.

Flyulykke i Tanzania

Det visste antakelig heller ikke syke-

pleierstudenten fra Bergen som var i praksis i Tanzania i 2001. Hun ble utsatt for en flyulykke da hun skulle forflytte seg fra et praksissted til et annet, og ble 50 prosent ufør. Hun fikk godkjent skaden som yrkesskade hos NAV, slik at hun fikk uførepensjon med yrkesskadefordel. Men hun fikk ingen erstatning gjennom yrkesskadeforsikringen for den fremtidige lønnen hun ville miste, slik hun hadde fått dersom det samme hadde skjedd hvis hun var i praksis i Norge.

Da hun prøvde saken hos Finansklagenemnda i 2011, fikk hun ikke medhold. Flertallet i nemnda mente at hun var å anse som arbeidstaker, og at praksisplassen, ikke det norske lærestedet, måtte anses som arbeidsgiver.

Med henvisning til denne saken forsøkte NSF i 2011 å få Kunnskapsdepartementet til å sørge for at studenter fra norske høyskoler som er på

yrkespraksis i utlandet blir dekket av en forsikring som tegnes av høyskolene. Eventuelt at staten som selvsurandør kunne ta på seg ansvaret. Det vil ikke Kunnskapsdepartementet. I et brev til NSF skriver departementet at det er praksisstedets ansvar å sørge for yrkesskadeforsikring for sine studenter i praksis.

Problemet er mange praksissteder ikke gjør dette.

Ansvars- og livsforsikring

Ansvarsforsikring på maks 10 millioner kroner som også gjelder sykepleierstudenter i praksis i utlandet, følger automatisk med NSF's tre måneders

reiseforsikring. Skader man for eksempel en pasient, sykler på noen eller forårsaker vannskade der man bor, er det ansvarsforsikringen som dekker dette.

ANSA har kun en privatansvarsforsikring som dekker maks 6 millioner kroner, men ikke en profesjonsansvarsdel som dekker skader man forårsaker i jobbsammenheng.

Ved ulykker dekker NSF's reiseforsikring livsvarig medisinsk invaliditet med inntil 300 000 kroner. ANSA's dekningssum for det samme er 500 000 kroner.

Uansett er det lite sammenlignet med det en yrkesskadeforsikring ville gitt for ervervsmessig invaliditet. En fullgod yrkesskadeforsikring kan ikke kjøpes privat for studenter i praksis i utlandet.

– Vi anbefaler derfor å tegne livsforsikring i tillegg til reiseforsikringen vår. Den gir ytterligere en mil-

«Vi aner ikke om vi er dekket tilstrekkelig, men håper jo det.»

Martin H Larsen og Tina Ludvigsen

lion kroner ved livsvarig medisinsk invaliditet, samt 400 000 kroner i uføreforsikring, sier Kari-Lise Øymo i NSF forsikring.

For 192 kroner får man en tre måneders livsforsikring hos NSF. Eventuelt kan man også tegne uførekapitalforsikring. Hos NSF vil en dekning på 11G (903 342 kroner) koste 1 382 kroner årlig for et medlem mellom 18 og 35 år.

Lite informasjon

Verken Ludvigsen eller Larsen har fått vite fra NSF eller ANSA hvor viktig ansvarsforsikringer og livsforsikringer er for å dekke opp for Norsk

Europeisk helsetrygdkort

› Ved reise til EØS-land må europeisk helsetrygdkort medbringes for å oppnå rett til dekning av utgifter til medisinsk behandling etter oppholdslandets lovgivning på offentlig behandlingssted.

› Europeisk helsetrygdkort kan bestilles på www.helfo.no.



Ordliste

► **Hjemkallelse**

Hvis et nært familiemedlem blir alvorlig syk eller dør, kan man få reise hjem for sykebesøk/begravelse.

► **Hjemtransport**

Hvis forsikrete må reise hjem på grunn av egen sykdom/ulykkesskade. Transporten må alltid forhåndsgodkjennes av forsikringsselskapet.

► **Tilkallelse**

Hvis nære familiemedlemmer må reise til forsikrete på grunn av forsikredes alvorlige sykdom/ulykke eller uventete dødsfall.



pasientskadeerstatning og yrkesskade-forsikring. De var begge i kontakt med representanter for de to ulike forsikringsordningene før de tegnet forsikringen. De har heller ikke sjekket om sykehuset de er i praksis hos har yrkesskade-forsikring for sine studenter i praksis.

– Dette får oss til å høres veldig uansvarlige ut. Men før avreise var det mye som skulle organiseres på kort tid uten hjelp fra noe hold. Da er det ikke lett å finne all nødvendig informasjon, sier Tina Ludvigsen.

– Jeg visste ikke at det finnes en forsikring i tilfelle man skader en pasient. I Norge har arbeidsstedet et ansvar for å dobbeltkontrollere medisindoser vi gir, men her er det nesten omvendt. Jeg har sjøl erfart at en ansatt her do-serte feil en tetanusvaksine, sier Martin H. Larsen.

Ludvigsen savner at forsikringsin-formasjonen hos NSF gis i et enklere språk og at det kan opplyses mer detal-jert om hva for eksempel ansvarsfor-sikringen innebærer. Hun synes også veilederen på skolen burde ha sagt noe om hvilke forsikringer de bør ha.

– Selv om skolene ikke kan anbefale en forsikringsordning fremfor en

av University of New Brunswick i Ca-nada til høsten. Høyskolelektor Liv Utne synes det er vanskelig å bli klok på forsikringstilbudene som finnes for studentene. På NSF's nettsider er det sparsomt med opplysninger om hva ansvarsforsikringen faktisk dekker for studenter i praksis, og da hun ringte DNB som tilbyr NSF's reiseforsikring, visste rådgiveren ikke engang om at ansvarsforsikring inngikk i reiseforsikringen til NSF.

Utne trenger informasjonen på engelsk også, slik at hun kan sende den til universitetet i Canada. Der krever de at de norske studentene skal tegne en lokal forsikring på 250 canadiske dollar.

– Det blir dyrt og unødvendig for studentene å være dobbelt forsikret. Hvis vi får detaljene, kan studentene selv velge det beste tilbudet. Med detaljene på engelsk kan kanskje univer-sitetet i Canada trekke kravet om den lokale forsikringen.

ANSA tilbakebetaler sykeforsi-kringsdelen dersom deres forsikrings-ordning ikke godkjennes i Canada.

– I USA er vi godkjent ved de fleste skolene, det betyr en besparelse på rundt 1000 dollar som er prisen på helseforsikringen som kreves der, sier Richard Foss hos ANSA.

Larsens forsikring

– Det er særlig studenter som drar utenfor Europa som trenger den frivillige sykeforsikringen vi tilbyr, sier Foss.

I Namibia vet ikke Martin H. Larsen om han har den frivillige sykeforsi-kringen i sin avtale.

– Jeg bestilte over nettet etter å ha snakket med en hyggelig rådgiver på telefonen, og tok bare grunnpakken

som ble anbefalt. Han sa ikke noe om ekstra sykeforsikring, sier Larsen.

Selv om han heller ikke fikk vite om manglende ansvarsforsikring og yrkesskadedekning, tenkte Larsen at alt var i orden.

– Rådgiveren svarte på spørsmålene mine og vi fikk god kontakt. Det føltes som jeg fikk vite det jeg trengte å vite, sier han.

Richard Foss i ANSA studentforsi-kring finner Larsen i arkivet til ANSA, og det viser seg at han har sykeforsi-kringen.

Han lover å be sine forsikringsrådgivere nevne både profesjonsansvar-forsikringen og det som skjer med yrkesskade-forsikringen neste gang de får en sykepleier på telefonen som skal i utenlandspraksis. Men han har også en oppfordring til studentene som ringer:

– Ofte har de en klar oppfatning av hva de trenger, men det kan være bedre å fortelle hva man skal og heller få råd og forslag av forsikringsrådgiver, sier han.

Hos NSF er de i gang med oppryd-ningsarbeid.

– Det har vært lite informasjon om reiseforsikringen for studentene på nettsidene våre. Det rettes på nå, opplyser Kari-Lise Øymo.

Tina Ludvigsen synes det er trasig at det skal være vanskelig å få tak i en helhetlig løsning for studenter i praksis.

– Det er ikke lett å orientere seg i forskjellige forsikringsavtaler når en ikke har all verdens med tid i utgangspunktet. Jeg er iallfall glad for at alt har gått som det skal frem til nå, sier hun.

eivor.hofstad@sykepleien.no

«Jeg tok bare grunnpakken som ble anbefalt.» *Martin H. Larsen*

annen, bør de kunne si at vi må sjekke om vi er forsikret mot å skade pasien-ten eller oss selv på jobb eller på vei til og fra jobb, sier hun.

Dobbeltforsikring

Ved Høgskolen i Bergen skal en gruppe sykepleierstudenter ha praksis i regi

baserer seg også på å være dekket gjen-nom sin far og/eller mor.

– De vanskeligste samtalen jeg har i løpet av året, er med dem som ringer og ikke har tegnet forsikring før det skjer noe og de plutselig innser alle alvorlige situasjoner de kan komme opp i, sier han.

Husk avtale- og telefonnummer

Er du forsikret og ulykken er ute, har Foss et viktig råd: Ring selskapets alarmsen-tral! Mange studenter velger å gå direkte til et sykehus uten å ringe alarmsentra-len i det selskapet de har en aktiv polise. Dette gjør at de altfor ofte må legge ut

selv for behandling og så få pengene refundert.

– Dersom man ringer forut for lege/sy-kehusbesøk, kan alarmsentralen stille en garanti som gjør at studentene ikke tren-ger å ha utlegg forbundet med dette. En annen fordel er at man får råd om hvilke

Forsikringstips

Hvert år drar opp mot 4000 norske stu-denter uforsikret ut i verden. Richard Foss (bilde) i ANSA Studentforsikring mener hovedproblemet er at mange tror de er dekket gjennom helårsforsikringen, men disse dekker ofte bare 45 eller 60 dager før studentene må reise hjem igjen. En del

NSF versus ANSA

For studenter som skal ha inntil tre måneders praksisopphold i utlandet, er trolig NSF sin forsikring den beste.

Sykepleien har sammenliknet NSF's reiseforsikring (inkludert frivillig livsforsikring) og ANSA Studentforsikring (inkludert frivillig sykdomsforsikring). NSF ser best ut for tre måneders praksisopphold, mens ANSA har en god dekning for dem som skal bo og studere i utlandet for en lengre periode (6- og 12-måneders tilbud).

Gode reisesykedekninger

Begge forsikringer har ubegrenset

dekning for reisesyke, hjemtransport og hjemkallelse (NSF: til EØS, ANSA: til Norden, samt en begrensning på 10 000 kroner for besteforeldre ved hjemkallelse). NSF har maks 60 000 kroner per skadetilfelle ved tilkallelse, men er mindre definert på årsaker til tilkallelsen enn ANSA, som har ubegrenset dekning for tilkallelse. Ingen av tilbudene har egenandeler på dette.

Norsk studentorganisasjon (NSO) tilbyr også reiseforsikring, men den

varer maks 60 dager og er dermed lite aktuell for sykepleierstudenter som drar på utenlandspraksis. Andre forsikringsselskap har vi holdt utenfor siden de neppe har tilbud tilpasset studenter i utenlandspraksis.

Kostnader

For NSF-tilbudet kreves medlemskap i NSF for tre måneder: 144 kroner, helårs reiseforsikring med tre måneders reisevarighet: 936 kroner. Frivillig livsforsikring for tre måneder*):

192 kroner.) Det gir en totalsum for forsikringen på **1 272 kroner**.

For ANSA-tilbudet kreves et halvt års medlemskap: 250 kroner, 1 280 kroner for fire måneders grunnpakke og 369 kroner for frivillig sykeforsikring, dersom du får støtte fra Lånekassen til studier i utlandet (hvis ikke, koster det mer). Det gir en totalsum for forsikringen på **1 899 kroner**. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

NSF-tilbudets fordeler:

- ▶ Helårs reiseforsikring med tre måneders reisevarighet om gangen. Dekker før og etter praksisoppholdet også. For eksempel på kafé, helgeturer og lengre reiser.
- ▶ Har ingen egenandeler (ANSA har fra 500 til 3000 kroner)
- ▶ Har generelt litt bedre dekningssummer.
- ▶ Dekker mobil ved tyveri.
- ▶ Dekker «annen tilfeldig skade» inntil 2 500 kroner per skadetilfelle (for eksempel: velte kaffekoppen over pc-en)
- ▶ Har ansvarsforsikring på inntil 10 millioner kroner, som inkluderer både sykepleierstudenter som yter helsehjelp når de er på praksis i utlandet, og sykepleiere på ferie som yter helsehjelp i nødssituasjoner i utlandet.

▶ Livsvarig medisinsk invaliditet dekkes med maks 1 300 000 kroner (ANSA dekker 500 000 kroner).

- ▶ Forsikringen er billigere.
- ▶ Alle studentmedlemmer har innboforsikring inkludert i NSF-medlemskapet sitt med 20 000 kroner innbodekning i hele verden.



ANSA-tilbudets fordeler:

- ▶ Har innboforsikring med 100 000 i forsikringssum, men egenandel på 3000 kroner.
- ▶ Gir refusjon av skolepenger ved studieavbrudd i utlandet (ikke aktuelt ved praksis, da studenten ikke betaler skolepenger).
- ▶ Dekker rettshjelp inntil 80 000 kroner. Unntak for tvist av yrkesmessig karakter og tvister mellom reisebyrå, reisearrangør, reiseformidler, reiseledsagere, undervisningssted eller kursarrangør. (NSF dekker 20 000 kroner, men utgifter til rettshjelp kan også dekkes under ansvarsforsikringen hos NSF)
- ▶ Reisesykedekningen omfatter mer detaljerte behov som psykologhjelp og fysioterapi. Mer aktuelt ved langtidsopphold.
- ▶ Varer i fire måneder (NSF sin varer i tre måneder per reise, men kan forlenges for 500 kroner per uke)



* Livsforsikringen i NSF tegnes for et år for 768 kroner, men kan sies opp etter utenlandsoppholdet, slik at man kun betaler for tre måneder.

sykehus som har bra standard. Tilsvarende er det faktisk en forutsetning ved hjemtransport eller tilkallelse, at man ringer og får godkjenning i forkant, sier Foss.

Kari-Lise Øymo hos NSF Forsikring anbefaler at alle har forsikringspapirene tilgjengelig elektronisk på reisen.

– Send det til deg selv på Facebook. Da kan du gå på kafeer og få det opp.

Ta bilder når du pakker

Andre råd er å lese forsikringsbeviset Richard Foss anbefaler også å ta bilder av bagasjen når du pakker og sende dem til din e-post.

– Det er en stor fordel hvis bagasjen blir borte. Det hjelper også overfor skadebehandler, siden det er datostempel på e-posten. Ta også bilde med en gang en skade eller sak oppdages.

eivor.hofstad@sykepleien.no







LONDON-PROTEST: Innbyggere i Newlands, sørvest i London, protesterer mot nedleggelse av deres lokalsykehus. Lewisham Hospital er en del av det engelske National Health System (NHS) og et av mange lokalsykehus som nå trues av nedleggelse eller kutt. Den britiske regjeringen under konservative David Cameron gjennomfører varslete innstramninger som en konsekvens av finanskrisen. De vil blant annet stenge øyeavdelingen på Lewisham og gjøre sykehuset mindre. Men lokalbefolkningen kjemper innbitt imot. «Born in Lewisham Hospital» er en av aksjonene som understreker lokaltilhørigheten til sykehuset. Aksjonistene varsler flere store demonstrasjoner og rettsaker mot nedleggingsplanene til helseminister Jeremy Hunt.

Tekst **Barth Tholens**
Foto **NTBscanpix**

Som mor har hun en bønn til helsepersonell som møter pasienter som skader seg selv: – Husk at selvskading er et symptom.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

– Krenkende holdn

Datteren (18) har skadet seg selv i flere år, og sårene må ofte sys etterpå.

I en kronikk på side 90 i denne utgaven av Sykepleien forteller moren om sine møter med legevakten når hun har fulgt datteren. De har vært på legevakt flere steder og opplever problemene som gjennomgående.

– Med noen få unntak blir møtet med legevakten som helhet, og resepsjonen spesielt, til en krenkende og smertefull opplevelse, skriver moren.

Unngår legevakt

Hjemme i stua tar hun et fast tak i hånda til sin 18 år gamle datter. Datterens arm er full av store og små arr, på kryss og tvers.

– Målet med å gå ut med dette er å øke bevisstheten om hvordan selvskadere blir tatt imot når de oppsøker

de til selvskadere. Moren har vært innstilt på å stå fram med eget navn, men vil samtidig skjerme datteren. Datteren går på videregående skole og er i et behandlingsopplegg innenfor voksenpsykiatrien. Sykepleien har valgt å anonymisere både mor og datter.

Moren, som selv jobber i helsevesenet, mener noen av møtene på legevakten har vært både uverdige, stygge og krenkende.

Legevakten de sokner til har to luker rett ved siden av hverandre. Pasientene sitter og venter omtrent to meter unna lukene. Diskresjon er vanskelig. Sykepleieren i mottaket ønsker å se på såret for å gjøre en prioritering av hastegraden. Spørsmålet «Hvordan skjedde dette?» er ikke greit å svare på når andre pasienter sitter så nære.

– En gang klarte sykepleieren i luken å si: «Siden du har skåret deg selv, så gjør vel ikke dette noe vondt for deg. Gå og sett deg og vent så blir du ropt opp.» En annen gang ble det sagt: «Vi har veldig mye å gjøre her i dag, og siden du har gjort dette selv, så får du bare vente til slutt.» Så når vi sitter på venteværelset sammen med alle de med helt «vanlige» problemer som brukne ben og armer, merker vi at de glaner på oss, skriver hun i innlegget.

– De glaner når de tror vi ikke legger merke til det. De veksler blick seg imellom og himler med øynene. Min lille jente og jeg føler oss så små. Vi skammer oss og føler at vi ikke har den samme retten som de andre til å være der. Min lille jente har jo gjort det selv, og det er det ingen andre der som har gjort.

– Når hun har vært der alene, har hun også blitt sydd uten bedøvelse, forteller moren.

– Mest av alt er dette et uttrykk for total kunnskapsmangel blant personalet. Det er en skam for helsevesenet, mener hun.

«Du som er så pen!»

– En sykepleier i mottakelsen sa til datteren min: «Du må da ikke skade deg selv du som er så pen!» En annen ting vi møter er oppgitte sukk og blick. På en måte kan jeg forstå reaksjonen, når vi kommer igjen for n'ite gang. Likevel mener jeg de bør møte oss med profesjonalitet.

– Jeg kan av og til føle en slags misunnelse overfor de foreldrene som er der med en «legitim» grunn. De møter full forståelse for smertene. Datteren min har også store smerter. Såret gir smerter og er et symptom på en annen, større smerte, sier hun og utdyper:

– Det er så viktig at helsepersonell som møter denne pasientgruppa vet det: Selvskading er et symptom på noe helt annet.

Strekker hals for å se

– Kan dere si fra om hvordan dere vil bli tatt imot der og da?

– Datteren min klarer ikke si fra om hvordan hun vil bli tatt imot i situasjonen, og det er ikke alltid jeg klarer det heller.

– Jeg gjør bare det jeg får beskjed om når jeg er der, sier datteren.

– Noen ganger har sykepleierne trodd på meg når jeg sier at såret må sys, uten at jeg har vært nødt til å ta av bandasjen foran alle de andre. Jeg har sett at folk strekker hals for å få med seg såret. Noen ganger spør sykepleieren om jeg vil komme bak og vise det fram. Det er mye bedre for meg, sier hun.

– Kan du fortelle hva som skjedde da du ble sydd uten bedøvelse?

– Ja, jeg husker det veldig godt.

– Jeg ble bedt om å legge meg på sengen, med armen på brettet, slik jeg pleier. Jeg stusset fordi sykepleieren fant fram synålen før bedøvelsesnålen.

– Så kom legen inn, satte seg ned

«Du tåler vel dette, du som liker sånne smerter.»

Sagt på legevakten

legevakten for å få sårene sydd, sier moren.

I perioder har datteren måttet sy så ofte som en til to ganger i uka. Nå har det gått to måneder siden siste skadeepisode. Datteren synes det er viktig og riktig at moren går ut med hva de har opplevd i møtet med legevakten.

– Det er mange ganger jeg ikke har dratt neste gang, når jeg har blitt møtt på en dårlig måte, sier datteren.

Når sårene ikke sys, øker risikoen for infeksjon, antibiotikakurer – og styggere arr.

– Uverdige

Moren ønsker å gi sykepleiere et innblikk i hvordan møtet med legevakten kan oppleves for pasienter og pårøren-

inger på legevakten

og bare begynte å sy. Jeg sa «au», men klarte ikke protestere mer. Hun sa «Du tåler vel dette, du som liker sårne smerter.» Hun sydde tre sting. Det ble infeksjon, så jeg måtte tilbake etter noen dager. Da sydde de 15 sting, med bedøvelse, forteller hun.

Datteren sier hun forstår at det kan skape irritasjon når hun kommer igjen og igjen. Hun føler ofte at hennes skade ikke er like «gyldig» som de andres.

– Men jeg er der som pasient slik som alle de andre, sier hun.

– Skam

– Når jeg er med, forsøker jeg å sette grenser. Men det er ting som er vanskelig å si fra om der og da, sier moren.

– Selv om jeg er moren og voksen, så er vi veldig sårbare begge to. Datteren min er full av skam, og jeg er temmelig slått ut både av det å følge barnet mitt på legevakten med dette, være en støtte når hun har det så vondt, og samtidig takle holdningene vi blir møtt med.

De har også opplevd flere forsøk på innleggelse som de mener har vært helt unødvendig.

– Jeg har forsøkt å si fra, men opplever at mine synspunkter blir overkjørt. Så har vi måttet ta turen videre til lukket avdelingen, bare for å konstatere at innleggelse ikke er nødvendig, sier moren.

Datteren synes det er vanskeligere å komme på legevakten alene enn sammen med sin mor. Etter en episode med selvsykdom er hun i dårlig psykisk form. Likevel mener hun at innleggelse er unødvendig, hun vil bare få sårene sydd og komme seg hjem.

– Jeg har ingen problemer med å sette meg inn i deres situasjon. Jeg skjønner at det er mange og at det er annerledes å behandle en skade som er uforskyldt. Men når jeg skader meg,



er det et symptom på noe annet. Dette annet har jeg et behandlingsopplegg for. Av og til må sårene mine sys, og jeg drar til legevakta for det, ikke noe annet. Mange er flinke og forstår hva dette er, mens det virker som andre har fordommer fordi jeg har gjort det selv.

Den hvite og rødstripete huden forteller sin egen historie om smerte. Det er en dobbel grunn til at arrene er der: Smertene er forflyttet fra følelsene og ut, til noe fysisk. 18-åringen forklarer:

– Det handler om å flytte smerten. Når jeg skjærer meg forsvinner de vonde følelsene. For en kort stund får jeg det litt bedre. Deretter blir det verre. Da trenger jeg ikke fordømmende blikk og kommentarer.

– Mitt store ønske er at ingen noen gang trenger å oppleve dårlige møter på legevakten i forbindelse med selvsykdom, sier hun.

aknbh@sykepleien.no

HOLDER FAST: Moren har fulgt datteren (18) på legevakten for å sy dype kutt mange ganger. De mener begge at måten datteren blir tatt i mot på har mye å si for hvordan hun føler seg etter en skadeepisode.



Les kronikken på side 90

– Alle får tilbud om bedøvelse

En rundspørring blant et utvalg legevakter viser at det er varierende praksis rundt hvordan pasienter som skader seg selv blir mottatt.

Tekst **Kari Anne Dolonen** og **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Sykepleien har stilt fem større legevakter de samme spørsmålene om rutiner for pasienter som skader seg selv, om de får bedøvelse, og om de kjenner til historier om pasienter som ikke har fått tilbud om bedøvelse når de må sys etter selvsykdom.

«Dette liker vel du?»

Legevakten i Stavanger:

– Hvilke rutiner gjelder for pasienter som har skadet seg selv og trenger å bli sydd?

– Vi har ingen spesielle rutiner for denne gruppen. Kuttene blir behandlet på vanlig måte. Det blir opp til den enkelte lege å bestemme hva de mener er best som eventuell oppfølging videre, sier fagutviklings- sykepleier Eva Rognøy.

– Sys disse pasientene alltid med bedøvelse?

– Hvis det er snakk om mer enn ett sting, så tilbys alle pasienter med kuttskade bedøvelse, sier Rognøy.

– Har du hørt historier om at selvskadere ikke får tilbud om bedøvelse?

Ikke alltid bedøvelse

Skadelegevakta ved Ahus:

– Legen tar opp psykiatrisk status og vurderer om det er suicid-risiko. Hvis det er det, kontaktes psykiatrisk vaktstående. Så ser vi til skaden, det skjer på samme måte uansett om den er selvpåført eller ikke, sier Ulf Sundin, lege ved skadelegevakta ved Ahus.

– Sys disse pasientene alltid med bedøvelse?

– Ikke alltid. Det er samme rutiner som med alle andre sårskader. Om pasienten ikke ønsker det, gir vi ikke nødvendigvis bedøvelse. Hvis såret er lite, kan det være like vondt å sette bedøvelsen som å sy uten.

– Har du hørt historier om at selvskadere ikke får tilbud om bedøvelse?

– Nei.

Behandles likt

Legevakten i Drammen:

– Rutinene varierer litt i forhold til hvordan vi kommer i kontakt med pasienten, men behandling av selve kuttskaden hos en selvskadere skjer

på vanlig måte som ved andre kuttskader. De blir tatt inn på skadestua, hvor sykepleier snakker med dem om hva som har skjedd, årsaken og hva som har forårsaket kuttet. Sårene renses og det gjøres klart for suturering. Legen kommer så inn og tar opp sin anamnese. Legen syr kuttene



MANGE MØTER: En del selvskadere er gjengangere på legevakten. Noen kan komme flere ganger samme dag. Illustrasjonsfoto: Colourbox

og bestemmer eventuell videre oppfølging, sier fagutviklings- sykepleier Tom Are Olsen ved legevakten i Drammen.

– Sys disse pasientene alltid med bedøvelse?

– Ja

– Har dere hørt historier om at selvskadere ikke får tilbud om bedøvelse?

– Ja, men det er stort sett gjennom media. Etter 11 år på legevakten har jeg aldri hørt slike påstander fra en selvskadere, sier han.

Noen nekter bedøvelse

Legevakten i Bergen:

– I utgangspunktet behandler vi disse pasienter på samme måte som andre. Vi stiller imidlertid alltid spørsmål om hvordan skaden har oppstått. I den forbindelse hender det at sier at de har skadet seg selv. De som ønsker det kan få en samtale med livskrisehjelpen, sier oversykepleier Jorunn Olsen.

– Sys disse pasientene alltid med bedøvelse?

– Alle pasienter som kommer til oss og skal sy, får tilbud om bedøvelse. Når det gjelder selvskadere hender det at de mest ekstreme ikke vil bli sydd, eller de nekter å motta bedøvelse, sier hun.

– Har dere hørt historier om at selvskadere ikke får tilbud om bedøvelse?

– Nei.

Olsen påpeker at myten om at selvsykdom bare gjelder unge jenter, ikke er riktig.

– Vi får inn en del menn. Kolleger i høyhalsete gensere kommer også hit. Ikke de som jobber her på legevakten, men andre steder i helsevesenet. Jeg

vet ikke om selvsykdom er et økende problem, men det virker som om flere går til lege etter selvsykdom, mens det før ble holdt helt skjult, sier hun.

– Si fra om ubehagelige møter

Skadelegevakten Oslo:

– De får en individuell behandling vurdert ut ifra psykisk tilstand og påført skade. Når det gjelder den lokale behandling av påført skade får de samme behandling som alle andre pasienter med kuttskader. Jeg har forståelse for at noen kan oppleve det som utfordrende å sitte eksponert i et åpent venterom, for eksempel. Ved behov forsøker vi å skjerme disse pasientene med å ta dem inn raskt, men det er ikke alltid vi klarer det. Er det fullt, så er det fullt. Jeg håper pasientene er fornøyd med behandlingen de får. Jeg vil oppfordre pasienter eller pårørende til å si fra til oss dersom de har hatt ubehagelige møter hos oss, sier avdelings- sykepleier Gro Karine Sigvartsen.

– Sys disse pasientene alltid med bedøvelse?

– I utgangspunktet ja. Det er en maksdose for hvor mye bedøvelse man kan gi, i enkelte tilfeller kan det også være aktuelt å strippe igjen sår.

– Har du hørt om selvskadende pasienter som blir sydd uten bedøvelse?

– Nei. ■■■

«Vi har ingen spesielle rutiner for denne gruppen.»

Legevakten i Stavanger

– Ja. Det har jeg både hørt om og selv vært vitne til. Jeg har overhørt kommentarer som «dette liker vel du» og liknende. Men det begynner å bli en stund siden. Jeg sluttet å jobbe med pasientene som kommer inn på legevakta for et par år siden da jeg ble fagutviklings- sykepleier, sier hun.

kari.anne.dolonen@sykepleien.no
aknbh@sykepleien.no



Les mer om selvskadere på legevakten på www.sykepleien.no

Alltid forskjell på original og kopi!

Sterisol®System – den eneste komplette hudpleieserien i bransjen, helt uten konserveringsmidler.



Sterisol®System
Originalen!
30 års erfaring

NYHET!

Voltarol mot muskel- og leddsmerter



Nyhet! Voltarol 25mg tabletter

- Dobbel virkning – smertestillende og betennelsesdempende effekt
- Virker raskt og effektivt
- Liten tablett som er lett å svelge



Voltarol (diklofenakalium) 25 mg tabletter. Brukes ved milde til moderate smerter som hodepine, tannverk og menstruasjonssmerter, muskel- og leddsmerter, for eksempel ved forkjølelse og influensa. Virker også febernedsettende. Voksne og barn over 14 år. Ved høy eller langvarig feber eller smerte bør lege kontaktes. Skal ikke brukes av personer som har eller har hatt magesår, ved alvorlig nyre- eller leversykdom, hjertesvikt, eller hvis diklofenak, acetylsalisylsyre, ibuprofen eller andre smertedempende/febernedsettende midler har forårsaket allergiske reaksjoner eller astmaanfall. Skal ikke brukes under graviditet, amming eller av personer som prøver å bli gravid. Les pakningsvedlegg nøye. www.voltarol.no Id code: 361.12.12.

KOMBINER JOBB OG AKUPUNKTURUTDANNING!

- Jeg kan fortsatt bo i Stavanger, jobbe som sykepleier og ta en bachelor i akupunktur på deltid i Oslo. Min sykepleierutdannelse gir meg fritak fra de fleste medisinske fag det første året. Akupunkturutdannelsen vil gi meg flere valgmuligheter i forhold til å jobbe med pasienter og jeg ser frem til å kombinere vestlig og østlig medisin i praksis.



Marianne Mohagen (25)
Sykepleier og akupunkturstudent,
Stavanger

- Den helhetlige forståelsen av mennesket er grunnleggende i din sykepleierutdanning. Dette gir deg et bra utgangspunkt når du skal lære helhetsforståelse innen kinesisk medisinsk filosofi. Dine kunnskaper om anatomi/fysiologi og sykdomslære, kombinert med gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å samarbeide med andre helseprofesjoner, er viktig når du skal arbeide som akupunktør.



Edna Røssberg
Sykepleier og høyskolelektor
ved Institutt for akupunktur

Som sykepleier kan du søke om fritak fra medisinske emner, og eventuelt starte direkte på andre året i bachelorstudiet. Du kan ta bachelor i akupunktur på hel- eller deltid. Se www.nhck.no for mer informasjon.

Norges Helsehøyskole holder til sentralt i Oslo på Ullevål Stadion og er en del av Høyskolen Campus Kristiania.

TA EN BACHELORGRAD I:

AKUPUNKTUR HEL- OG DELTID

ERNÆRING

FRISKLIV OG
LOKALT FOLKEHELSEARBEID

FYSISK AKTIVITET
OG ERNÆRING

OSTEOPATI



Norges Helsehøyskole
Campus Kristiania

Kontakt oss hvis du ønsker mer informasjon:
Tlf 22 70 19 00 - studier@nhck.no - www.nhck.no

VÅRENS STORE

Aktivitetskonkurranse

30.APRIL - 19.JUNI

Konkurrer mot ansatte fra helsesektoren i hele Norge!



Engasjerende aktivitetstiltak

Få med dine kolleger - flotte premier!

30. april starter "Vårens Store Aktivitetskonkurranse" - et engasjerende aktivitetstiltak som passer for alle på arbeidsplassen. Vinn flotte premier fra Stormberg og Bennett Ferie!

Les mer om konkurransen i bilaget, eller på www.dytt.no



SE BILAGET
I DAGENS
SYKEPLEIEN!

Meld dere på før 25. april: www.dytt.no/var

299 kr* per deltaker inkl. skritteller. *eks mva.



MOTIVERENDE

PASSER FOR ALLE

TEAMBUILDING



Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.navamedic.com

kun 1 kapsel/døgn



 Navamedic



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

Sykepleiere søkes til kampanje

Sykepleien trenger sykepleiere til sin reklamekampanje.
Reklamekampanjen består av annonser på papir og nett.

Vi trenger 6 – 8 stykker, både kvinner og menn i alderen 25 – 45 år.
Du trenger ikke se ut som modell, men du bør være litt fotogen.
Tidspunkt: 5. april fra kl 10.00 i Oslo
Honorar: Gavekort på kr 1000,-

Hvordan bli med? Send e-post med bilde,
høyde og alder til ingunn.roald@sykepleien.no.

Sykepleien

STIV OG STØL?

- **GODT FOR MUSKLENE**
Kliniske studier har vist at D-vitamin har betydning for å beholde muskelstyrke og normal muskelfunksjon.
- **GUNSTIG FOR LEDDENE**
Antioksidanten C-vitamin er gunstig for kollagendannelsen som er viktig for å bevare sunn bruk i leddene.



-50%
(ord. pris kr 299)

VitaePro® inneholder planteekstraktene astaxanthin, lutein og zeaxanthin, vitaminene C-, D- og E, samt viktige omega 3-fettsyrer, alt fra 100 % naturlige kilder.

Anbefalt av:  **NORSK REVMATIKERFORBUND**

BESTILL NÅ!

SMS: FRISK 32 til 2007
Du betaler kun vanlig SMS-pris (innenlands)

Ring **815 69 060**
man - fre kl. 08.00 - 17.00. Oppgi kampanjekode 32

 VitaeLab

*Du vil deretter få tilsendt VitaePro direkte hjem til deg annenhver måned. Hver forsendelse dekker 2 mnd forbruk og koster kr 299. Det er ingen bindingsfrist på abonnementet, og du kan når som helst pause eller stoppe det. Tilbudet gjelder kun nye kunder. Porto på kr 39⁵⁰ tilkommer.

Vi er koblet opp på alle sykehus.

Et bredt produktsortiment kombinert med service og kunnskap har gitt Fresenius Kabi en sterk posisjon i Europa, og vi er nå markedsledere innenfor terapiområdene klinisk ernæring og væsketerapi. Våre produkter er i utstrakt bruk på alle norske sykehus. Som en veletablert leverandør av sondeløsninger, pumper og sett til norske sykehus tar vi nå skrittet videre og lanserer et nytt og sikkert enteralt koblingssystem (ENPlus) for å unngå feilkobling av enteral ernæring intravenøst. Se etter den lille kryss-koblingen.

www.fresenius-kabi.no



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Mildrid Ringset

Alder: 51

Yrke: Avdelingssykepleier

Arbeidssted: Jan Mayen

Polar-
sykepleier

Jeg liker at det siste flyet går og at vi må klare oss alene gjennom vinteren.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Privat**

Avære sykepleier på Jan Mayen er hovedsakelig en beredskapsfunksjon. Her er vi langt fra folk og kan være isolerte i lange perioder på grunn av vær og begrensede transportmuligheter. På vinterstid er det ofte vinden og isen som hindrer fly å lande. Om sommeren er det tåken. Det går an å ta seg ut hit med båt, men det tar et par døgn.

Jan Mayen har ingen fastboende. Om vinteren er vi 18 stykker her ute, om sommeren 20–25. Jeg er den eneste helsearbeideren. Skjer det noe, har jeg ansvaret. Det gjør meg litt svett, men i virkeligheten handler jobben mest om å lindre dagligdagse plager som tannfyllinger, bandasjering og småsår. For å jobbe her må man ha videreutdanning i anestesi eller intensivsykepleie, eller ha bred akuttmedisinsk erfaring.

For å jobbe på Jan Mayen må man i utgangspunktet være frisk. Vi har en sykestue og basisk medisinsk utstyr som medisiner, bandasjer, gips, hjertestarter og enkelt måleutstyr så vi kan måle for eksempel blodtrykk og blodsukker. Den militære stasjonslegen i Bodø er ansvarlig lege for den helsemessige beredskapen på Jan Mayen. EKG fra vår hjertestarter kan sendes til Bodø. En gang hadde jeg en pasient som ble alvorlig hjertesyk, men da fikk vi hjelp etter bare fem timer. Rullebanen var tilfeldigvis ryddet for is av andre grunner, så det gikk bra.

Jeg har alltid vært fascinert av polarstrøk og drømte om å jobbe på Svalbard. Men der er de jo ikke isolert fra omverdenen på samme måte som vi er her. Jeg liker at det siste flyet går og at vi vet at vinteren ligger foran oss, at vi må klare oss gjennom den alene. Vi må finne på ting, lage det vi ikke har, underholde oss selv. Likevel har jeg knapt møtt noen her som ikke har trivdes. Vi har kino to ganger i uken og bar to ganger i uken, jeg får aldri gått på kino så ofte hjemme i Oslo.

Arbeidstiden min er fra halv ni til halv fem fra mandag til fredag. Hva og når styrer jeg selv. Det er ingen som legger seg opp i mine vurderinger. Utover det må jeg selvsagt alltid være tilgjengelig hvis noe skulle skje. Renhold er en viktig del av jobben. Jeg vasker blant annet dusjer og toaletter. Jeg har også ansvar for butikken vår, vintuslget og biblioteket. Dette er egentlig frivillig, men det er fint å ha noe å pusle med.

Jan Mayen er en vulkansk øy, med Norges eneste aktive vulkan. Jeg har ansvar for beredskapsutstyr hvis det skulle bli jordskjelv eller vulkanutbrudd, det er det nok ikke så mange sykepleiere som har. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:
Ny hjertebehandling
til eldre. Side 56

FAGNYHET:
Skrivekurs
før døden. Side 60

FAGARTIKKEL:
Nettkurs i kunnskaps-
basert praksis. Side 76

Hva er smerte?
**Se bok-
anmeldel-
ser**
side 72

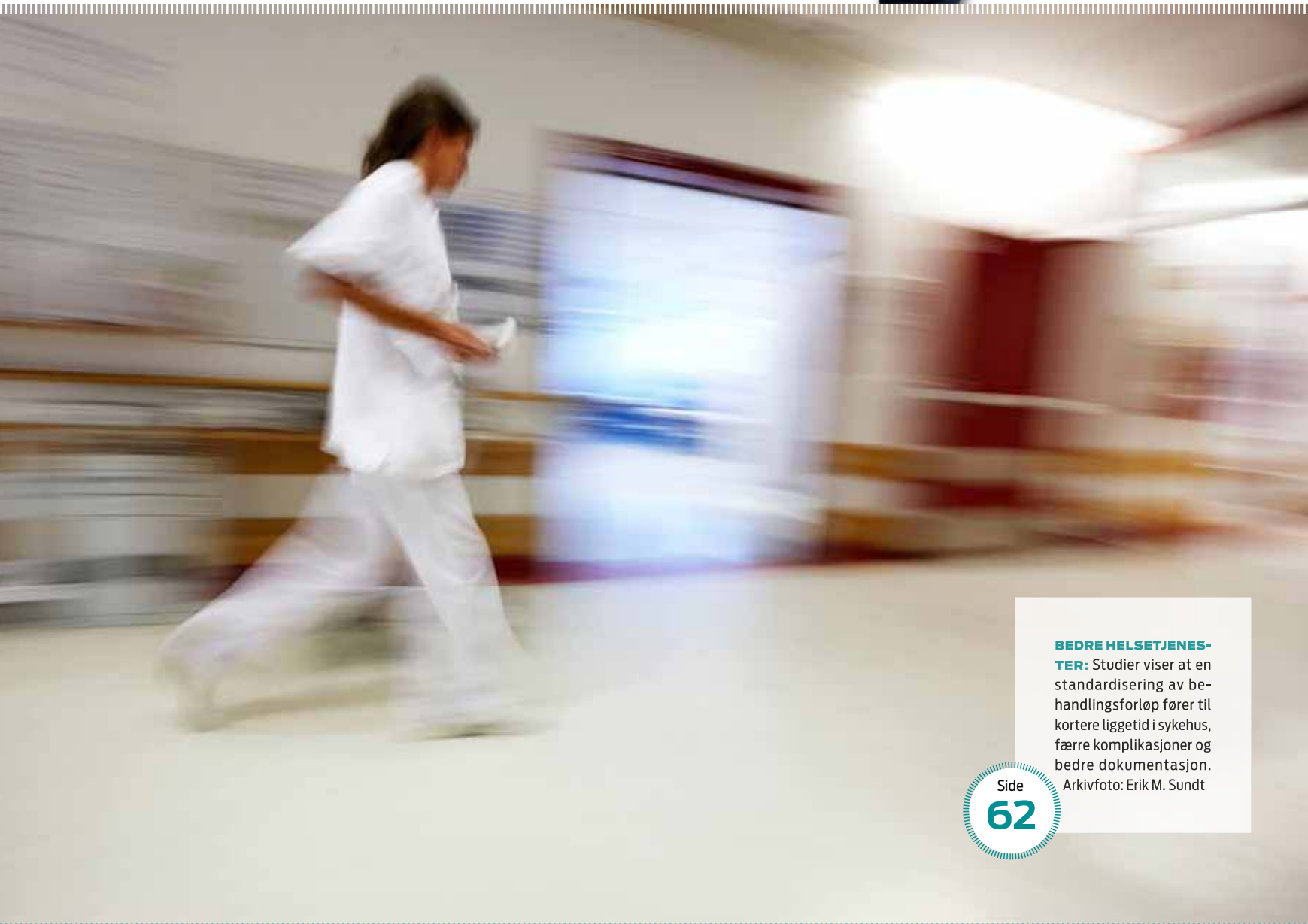
Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
«Vi tar gen-etikken
på alvor, ikke bare
genetikken.» Side 70



**BEDRE HELSETJENES-
TER:** Studier viser at en
standardisering av be-
handlingsforløp fører til
kortere liggetid i sykehus,
færre komplikasjoner og
bedre dokumentasjon.
Arkivfoto: Erik M. Sundt

Side
62

Side
78

«Teknologi kan bidra til å skape bedre løsninger,
men også true anndre verdier og goder.»

BERIT DAAE HUSTAD



Astri Tafjord Frantzen, spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, Haukeland universitetssjukehus

Karel K.J. Kuiper, Overlege, PhD, spesialist i hjertesykdommer, Haukeland universitetssjukehus

Tone M. Norekvål, Fag- og forsknings-sykepleier/l.-amanuensis, PhD, Haukeland universitetssjukehus og HIB

Ny behandling av eldre hjertesyke

Transkateter aortaklaff-implantasjon er et behandlingstilbud til skrøpelige eldre hjertesyke når kirurgi ikke er et alternativ.

En 87 år gammel dame uttalte: «Hvorfor skal noen kunne bestemme at jeg ikke får leve bare fordi jeg er gammel? Jeg har lyst til å leve, men i det siste orker jeg så lite siden jeg blir så fort tungpusten. Alt blir liksom et ork, og jeg blir sittende i en stol. Jeg gleder meg til å kunne gjøre ting sammen med min mann igjen. Ja, han er tålmodig, det er ikke det!»

TAVI-pasienter

Pasienter som er akseptert for transkateter aortaklaffimplantasjon (TAVI), representerer en ny pasientgruppe som på bakgrunn av unike behov krever avansert sykepleie og en ny måte å tenke omsorg på (1–6). Det er forventet at antall TAVI-prosedyrer vil øke i nær fremtid, og vi må være forberedt på de konsekvenser det får for de gamle eldre (>80 år) (7). For utvalgte pasienter

utgjør TAVI et paradigmeskifte i behandling av alvorlig symptomatisk aortastenose (AS) (2,8). Skrøpelighetssyndromet antas å få større betydning i forbindelse med pasientutvelgelse (1,7).

Via kateter

TAVI er et kurativt behandlingsalternativ til pasienter med alvorlig symptomatisk AS der tradisjonell aortaklaffkirurgi (AVR) ikke er et alternativ eller vil medføre en uakseptabel høy operasjonsrisiko. Pasienten får en ny biologisk aortaklaff ved hjelp av kateterbasert metode. Forskjellen mellom TAVI og AVR som teknikk, er at man ved TAVI unngår åpning av thorax og bruk av hjerte-lungemaskin. Derfor kan pasientene oppleve en nesten umiddelbar bedring av symptomer. Tradisjonell åpen klaffekirurgi utgjør imidlertid fremdeles gullstandarden for utskifting av aortaklaffen.

De gamle eldre

Studier har vist at 33 prosent av pasienter >80 år med AS ikke blir henvist til AVR på grunn av komorbiditet eller alvorlig tilleggslidelse, venstre ventrikkell dysfunksjon og høy alder (9,10). De gamle eldre utgjør kjernen i det nye pasientutvalget (7,11). I 2006 ble det utført AVR på 1206 pasienter i Norge, hvorav 191 var >80 år (12,13). Moderat til alvorlig AS er den vanligste blant klaffesykdommene og forekommer hos 4–6 prosent >75 år (14). Sykdommen er alvorlig og progressiv og har en ett og fem års overlevelse på henholdsvis 60 og 32 prosent etter symptomstart (15). Forventet økt levealder og andel eldre vil medføre økt forekomst av alvorlig behandlingsskrevende

AS (12). Hensikten med artikkelen er å belyse hvilke behov den alvorlig syke pasienten med AS har, og hvordan vi kan imøtekomme behovene for å optimalisere behandlingen til pasienter som er akseptert for TAVI.

Dødlighet

Tall fra PARTNER-studien viser at totaldødeligheten etter ett år i kohort A ikke var signifikant forskjellig (24 prosent for TAVI og 27 prosent for AVR) (17). Etter to år var dødeligheten 34 prosent for TAVI og 35 prosent for AVR (18). I PARTNER B reduserte TAVI mortaliteten etter ett år til 31 prosent mot 51 prosent for medisinsk behandling ($p < 0,001$) (19). PARTNER-studien er viktig fordi den kan bringe TAVI et steg nærmere å bli etablert behandling. For inoperable pasienter vil en etablering bety at man har krav på behandlingen, og for helseforetakene vil det ha en økonomisk betydning (20).

Symptomer

Den vanligste årsaken til AS i den vestlige verden er degenerativ AS, også kalt ikke-rheumatisk AS (9). Aortaklaffen ligger mellom åpningen til venstre ventrikkell og aorta og består av tre klaffeseil. Ved AS blir pumpemotstanden høyere slik at venstre ventrikkell utsettes for økt arbeid og etter en tid blir hypertrofisk (VVH). Diastolisk funksjonsforstyrrelse gir «stive» ventrikler som krever et høyere fylningstrykk for å fylles tilstrekkelig. Det kan gi lungestuvning og lungeødem. Behandlingen er derfor rettet mot en mekanisk reduksjon av afterload. Et forhøyet fylningstrykk i venstre ventrikkell som følge av VVH kan føre til

Hovedbudskap

For utvalgte pasienter utgjør TAVI et paradigmeskifte i behandling av alvorlig symptomatisk aortastenose. Komplexiteten i sykdomsbildet til denne nye pasientgruppen stiller nye krav til utvelgelse av hvem som skal få behandlingen. Pasienter akseptert for TAVI representerer en ny pasientgruppe som på bakgrunn av unike behov krever avansert sykepleie og en ny måte å tenke omsorg på.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Hjertesvikt- » Hjerte-kar » Kirurgi » Sykepleie



SYKEPLEIERS OPPGAVE: Det er viktig med systematisk utredning av de eldre funksjon og skrøpeligheit når man skal vurdere behandlingstilbud til eldre hjertesjke. Illustrasjonsfoto: NTBscanpix.

vedvarende problem med pustebesvær dersom pasienten har alvorlig diastolisk dysfunksjon. VVH er registrert hos 54 prosent av menn og hele 81 prosent av kvinner med alvorlig AS (16). Selv etter at afterload er redusert som følge av ny aortaklaff, kan pasienter oppleve at det kan ta flere måneder før symptomene avtar. Når man diskuterer TAVI med pasienten bør man gjøre dem oppmerksomme på dette (16). Pasienter med preoperativ alvorlig VVH må observeres nøye med tanke på pleuravæske og lungeødem. Ved utreise bør man undervise pasienten i hvordan hun ved daglig veiging kan kontrollere en eventuell væskeoppbygging, og at hun må kontakte fastlegen ved økt tungpust (4).

I tillegg til dyspnoe, er svimmelhet eller synkopetendens og angina pectoris symptomer ved alvorlig AS. Ventrikkelenes økte arbeidsbelastning

øker myokardets behov for oksygen, og dersom behovet ikke blir dekket kan pasienten oppleve anginasmerter ved anstrengelse. Anginasmerter kan altså oppstå hos pasienter med AS selv med åpne koronarar. Samme mekanisme ligger bak plutselig død som følge av hjerteinfarkt og arytmier. Svimmelhet og synkope skyldes redusert oksygentilførsel til hjernen. Asymptomatiske pasi-

enter kan leve ubesværet med AS (se figur 1). Når symptomene manifesterer seg, øker dødeligheten med 25 prosent per år (16). Høyrisikopasientene i PARTNER B-studien randomisert til medisinsk behandling, hadde en mortalitet på 51 prosent

etter ett år (19). Symptomatisk AS har derfor like høy dødelighet som mange av de alvorligste kreftformene.

Prosedyre

Ulike kriterier både i anatomi og tilgjengelighet, ligger til grunn for valg av implantat (16). Retrograd tilgang via arteria femoralis er den

«Pårørende vil få en mer synlig rolle i ivaretagelse av de gamle eldre.»

vanligste og minst invasive (4). Prosedyren har likhetstrekk med hjertekateterisering, men katetrene har en betydelig større dimensjon. En pacemakerelektrode blir plassert i høyre ventrikel i forkant av prosedyren, og tilkoples en



Forkortelser

TAVI = transkateter aortaklaffimplantasjon
 AS = aortastenose
 AVR = aortic valve replacement (aortaklaffkirurgi)
 VVH = venstre ventrikkel hypertrofi
 ADL = activities of daily living
 IADL = instrumental activities of daily living

temporær pacemaker (16). Pasienten får i tillegg sentralvenøst kateter, perifer venekanyle, arteriekran og blærekateter. Per- og postoperativt er pasienten telemetriovervåket.

Ny pasientgruppe

TAVI-pasienter utgjør en ny målgruppe for invasiv kardiologi med større utfordringer og konsekvenser enn det vi har sett til nå. Med en generell reduksjon i funksjonell kapasitet som følge av høy alder kombinert med komorbiditet og symptomer relatert til AS, stilles krav til identifisering av unike behov. En potensiell risiko for forverret preoperativ allmenntilstand som følge av sykehusinnleggelse hos eldre, må veies opp mot fordeler av behandling. Det er viktig at pasient og pårørende er innforstått med begrensninger og risiko, og har avklarte forventninger. De kan derfor trenge støtte til å ta beslutninger. Kontinuerlig undervisning av pasient og pårørende har til hensikt å optimalisere preoperative forberedelser og tiden etter aortaklaffinnsettelsen (2,16).

Kandidater

Proessen med å velge egnede kandidater til TAVI er kompleks. Komorbiditet innebærer en høyere operasjonsrisiko. I PARTNER A-studien hadde 75 prosent koronarsykdom, 43 prosent var ACB-operert, 42 prosent hadde perifer vasculær sykdom, 43 prosent luftveissykdom og

41 prosent hadde diabetes (18). Dette bidrar til at mye av sykepleien er rettet mot å forebygge komplikasjoner relatert til komorbiditet (6). Samtidig utgjør komorbiditet en risikofaktor for utvikling av skrøpeligheit, som vi må være bevisste på (21).

Vurdering

Flere publikasjoner understreker viktigheten av et tett og koordinert samarbeid i TAVI-teamet (22). Det er rapportert at overlevelse etter ett år hos pasienter med multiple komorbiditeter fortsatt er lavere enn ønskelig etter TAVI. Man stiller spørsmål ved om den tverrfaglige vurderingen kan bli bedre til å skille ut de som tolererer selve prosedyren, men ikke har signifikant utbytte av klaffeimplantasjon (20,22). Ved utvelgelse av TAVI-pasienter er ikke «gut-feeling» og «eye-balling» alltid nok ved en vurdering av eldre, ofte skrøpelige pasienter (8,16). «Eyeball»-test og «gut-feeling» refererer til den tradisjonelle metoden å vurdere skrøpeligheit på. Metoden baserer seg på den enkelte helsearbeider sitt kliniske skjønn, med en subjektivt forankret opplevelse som utfall. Svakheter ved testen er individuelle skjevheter, mangel på vitenskapelig metodikk og lav reproducerbarhet.

Skrøpeligheit

Skrøpeligheit er en hyppig tilstand hos eldre pasienter og må bli vurdert i forbindelse med invasiv behandling. (16). Selv om skrøpeligheit kan overlappe uførhet og komorbiditet, er det et distinkt syndrom. Det er karakterisert ved en ond sirkel bestående av tre eller flere av følgende kriterier; utilsiktet vekttap, utmattelse, gripesvakhet, sakte gangfart og lav fysisk aktivitet. Kriterier som kulminerer i en egen sårbarhet når det gjelder å håndtere uforutsette hendelser (21). En bevisstgjøring av syndromet og risiko i forlengelsen av det, kan hjelpe oss i omsorgen for de eldre og redusere risiko for uønsket utfall. I PARTNER-studien var skrøpeligheit til stede hos 23 prosent i kohort B og 16 prosent i kohort A (16). Vi ser at de unike behov hos alvorlig syke eldre er relatert til en redusert evne til å takle stress. Erfaringsmessig vet man at eldre fungerer tilfredsstillende i kjente omgivelser, men at en sykehusinnleggelse kan utløse forvirringstilstander. På sykehus får barn og unge ha pårørende hos seg hele døgnet på grunn av omsorgsbehov. En kartlegging av pasientens fysiske, sosiale og mentale funksjon kan avdekke samme behov hos våre eldre. Tilstedeværelse av pårørende kan bidra til å forebygge komplikasjoner relatert til fall, medisinsk utstyr og reinnleggelser som følge av akutt forvirring.

Samtidig kan skrøpeligheit være en reversibel fysiologisk fenotype, og det må vurderes om tilstanden skyldes AS som kan reverseres ved TAVI. I så måte kan skrøpeligheit være en markør for forbedringspotensial. Omvendt kan skrøpeligheit indikere behandlingsrisiko dersom det skyldes svikt i andre organer (16). En definisjon på skrøpeligheit som parameter etterlyses i litteraturen (1,21). Flere publikasjoner etter spør en score som inkluderer parametre for funksjonell og kognitiv kapasitet, samt skrøpeligheit (1,3,5,8,14,23). Hensikten med en egen TAVI-skår vil kunne være å forutsi mortalitet hos klaffepasienter med høy risiko, men også hvilke pasienter som ikke vil tjene på utskiftning av aortaklaffen.

Vancouverprogrammet

På bakgrunn av et økende antall henvisninger og kompleksiteten i håndtering av TAVI-kandidater er det utviklet et TAVI-program i Vancouver i Canada. Programmet har som mål å sikre en hensiktsmessig pasientvurdering og prioritering samt fremme kontinuerlig pleie og omsorg. En TAVI-sykepleierkoordinator har oversikt over de ulike trinn i prosessen og fremmer kontakt mellom de involverte fra henvisning av pasient til oppfølging etter utskrivelse. «De unike behovene til TAVI-pasienter og -programmer krever gjennomføring av unike prosesser med omsorg og skreddersydde vurderinger», skriver Lauck et al (2).

På grunn av manglende dokumentasjon som støtter én enkel metode for å vurdere funksjonell respons på TAVI, har St. Paul's Hospital i Vancouver satt sammen et sett ulike tester som bidrar til en helhetlig vurdering og favner flere komponenter av fysisk, mental og sosial status. Det blir omtalt som «the TAVR global functional assessment» og blir gjennomført av en TAVI sykepleierkoordinator (2). Hensikten med en helhetlig funksjonsvurdering er å bidra til en riktig utvelgelse av pasienter, men også individuell tilrettelegging under sykehusoppholdet og planlegging av utskrivning. Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale blir brukt til å estimere klinisk skrøpeligheit. Skalaen har en visuell presentasjon og går fra 1–9 der 9 representerer de skrøpeligste individene. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) blir brukt i vurderingen av enkeltpersoners uavhengighet i forhold til å fullføre dagliglivets aktiviteter. Uavhengighet knyttet til instrumentalt activities of daily living (IADL) som bruk av telefon, innkjøp, klesvask, transport, matlagning og ansvar for å ta medisiner og håndtering av økonomi vurderes med Lawton-Brody Scale. Videre

Bakgrunn

PARTNER-studien The Placement of AORTic valve Transcatheter Valve Trial (PARTNER) er foreløpig eneste randomiserte kontrollerte studie som har publisert resultater av TAVI-behandlingsmetoden. Studien omfatter høyrisikopasienter og består av to substudier. I PARTNER A sammenliknes TAVI versus AVR, og i PARTNER B sammenliknes TAVI versus medikamentell behandling. Det er en prospektiv multisenterstudie som foregår i Canada/USA, og antall pasienter er 699 i kohort A og 358 i kohort B (11,13,16).

gjøres en vurdering av sosialt nettverk og generell livssituasjon. I tillegg foretar man en enkel fall-screening hvor man forhører seg om pasienten har falt de siste seks månedene, og en registrering av hjelpemidler som rullestol og stokk. Mobilitet blir også testet ved hjelp av en fem meters gangtest utført på tid. Testen er nylig blitt lagt til av American Society of Thoracic Surgeons som uavhengig prognostisk verktøy for beregning av skrøpeligheit hos pasienter som skal til hjertekirurgi (16). Forstyrrelser i ganglaget og immobilitet er vanlig hos eldre. Hele 82 prosent av de >85 år og 50 prosent av de >80 år faller minst en gang per år (24). Dette er viktig kunnskap å innhente for å forebygge fall mens pasienten er på sykehus og ved planlegging av utreise. En kognitiv vurdering gjøres ut fra Folstein Mini-Mental State Examination, der pasienten får spørsmål som angår generell orientering. Pasienter med komorbid hjertesykdom har høyere risiko for aldersrelatert kognitiv svikt (24). Spesialister i geriatri er ved noen TAVI-sentre en del av det tverrfaglige teamet som vurderer den enkelte pasient. Til å måle pasientrapportert livskvalitet anvendes Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). Det er et spørreskjema som kvantifiserer fysiske begrensninger, symptomer, selvstendighet, sosial støtte og livskvalitet (2).

Pårørende

Et enkelt spørsmål i Vancouver-programmet fokuserer på pasientens motivasjon for klaffeimplantasjon; hva håper du å få ut av din TAVI-behandling? På sengepost er det ikke uvanlig å oppleve at de med god motivasjon er de som klarer seg best. Pasienter med alvorlige sviktsymptomer er ofte preget av utmattelse og formålsløshet. De har behov for veiledning og støtte både av pårørende og sykepleier. Pårørende trenger veiledning i hvordan de kan motivere i stedet for å begrense. Ved å oppmuntre pårørende til å være med på all undervisning og lese informasjon som blir gitt, kan man bedre utkomme til pasienten (5). Å sikre et kontinuum av undervisning av pasient og pårørende, fra henvisning til oppfølging etter utskrivelse, beskrives som en av de viktigste oppgavene en sykepleier har (2). Samtidig skal man huske på at informasjon i seg selv ikke fører til bedre helse. Et mer balansert fokus på pasientens ressurser og hans egne mål, samt på hindringer og muligheter underveis, kan bidra til å optimalisere behandlingen (25). Pårørende vil få en mer synlig rolle i ivaretagelse av de gamle eldre som følge av nye behandlingsteknikker og behandlingstilbud.

Erfaringer

Ved Rigshospitalet i København har de tatt i bruk Vancouver-modellen. De erfarer at vurderingen spiller en viktig rolle når legene skal danne seg et helhetlig bilde av pasienten. Under et studiebesøk der fikk jeg en innføring i metoden. De har satt av en time til hver pasient. For å sikre riktig bruk av skjemaene er det de samme sykepleierne som gjennomfører testene. En god gjennomføring krever at sykepleierne har lik forståelse av det de gjør. Ved Haukeland universitetssjukehus gjør vi en screening av potensielle TAVI-pasienter over tre dager. Vi utfører en tilsvarende vurdering som i Vancouver, men foreløpig som del av en studie. Studien skiller seg fra Vancouver-modellen blant annet ved bruk av andre skjemaer. Skrøpeligheit vurderes ved hjelp av SOF Frailty Index (26). ADL og IADL vurderes ved henholdsvis Barthel Index og Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (Nottingham IADL)(27). Pasientrapportert livskvalitet måles ved hjelp av Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (28). En eventuell implementering av dette i klinisk praksis ved Haukeland universitetssjukehus vil vurderes ved studieslutt.

Oppsummering

Nye behandlingsteknikker medfører nye behandlingstilbud for de gamle eldre. Alvorlig symptomatisk AS, høy alder og komorbiditet krever at man tenker nytt i forhold til planlegging og gjennomføring av sykepleie. En sykepleierledet vurdering av funksjon og skrøpeligheit er ment som et supplement til den tverrfaglige kliniske utredningen.

Dagens eldre er også økende bevisste på egen helse og stiller krav om beste tilgjengelige behandling. Vi må være i forkant med tanke på hvordan vi på best mulig måte kan ivareta de eldre når de kommer på sykehus.

Den eldre damen på 87 år som vi siterte innledningsvis, fikk ny aortaklaff og var fornøyd. Hun kunne gå en hel korridorlengde uten å bli tungpustet. Etter tre dager ville hun hjem til sin mann, men måtte bli til femte postoperative dag på grunn av klafferelatert oppfølging. Dette er et eksempel på et ukomplisert forløp med en pasient som var motivert. Det er ikke alltid slik. Et utvidet sykepleiefokus i vurdering av funksjon og skrøpeligheit, kan bidra til en optimalisering av behandlingen av pasienter med alvorlig symptomatisk AS. ■■■

LITTERATUR

- Vahanian A, Hilmert D, Brochet E, Depoix J-P, lung B, Nataf P. Transcatheter aortic valve implantation: our vision of the future. *Arch Cardiovasc Dis.* 2012; 105(3):181-6.
- Lauck S, Achtem L, Boone RH, Cheung A, Lawlor C, Ye J et al. Implementation of processes of care to support transcatheter aortic valve replacement programs. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013 Feb;12(1):33-8.
- Hill J. MS. Treatment of older patients with aortic valve stenosis. *Nursing Standard.* 2009;24(12):42-8.
- McRae ME, Rodger M. Transcatheter Aortic Valve Implantation Outcomes: Implication for Practice. *J Cardiovasc Nurs.* 2012;27(3):270-82.
- Messing JA. Transcatheter Aortic Valve Implantation. *J Cardiovasc Nurs.* 2012;27(4):356-64.
- McRae ME, Rodger M, Bailey BA. Transcatheter and Transapical Aortic Valve Replacement. *Crit Care Nurse.* 2009;29:22-36.
- Maillet JM, Somme D. Relationship Between Aortic Valve Replacement and Old Age (Hentet 2012 - 03 - 01). Tilgjengelig fra: <http://cdn.intechweb.org/pdfs/25293.pdf>
- Dworakowski R, MacCarthy P. A, Monaghan M, Redwood S, El - Gamel A, Young C, et al. Transcatheter aortic valve implantation for severe aortic stenosis - a new paradigm for multidisciplinary intervention: a prospective cohort study. *Am Heart J.* 2010;160:237-243.
- lung B, Baron G, Butchart EG, Delahaye F, Gohlke-Bärwolf C, Levang OW, et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. *Eur Heart J.* 2003; 24, 1231-1243.
- lung B, Cachier A, Baron G, Messika-Zeitoun D, Delahaye F, Tornos P, et al. Decision-making in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery? *Eur Heart J.* 2005; 26, 2714-2720.
- Piazza N, Lange R, Martucci G, Serruys PW. Patient selection for transcatheter aortic valve implantation: Patient risk profile and anatomical selection criteria. *Arch Cardiovasc Dis.* 2012;105(3) 165-73.
- Den norske legeforening. Avd. for informasjon og helsepolitikk. Høringsuttalelse, innføring av kateterbasert implantat av aortaklaffer. (Hentet 2012-03-11). Tilgjengelig fra: http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/_attachment/12552?...ts...
- Lauvrak V, Elvsaa IK, Samdal K. Kateterbasert implantasjon av aortaklaffer. Metodevarsel nr 3 August 2008 (Hentet 2012 - 03 - 11). Tilgjengelig fra: <http://www.mednytt.no/Prosedyrer/Hjerte+og+kar/648.cms>
- Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano. Burden of valvular heart diseases: a population - based study. *Lancet* 2006; 368:1005-11.
- Varadarajan P, Kapoor N, Bansal RC, Pai R.G. Clinical Profile and Natural History of 453 Nonsurgically Managed Patients With Severe Aortic Stenosis. *Ann Thorac Surg* 2006; 82:2111-2115.
- Holmes DR Jr., Mack MJ, Kaul S, Agnihotri A, Alexander KP, Bailey SR, et al. 2012 ACCF/AATS/SCAI/STS expert consensus document on transcatheter aortic valve replacement. *J Thoracic Cardiovasc Surg.* 2012 Sept;144 (3): e 29-84.
- Smith CR, Leon MB, Mack MJ, Miller C, Moses JW, Svensson LG. Transcatheter versus Surgical Aortic - Valve Replacement in High - Risk Patients. *N Engl J Med.* 2011; 364:218-98.
- Kodali SK, Williams MR, Smith CR, Svensson LG, Webb JG, Makkar RR, et al. Two - Year Outcomes after Transcatheter or Surgical Aortic - Valve Replacement. *N Engl J Med.* 2012 May 3; 366(18): 1686-95.
- Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller C, Moses JF, Svensson LG, et al. Transcatheter Aortic - Valve Implantation for Aortic Stenosis in Patients Who Cannot Undergo Surgery. *N Engl J Med.* 2010 Oct 21; 363(17):1597-607.
- <http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Fra+prosentE2prosent80prosent9DeksperimentellprosentE2prosent80prosent9D+via+prosentE2prosent80prosent9DutprosentC3prosentBBvendeprocentE2prosent80prosent9D+til+prosentE2prosent80prosent9D+behandlingprosentE2prosent80prosent9D...12765.cms>
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol.* 2001;56, M146-M156.
- Webb J, Cribrier A. Percutaneous transarterial aortic valve implantation: what do we know? *Eur Heart J.* 2012; 32, 140-147.
- Thomas M. The Global Experience With Percutaneous Aortic Valve Replacement. *J Am Coll Cardiol Interv.* 2010; 3:1103-1109.
- Jackson CF, Wenger NK. Cardiovascular Disease in the elderly. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:697-712.
- Netland H, Fållun N, Norekvål TM. Samtaler kan styrke hjertepasienten. *Tidsskriftet Sykepleien.* 2011;99:50-52.
- Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Cawthon PM, Stone KL, et al. Comparison of 2 Frailty Indexes for Prediction of Falls, Disability, Fractures, and Death in Older Women. *Arch Intern Med.* 2008;168:382-9.
- Lincoln NB, Gladman JRF. The Extended Activities of Daily Living scale: a further validation. Disability and Rehabilitation. 1992;14:41-3.
- Rector TS KS, Cohn JN. Patients' Self-Assessment of Their Congestive Heart Failure: Content, Reliability and Validity of a New Measure. The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure.* 1987;Oct/Nov;198-209.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Poesien i de siste tankene

Oddgeir Synnes har holdt skrivekurs for eldre og alvorlig syke og analysert tekstene deres. Tekst Eivor Hofstad Foto Bjørn-Erik Larsen

Doktorgraden

- ▶ Oddgeir Synnes har hovedfag i nordisk litteratur og er førsteamanuensis og forsknings- og utviklingsleder ved Betanien diakonale høyskole i Bergen.
- ▶ Fra 2006 til 2008 holdt han seks kurs i skrivning og fortelling for 51 alvorlig syke og døende pasienter. Halvparten på en dagavdeling og halvparten på en sengepost. De var fra 43 til 95 år. På sengeposten var de fleste så dårlige at de ikke klarte å skrive. De fortalte sine historier til Synnes som tok notater og reinskrev etterpå.
- ▶ Det hele resulterte i 450 fortellinger og en doktorgradsavhandling i juni 2012: «Fortelling som identitetskonstruksjon ved alvorleg sjukdom: Ein hermeneutisk analyse av alvorleg sjuke og døyande sine forteljingar».
- ▶ Arbeidet ble finansiert av Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering.

«Møtet med døden skreller av alt som ikke er vesentlig»

For ti år siden var Oddgeir Synnes lei av at tiltak for eldre altfor ofte gjør dem til passive konsumenter og tilhørere. Dermed startet han skrivekurs for dem.

– Målet var å stimulere de kreative evnene og løfte fram stemmene, ressursene og livshistorien til deltakerne. Jeg ville utfordre dem på hva de var opptatt av her og nå, og hva de tidligere hadde gjort i livet, sier han.

Deltakerne bodde både på sykehjem og hjemme, og tilbakemeldingene tydet på suksess: «Skrivingen fører meg nærmere den jeg en gang var», sa en. «Jeg har utsatt begravelsen min. Jeg kan jo ikke gå glipp av skrivekurset», sa en annen.

Så ballet det på seg.

Også for palliative pasienter

I 2006 startet han skrivekurs for alvorlig syke og døende pasienter. Det endte i en doktorgradsavhandling (se faktaboks).

Synnes analyserte tekstene for å finne ut hva som blir viktig å uttrykke når livet nærmer seg slutten. Hvilken identitet velger alvorlig syke og døende å uttrykke når de får konkrete, men åpne oppgaver som «den dagen», «eg fortalte det aldri til nokon», «møtet», «om eg kunne reise attende ein stad» og «kvardag»?

Familie og venner betyr mest

– For mange var det viktig å se tilbake og kunne si at livet deres hadde betydning noe for andre, sier Synnes.

Det relasjonelle gikk som en rød tråd gjennom de fleste tekstene. Om forholdet til familien, slekt og venner. Minnet om kjærlige besteforeldre. En del skrev om spesielle plasser eller naturopplevelser, for eksempel minner fra og lengselen etter barndomshjemmet. Ingen skrev om jobben.

– Det overrasket meg at arbeidslivet som vektlegges i så stor grad i annen livsforskning spiller så liten rolle når det går mot slutten. I den grad de snakket om jobben, var det miljøet og kollegene de savnet, sier Synnes.

Ved nærmere ettertanke tror han det stemmer at jobben ikke betyr så mye.

– Møtet med døden skreller av alt som ikke er vesentlig.

Til og med sykdommen får ofte en underordnet rolle eller blir ikke tematisert i mange av fortellingene.

Terapi og arv

Synnes mener at både skrivningen og fortellingen har en terapeutisk effekt.

– Gjennom dikt og fortelling kan mange nærme seg noe som en gjerne ikke snakker om, for eksempel sykdommen. Tekstene avdekker en liten flik og gir et viktig innblikk bak fasaden, sier han.

Den som skriver får også muligheten til å vise andre sider av seg selv; hvem man har vært og fremdeles gjerne er bak ytre kjennetegn som alder og sykdom. Samtidig er skrivning en aktivitet som kan fortrenge tunge tanker i en vanskelig tid.

– Man skal heller ikke underkjenne

gleden over å skape noe gjennom ord, å få bære fram sin egen stemme, og ikke minst at denne stemmen blir hørt.

Mange av kursdeltakerne delte tekstene med familien sin. Noen ønsket at de skulle bli en arv til dem som kommer etter. De har blitt brukt i minnestunden og i sorgarbeidet til pårørende. Også en prest som ikke kjente en han skulle begrave, fikk god hjelp til talen han skulle holde ved å lese flere av tekstene vedkommende hadde skrevet.

Tilværelsens livsnødvendige letthet

Gjennom arbeidet oppdaget Synnes betydningen av de små fortellingene. De tilsynelatende ubetydelige historiene hvor ingenting skjer.

– De lette fortellingene er også viktige, og definerer oss. Ikke bare store tragedier og avgjørende hendelser. Der eksistensen er utrygg blir det viktig identitetsbærende å skrive og fortelle om dette. Selv om man snart skal dø, har man fortsatt en stemme og kan fortelle en vits, sier han.

– Var det mye klisjeer i tekstene?

– Litt. «Vi må prøve å tenke positivt» og slikt.

Men mange opponerte mot dette og leverte fortellinger som frigjorde seg fra klisjeene. For eksempel dagpasienten på 54 år som sa han ikke kunne skrive oppgaven som het «kvardag» fordi hverdagen hadde forsvunnet etter at han ble syk. Synnes ba ham skrive om tankene rundt det og hva hverdag var for ham i dag.

Det resulterte i følgende tekst: Hva er hverdag i dag? Det er noe som mangler, noe som jeg ikke finner. Noe ubekymret som har gjemt seg. Når jeg ikke går på kur, har jeg nesten ingen symptomer på sykdommen, det er litt skremmende. Men det er også godt for da er ikke sykdommen altoverskyggende, men kan faktisk glemmes i perioder.

Men da blir jo hverdagen lik den hverdagen som jeg hadde før jeg ble syk. Det er den definitivt ikke, så hvordan er den da? Jeg kjenner at jeg sliter med å finne hverdagen, fordi jeg ikke opplever å huske så langt at jeg finner en hverdag.

Nå har det gått noen dager, i mellomtiden har jeg grublet over hvordan hverdagen er. Hvor i all verden er hverdagen, dette er litt nifst. Dette har jeg i grunnen ikke tenkt over før, hva er egentlig hverdag nå?

Før jeg ble syk var hverdagen det kjedelige som gjentok seg, det som det var om å gjøre å unngå for å gi livet mening. Nå kjennes det mer som at det er den «gamle» hverdagen jeg lengter etter, og da blir den jo ikke noen hverdag lenger, eller blir den det?

Jeg opplever at jeg venter mye, venter på resultater, venter på behandling, venter på å bli dårlig av behandling og venter på å bli god av behandling. Men det kan ikke være venting som er hverdagen nå, det blir for trist. Så hvor i all verden er hverdagen blitt av?

Nå legger jeg hverdagen litt til side igjen, så får vi se om det dukker opp noen gode tanker. Det skjer ikke så mye for tiden, livet går liksom på lavgir i sitt eget rolige tempo. Men tiden går fort, veldig fort. Tirsdagene kommer som perler

på en snor, nesten så jeg tenker at jeg var jo på dagavdelingen her forleden. Da gidder jeg ikke å gå i dag også.

Det kan vel ikke være hverdager som forsvinner så fort, eller er det nettopp det, det er? Er det slik at det er nettopp slik hverdagen er, dager som forsvinner nesten uten innhold og uten at du merker at de er gått? Da forsvinner jo den tilmålte tiden jeg har igjen uten at jeg merker det, hva er da vitsen?



TEKSTANALYSØREN: Oddgeir Synnes har gjennom sitt doktorgradsarbeid funnet ut at vi er noen sosiale dyr: Det er de menneskelige relasjonene, ikke hva vi har jobbet med gjennom livet, vi forteller om før vi dør.



Eva Biringer, leiar i Nettverk for forskning på behandlingssliner og samhandling og norsk nasjonal seksjon av European Pathway Association (E-P-A), Helse Fonna HF

Olav G. Klausen, adm.dir., Helse Fonna HF

Birger Norderud Lærum, overlækjar, Haukeland universitetssykehus

Miriam Hartveit, sjukepleiar, PhD-stipendiat, Helse Fonna HF og Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB

Kris Vanhaecht, sjukepleiar og postdoktor-stipendiat, Det katolske universitet, Leuven, Belgia

Betre kvalitet med behandlingssliner

Standardiserte behandlingssliner er et verkty som kan betre pasienttryggleiken og ressursutnyttinga.

Standardiserte behandlingssliner (pasientforløp/care pathways) er i aukande grad brukte internasjonalt som verkty for kvalitetsbetring i helsetenesta (1). Slike standardiserte behandlingssliner betrar ei rekke prosess- og utkommemål. Tilnærminga er oftast brukt innan sjukehus på homogene pasientgrupper med einsarta forløp. Men behandlingsslinene har også stort potensiale for bruk på grupper med meir komplekse behov og i tverrsektoriell samhandling.

Standardisert behandlingssline

Der er mange ulike definisjonar av standardiserte

behandlingssliner (2), og terminologien, til dømes pasientforløp, «critical-/clinical pathway», «care track», varierer (2). European Pathway Association (E-P-A, sjå www.e-p-a.org) er ein non-profit organisasjon for nettverk, brukargrupper, akademiske institusjonar, sjukehus, støtteorganisasjonar og tilsette i helsetenestene som ynskjer bidra til utvikling og implementering av standardiserte behandlingssliner. Organisasjonen har sterkt fokus på evidensbaserte tiltak og forskning. E-P-A definerer ei standardisert behandlingssline («care pathway») slik (3, 4): «Ei behandlingssline er ein kompleks intervensjon som har gjensidig taking av avgjerder og organisering av behandlingssprosessen for ei definert gruppe pasientar i ein definert tidsperiode som mål. Karakteristika ved ei standardisert behandlingssline er (2-4):

- › ei eksplisitt uttrykt utsegn om måla og nøkkelelementa i behandlinga basert på evidens, beste praksis og pasientane sine karakteristika og forventningar
- › tilrettelegging for kommunikasjon mellom teammedlemmene, pasientane og deira pårørande
- › koordinering av behandlingssprosessen ved å koordinere rollene og aktivitetane stegvis (sekvensielt) i det tverrfaglege teamet, med

- › omsyn til pasientane og dei pårørande
- › dokumentering, monitorering og evaluering av variasjonar og utkommer
- › identifisering av naudslynte ressursar

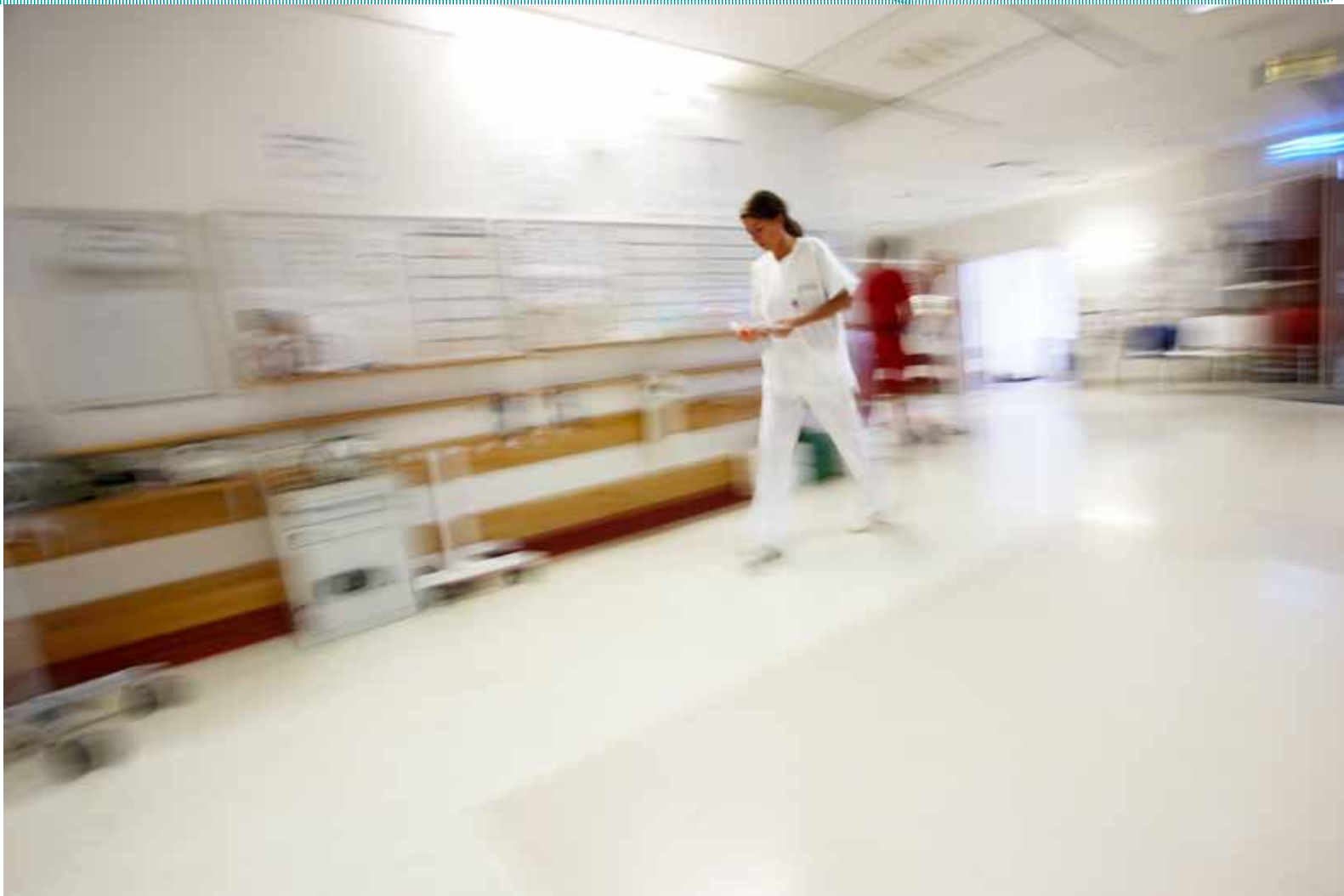
Målet med å standardisere pasientforløpa er altså å betre kvaliteten av pleie og behandling gjennom heile behandlingssforløpet ved å betre risikjusterte pasientutkommer, betre pasienttryggleik og optimalisere ressursutnyttinga. Ein slik definisjon av standardiseringa av behandlingssprosessen som over, er langt meir strikt enn mange andre kvalitetsbetringsintervensjonar.

Effekt

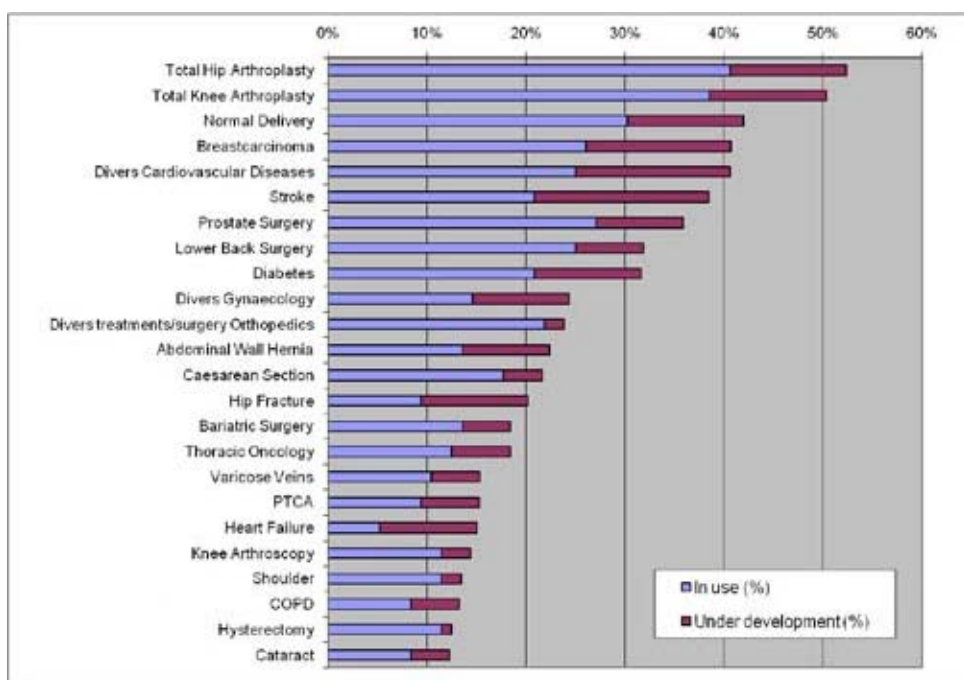
Mange internasjonale studier gjennomført dei siste tjue åra har vist at standardiserte behandlingssliner har effekt. Mest overtydande evidens er difor at implementeringa av desse betrar pasientutkommer og kostnad-nytte-ratioet (5-8). Men der er også mange studier som har vist at implementeringa av standardiserte behandlingssliner fører til kortare liggetid, lågare insidens av postoperative komplikasjonar og betra dokumentasjon (6, 9). Standardiseringa er best eigna på homogene pasientgrupper der alle skal gjennomgå det samme i løpet av sjukehusopphaldet. Difor er denne tilnærminga ofte

Hovedbudskap
Standardisering av behandlingssliner/pasientforløp er nyttig verkty til kvalitetsbetring i helsetenesta. European Pathway Association (E-P-A) er ein internasjonal organisasjon som spreier kunnskap om behandlingssliner («care pathways»). Slike behandlingssliner kan også vise seg nyttige i tverrsektoriell samhandling.

Søkeord
Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider.
› Kvalitet › Leiing › Organisering



NYTTIG VERKTY: Standardiserte behandlingliner er oftast brukt innan sjukehus på homogene pasientgrupper med einsarta forløp, men har også stort potensiale for bruk på grupper med meir komplekse behov og i tverrsektoriell samhandling. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



FIGUR 1: Utbreiing av «care pathways» i the Belgian Dutch Network (Belgia og Holland). Gitt att med tillating fra European Pathway Association (E-P-A).

nytta i kirurgiske fag, særleg i elektiv kirurgi (figur 1). Men tilnærminga er også forsøkt i pasientutval med lågare grad av prediktabilitet i åtføring og behandlingsbehov, der såkalla Hub-, eller Web-modellar for organiseringa av helsetenesta er meir eigna enn ei enkel line-(Chain-)tilnærming (10). Dette gjeld til dømes i rehabilitering (11), rus, psykiatri (12, 13) og palliativ behandling (14). I slike studier finn ein ofte ei meir fleirsidig tilnærming med element av «case management».

Framgangsmåte

Planlegginga og implementeringa av behandlinglina for den utvalde pasientgruppa føregår i den enkelte kliniske eininga med utgangspunkt i det kliniske mikroteamet og Plan-Do-Check-Act (PDCA-) sirkelen (Deming's sirkel) (15). Triaden av engasjert sykepleiar (ansvarleg for det praktiske, til dømes møteinnkallingar og registrering av data), engasjert kliniskar (til dømes overlækjar), og einingsleiar vil ofte vere eit godt utgangspunkt. Gruppa som arbeider med behandlinglina skal vere tverrfagleg og alle grupper som har med pasienten å gjere skal



NorskeSerier  alltid ekte leseglede



CAPPELEN DAMM

Årringer

En hjertevarm og nær fortelling
– romantisk, lun og levende!

«En vakker leseopplevelse fra en svunnen tid.»

– ELIN FOSHAUG, BOKESKER

Lunderskog ved svenskegrensen i år 1907:

Bli kjent med Silja som er eneste datter av sagbrukseier Arvid Olafsen. Hun har bestemt seg for at hun ikke skal falle for en fattig fløterslusk, men kjærlighetens vinder blåser sine egne veier...

Den lille bygda blir også rammet av en uhyggelig hendelse!

Gikk du glipp av første bok? Få den helt **GRATIS** på www.norskeserier.no eller ring vår kundeservice på telefon: 815 59 202 (kl. 09.00 – 15.00)

VERDENS MEST STØTDEMPENDE SKO

- DEN PERFEKTE SKO FOR DEG SOM GÅR OG STÅR PÅ HARDE GULV
- EKSTREM STØTDEMPING
- SKÅNSOM MOT INVOLVERTE LEDD
- KOMFORTABEL FØLELSE FRA FØRSTE SKRITT
- GIR DEG EN HELT NY OPPLEVELSE, OG EN BEDRE HVERDAG.



Cairo Black



Cairo White



Balance ESD White
(Antistatisk)



Balance ESD Black
(Antistatisk)



Marilyn Black

For mer info og forhandlerliste, sjekk ut www.joya.no

Kontaktperson Joya: Arve Jølstadengen

Mob. 92042678 eller @: arve@whynot.no



Joya
www.joya.no

Intranasal fentanyl SPRAY
INSTANYL®



Gjennombruddssmerter hos kreftpasienter

- ▶ Kommer raskt¹
- ▶ Har kort varighet²
- ▶ 3-4 episoder per døgn³

Instanyl er spesielt utviklet for behandling av gjennombruddssmerter

- ▶ Rask absorpsjon gjennom neseslimhinnen^{4,5}
- ▶ Effektiv smertelindring innen 10 minutter⁶
- ▶ Lett å bruke^{4,5}



Nå også som endose³

WWW.INSTANYL.NO

NYCOMED

A Instanyl «Nycomed Pharma»

Opioidanalgetikum.

ATC-nr.: N02A B03

T NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneh.: Fentanylisitat tils. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, rensset vann.

Indikasjoner: Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalent dose av andre opioider i én uke eller lenger.

Dosering: Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Dosetitrering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerteepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosetitrering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandlingen kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Sepenering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebehandling beholdes som forskrevet. Sepenering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper:** Gis med forsiktighet til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Bruk hos opioidnaive pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødding.

Forsiktighetsregler: Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet til pasienter med bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, særlig hos pasienter med hypovolemi og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødding eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativ behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Iatrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Sepeneringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig.

Interaksjoner: Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, troleandomycin, klaritromycin og neflavinir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP 3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til C_{max} (T_{max}) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister/-antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbufin, pentazocin) anbefales ikke.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. *Overgang i morsmelk:* Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende dersom nytten oppveier den potensielle risikoen både for mor og barn.

Bivirkninger: Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerne/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerne/kar: Hypotensjon. Hud: Smarter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. *Ukjent:* Hallusinasjon.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miøse, kramper og respirasjonsdepresjon. *Behandling:* Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioid-antagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentakende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A B03 side d.

Egenskaper: *Klassifisering:* Opioidanalgetikum. Fenylylperidinderivat. *Virkningsmekanisme:* Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioide reseptorer. *Absorpsjon:* Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neselminhinnen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkelt doser på 50-200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. *Proteinbinding:* Ca. 80%. *Fordeling:* Distribueres raskt til hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. *Halveringstid:* Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. *Metabolisme:* Primært i leveren via CYP 3A4. *Utskillelse:* Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% gjenfinnes i feces, primært som metabolitter.

Pakninger og priser (pr. 10. oktober 2011): *Endosebeholder m/spraypumpe, 6 doser:* 50 µg/dose: kr 467,00. 100 µg/dose: kr 533,80. 200 µg/dose: kr 539,10. *Glassflaske m/dosepumpe:* 50 µg/dose: 10 doser kr 746,60. 20 doser kr 1445,70. 40 doser kr 2843,90. 100 µg/dose: 10 doser kr 858,10. 20 doser kr 1668,60. 40 doser kr 3289,70. 200 µg/dose: 10 doser kr 866,80. 20 doser kr 1686,20. 40 doser kr 3324,80.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase. Refusjonskode: §2, Kode-90: Vilkår 136.

Referanser:

1. Portenoy RK et al., Pain. 1999;81:129-34.
2. Gomez-Batiste X et al., J Pain Symptom Manage. 2002;24(1):45-52.
3. Portenoy RK, et al. Pain. 1990;41(3):273-81.
4. Costantino HR et al. Int J Pharm. 2007;337(1-2):1-24.
5. Dale O et al. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46:759-70.
6. SPC

activetravel
www.atn.no
NORWAY AS

Nord-Kypros

NYHET!
All inclusive
fra kr. 6800

Vandring i en oppdaget perle

Nord-Kypros er virkelig det søvnige Middelhavet slik det var for 40 år siden.

Kypriotisk kjøkken er en unik og eksotisk blanding av all kultur og mat fra de mange land som omringer denne fasinerende øya. Kypros har gjennomsnittlig 300 soldager i året med et meget behagelig klima.

**BOOK TIDLIG
RABATT!
KR. 300
INNEN 20.05.13**

Avreise fra Oslo: 24.09, 01.10, 08.10, 15.10, 22.10, 29.10, 05.11, 12.11

Avreise fra Stavanger: 05.11, 12.11

Varighet: 8 dager

Kilimanjaro



Avreise: 17. september

Varighet: 13 dager

NYHET!
All inclusive
fra kr. 29 950



FOR MER INFO
OG BESTILLING:
WEB: www.atn.no
E-POST: post@atn.no
TLF. +47 23 36 40 30

Vi tar forbehold om prisendring eller trykfeil



Kari Martinsen 70 år

For å hedre Kari Martinsen utgir Cappelen Damm Akademisk «Nødvendige omveier», som er en vitenskapelig antologi. Boken er redigert av Herdis Alvsvåg, Ådel Bergland og Oddvar Førland. Martinsen hedres for sitt langvarige og betydningsfulle faglige bidrag. I boken bidrar forfattere fra mange ulike miljøer.



Om menneskeverd

«Menneskeverd i klinikk og politikk» heter en ny bok fra Lunde forlag og Norges kristelige legeförening. Forfatteren Morten Magelssen er lege og har bachelor i filosofi. I boken tar han blant annet opp fosterdiagnostikk, eutanasi, abort og assistert befruktning med utgangspunkt i klassisk kristen etik.



Vitenskap på takterrassen

I form av en dialog utforsker Pär Nygren og Bjarne Øvrelid vitenskapsfilosofiske og helse- og sosialfaglige spørsmål. Dialogen foregår på en takterrasse i Marrakech og tar for seg blant annet hva kompetanse i helse- og sosialfaglig yrkesutøvelse er.



FOTO: Mirjam Helene Pletanek

Reddet babybody

En body med teksten «denne siden opp når jeg sover» har siden 1999 blitt delt ut gratis på norske sykehus. Bodyen skulle minne foreldrene på at det viktigste tiltaket mot krybbedød er å la babyer sove på ryggen. Men i fjor fikk bodyprosjektet økonomiske problemer og nedleggelse truet.

Nå er bodyene reddet. Barnas Hus er blitt med på prosjektet, og Landsforeningen uventet barnedød kan fortsette å dele ut bodyer. De første er allerede delt ut på Stavanger universitetssykehus.

Kilde: Helse Stavanger

Gratis medisinsk historie

National Library of Medicine er verdens største medisinske bibliotek, og del av National Institutes of Health i USA. Biblioteket gir milliarder for å gi verden tilgang til nyttig og pålitelig helseinformasjon. Til sitt 175-årsjubileum i 2011

ga det ut «Hidden treasure», som er en gjennomgang av bibliotekets historie og dets samlinger. Boken ligger fritt tilgjengelig på nett.

Kilde: Helsebiblioteket



OUS-revy på Chat Noir

Ansatte på Oslo universitetssykehus stempler inn på Chat Noir fra 15. april med «Sykehus i særklasse». Forestillingen går frem til 26. april og instruktør er Tom Sterri.



Sykepleiere med fotofortelling

Elleve danske sykepleiere har fotografert sin egen hverdag i boken Øjeblikke. Boken er et resultat av prosjektet «Sygeplejersker fotograferer fagidentitet» i Dansk Sygeplejeråd. Sykepleiere fra ulike deler av helsetjenesten har bidratt.



Medvirkning og dialyse



Sykepleier Elin Margrethe Aasen viser i sin ph.d. at pasientmedvirkning ikke er godt integrert i omsorg og behandling av eldre pasienter som går til livslang hemodialyse. Pasientene selv, deres pårørende og sykepleiere sa at det var helsepersonell som bestemte og som visste hva som var best behandling og omsorg. Denne holdningen kunne påvirke pasientenes identitet og få pårørende til å føle seg glemte og maktesløse.

Aasen jobber ved Høgskolen i Ålesund og disputerte ved Universitetet i Bergen.

Kilde: Høgskolen i Ålesund

Forsker på lengsel

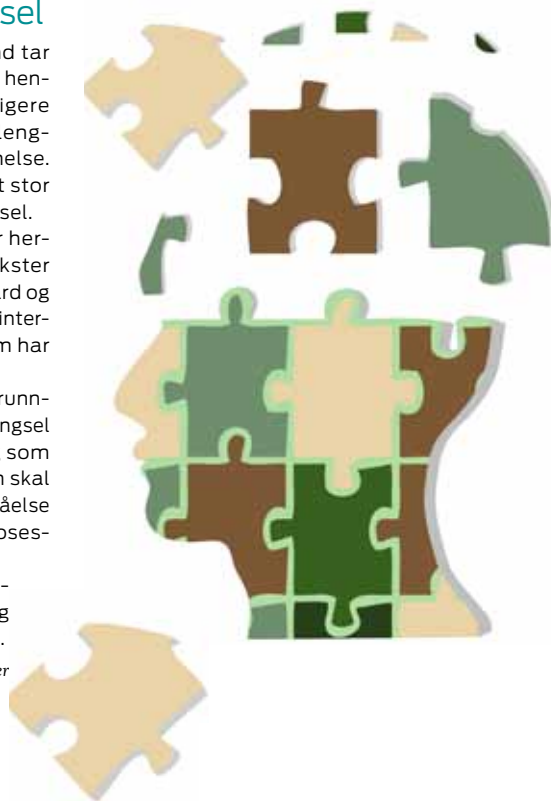
Sykepleier Venke Ueland tar ph.d. på lengsel. Studien hennes baserer seg på tidligere forskning som viser at lengselen har betydning for helse. Likevel har det ikke vært stor oppmerksomhet på lengsel.

I avhandlingen inngår hermeneutisk lesning av tekster av Augustin og Kierkegaard og fortolkning av forskningsintervjuer med ni kvinner som har hatt kreft.

Hun har fått fram en grunnleggende forståelse for lengsel som en kraft i lidelse og som en kraft til helse, og som skal innebære en utvidet forståelse for menneskets helseprosesser.

Ueland jobber på Universitetet i Stavanger og disputerer i Åbo i Finland.

Kilde: Universitetet i Stavanger



Prises for kvalitet



Ellin Willassen, leder for videreutdanningen i operasjonssykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus, fikk høyskolens studiekvalitetspris for 2012.

Prisen fikk hun for å ha tatt fusionsprosessen mellom de to tidligere høyskolene, Høgskolen i Oslo og Høgskolen i Akershus, på alvor og til gode tilbakemeldinger fra både studenter og praksis.

Ifølge juryen er tilbakemeldingene at videreutdanningen holder meget høy standard. Studentene får solid trening i praksis og frafallet er lite.

Kilde: Høgskolen i Oslo og Akershus



HØRER IKKE: Også uten tolk kan helsepersonell gjøre det lettere for døve pasienter å forstå.

Også døve pasienter trenger tolk

Mange tunghørte og døve pasienter opplever avmakt når kommunikasjonen med helsepersonell ikke fungerer. Noen gir opp eller unnlater å si fra om vanskelige ting fordi helsepersonell ikke forstår hva de mener. Det skriver Marita Løkken og Torill Ringsø i en artikkel i Kreftsykepleie.

Løkken er sykepleier og sterkt tunghørt. Ringsø er høyskolelærer og underviser studenter som skal bli tolker for døve, døvblinde og døvblitte.

De skriver i artikkelen at resignasjon og passivitet i kommunikasjon for dem er verst tenkelige respons, samtidig som den er fullt forståelig. De tror resignasjon kan oppstå hos både pasient og helsepersonell, og er opptatt av hvordan det kan unngås.

Tolk er ett svar. Ifølge dem er det lett å tenke at det er den døve som har behov for tolk, men de mener behovet er like stort hos helsepersonell.

Rett til tolk er hjemlet i Lov om

folketrygd og Lov om pasient- og brukerrettigheter.

Ifølge helsepersonelloven skal informasjon være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Så langt det er mulig skal helsepersonell sikre at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Men når kan helsepersonell være helt sikre på at informasjonen er godt nok tilpasset? Og er det økonomiske eller menneskelige hensyn som skal veie tyngst når man avgjør om en døv pasient trenger tolk på sykehus?

Prinsipielt sett mener forfatteren at det bør være tolk tilgjengelig i alle situasjoner med kommunikasjon, men det er ikke mulig i praksis. Ofte er det tolk ved legevisitt og legeundersøkelser. Men de mener helsepersonell bør være bevisst på at mye kommunikasjon foregår i avdelingen hele tiden. For eksempel under fellesmåltider. I sånne situasjoner blir

EGET FAGBLAD: Artikkelen «Døve pasient, hva nå?» står i Kreftsykepleieren, et blad som går til alle medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds Forum for Kreftsykepleie.



døve lett isolert. De anbefaler helsepersonell å snakke med pasientene om hvor ofte de ønsker tolk. De nevner også muligheten for å bruke tolk via bildetelefon.

Det er ikke mulig å ha tolk i alle situasjoner, men Løkken og Ringsø mener helsepersonell kan gjøre mye også uten tolk. For eksempel sørge for at pasienten ser ansiktet til den som snakker, ha god tid og snakke tydelig. Bruke penn eller mobiltelefon. Eller bruke kroppen for å uttrykke det du sier visuelt.

Hytte- boken

Den brune hytteboken vår er full av minner og hendelser fra 1971 til i dag. Det er en fortelling som strekker seg over 41 år.

Hyttens ulike mål og byggherrenes beskrivelse og garanti om at hytten er bygget etter de beste prinsipper står sentralt i forordet. Deretter følger utallige fortellinger om plukking av blåbær, tyttebær, ørretfiske, fiskens størrelse og velbehaget etter gode måltider. Alt til velbehag for hyttens mange gjester.

Boken er et kollektivt prosjekt. Her er det mange forfattere, både unge og gamle. De fleste i slekten, men også gjester – norske og utenlandske, har formulert sin forelskelse i det enkle liv og vakre kvinner.

Vi skriver nye kapitler hver gang vi har kavet oss opp til den 38 kvadratmeter store enkeltheten.

Størst er kanskje likevel gleden over å bla tilbake i tekstene, gjenfinne tidligere gode øyeblikk og undre oss over hvor lenge siden alt er.

Når glemselen tar oss helt er hytteboken en bank av levd liv der også svigerfars – byggherrens – siste hilsen og takk for alt, framkaller den tristhet som også er en del av livet. Vi minnes den siste turen da vi rodde han tilbake over vannet der sykesengen og døden ventet på den andre bredden.

Snart, når vinteren er omme, skal vi skrive nye kapitler i boken som skal følge slektens gang.



K.H. Mygaard

Hekta på gener

Ellen Økland Blinkenberg vil ha flere til å bry seg om genene sine.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**

Hun mener det moderne arveoppgjøret står om langt viktigere ting enn lysstaker og hytta på fjellet. Det står om hvem som skal ha kontroll over vår genetiske kode. Blinkenberg frykter at den kan bli dekodet uten at vi skjønner at det skjer eller hvilke konsekvenser det kan få.

Min DNA bok er både et krast debattinnlegg, folkeopplysning og personlig dagbok. Hun beskylder Folkehelseinstituttet for å lure befolkningen trill rundt og er blitt kraftig imøtegått av direktør Camilla Stoltenberg. Stoltenberg mener hun har misforstått. «Dette handler ikke om at Camilla Stoltenberg skal forklare meg noe slik at vi kan bli enige. Vi trenger en debatt!», skriver Blinkenberg i Morgenbladet. Hun har fått det som hun vil.

Når hun snakker på inn- og utpust på telefon fra Bergen skal hun snart møte Stoltenberg på folkemøte for å diskutere videre.

– Målet mitt er ikke at jeg skal drive debatten, men at flere skal bry seg om genene sine, sier hun.

Selv vasser hun i gener. Hun skriver at hun ser gener i alt og overalt. Som overlege på Senter for medisinsk genetik og molekylærmedisin ved Haukeland universitetssykehus møter hun hver dag mennesker som står i dilemmaer på grunn av genene sine. Hun frykter at mange flere kan havne i dilemmaer uten at de er klar over det. Eller ønsker det.

I boken langer hun ut mot Den norske mor- og barnundersøkelsen, et forskningsprosjekt med over 100

000 gravide rekruttert mellom 1999 og 2009. De har sagt ja til at det blir forsket på dem, det kommende barnet og kanskje også barnefaren. Problemet, mener Blinkenberg, er at de ikke aner rekkevidden av hva de er med på. De er aldri blitt informert om at forskningen kan innebære så omfattende genanalyser som genomsekvensering, som er en fullstendig kartlegging av alle genene til en person.

Som eksempel nevner hun et delprosjekt i mor- og barnundersøkelsen som hadde som mål å kartlegge alle deltakernes gener, selve oppskriften

og tidlig død. Er det da etisk riktig å holde den informasjonen tilbake? Og er det etisk riktig i det hele tatt å innhente slik informasjon fra en som ikke er i stand til å samtykke?

Den diskusjonen mener hun vi må ta nå.

– Men, presiserer hun.

– Jeg er ikke mot genanalyser, jeg jobber jo med dem hver dag. Av samme grunn er jeg selvfølgelig heller ikke mot forskning. Jeg ser at gentester kan føre til mye bra, men vi må ta kravene til informasjon og samtykke på alvor.

– Men noen mener bioteknologi sær-

«Jeg ser hvilke dilemmaer de settes i.»

på dem som mennesker. Men uten å innhente nytt samtykke. Resultatene skulle aidentifiseres, men ifølge Blinkenberg er det ikke mulig å aidentifisere arvematerialet, fordi det uløselig er knyttet til deg. Det er helt unikt. Og når det skal forskes, blir genanalysene koplet til helseregistre med sensitive helseopplysninger om den enkelte, og da mener hun det ikke lenger går an å snakke om full anonymitet.

Alle deltakerne i Den norske mor- og barnundersøkelsen er informert om at ingen forskningsresultater vil bli meldt tilbake til dem. Men Blinkenberg peker på at det kan bli etisk vanskelig for forskeren fordi en kartlegging av arvematerialet kan gi utilsiktede funn. For eksempel at et nyfødt barn en gang i fremtiden har svært høy risiko for hjertearytmer

behandles og at det kan komme frem like kritisk tilleggsinformasjon ved en røntgenundersøkelse?

– Jeg synes ikke det er et godt eksempel. En røntgenundersøkelse gjøres fordi det er mistanke om sykdom. Pasienten vet hva som skjer. Når jeg snakker om å analysere arvematerialet til mennesker som har stilt opp i en befolkningsundersøkelse, er det ofte snakk om prediktive tester. De avslører risiko, men kan ikke si sikkert om personen faktisk blir syk. Det er veldig forskjellig hvordan mennesker reagerer på kunnskap om risiko. For noen kan det føre til veldig mye bekymring og kanskje begrensninger på grunn av noe som kanskje aldri vil skje.

– Men det kan vel også være bra å få vite om risikoene man ikke har?

– Ja, der er vi forskjellige. Noen vil se inn i krystallkulen, andre vil ikke.



Ellen Økland Blinkenberg

Aktuell med: Min DNAgbok

Som genetiker møter Blinkenberg enkeltmenneskene. Det kan være kvinner som har søstre med arvelig brystkreft og som vil teste om de har arvet risikogenet. Par med alvorlig arvelig sykdom i familien som lurere på om de tør å få barn. Mennesker som vet de har femti prosent risiko for genet som gir Huntingtons, en nevrologisk sykdom det ikke fins behandling for.

– Jeg ser hvilke dilemmaer de kan settes i, og derfor er jeg opptatt av at vi ikke må tilsløre problemene gentesting fører med seg.

– Du er ikke redd for å skremme de som er med i mor- og barnundersøkelsen?

– Hvis jeg skremmer dem slik at de etterspør bedre informasjon, er det i grunnen greit. Da må Folkehelseinstituttet bli flinkere til å informere og være mer åpne om hvilke dilemmaer som kan oppstå i slik forskning.

I boken har hun gitt plass til

betraktninger om sin egen familie, intervju med Lars Saabye Christensen (som hun synes også skriver om genetikk, men på en annen og mer tilgjengelig

måte) og tankespinn om Karl Ove Knausgård og hans far.

– Et sammensurium av gener?

– Ja, den måtte bli sånn fordi jeg ville belyse gener fra alle vinkler.

Hun har også med et intervju med Dag Undlien. Han jobber også med gener, men er langt mindre skeptisk. Han har kartlagt genene sine hos et kommersielt firma. Det vil ikke Blinkenberg gjøre. Hun synes hun kjenner genene sine og arven sin godt nok. Vil ikke utsette seg for bekymringen.

– I intervjuet sier du at du har gått fra å være skeptisk til nysgjerrig?

– Jeg skrev nok av meg mye av skepsisen underveis, men så kom den tilbake igjen etterpå, gitt.

– Hvor står du i forhold til resten av genetikermiljøet?

– Det er ulike meninger, men en tradisjon for å ta opp det som er vanskelig. På min jobb er det alltid plass til å diskutere både det prinsipielle og det spesielle. Vi tar gen-etikken på alvor, ikke bare genetikken. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



Hva er smerte

Av Egil Andreas Fors
Universitetsforlaget, 2012
155 sider
ISBN 978-82-15-01808-9
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen,
operasjonssykepleier

Bredt om smerter

ANMELDELSE: Hva er smerte? Kortversjonen er at det er vondt.

Denne boka beskriver fenomenet smerte medisinsk. Forfatteren Egil A. Fors er overlege ved smertesenteret ved St. Olavs hospital i Trondheim og har bred erfaring med smerteproblematikk fra flere fagfelt. Han belyser i boka også arv og miljø, smertemekanismer, reguleringssystemer, hvordan smerten har vært forstått gjennom historien og dens bruk som straff og funksjon i ulike kulturer. Det er flere fascinerende skildringer fra historien, dog noen bestialske. Som Fors beskriver det selv, er det ufatteleg hvilke lidelser mennesker har latt andre mennesker gjennomgå med vitende og vilje. Boka supplerer med anonymiserte smertepasienthistorier.

Vi som helsepersonell har lest og vært gjennom mye litteratur om

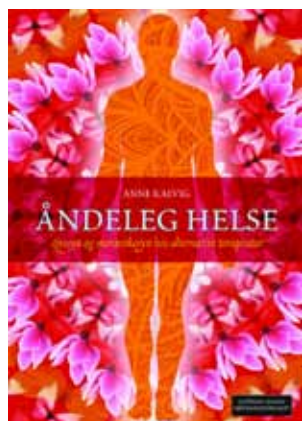
smerte i både grunn- og videreutdanning. Det interessante med nettopp denne lille boka er at den tar opp et tema som smerte i et samfunnsperspektiv og smerte i historien. Slik kunnskap trengs det mer av, både fordi smerte er komplekse saker, men også fordi mennesker er forskjellige. Den subjektivt opplevde følelsen av smerte er ikke alltid tatt hensyn til i ulike utdanninger i like stor grad.

De siste årene er man heldigvis blitt mer reflektert i møtet med smerter, og helsepersonell benytter seg av vurderingsverktøy når smerten skal «måles», som man kaller det. Det problematiske med dette er at kunnskap om smerteproblematikk stiller krav om solid kunnskap om farmakologiske prinsipper i smertebehandling, både smerter som følge av operative inngrep, eller om det dreier seg om

andre typer smerter.

Referert smerte er beskrevet i boka. Det vil si at patologi i ett område av kroppen forårsaker smerter i et annet område. Et klassisk eksempel er smerter i venstre arm som følge av angina pectoris. Denne typen smerte er beskrevet i faglitteratur, men fagmiljøene er ikke sikre på hva som forårsaker fenomenet. Følgene er blant annet at vanlige sykdommer som hjerte- og karsykdommer arter seg annerledes hos menn og kvinner. Man har rett og slett for lite kunnskaper om smertene, og derfor blir diagnostikken vanskeligere, til frustrasjon for både behandlerkjeden, men ikke minst pasientene som lever med smertene.

Denne boka er særs nyttig som supplement til faglitteratur om smerter, da den på tross av ikke mer enn 150 sider favner relativt bredt. ■■■



Åndeleg helse

Livssyn og menneskesyn hos alternative terapeuter
Av Anne Kalvig
291 sider
Cappelen Damm Akademisk,
ISBN 978-82-7634-990-0
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, professor

Ser på livssyn hos de alternative

ANMELDELSE: Anne Kalvig er religionsviter og engasjert i samtidsreligiositet og kvinnebevegelsen. I denne boken ser hun på livssyn og menneskesyn hos alternative terapeuter.

Boka er bygget på dybdeintervju med ni terapeuter. De representerer 26 ulike terapityper, spirituelle metoder og retninger. Noen er relativt kjente, som akupunktur, fotsoneoterapi, urtemedisin og yoga. Andre er mer ukjente, som reibirthing og feng shui.

Boken omhandler store temaer som sjel og ånd eller energi, chakra og aura. Sykdom og lidelse står sentralt. Et felles trekk hos terapeutene som blir intervjuet er at de ser sykdom som tegn på ubalanse i kroppen. Lidelse er avhengig av hvordan en mentalt møter vanskelige situasjoner, og de mener lidelse kan gi vekst og utvikling. Men de blir noe diffuse når de skal gå i dybden på

sentrale eksistensielle spørsmål.

Kalvig er tydelig på at intervju situasjonen er vanskelig og at hun selv med sin aktive rolle kan få fram holdinger og standpunkt som nødvendigvis ikke gjenspeiler terapeutenes møte med klientene. Hun bruker terapeutenes fornavn, men det er vanskelig å huske hvilke retninger de representerer når navnene dukker opp i de forskjellige kapitlene. Det kunne vært fint med en oversikt over særtrekk og felles tanke-gods.

Alternativ terapi blir benyttet av nærmere halvparten av befolkningen. Men hvem er de som benytter seg av slik terapi? En av terapeutene mente at 70 prosent var kvinner, og av disse var 70 prosent fraskilte. Mange hadde behov for å få en samtalepartner, en som kunne «lette på trykket», hjelpe til å finne en balanse, se mening med

lidelse og å mestre livet de sto midt oppe i. Alternativ terapi er for mange et lavterskeltilbud, men flere hevdet at det følelsesmessige fikk for mye plass på bekostning av det intellektuelle.

Til tross for at mange var opptatt av individualitet, var likevel kosmiske krefter sterkt til stede. Terapeutene beskriver det moderne menneskets dilemma mellom autoritetsavvisning og det å søke mening i en energikilde utenom en selv.

Terapeutene bruker symboler fra kristendommen, et livssyn de er fortrolig med, men også tar avstand fra. Det kan virke som om hinduistiske og buddhistiske begrep skaper en egen aura over terapien.

Boka inneholder kunnskap som er nyttig for dem som benytter alternativ terapi og de som undrer seg på hva slik terapi innebærer. ■■■

«Jeg har ingen tro på at man blir en god forfatter bare av å være sjømann eller bohem.» Henrik H. Langeland

Politisk kruttønne

ANMELDELSE: Boka *Nightingales arv – ny forståelse* er skrevet av tidligere førstelektor Mette Karoliussen. Hun er forfatter av flere lærebøker i sykepleie. I denne boka tar hun både for seg de store diskusjonene i sykepleiefaget og helsevesenet generelt, og hun beskriver den pasientnære sykepleien, som stellet, åndelig hjelp og veiledning, visualisering og trøst. Hovedbudskapet baserer seg på arven fra Florence Nightingale, og sykepleie forstås terapeutisk. Sykepleie mobiliserer helbredelsesprosesser i pasienten selv og i relasjon til omgivelsene.

Karoliussen leverer ei politisk kruttønne med sterke meninger om uheldige reformer og endringer i alle nivåer av helsetjenesten. Fiendebildet er innlysende nok reduksjonisme, økonomismen med sine «drit-raske-grunker» (DRG), markedsorientering og organisatoriske omstillinger for å bli ledelses- og driftseffektive. Tiltakene kamufleres av ord som «sparing» med assosiasjoner til norsk dugnadsånd. Hun advarer mot systemspråk og teknologi. Framvoksende klassifikasjonssystemer og teknologi er ikke verdinøytralt. De tre utvalgte områdene som på den annen side kan «redde»

sykepleien er ifølge henne humanøkologi, psykonevroimmunologi og kommunikologi.

Boka peker på hvordan helsevesenet utvikler seg i en retning som er uforenlig med sykepleiens verdigrunnlag, og den er et innspill i debatten om sykepleierens yrkesidentitet. Reduksjonisme og holisme kan ikke, ifølge Karoliussen, arbeide side om side. Det jeg tror mange sykepleiere opplever som utmattende endringer, omorganiseringer og byråkratisering beskriver hun godt. Den kan gi impulser til veivalg

Der Nightingale uttalte at sykepleieren «må føle kall for sitt yrke», fordrer Karoliussen at en dyktig sykepleier skal være kunnskapsrik ikke utlært, egosterk ikke egosentrisk, selvbevisst ikke selvgod, selvstyrt ikke egenrådig, handlekraftig ikke overstyrende. Oppsummert skal hun være lydig og dydig. Vi disiplinere oss selv i sykepleierprofesjonen.

Jeg tenker etter å ha lest boka at dannelsen med utgangspunkt i arven fra Nightingale paradoksalt nok blir en avlæring av behov og uttrykk i sykepleierens egen kropp. Er den vel(ut)dannete sykepleieren aldri sur, lei eller sliten? Siden Karoliussen trekker veksler på fenomenologiske perspektiver i boka,

sitter jeg igjen med et presserende spørsmål til teksten: Hvilke vilkår finnes for en fenomenologisk kroppsforståelse, og ambivalens, i Nightingales tenkning om sykepleieren?

Jeg kan ikke legge skjul på at boka til tider provoserer meg. Det kunne vært fint med belegg for utsagn som: «I alle kulturer er hjertet metafor og symbol på samvittighet, kjærlighet og andre følelser» (side 153). Fordi Karoliussen ikke utdyper og nyanserer, gir hun et inntrykk av at kjønn kan forklares med utgangspunkt i hjernestruktur: «Det er også store forskjeller mellom kvinner og menns hjerner. Både når det gjelder anatomi, kjemi og molekylærbiologi er det påviselige forskjeller mellom kjønnene. Det er bare en faktor i hjernestrukturen, men har klare konsekvenser for subjektiv opplevelse» (side 93). Hvor blir det av menneskets «verden av ideer, av språk, kultur og historie», som Merleau-Ponty beskriver, og som Karoliussen viser til på side 89?

Dette er ei viktig bok, men som med referanser til for eksempel «en engels hjerte» (side 152) i for stor grad reproducerer «sannheter» om sykepleierens personlighet. ■■■



Nightingales arv - ny forståelse, Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling,

Av Mette Karoliussen

293 sider

Gyldendal Akademisk, 2011

ISBN 978-82-05-41569-0

Anmelder: Ingrid Jähren Scudder, sykepleier og master i helsefagvitenskap

Hva leser du nå?



Ler høyt og leser lenge

– Jeg leser *Hundreåringen som klatret ut gjennom et vindu og forsvant* av Jonas Jonasson.

Det sier **Frank Oterholt**, leder av Sentralt fagforum i NSF.

– En fantastisk bok, med frodig språk og utrolig bra regi. Jeg tar meg selv i å le høyt når jeg leser. En natt satt jeg oppe til halv to for å lese i den.

– Utrolig malerisk og detaljorientert,

sier han og berømmer oversetteren for en god jobb.

Boken handler om Allan Karlsson, som har vært sprenstoffekspert. Jobben har ført ham både inn i storpolitiske spill og snuskete miljøer. Han har spist middag med en blivende president og seilt flodbåt med Maos kone.

– Det handler om faget vårt og selve livet, mener Oterholt.

– Det fins mange historier som det er viktig å lytte til.

Han peker på at selv om boken er morsom, er budskapet alvorlig.

– Den er en påminner om at mennesker i sårbare situasjoner kommer med et levd liv, sier han.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Signy Svendsen/NSF**

Full oversikt med DIPS!

Med DIPS Panorama får du oversikt over medikasjon, observasjoner og væskeregnskap i ett bilde!

DIPS Panorama erstatter dagens papirkurve på sengepost. Det enkelte sykehus kan selv definere hvilke variabler som kan registreres i DIPS Panorama. Sømløs integrasjon med DIPS Medikasjon gjør at utdeling, seponering og nulling av valgt medikasjon kan gjøres i bare én operasjon fra kurvebildet for dem som har valgt å ta i bruk vår moderne medikasjonsløsning. DIPS Medikasjon gjør at pasientens medikasjon kan håndteres fullstendig elektronisk.



www.dips.no



EN SLUTT KAN BLI EN BEGYNNELSE



Når ditt liv en gang er over; hvilken arv er vel bedre enn å kunne gi barn en god start på sitt?

En testamentarisk gave til Redd Barna, er å gi barn over hele verden en reell mulighet til et bedre liv. Pengene du gir brukes til utdanning, helsearbeid og hjelp til krigs- og katastroferammede barn. Størrelsen velger du naturligvis selv, men stort eller lite: Din gave kan bli en begynnelse på et bedre liv for svært mange barn.

For mer informasjon og gratis juridisk hjelp, kontakt oss på 22 99 09 00, eller les mer på www.reddbarna.no/testamentarisk



Redd Barna

Testamentariske gaver



NSF MasterCard
– et produkt fra DNB Bank ASA

Mange fordeler i ett og samme kort

Er du lei av at lommeboka flommer over av kort? Nå har du mulighet til å skaffe deg NSF MasterCard som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone.

NSF MasterCard - et trygt og solid kredittkort

Uansett hva og hvor du betaler, er kredittkort et sikkert betalingsmiddel. Du belaster ikke din egen konto, men får en månedlig faktura på alle kjøp du har foretatt med kortet. Ser du noe som ikke stemmer, tar du kontakt med Kundeservice. Betaler du alt på forfallsdato, påløper verken renter eller administrasjonsgebyr.

God sparerente fra første krone

Alle som har NSF MasterCard kan opprette en tilleggskonto for sparing til p.t. 2,8 % sparerente fra første krone. Det er ingen begrensning i antall uttak.

Søk med BankID og få svar med en gang

Gå inn på www.nsfmastercard.no og søk med BankID utstedt av hvilken som helst norsk bank. Du får svar umiddelbart. Kortet kommer i posten om noen dager.

Mange fordeler i ett og samme kort

- 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 transportkostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med din BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone.



Ingebjørg K. Svalebjørg, Telemark rehabiliteringssenter, Sykehuset Telemark

Nettkurs vekket interessen for forskning

Nettkurs i kunnskapsbasert praksis økte sykepleiernes forståelse for og kompetanse i bruk av forskning.

sykepleiergruppa ved Telemark rehabiliteringssenter valgte vi kunnskapsbasert praksis (KBP) som et område for kompetanseheving og fagutvikling. KBP kan defineres som «å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (1, s. 15).

Ny pasientgruppe

Fra å være en enhet som hovedsakelig tilbyr rehabilitering til ortopedisk og hjerte-karopererte, tilsier strategiplanen for de neste årene at pasienter med sykkelig overvekt og livsstilsrelaterte sykdommer vil bli vår største pasientgruppe. For oss betød det behov for økt og ny kunnskap som både var relevant, pålitelig og nyttig for praksis. I sykepleiergruppa var det før prosjektet generelt liten kjennskap til KBP som metode, selv om flere hadde hørt begrepet. Metoden

for KBP består av å formulere gode spørsmål, innhente forskningskunnskap og søke etter litteratur. Deretter skal man kunne kritisk vurdere forskningskunnskapen, anvende den og se sammenhengen mellom forskningskunnskap, pasienterfaring og egen erfaring i den aktuelle konteksten. I tillegg skal egen praksis evalueres (1). Hensikten med prosjektet var å få en felles innføring i emnet kunnskapsbasert praksis, med mål om å kjenne til og kunne anvende de ulike trinnene i KBP.

Nettkurs

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har sammen med Senter for kunnskapsbasert praksis og Høgskolen i Bergen utviklet et nettkurs i kunnskapsbasert praksis (2). Hver deltaker fulgte nettkursets ulike deler på egen hånd, etterfulgt av felles samlinger på arbeidsplassen mellom hver del. På samlingene gikk vi gjennom det aktuelle temaet etterfulgt av diskusjon og refleksjon. Vi hadde seks samlinger à to timer i løpet av 2011. På den ene samlingen foreleste en fagutviklingssykepleier med erfaring i KBP. I tillegg hadde vi et halvdags litteratursøkkurs med en bibliotekar fra sykehusbiblioteket. Boka «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere» (1) var grunnlagslitteratur i tillegg til nettkurset fra kunnskapscenteret.

Enhetsleder for sykepleierne, som hadde kompetanse i KBP gjennom videreutdanning i kardiologisk sykepleie ved Høgskolen i Bergen, var prosjektleder. Prosjektleders ansvar var å organisere og tilrettelegge for framdrift og gjennomføring av kurset, forberede samlingene samt holde tematikken varm mellom

samlingene. Hver deltaker var selv ansvarlig for å møte forberedt ved å gå gjennom den aktuelle delen av nettkurset på forhånd. I tillegg til å gjennomføre kurset i KBP, fikk hele gruppa anledning til å reise på todagers kurs i «Oppmerksomt nærvær og tjenestekvalitet», i regi av kunnskapscenteret.

Evalueringer

Sju av åtte sykepleiere ved enheten deltok på kurset. I tillegg deltok en fysioterapeut og en folkehelsearbeider. Vi opplevde det som positivt at flere yrkesgrupper tok kurset sammen fordi vi har ulike innfallsvinkler og stor grad av tverrfaglig samarbeid i arbeidet vårt. Etter kursets slutt svarte deltakerne på et enkelt spørreskjema for å evaluere utbyttet av kurset.

I evalueringen svarte deltakerne om de hadde kjennskap til modellen for KBP «i liten til i noen grad» før kurset. Etter kurset var kjennskapen til modellen økt til «i noen til i stor grad». Mange av sykepleierne som jobber hos oss tok grunnutdanningen før begrepet KBP ble en del av pensum.

Vi har hele tiden kombinert teorikunnskap med erfaring tilpasset pasientens behov og ressurser. Men vi trengte å lære mer om hvordan man innhenter oppdatert forskningskunnskap på en systematisk måte. Vi stilles stadig overfor nye problemstillinger og utfordringer, og både pasienter og oppdragsgivere forventer kvalitet på tjenestene og høyt kunnskapsnivå hos helsepersonell. Vi er i en tid preget av store endringer, der vi skal bygge opp et godt tilbud med behandling og opplæring av pasienter med livsstilsrelaterte sykdommer. Derfor er det viktig at vi skaper en god arena for et aktivt læringsmiljø for oss selv.

Hovedbudskap

Hensikten med artikkelen er å vise hvordan nettkurset i kunnskapsbasert praksis kan tas i bruk i et fagutviklingsprosjekt for å øke kompetansen og interessen i en sykepleiergruppe for hvordan man finner fram til og tar i bruk ny forskningslitteratur.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Kunnskapsbasert sykepleie
- › Forskning
- › Undervisning



KRITISK BLIKK: Sentrale elementer i kunnskapsbasert praksis er å stille gode spørsmål, søke etter kunnskap og bruke denne i kombinasjon med egen erfaring. Arkivfoto: Stig M. Weston.

Felles refleksjon

På kurset diskuterte vi oss frem til relevante problemstillinger fra vår praksishverdag som vi bearbeidet i PICO-skjema og brukte ved litteratursøk. Vi erfarte raskt at det er tidkrevende, men nyttig, å jobbe systematisk med en problemstilling for å finne relevant og oppdatert forskningskunnskap. Å sitte sammen og diskutere konkrete spørsmål fra praksis gir rom for faglig refleksjon og utveksling av erfaringer. I en travel hverdag opplever vi ofte at det er vanskelig å finne tid til refleksjon og faglig diskusjon. Dette er en utfordring vi må ta tak i også etter at prosjektet er ferdig.

Alle deltakerne opplevde at kurset ga dem økt kunnskap om kunnskapsbasert praksis. På spørsmål om de kommer til å anvende denne kunnskapen i praksis svarte flertallet «i noen grad», og resten «i stor grad».

Forankring i ledelsen

Det er en stor utfordring å implementere kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten. Forskning viser at forankring i ledelsen er viktig, i tillegg til at organisasjonen kan tilby tilgang på infrastruktur som for eksempel ressurspersoner til opplæring og implementering, datamaskiner og utstyr. I tillegg er det viktig med tiltak mot lokale barrierer; som å prioritere regelmessig tid og møtepunkter for å fokusere på ny kunnskap og hvordan vi kan anvende den i akkurat vår praksishverdag. Det er også viktig at den enkelte helsearbeider ser

«Det er en stor utfordring å implementere kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten.»

nytt av å lese og forstå forskningslitteratur (3).

Dette fagutviklingsprosjektet har gitt oss en god innføring i hva KBP faktisk er, men vi har ikke hatt rom for å jobbe konkret med implementering i denne omgang. Men man skal jobbe videre med dette i organisasjonen i tråd med strategiplanene framover.

Opplevdes relevant

Det er fullt mulig at den enkelte helsearbeider kan gjennomgå nettkurset i KBP på egen hånd og få en god innføring. Vår erfaring er likevel at kombinasjonen mellom å gjennomgå nettkurset for deretter å gjennomgå den enkelte del i fellesskap kan øke utbyttet. Dessuten hadde vi

en romslig tidsplan ved at vi brukte et helt år, slik at man ikke skulle oppleve det å delta i fagutviklingsprosjektet som en ekstra arbeidsbelastning i for stor grad. Deltakerne svarte at rammene rundt kurset i stor grad var hensiktsmessige, både i forhold til tidsbruk, grad av egenstudie, antall samlinger, at det var på vår egen arbeidsplass og at vi fikk lagt samlingene til deltakernes arbeidstid. Men vi mener at to timer til hver samling er et minimum av hva man trenger for å gjennomgå hvert enkelt tema.

Det at hele gruppa fikk anledning til å delta på et todagers kurs i «Oppmerksomt nærvær og tjenestekvalitet» var en ekstra bonus. I tillegg til forskningskunnskap handler kunnskapsbasert praksis også om god kvalitet på møter og relasjoner mellom tjenesteyteren og mottakeren. Særlig for oss som daglig skal møte pasienter med livstilsrelaterte og stressrelaterte sykdommer opplevdes dette kurset som relevant. Deltakerne svarte da også at de i stor grad hadde utbytte av det.

Sykehusbibliotekene har god kunnskap om litteratursøk. Vi arrangerte derfor et halvdagskurs med en sykehusbibliotekar. Etter kurset svarte samtlige deltakere at de i stor grad er blitt motiverte til å søke mer etter forskningsbasert kunnskap. Det er svært positivt at interessen for å oppsøke og lese forskningslitteratur er økt, og det gjør det motiverende å jobbe videre med

implementering av kunnskapsbasert praksis. Etter ønske fra deltakerne er det for øvrig avtalt et nytt litteratursøkkurs om en tid for å repetere og lære mer.

Konklusjon

Kunnskapssenterets nettkurs i kunnskapsbasert praksis er et godt og nyttig verktøy for å heve kompetansen blant sykepleiere og annet helsepersonell. Ved Telemark rehabiliteringssenter brukte vi nettkurset som grunnlag for et fagutviklingsprosjekt. Deltakerne har hevet sin kompetanse ved å gå gjennom de ulike trinnene i metoden for kunnskapsbasert praksis og knytte det opp mot relevante problemstillinger fra praksis. Interessen for å finne og lese forskningslitteratur økte. Dette gir et godt grunnlag for videre implementering av kunnskapsbasert praksis. ■■■

LITTERATUR

1. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund 2007.
2. www.kunnskapsbasertpraksis.no
3. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Sykepleien Forskning 2011;6:158–165.



ETIKK

Berit Daae Hustad om teknologi

Berit Daae Hustad er leder av Rådet for sykepleieetikk

Ikke tving GPS-brikke på pasienter!

Rådet for sykepleieetikk tar avstand fra teknologi som tas i bruk for å overvåke og effektivisere tjenestene med økonomisk innsparing som hensikt.

De siste par årene har Rådet for sykepleieetikk fått mange henvendelser om hvilke rettigheter som finnes for å ta i bruk GPS-brikke på pasienter. Som oftest er det til myndige pasienter som har nedsatt beslutningskompetanse og som ikke er i stand til å gi et gyldig samtykke.

Media har vist til episoder der storstilte leteaksjoner igangsettes for å finne personer som av en eller annen grunn ikke finner tilbake til der de bor. Heldigvis har de fleste hendelsene endt godt, men vi har også eksempler på det motsatte. I etterkant av slike tragiske hendelser har diskusjonen blusset opp, og vi kan lett skjønne at lidelsen for den det gjelder har vært stor. Rådet har hatt mange spørsmål om lovligheten av å låse dører og andre hinder som frarøver personens frihet. Lovverket er i dag

autonomi/selvbestemmelse, samt at informert samtykke er vesentlig når helsehjelp skal ytes.

Ved tvil må pasienten høres

Samtykkekompetansen kan falle helt eller delvis bort dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Hvis det er tvil om pasientene forstår hva de begir seg inn på, anmoder Rådet at deres samtykke fortsatt er gyldig. Hvis pasienten gjentatte ganger motsetter seg eller forsøker å fjerne for eksempel sporingsutstyr, ser Rådet det som viktig at dette blir respektert.

Rådet viser til Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere § 2.7: «Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og

og at den enkelte pasient kan beholde selvbestemmelsesretten i størst mulig grad.

Må ikke bli standard

Når pasienten selv ikke er samtykkekompetent, er det viktig med nær dialog med pårørende eller verge slik at disse kan bistå i vurderinger i forhold til hva pasienten selv ville ønsket. Det viktigste med å igangsette et slikt tilbud må være at det i hvert enkelt tilfelle gjøres en tverrfaglig og etisk vurdering slik at varslings- og lokaliseringsteknologi ikke blir en standardisert behandlingsform for alle.

Dagens bestemmelser i kapittel 4 A gir helsepersonell adgang til å yte helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen. Denne adgangen stiller store krav til helsepersonellens vurderinger av hvordan motstand kommer til uttrykk.

Rådet for sykepleieetikk vil minne om at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.

Å yte helsehjelp som en pasient motsetter seg, er et inngrep i pasientens selvbestemmelsesrett og det er utfordrende å tilrettelegge helsehjelpen slik at respekten for pasientens selvbestemmelse, integritet og verdighet ivaretas. Rådet for sykepleieetikk er derfor opptatt av at dagens skille i regelverket når det gjelder helsehjelp/tiltak som pasienten ikke motsetter seg – og helsehjelp/tiltak som pasienten motsetter seg – opprettholdes.

«Det er ikke teknologien i seg selv, men hvordan den anvendes som vil reise etiske spørsmål.»

lite tilpasset ny teknologi. Derfor ser Rådet at en lovendring vil bidra til å skape klarere regler og en mer rettslig likhet for loven.

Rådet har i utgangspunktet en positiv holdning til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi til pasienter som av ulike årsaker er fratatt selvbestemmelsesretten. Loven om pasientrettigheter kap. 4 A. «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen» beskriver at respekt for pasientens

unødvendig rettighetsbegrensninger og tvang.

I tillegg sier § 2: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.»

Det er de som yter helsehjelpen som avgjør om pasientene mangler kompetanse til å samtykke. Ved implementering av teknologien er Rådet opptatt av at bruker- og pasientinvolvering blir ivaretatt så langt som overhodet mulig



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen


Må reflektere om grenser

En lovendring vil kunne bidra til at den enkelte pasient/bruker opplever større selvstendighet, trygghet og mestring, men Rådet presiserer at teknologi aldri vil kunne erstatte faglig kompetanse og menneskelig kontakt. Rådet ser at det vil være vesentlig å reflektere rundt hvor grensene for personvern og privatliv går. Det må tas avstand fra teknologi som tas i bruk for å overvåke og effektivisere tjenestene med økonomisk innsparing som hensikt.

Når man står overfor en vurdering om man skal ta i bruk varslings- og lokaliseringssystemer, kan det oppstå interessekonflikter. For eksempel vil arbeidssituasjonen for medarbeidere i pleie- og omsorgssektoren og organisering av tjenesten naturlig nok bli en del av debatten. Dilemmaer kan oppstå i spennet mellom krav om effektive og rasjonelle tjenester på den ene siden og pasientens ønsker og behov for helsehjelp/tjenester på den andre siden. Rådet for sykepleieetikk presiserer at det først og fremst er hensynet til pasienten og pårørende som skal ivaretas.

Rådet for sykepleieetikk ser at det ikke er teknologien i seg selv, men hvordan teknologien anvendes som vil reise etiske spørsmål. De etiske problemstillingene må vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle. Teknologi kan bidra til å skape bedre løsninger, men kan også true andre verdier og goder.

Hvordan vil du som sykepleier reflektere rundt beslutningsprosessen for å ta i bruk sporingsteknologi, slik som GPS? ■■■

	FORE-BYGGELSER	STIVHET		DYRKAKE		UDELTA	ORK	Fe		KVINNE	APOPLEKSI	BLØDNINGEN		YTREMYNT	DEN GANG		FORSTAN- DER FETT		RØRE ORGAN	
SPIRAL- EN																				
KONKUR- RENT						FLIRE GLEDE				SELE- DEL			DYR							
KONJ.						GÅR NAL				BRØD MODER- NE			FØLGE		MORO DYR				LEI	
BEVEG- ELSE- METODE																				
KÅT						VEKST FUGLENE			ANSE	FASE			ART.						FUGL MASSE	
						YNDER DYR				ABSOR- BERE	BYGDE					MUSKEL- FESTET			GUD HINNE	
FISK SÅR						ARTER VÆRE- MÅTE				FORF. DIKTER			SPILL (FORK.)	SPILL (OMV.)		RUMPE TIGGER				ORD
SYKD.							PÅLEGG	PROGR- VARE YTRE				PRO- TESE								VEKST- EN
NAK- KER																				
RASE- TIL- HØRIG- HET																				ORGAN
VIRKE- LIG																				RATT
																				PLAGG

Se løsning på kryssord side XX

Quiz

Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er ungues?

- A Negler
- B Hår
- C Hud

2 Hvor mye vokser en negl i løpet av et døgn?

- A 1/100 mm
- B 1/10 mm
- C 10 meter

3 Når vokser neglene fortest?

- A Om sommeren
- B Om vinteren
- C Om høsten

4 Hvilken negl vokser raskest?

- A Tommelfingerneglen
- B Stortåneglen
- C Langfingerneglen

5 Hva er anonyki?

- A Mangel på negler
- B Ekstra tykke negler
- C Ekstremt lange negler

6 Hva er manus?

- A Hånd
- B Fot
- C Kne

7 Hvor i kroppen er carpus?

- A I foten
- B I bekkenet
- C i hånden

8 Hvor på kroppen er det vanligst å ha irritativ eksem?

- A I hodebunnen
- B På hendene
- C I knehasene

9 Hva er skabb?

- A Hudsykdom
- B Sykelig tilstand av flatt hår

- C Et annet ord for latskap

10 Hva skyldes skabb?

- A En smittsom parasitt
- B Overdreven bruk av dyr sjampo
- C Makelig personlighet



NEGLER SOM VOKSER:

Men vokser de fortere på sommeren enn på vinteren?
Illustrasjonsfoto: Colourbox



10 POENG: Imponerende.

Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



6-9 POENG: Lovende.

Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



3-5 POENG: Bra. Men kanskje

på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer.

(Sjekk at du virkelig er autorisert.)

9A, 10A

SVAR: 1A, 2B, 3A, 4C, 5A, 6A, 7C, 8B,



VERV OG VINN



Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon! Norsk Sykepleierforbund arbeider både nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du få hjelp av tillitsvalgte, fylkeskontor og jurister. I tillegg har vi gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB, mobilavtale med Telenor og mye mer. Alle medlemmer får også fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

Du finner oversikt over alle fordeler og vervepremier på www.sykepleierforbundet.no. Bruk kupongen nedenfor, eller logg inn på våre websider for å verve et nytt medlem.



VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:	Ververens medlemsnr.:
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbidssted:	
Ansatt dato:	
Avdeling:	
Stillingsbenevnelse:	

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Du får ett poeng for hver verving. For å bestille premie må du logge på www.sykepleierforbundet.no og gå til "min side".

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.



KOMPRESJONSSTRØMPE

UNNGÅ TRETTE OG HOVNE BEN
BEDRER KNESTRØMPE
BOMULL STAYUP
GODT EGNET TIL ALLE TYPER REISER
VELVÆRE GJENNOM EN LANG ARBEIDSDAG
FOREBYGGER LEGGKRAMPER
FEST BLODSIRKULASJONEN



Flow Kompresjonsstrømper bedrer blodsirkulasjonen i beina og øker velbehaget til hverdag og fest. Om du går, står eller sitter mye kan du ofte oppleve at du får vonde, tunge og hovne ben. Slikt ubehag er faresignaler og kan i sin tur føre til åreknuter, leggkramper og i verste fall blodpropp. Ved å benytte Flow Kompresjonsstrømper kan man forebygge slike lidelser. I tillegg til den positive medisinske effekten er strømpene svært behagelig å ha på. Kompresjonsstrømpene er perfekt til reise - dessuten ser Flow Kompresjonsstrømper ut som helt vanlige strømper.

Finnes i fargene    Kompresjonsklasse1

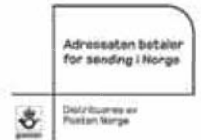
FLOW Flow Kompresjonsstrømper distribueres og markedsføres av Norgesplaster - se mer på www.norgesplaster.no



VERVEKUPPONG



VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din mening på e.post til: redaksjonen@sykepleien.no eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum 0104 Oslo

TETT PÅ ANNE LINDBOE

«Ingen kan som helse-søstre fange opp omsorgs-svikt tidlig.»

96

KRONIKK ANONYM

«Har du skåret deg selv, sier damen i luken, høyt og forskrekket. Nå blir resten av venteværelset også interessert.»

90



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

100-års tålmodighet er nok!

11. juni er en milepæl for norsk historie generelt, og likestilling spesielt. Da er det 100 år siden vi kvinner i Norge fikk stemmerett.

1913 hadde kvinnebevegelsen kjempet for stemmeretten i 30 år. Det var ikke uten kamp at kvinnene etter hvert kunne gå til valgurnene. Motstanderne mente at vi ikke var skapt for å skulle delta i det offentlige rom. Vi ville bli ulykkelige, og familien ville bli oppløst.

Stemmeretten var en viktig seier for oss kvinner, og vi fikk etter hvert også alle de formelle rettigheter på plass. Men reell likestilling har vi fortsatt ikke. Vi har et kjønnsdelt arbeidsmarked, og vi klør oss i hodet over hvordan vi skal få endret dette. Det forunderlige er at mens valgfriheten blir større, synes utdannings- og yrkesvalgene bare å bli enda mer kjønnsstereotype. Konsekvensene av det kjønnsdelte arbeidsmarkedet står i veien for reell likestilling mellom kvinner og menn.

Professor Hege Skjeies regjeringsoppnevnte likestillingsutvalg har nå avsluttet sitt arbeid med to omfattende rapporter. Der slås det blant annet fast at norske myndigheter mangler en gjennomføringsstruktur for sin likestillingspolitikk. Da er det ikke rart at det blir mye velvilje og gode ønsker – men få realiteter. Heller ikke i arbeidslivet har vi noen felles arena for gjennomføringen av likestillingspolitiske mål. Vi har derfor støttet Skjeie-utvalgets forslag om å opprette et forum og en trepartsavtale for likestilling i arbeidslivet. Forutsetningen er at politiske myndigheter setter seg i førerret og tar et selvstendig ansvar for gjennomføringen.

I 2010 kom en rapport fra Statistisk sentralbyrå som viser at over livsløpet taper en sykepleier 13 prosent i inntekt sammenliknet med en som bare har allmennfag videregående skole. En førskolelærer taper hele 20 prosent. Til sammenlikning tjener en ingeniør 37 prosent mer enn en med bare allmennfag videregående. Tilfeldig at det er to store kvinnedominerte utdanningsgrupper som havner nederst i tabellen? Neppé.

Likelønnsgapet generelt er på 15 prosent. Med andre ord: Der gjennomsnittsmannen har tjent en krone, har gjennomsnittskvinnen bare



LANG KAMP: En lang kamp førte til at kvinner fikk stemmerett. Nå føres kampen for likelønn for de typiske kvinneyrkene. Foto: Colourbox.

tjent 85 øre. Kvinner med fire år på høyskole eller universitet må nøye seg med 79 øre!

Selv om vi kan finne små variasjoner fra år til år, er det store bildet STILLSTAND. Arbeidsliv

«Politikerne og arbeidsgiverne må få ut finger'n. Nå!»

vets parter betyr å ha likelønn på dagsorden, men demonstrerer igjen og igjen at de ikke er i stand til å løse likelønnsutfordringene. Og det vil vi heller ikke klare alene. Derfor må myndighetene bidra.

Vi har sagt det mange ganger før – og må gjenta det igjen: Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet er

et politisk ansvar. Et ansvar norske myndigheter kvier seg for å ta. Den frie forhandlingsretten til arbeidslivets parter skyves fram som en hellig ku. Men en modell for lønnsdannelse som ikke evner å løse likelønnsutfordringene, har ikke livets rett! Nå må både myndigheter og arbeidsgivere snart ta dette inn over seg. Vi krever at myndighetene tar initiativ til en opptrappingsplan for likelønn. Utvidete rammer for lønnsforhandlingene i offentlig sektor må være et av elementene.

Jeg sier som kampanjen vi kjørte rundt 8. mars: Politikerne og arbeidsgiverne må få ut finger'n. Nå! ■■■

Eli Gunhild By

Fylkesmannen fant ikke grunn til tilsynssak

Jeg er svært opptatt av våre eldre som bor på sykehjem, deres pårørende og de mange dyktige pleiere som hjelper dem. Når forhold knyttet til disse omtales feilaktig, må jeg reagere. Jeg arbeider kontinuerlig for å gjøre sykehjemmene trygge for beboerne og at sykehjemmene skal ha god kompetanse. Sykehjemsetaten legger planer for økt kompetanse innen de rammer de har til rådighet.

Fagbladet Sykepleien har i nr 3/2013 hele tre sider om NRKs reportasje 9. februar om Lilleborg Sykehjem i Oslo. Sykehjemsetaten ble i desember meldt til Helsetilsynet/Fylkesmannen fordi man mente at det var for dårlig bemanning ved sykehjemmet, spesielt ved samhandlingsenheten. NRK unnlot å nevne at det var kommet svar fra Fylkesmannen hele tre uker før reportasjen ble sendt. Sykepleien har så vidt nevnt svaret i et sam-

menklemt avsnitt som leserne knapt legger merke til. Derfor vil jeg sitere fra Fylkesmannens svar datert 17. januar:

«Fylkesmannen ser at institusjonsledelsen her har fulgt med på og vurdert områder i virksomheten hvor det kan være fare for svikt, eller mangel på oppfyllelsen av myndighetskrav, jf. internkontrollforskriften § 4. Risikovurderingen er også meldt videre til Sykehjemsetaten, som har gitt virksomheten tillatelse til å leie inn ekstra sykepleiere for å sikre forsvarlig drift i påvente av saksbehandling av omgjøring/oppsettelse av nye stillinger. På bakgrunn av ovenstående oppfatter Fylkesmannen at det allerede er igangsatt midlertidige tiltak for å hindre svikt i tjenesten, i påvente av en mer varig løsning. Fylkesmannen ser ikke grunnlag for å opprette tilsynssak mot

Sykehjemsetaten på bakgrunn av foreliggende opplysninger, men dette kan vurderes på nytt dersom det er grunnlag for nye bekymringer. Saken er med dette avsluttet her.» Så langt Fylkesmannen.

Denne uttalelsen fjerner grunnlaget for NRKs reportasje og artiklene i Sykepleien. Likevel har Sykepleien laget en saus av en sak. Både NRK og Sykepleien skal jobbe etter Pressens Vær Varsomplakat. Der står det i paragraf 3.2: «Vær kritisk i valg av kilder, og kontroller at opplysninger som gis er korrekte.»

NRK har offentlig sagt (Aftenposten 6. mars) at de har formidlet ansattes opplevelser. Jeg lytter gjerne til ansatte. Når opplevelser omtaler andre eller fører til generelle slutninger, må likevel faktiske forhold klargjøres. Ellers kan mennesker og forhold omtales urett, noe som særlig går ut over

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



FAKSIMILE: Fra Sykepleien nr. 2 2013.

Dårlig humor

Ingebjørg Kaljord Svalebjørg skriver i forrige nummer at stripa «Terapi» vitnet om dårlig humor. Jeg er 50 år og har selv mistet min far. Beklager hvis sykepleierne i stripa kunne oppfattes som flåsete og respektløse, det var stikk i strid med min intensjon! Aktørene var ikke ment å framstå useriøse, tvert i mot: Med alvorlige ansiktsuttrykk drøfter de (i beste hensikt) hvordan dødsbudskapet bør overbringes. Kvinnen kalles «Pavla», og måten hun ordlegger seg på skulle indikere at hun ikke har norsk som morsmål. Hensikten med stripa var å vise at språklige nyanser gjør det komplisert for arbeidsinnvandrere å turnere sensitive tema som for eksempel døden.

Bodil Revhaug, illustratør

Lilleborg sykehjem i

I den senere tid har Lilleborg sykehjem vært omtalt i media på en måte som kan få pasienter, pårørende og Oslos befolkning til å tvile på om kvaliteten på sykehjemmet er god nok. Jeg har derfor behov for å redegjøre for situasjonen, da jeg ikke støtter fremstillingen som er gitt.

I november 2011 fikk Lilleborg sykehjem i oppgave å opprette 20 korttidsplasser, såkalte «samhandlingsplasser», for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Dette førte til en krevende omstillingsprosess ved en av våre poster, som på dette tidspunktet var langtidsavdeling for ordinære sykehjempasienter. Med en fantastisk innsats fra leder, sykepleiere og annet helsepersonell klarte vi i løpet av kort tid å etablere de nye plassene, med forsvarlig drift hvor pasientene ble godt ivaretatt.

For å kunne ivareta den nye pasientgruppen på en god nok måte var det nødvendig å iverksette flere tiltak, blant annet ved å øke sykepleierbemanningen. En slik bemanningsendring tar tid, og den var ikke iverksatt da samhandlingsposten ble åpnet. Det var derfor gitt klarsignal for å leie inn vikarsykepleiere når det var behov for dette. Det var ikke alltid mulig å få tak i vikarer, og i slike tilfeller ble sykepleiere på posten bedt om å arbeide overtid, noe som kan være belastende.

I NRK-innslaget ble en pasient med pustepro-





MINNEORD

Arnhild Hage



Arnhild Hage døde 16. februar etter mange års kamp mot kreftsykdommen, bare 52 år gammel.

Arnhild jobbet ved Oslo universitetssykehus i nesten 25 år. Hun gjorde en betydelig innsats for sykehuset og for sykepleiere i sitt virke som sykepleier, helsefaglig rådgiver og tillitsvalgt på flere nivå for Norsk Sykepleierforbund.

Arnhild begynte som sykepleier på legevakten i 1988 og kom til akuttmottaket ved Ullevål i 1996. Der utmerket hun seg med sin varme og ikke minst sterke sykepleiefaglige identitet. Hun møtte de syke/skadede på en måte som ga trygghet for pasientene. Hun oppnådde raskt stor respekt hos sine medarbeidere og ble en mentor for mange. Arnhild stilte store krav til egen og kollegers yrkesutøvelse, og hun var tydelig i tilbakemeldingene når kollegaer og ledelse ikke hadde pasienten i fokus. Med sin respektfulle holdning gjorde hun dette konstruktivt til berikelse og læring for alle. I 2003 ble Arnhild – som følge av sin betydning som mentor og faglige styrke – utnevnt til årets sykepleier i Oslo av Sykepleierforbundet. Begrunnelsen fra juryen var hennes teoretiske og praktiske forankring, yrkes stolthet og personlig integritet samt hennes rolle som modell for andre.

Fra 2004 ble Arnhild tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund på heltid. Hun var en markert og tydelig tillitsvalgt og evnet også i dette arbeidet å se helhet og få til gode løsninger. Hennes arbeid for kompetanse, bemaning og arbeidstid har fått betydning for sykepleiere i hele Norge. Arnhild hadde mange roller i Norsk Sykepleierforbund, tillitsvalgt, hovedtillitsvalgt, foretakstillitsvalgt og fylkesstyremedlem. Hun har representert NSF i utallige prosjekter og var i flere år ansatterepresentant i sykehusstyret. Arnhild var tydelig og modig i alle sammenhenger, og gjennom sin integritet og redelighet oppnådde hun stor tillit i og utenfor sykehuset.

I 2010 begynte Arnhild i sykehusets sentrale ledelse, og etter hvert som helsefaglig rådgiver i Klinikk for kirurgi og nevrofag. Det var hennes fag- og pasientperspektiv som drev henne dit. Hun mente å kunne bidra mer enn som sykepleier i direkte pasientbehandling. Selv om hun var skeptisk til fusjonens mulighet til å lykkes med de rammebetingelsene som forelå, bidro hun sterkt til utviklingen gjennom sitt fag- og pasientfokus.

Arnhild har satt spor etter seg. Selv om hun i de siste årene var alvorlig syk var hun like engasjert helt til det siste. Vi vil savne Arnhild, men våre tanker går først og fremst til hennes to sønner, Jon og Sigurd og til Arnhilds øvrige familie.

Olav Røise, leder Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus

Eli Gunhild By, forbundsleder Norsk Sykepleierforbund

Merete Norheim Morken, foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund, Oslo universitetssykehus

tryggheten til sykehjemsbeboerne og de pårørende.

Sykehjemsetaten har enda en gang saumfart om det er skrevet avviksmelding i avvikssystemet om damen som ikke fikk puste. Slik melding er ikke funnet. Hvis man fortsatt påstår dette, hvorfor da ikke legge fram avviksmeldingen? Hvis det er feil i systemet, vil jeg gjerne vite dette og få rettet feilen. At et menneske blir alvorlig sykt er i seg selv ikke nødvendigvis noe avvik dersom kompetent personale og nødvendig utstyr er tilgjengelig.

Tillatelse til å leie inn mer personale etter behov ble gitt muntlig fra

første stund da enheten ble åpnet. Den ble gitt skriftlig første gang i mail datert 13. juni 2012 og gjentatt siden. Hvordan kan man påstå at det først ble gitt tillatelse på julaften?

Jeg kan for øvrig opplyse at Lilleborgsaken og saken om omorganisering av intermedieære avdelinger ikke har noe med hverandre å gjøre. Det er tilfeldig at de falt sammen i tid. De intermedieære avdelingene må omorganiseres på grunn av ansvarsforholdene i samhandlingsreformen. Men ingenting legges ned, etaten lager andre typer plasser.

Aud Kvalbein, byråd for eldre (KrF), Oslo

beklagelig at omstillingen har fått en omtale i media som kan uroe pasienter og pårørende.

Lederne på sykehjemmet er opp-tatt av et godt samarbeid med tillitsvalgte og ser på dem som viktige samarbeidspartnere i arbeidet med å skape et godt arbeidsmiljø og videreutvikle tjenestetilbudet. Saker som medfører omstillinger eller andre aktuelle temaer, blir rutinemessig drøftet med tillitsvalgte og verne-tjenesten. Tillitsvalgt i NSF tok direkte kontakt med NRK i denne saken, og har etterpå vært intervjuet i Sykepleien. Det hadde vært ønskelig at den tillitsvalgte hadde bedt om et møte med ledelsen ved sykehjemmet for å drøfte saken, før hun eventuelt tok kontakt med media. Det er ikke riktig at jeg som institusjonssjef har støttet utspillene i media slik det framkommer i intervjuet med Sykepleien.

Gerd Jensen, institusjonssjef på Lilleborg sykehjem

media

blemer omtalt. Dette var en pasient som ble overflyttet fra sykehus til sykehjemmet. Hun var for dårlig for denne overflytting, og dette har sykehuset i ettertid beklaget. Hun ble ivaretatt på en god måte av ansatte på Lilleborg. Når det gjelder nødvendige utstyr var dette tilgjengelig.

Lilleborg har en kultur for kvalitetsarbeid. Det skal meldes avvik som ledd i en kontinuerlig forbedringsprosess. Den raske omstillingen i samhandlingsposten førte til at det for en periode ble meldt flere avvik enn vanlig. Dette var ikke overraskende. Ingen av avvikene førte til skade på pasienter.

Det er viktig å understreke at vi ikke har mottatt klager fra pasienter eller pårørende. I Oslo kommunes Beboerundersøkelse for 2012 var Lilleborg sykehjem et av de sykehjemmene som kom best ut. Dette er resultat av målrettet kvalitetsarbeid over tid og stor innsats av ansatte. Som institusjonssjef på Lilleborg sykehjem opplever jeg derfor at det er

SILENTIA SKJERMSYSTEM

Optimal hygiene & fleksibel funksjon



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



SKJERMER UTEN Å LUKKE INNE



AVALON MEDICAL AS
TEL: 23 63 63 70
INFO@AVALON-MEDICAL.NO
WWW.AVALON-MEDICAL.NO

Novel Kommunikasjon



Manpower®

JORDMOR

Manpower er en stolt leverandør til sykehus og kommuner i hele Norge. Nå trenger vi din kompetanse til vårt team.

Vi er opptatt av at våre ansatte trives, og tilbyr velordnede lønns- og arbeidsforhold. **Vi gleder oss til å jobbe med deg!**

Registrer din cv på vår hjemmeside www.manpower.no/helse, eller send en e-post til: rekruttering.helse@manpower.no. 22 01 80 00

KOMPRESJONSSTRØMPER



Øker blodsirkulasjonen!

Inntil 30% hurtigere restitusjon!

Xwear.no

NSFs Utdannings- og Forskningskonferanse 2013



SETT AV TID!

22. – 23. oktober
Quality Airport Hotell,
Gardermoen

Påmelding åpner i mai



NORSK SYKEPLEIERFORBUND



99 kroner i måneden

En god barneforsikring fjerner ikke alle bekymringer, men den kan gi én bekymring mindre. **For kun 99 kroner i måneden** kan du forsikre barnet ditt for inntil 2 millioner kroner.

Barneforsikringen leveres av Tryg. Bestill forsikringen hos Forsikringskontoret NSF på telefon 22 04 31 50.

Det handler om å være trygg



Vet lite om selvskadere på legevakten

– Har du skåret deg selv? Med høy og forskrekket stemme, så alle på venterommet hører det, kan personalet på legevakten få selvskadere til å føle seg små og skamfulle.

Jeg er mor til en flott jente som tidligere var selvskader, og vi har vært utallige ganger på legevakten for å sy henne igjen. Med noen få unntak blir møtet med legevakten som helhet, og resepsjonen spesielt, til en krenkende og smertefull opplevelse.

De som sitter i luka skal vurdere omfanget av skaden og må gjøre en slags triage der og da. Hvem haster det med og hvem kan vente? Det forstår vi, men når det ikke er noen avskjerming mellom den pasienten som står i luka og resten av venteværelset, er det viktig at spørsmålene stilles på en varsom måte.

På den legevakten vi hører til er det to luker rett ved siden av hverandre – en for medisinske problemstillinger og en for kirurgiske. Det er om lag en meter mellom disse lukene, og de andre

«Hvorfor lærer man ikke opp personalet til å møte disse pasientene?»

pasienter sitter og venter cirka to meter unna. Med andre ord, så blir det et offentlig anliggende hva som tas opp i de lukene.

Man kan godt legge skylden på den fysiske og tekniske innredningen av lokalene, men alle kompetente fagfolk vet at det ikke holder.

En lettelse

Når en person går til det skrittet å skade seg selv, er den indre smerten så utholdelig at de trenger en ventil for å lette på trykket. De trenger en kanal som kan flytte fokuset fra det som er aller vondest i livet over på noe annet. Det er en indre smerte så utholdelig at den ikke er til å bære.

Ved å skade seg selv, skjære seg selv i stykker, så opplever de en lettelse, en avledning fra det som er enda vondere. Dette er ikke lett å forstå for oss andre som ikke har opplevd det. Men for å klare å holde et knivblad stødig og dypt inn i armen, dra knivbladet med presisjon, kanskje 30 cm nedover armen, og samtidig oppleve en lettelse ved det – da er det andre (som de ikke orker mer) så vondt at det blir umulig for å identifisere seg med. Jeg har ingen forutsetning for å forstå, men jeg må respektere og akseptere og ikke være dømmende.

En gang kom jeg inn på badet akkurat i det min lille jente var ferdig med å kutte seg i armen, og det jeg så i øynene hennes da, skremte meg. Hun så rusa ut. Hadde jeg ikke vært sammen med henne hele dagen, ville jeg trodd hun var ruset. Jeg så flukten, lettelsen og hvilen hun fikk – for en liten stund. Blodet rant og badet var forandret til en krigssone.

Bare minutter etter kom skammen. Følelsen av å ikke mestre, ikke greie å holde ut, ikke klare å velge andre strategier, skammen over å påføre andre redsel.

Bak en selvskadingshendelse som dette ligger det timer, dager, uker (avhengig av om det er en god eller dårlig periode) med selvdisiplin, fokusering, intens psykisk jobbing. Til slutt holder hun ikke ut lenger og gir etter. Hun ser på seg selv som en taper uten noe egenverd.

Bakerst i køen

Så bærer det til legevakten. I luken for kirurgiske problemstillinger sitter det en dame som spør etter navn og fødselsdato og hva som er problemet. Det første er lett å svare på og dessuten helt ufarlig. «Hva er så problemet?» «Jeg har skåret meg og må sy», svarer min lille jente. Uten å se opp svarer damen i luken:

«Hva har du skåret deg på – er det dypt?» Da blir det vanskelig. Min lille jente forsøker å hviske. «Jeg har skåret meg selv, og det er så dypt at det må sys.» «Har du skåret deg selv», svarer damen i luken forskrekket og høyt. Nå blir resten av venteværelset også interessert. «Få se», sier damen i luka, reiser seg halvveis opp og begynner å dra opp genseren til min lille jente. «Hvorfor har du skåret deg selv?»

En selvskader er på dette tidspunkt helt utmattet og skamfull. Hun er overbevist om at hun i seg selv ikke har noen egenverdi, og de som ikke er verdt noe, har ingen rett til å protestere. Hun protesterer ikke. Hun bare bretter opp ermet på genseren og forsøker å rulle opp den provisoriske forbindingen vi har gjort hjemme og uttrykker at det er smertefullt.

En gang klarte damen i luken til og med å si: «Siden du har skåret deg selv, så gjør vel ikke dette noe vondt for deg. Gå og sett deg og vent, så blir du ropt opp.» En annen gang ble det sagt: «Vi har veldig mye å gjøre her i dag og siden du har gjort dette selv, så får du bare vente til slutt.»

Så når vi sitter på venteværelset sammen med alle de med helt «vanlige» problemer som brukne ben og armer, merker vi at de glaner på oss. De glaner når de tror vi ikke legger merke til det. De veksler blick seg imellom og himler med øynene. Min lille jente og jeg føler oss så små. Vi skammer oss og føler at vi ikke har den samme retten som de andre til å være der. Min lille jente har jo gjort det selv, og det er det ingen andre der som har gjort.

Mangel på kunnskap

Dette er først og fremst så uverdigg, så stygt og så krenkende, men mest av alt er det et uttrykk for total kunnskapsmangel blant personalet. Det er en skam for helsevesenet.

Videre innover på legevakten i møte med behandlerne er det også litt ymse hvordan vi blir møtt. Sykepleierne tar inn pasientene og gjør dem klare før en travel turnuskandidat kommer for å sy dem sammen igjen. Noen blir aldeles satt ut av situasjonen. De kan prate febrilsk om helt andre ting, de kan si: «En så pen jente som deg må ikke drive med dette tullet.» Andre igjen bebreider meg. «Du må jo passe på jenta di», har de sagt. Uvitenhet, uvitenhet og atter uvitenhet.

Så kommer turnuskandidaten. Her er det ulikt. Noen hilser knapt og bøyer seg over såret og skal utføre et håndverk uten å si et eneste ord. En lot være å tilby anestesi med det argument at hun ikke gjorde noe av smerte, hun likte tross alt å skjære i seg selv. Andre igjen blir veldig engstelige og er redd for hennes liv. De ønsker å utrede henne for suicidalitet og nekter å sende henne hjem før vi har vært på ungdomspsykiatrisk klinikk. De gangene vi har måttet dra til ungdomspsykiatrisk klinikk har store deler av natten gått med. To ganger gikk jeg med på det, fordi legen mente jeg ikke hadde grunnlag for å vurdere min datter selv og at jeg undervurderte og fortrengete situasjonen.

Etter disse to gangene har jeg ignorert dem. Jeg har tatt min lille jente med hjem og gitt henne omsorg, vist at jeg ser henne og bryr meg om henne.

En eneste lege har stilt det gode spørsmålet: «Jeg ser du har gjort dette mange ganger og jeg lurer på om du er i et behandlingssys-



UKYNDIG: Skribenten forteller om mange møter med helsepersonell som viser mangel på kunnskap om selvskading. illustrasjonsfoto: Colourbox.

tem?» Da vi svarte bekreftende på det, sa han: «Synes du at det er nyttig behandling?» Min lille jente svarte at hun synes det var nyttig. Legen så på meg og sa: «Gå hjem og ta vare din datter nå. Såret vil gro fint og pass på å ikke få sol på det på ett år.»

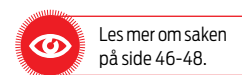
Da vi gikk ut fra legevakten den dagen sa min lille jente: «Han var god». Så smilte hun og tok armen min mens vi gikk bort til bilen. Ved dette besøket hadde hun følt seg i ivaretatt og sett. Hun hadde fått god omsorg uten invadering og irrettesettelser.

Forsvarlig helsehjelp?

Mine refleksjoner i denne perioden har vært at det er så uendelig lite kunnskap om selvskading blant personalet på legevakten. Det er nok ulikt ved de ulike legevaktene. Noen er nok litt mindre ille andre. Dette til tross for at selvskading er mer utbredt nå enn noen gang.

Det er en rekke spørsmål som vi har stilt oss i de årene vi har hatt en syk datter. Hvorfor tar man ikke disse pasientene på alvor? Hvorfor lærer man ikke opp personalet til å møte disse pasientene? Har man fått forsvarlig helsehjelp når man føler seg mindre verdt som menneske når man drar enn når man kom? Har man fått forsvarlig helsehjelp når man blir sydd igjen med 15 sting uten anestesi? Hvordan kan man sitte i luka på en legevakt og være fornøyd med egen innsats etter å ha møtt pasienter på denne måten?

Hvor er lederne? Hvorfor legger ikke de til rette for at de ansatte skal kunne yte en bedre helsehjelp? ■■■





Deltidspuslespillet kan ikke fortsette

Dårlig arbeidstidsorganisering i kommunenes helse- og omsorgssektor betyr ikke bare ressursløsning, men også dårligere kvalitet på tjenestetilbudet.

I dag er det 210 000 ansatte i kommunal pleie og omsorg. De produserer bare 129 000 årsverk. Vi har altså mange ansatte, men halvparten «forsviner» når vi måler i antall årsverk, fordi så mange jobber i små stillinger. FAFOs nye dybdeanalyse «Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger», skrevet av Moland og Bråthen, viser at færre enn én av fire ansatte i sektoren har heltidsstillinger.

I dagens debatt er det tydelig at flere ønsker at det skal arbeides mest mulig heltid, senest Arbeidsdepartementets utspill og samarbeidsavtalen mellom KS og de tre arbeidstakerorganisasjonene Fagforbundet (LO), Sykepleierforbundet (Unio) og Delta (YS).

Samtidig vet vi at presset på kommunal omsorg vil øke. Med professor Hilde Bjørnlands ord: «Om noen tiår sitter halvparten av oss på gamle hjem, og den andre halvparten jobber der.» Det er denne sektoren som blir oversvømt av eldrebølgen. Selv uten kvalitetsøkning i tilbudet vil helse- og omsorgssektoren ha behov for mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk frem mot 2030,

«I Finland er tre-skiftarbeid vanlig i helsesektoren»

og enda mer i tiårene etter. Mer realistisk er det at kvaliteten på tjenestene fortsetter å øke, slik den har gjort frem til nå, og at arbeidskraftbehovet dermed blir enda større.

Hvordan sektoren organiseres og hvilken kvalitet som tilbys er derfor av stor betydning for de aller fleste av oss. Det mangler ikke på gode forslag og grundige analyser av hva som kan gjøres med deltidspuslespillet og arbeidskraftmangelen i helse- og omsorgssektoren. FAFO-forskernes rapport «Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger» bør bli pensum for alle helse- og sosialsejere.

Enklere før

Det var enklere før i tiden. Turnusarbeid i helse- og omsorgs-

sektoren var stort sett organisert i fulltidsstillinger. Deltid var standardisert til 50- eller 75-prosentstillinger. Annenhver helg var arbeidshelg. Fram til 1987 var turnusarbeid i omsorgssektoren stort sett organisert med 100-prosentstillinger. Gjennom en arbeidstidsreform i 1987 valgte de ansatte i sektoren å ta ut en arbeidstidsforkortelse fra 38 timer per uke til 35,5 timer per uke i form av en ekstra frihelg, dvs. at de gikk fra å arbeide hver annen til hver tredje helg, uten å legge om turnussystemene for øvrig. Arbeidstidsreduksjonen i 1987 er dermed en medvirkende årsak til at omfanget av deltidarbeid i sektoren eksploderte.

LO-nestleder Gerd Kristiansen sa til Dagsrevyen 11.10.2011 at: «Vi valgte å bruke kompensasjonen til å opprette deltidstillinger, slik at vi heltidsarbeidende kunne jobbe hver tredje helg.» I dag er sektoren derfor preget av en utstrakt deltidbruk, kompliserte arbeidstidskabler og stort behov for arbeidskraft, fordi hver ansatt i snitt arbeider mindre. Organiseringen har ført til mye sløsing med ressurser: Mange fast ansatte får ikke jobbe så mye som de egentlig vil. Bruken av vikarer i svært små stillinger blir stor. Pasientene får for mange år forholde seg til. Og arbeidsgivere får store administrasjonskostnader som følge av at de har så mange mennesker ansatt i små stillinger. Hver ansatt koster i overkant av 100 000 kroner i faste administrasjonskostnader, enten vedkommende arbeider deltid eller heltid.

Arbeidskraften finnes

En mer hensiktsmessig organisering av dagens arbeidskraft vil langt på vei kunne dekke ressursbehovet i tiårene fremover. Mange av de varme hendene vi trenger, finnes allerede i sektoren.

Likevel er det utfordringer, fordi mesteparten av deltiden er frivillig. Det å arbeide deltid kan være et ønske og et selvvalgt alternativ for arbeidstakeren, samtidig som det også kan være gunstig for arbeidsgiver, dersom deltidsansatte gir mer fleksibilitet også for virksomheten. Derfor er arbeidskraftpotensialet ved å få flere inn i heltidsstillinger eller større deltidbrøker en sammensatt utfordring.

En mulig løsning er å se på hvordan Finland organiserer sitt turnusarbeid i omsorg. Der er det ingen rettslige eller andre

lovpålagte restriksjoner på turnusarbeid. Det er derimot en generell arbeidslov som definerer rammeverket for hvor mange timer man kan jobbe og hvor mye hvile man har krav på mellom arbeidsøktene. I Finland er tre-skiftarbeid, lignende det norske 70-tallssystemet, vanlig i helse- og omsorgssektoren. 90 prosent arbeider heltid. Det er dessuten gode muligheter til å tilpasse individuelle ønsker og finne praktiske løsninger. Hadde 90 prosent av de sysselsatte i kommunal omsorg (uansett turnus eller ikke) jobbet heltid, slik de gjør i Finland, ville det for Norge bety en økning i antall produserte årsverk på rundt 70 000 årsverk. Dette illustrerer at arbeidskraftpotensialet i sektoren er betydelig.

Med utgangspunkt i dagens norske turnusorganisering og helgearbeid har Helse- og omsorgsdepartementet satt opp følgende eksempel for en avdeling med åtte sykehjempasienter: En vanlig avdelingsstørrelse/organisatorisk enhet i den kommunale helsetjenesten er 8 pasienter. En enhet med 8 pasienter kan ha en bemanning på 3 pleiere på dagvakt, 2 på kveldsvakt og 1 om natten – til sammen 6 ansatte i løpet av et døgn. Når disse 6 ansatte har arbeidet en lørdag og søndag, skal det gå 2 helger før de igjen kan jobbe helg, slik praksis er i dag. Det betyr at avdelingen trenger 3 x 6 ansatte for å dekke helgefrequensen på 1:3, til sammen 18 ansatte. En avdeling på 8 pasienter kan utløse ca. 8 årsverk. Det betyr at 18 ansatte må dele på 8 årsverk. Deles de jevnt, blir det 44 prosent stilling på hver ansatt.

Skulle man derimot organisere turnusarbeidet med arbeid annenhver helg, ser regnestykket slik ut: En helgefrequens på annenhver helg – 1:2 – innebærer at det er nødvendig med minst $2 \times 6 = 12$ ansatte for å dekke helgene. Det gir en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på $8:12 = 66$ prosent stilling. Helgefrequensen er dermed helt utslagsgivende for behovet for små stillinger.

Bedre organisering

Uønsket deltid, små deltidsbrøker og ønsket om mer heltid eller lang deltid kan altså løses ved bedre organisering av arbeidstiden. For å få det til, må alle ansatte ta sin del av den ubekvemme arbeidstiden som oppstår i turnusarbeid. Det innebærer også at helgearbeid må inngå i turnusplanene. Et optimalt turnus-system vil være basert på heltid/lang deltid. Det gir best utnyttelse av arbeidskraften, redusert behov for mange ansatte og lavest mulig ressursbruk i forhold til å koordinere og samordne arbeidet. En omlegging av turnussystemene i omsorgssektoren krever ledere som har organisasjonskompetanse og kan lede omstillingsprosesser. Bedre organisering kan gjøres på flere måter, men fellesnevneren for vellykket arbeidstidsorganisering er at både ansatte og arbeidsgivere må involveres for at organiseringen skal fungere på lang sikt. En betydelig økning i arbeidsinnsatsen er realistisk, dersom det legges om til turnussystemer som inkluderer helger og ferier, og det er allerede gjennomført flere gode forsøk med ulike arbeidstidsordninger.

Dårlig organisering er sløsing, både med mennesker og økonomi. Dersom fremtidens omsorgssektor skal bli bærekraftig, må den organiseres på en annen måte enn i dag. Ressursbehovet er for stort til å kunne dekkes av nyrekruttering. Det kan



LITE RASJONELT: Hvis turnussystemet gjøres om til å inkludere helger, blir stillingene større og behovet for nyrekruttering lavere, hevder kronikkforfatteren. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

være mange gode grunner til å endre reglene om arbeidstid i arbeidsmiljøloven, også i helse og omsorg. Men det er minst like viktig å se på avtaler som er inngått mellom arbeidstakerne og arbeidsgiverne. Det er partene i arbeidslivet som må ta utfordringen. De vellykkede arbeidstidsforsøkene krever innsats og langsiktighet, men å fortsette med deltidspuslespillet er ikke noe godt alternativ.

At partene i arbeidslivet griper fatt i dette spørsmålet er imidlertid ikke bare viktig av hensyn til dem selv. Det er også viktig for alle andre, siden det dreier seg om velferdssamfunnets fremtid. Dårlig organisering er ressursløsende, belastende for mange arbeidstakere og frustrerende for pasienter og pårørende. ■■■



INNSPILL

Velferdskommunene

Leif Arne Heløe, professor em.
ved NIBR og tidligere sosial-
minister 1981–86 (H).

Hva vil vi med kommunene?

Skal kommunene først og fremst være et instrument for statlig velferdspolitik eller egne forvaltningsorganer viet lokalt selvstyre?

Samhandlingsreformen pålegger kommunene et vell av tunge velferdsoppgaver i tillegg til de mange andre pliktene kommunene er pålagt de siste tiårene. Samtidig som den kommunale oppgavemengden har vokst, har borgerne fått styrket sine rettigheter, nedfelt blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven. På toppen kommer større valgfrihet mellom tjenester og tjenesteytere. Det gjelder for eksempel retten til valg mellom barnehage tilbud og foreldreomsorg (kontantstøtteordningen), eventuelt også mellom offentlige og private omsorgstjenester. Spørsmålet om fritt sykehusvalg vil berøre kommunene. Liberale ideer om valgfrihet for individet og mangfold på tilbudssiden er i ferd med å bli politisk allemannseie.

«Samhandlingsreformen kan få oppgavebegeret til å flyte over.»

Stortinget har ingen samlet oversikt over alle gjøremålene det har lagt på kommunene. Men kommunestørrelsen forblir uendret. Vel halvparten av kommunene har under 5 000 innbyggere. Handlingsrommet for lokalpolitikkerne skrumper i takt med at velferdspolitikken rettsliggjøres.

Velferdskommunen om 25 år

På KS-landstinget i fjor ble delegatene, om lag 700 kommunepolitikere, fylkespolitikere og rådmenn, bedt om å stemme ved hjelp av mobiltelefon på hvordan de tror kommunesektoren vil se ut om 25 år. Tre av fire spådde at innbyggernes frihet til selv å velge tjenester vil være viktigere enn like og garanterte tjenester over hele landet. Hvis spådommen slår til, må de hevdvunne idealene om likhet og rettferdighet vike for innbyggernes individuelle preferanser. Spissformulert ble fremtidens kommunemodell på landstinget kalt «kjøpesenteret», en illustrasjon på hvordan markedsmodellen vinner innpass i offentlig tjenesteproduksjon. Alternativet det ble stemt over, og som tapte, var «statkom»-modellen, forenklet sagt en ytterligere rettsliggjøring og detaljregulering av velferdspolitikken: «Staten garanterer, kommunen leverer».

Rettighet og valgfrihet

Valgfrihetstrenden står tilsynelatende sterkt blant norske lokalpolitikere. Kravene om pasient- og brukerrettigheter står trolig tilsvarende sterkt blant folk flest som formodentlig ønsker seg både rettigheter og større valgfrihet.

Historikeren Rune Slagstad har karakterisert rettighetsfesting av velferdstjenester som en merkelig blanding av liberalisme og sosialisme. Det er nærliggende å betegne rettighetsfestingen som «litt venstrevridd» og valgfrihetstrenden som «mer høyrevridd»: Mens rettighetskravene er tuftet på ideer om likhet og rettssikkerhet, er valgfrihetskravene inspirert av idealer om individets frihet og ønsker om fritt valg mellom utbydere og tjenester på åpne markeder.

Vil tjenesteleveransen i norske kommuner om 25 år fortone seg som et supermarked? Kanskje. Likhet og rettferdighet er sterke verdier i det norske samfunnet. Men de står i enkelte henseender i motstrid til individualiseringen og idealet om valgfrihet. Storkomiteer, statlige tilsyn og direktorater, NHO, sterke profesjoner, klientorganisasjoner og medier er erfaringsmessig kraftfulle talsmenn for statlig styring. Kommuner bygget på «statkom»-modellen blir resultatet dersom disse kreftene vinner frem.

Vi må velge

Kommune-Norge kan ikke vente seg viktige samfunnsoppdrag kombinert med stor lokal råderett over utformingen. Innbyggerne kan ikke regne med flere rettigheter og/eller større valgfrihet i kombinasjon med et bredt anlagt folkehelsearbeid. Valget står langt på vei mellom en individualistisk eller en kollektivistisk preget modell.

Men aller først må vi bestemme oss for hva en kommune skal være. Den mest nærliggende muligheten ligger i å videreføre velferdskommunetrenden som gradvis har omformet kommunene til forvaltningsorganer for velferdsstatens mangfoldige oppgaveportefølje. Det krever større enheter enn dagens, trolig 100–200 «kontraktørkommuner» med stor oppgaveportefølje, men lite lokalt selvstyre. Alternativet er å beholde kommunene som egne forvaltningsorganer der lokale spørsmål er hovedsaken. Gjennomføringen av samhandlingsreformen kan bli dråpen som får oppgavebegeret til å flyte over og tvinge frem et valg. ■■■

NYHET!

Lytt til hjertet – bytt til Vita hjertego'

Redusert innhold av mettet fett, ca.
50 % mindre mettet fett
enn Tine Crème Fraîche Lett*

Redusert innhold av mettet fett, ca.
90 % mindre mettet fett
enn Tine Matfløte*



Vita hjertego' Mat og Fraîche kan brukes på samme måte som henholdsvis matfløte, rømme og crème fraîche. Produktene gir deg muligheten til å lage hjertesunne middager i hverdagen uten at det går på bekostning av den gode smaken.

*Kilde: Matvaretabellen.no

Helsemyndighetene anbefaler å erstatte mettet fett med umettet fett, sammen med et balansert kosthold og fysisk aktivitet, for å redusere risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. Å erstatte mettet fett med umettet fett bidrar til å opprettholde normale kolesterolverdier.

TETT PÅ Anne Lindboe

Hvorfor: Fordi hun skal passe på at barn har det bra. I år satser barneombudet på helse.

Stilling: Barneombud

Utdanning: Barnelege, stipendiat i rettsmedisin, master i økonomisk styring og ledelse

Alder: 41 år





Ser saken fra én side

Anne Lindboe har sett hvor onde foreldre kan være.
Det er nyttig når jobben er å beskytte barn.

Tekst og foto Marit Fonn marit.fonn@sykepleien.no

Barnas beskytter skritter lett av gårde på heldekende røde tepper. Hun passerer en enorm bamse i en sofa. Inne fra sitt hjørnekontor kan hun se rett ned på Karl Johans gate. Hun slår seg ned i salongstolen.

Anne Lindboe er stadig i mediene. Alltid insisterende på å se saken kun fra én side: Barnas. Etter åtte måneder har hun flere treff på Google enn forgjengeren Reidar Hjermann fikk på åtte år.

Barneombudet kan ikke sanksjonere. Derfor har hun sirklet inn noen som kan: Fylkesmennene.

– De har vide mandater. Vi bruker noen ganger enkeltsaker, for å ansvarliggjøre.

– For hva da?

– For eksempel mobbing. Mange barn blir mobbet på skolen – uten at noen tar grep.

Historien om Sebastian med dysleksi som ble mobbet i ti år er et eksempel på hvordan det ikke skal være i norsk skole.

– Tiltak kan være vedtatt, men ingenting skjer. Fylkesmenn følger ikke opp skolen. Da stimulerer vi til å ta saken opp på nytt. I siste instans kan fylkesmannen gi bøter. Barn som mobbes skal få rask, god hjelp.

Hun ser motsetningen gang på gang: Voksnes frihet til å bestemme versus tvang av barn. Som oftest vinner de voksnes perspektiv.

– Hva avgjør hvilke enkeltsaker du går inn i?

– Alvorlighetsgraden. Og hva som er satsingsområde. I fjor var det skole.

I ÅR ER DET HELSE. Det har Lindboe bestemt. Lege ble hun i 2000, barnelege elleve år senere. De siste årene jobbet hun med voldsutsatte og misbrukte barn på Oslo universitetssykehus. Rettsmedisiner er hun også.

«Ingen gutter på åtte dager ønsker å bli omskåret.»

Få vet mer enn henne hvor onde voksne kan være mot barn: De brenner dem, stenger dem inne i tørketromler, banker dem med balltre. Piner dem til de nesten dør. Og til de dør.

Nå har hun pause fra lemlestete barnekropper. Men alvorlet slipper hun ikke: Klagene handler ofte om barnevern og mobbing.

– Rett til helsehjelp er mindre kjent. Folk skjønner ikke hvor de skal melde fra om at skolen mangler helsesøster.

Lindboe er fan av helsesøstrene. Hun håper og tror de vil bli flere.

– Det gjelder å holde trøkket oppe. Barn og unge vil ha dem på skolen, og ingen kan som helsesøstrene fange opp vold og omsorgssvikt tidlig. Rus, psykiske problemer, mobbing – listen er lang som et vondt år.

Hun berømmer Sykepleien for saken om helsesøstre som ikke har tid til å gjøre det de skal. (Sykepleien 2/2013 og sykepleien.no)

– Kjempebra!

Nå skal barn lære seg å si stopp. Skolen skal undervise om vold og overgrep.

Det er ikke bare bare for en lærer, tror Lindboe. Hun ser heller for seg helsesøstre i den rollen.

– De er vant til å snakke om kropp og følelser.

Men også helsesøstre forsømmer seg: De melder altfor sjelden om barn som utsettes for overgrep.

– Det er ikke lett å melde når man også har taushetsplikt?

– Alle har en selvstendig meldeplikt. Og husk at barnevernet er til for å hjelpe familier. Det er sjelden barna tas ut av hjemmet. Lar man være å melde, er det barna som må betale prisen.

– Har du selv opplevd ubehaget ved å melde?

– Som lege var det uproblematisk. Det er vanskeligere som privatperson. Jeg har meldt til barnevernet en gang, der jeg bodde før. Det var ikke lett.

– Hvordan gikk det?

– Vet ikke. Barnevernet har ikke opplysningsplikt til privatpersoner som melder.

SISTE UTSPILL er myntet på skilte foreldre som krangler.

– Du fikk napp der?

– Jadda. Det er gøy.

Men Lindboe ønsker ikke å trække på ømme skilsmissetær:

– Å skille seg er ikke gærent. Det kan være en grei løsning for barn. Jeg snakker om konflikter som varer. Å leve i en slik krigssone kan være like skadelig som fysiske overgrep. Dette er et samfunnsproblem.

Barn har rett til å bli hørt, ifølge FN's barnekonvensjon.

– Men i bare 4 prosent av tilfellene har meklerne snakket med barnet. De vet ikke hvordan barnet har det. Barn er jo så lojale i konflikter.

Hun føyer til:

– Barna må ikke si hvor de ønsker å bo. Men det er lov å si – hvis de har lyst – hvordan de har det. Ved å bruke tredjepart er det lettere å få fram barnas stemme. Men selvfølgelig skal ingen tvinges.

At så mange lider når foreldrene skiller seg, overrasket henne.

– Jeg hadde ikke sett dem før.

Hun er også forundret over at politikerne enstemmig vedtar lovendringer – uten å bevilge penger.

– Går det an liksom? Det er som å love lørdagsgodt, men ikke gi penger.

Et eksempel er ungdomsstraff der barn skal følges tett uten at de settes i fengsel. – Men det er ikke satt av penger til ungdomskoordinatorene som er nødvendig for å gjennomføre denne straffeordningen.

– Hva gjør du?

– Presser på. Jeg skal være en plagsom påminner.

– Liker du den rollen?

– Jeg vil at barn skal få rettighetene sine oppfylt. Å prioritere barn er riktig etisk sett – men også samfunnsøkonomisk. Bli man krenket som barn, kan man slite resten av livet.

– Ingen er vel egentlig uenig i at barn må forsvares?

Hun protesterer:

– Omskjæring!

Riktignok er helsearbeidere helt enig med henne i at vi må slutte å omskjære gutter.

– De ser det som det er: Overgrep mot barn. Politikerne er ikke der, de tenker først på voksnes rettigheter. Men å stoppe smertefulle inngrep er viktigere enn at foreldre skal få utøve sin religion. Ingen gutter

på åtte dager ønsker å bli omskåret. De kan ikke snakke for seg selv. Noen hevder at omskjæring har helseeffekt. Barneombudet vet bedre:

– Omskjæring kan kanskje senke risikoen noe for hiv og peniskreft hos voksne. Men det eneste som virkelig hjelper, er kondom. Og ja, omskjæring kan hindre urinveisinfeksjon. Men å omskjære hundre gutter for å hindre én infeksjon, som lett kureres med antibiotika...? Omskjæring gjør vondt og kan dessuten føre til alvorlige komplikasjoner, i verste fall penisamputasjon.

Å omskjære jenter er forbudt i Norge.

– Det forbauser meg at gutter blir diskriminert.

Barn ut av fengslene er en annen sak som ikke rører alles hjerter: – Mange tenker at de får lønn som fortjent. Det er ingen vintersak i opinionen, nei. Ha-ha.

Sekretæren kommer inn. Hun lurar på om Lindboe har bestemt seg. De forsvinner ut.

– Steinharde prioriteringer, forklarer hun tilbake i stolen.

– Det er ikke lett å si nei.

Denne gangen klarer hun det. Turen til Vestlandet blir uten overnatting.

LINDBOES BARN ER TO, ÅTTE OG TI.

– Vet de hva du jobber med?

– De kan ikke unngå å registrere at jeg er i aviser og på tv. Men jeg skåner dem fra mediebildet. Er de på trykk, blir det små bilder.

Hun snakker med eldste datteren, tiåringen, om medvirkning.

– Hun kom hjem fra skolen uten å ha spist opp matpakken. Jeg sa at skolebarn har krav på skikkelig spisepause. Spennende å se hva det blir til.

Jobben som ombud skjerper henne som mor.

– Jeg kjenner det som en plikt. Jeg sier ikke: «Du skal legge deg fordi jeg sier det.» Når jeg setter grenser, prøver jeg å forklare hvorfor.

Hennes kolleger i sosialpediatrien savner henne. Så har de også fått nye stillinger.

– Din fortjeneste?

– Jeg har vært en av pådriverne. Jeg var frustrert over hvor lite ressurser fagfeltet egentlig får. Overgrep rammer langt flere barn enn kreft og sjeldne sykdommer. Likevel får de sistnevnte mest penger.

– Hva med overvekt?

– Det er blitt det store barnehelseproblemet.

– Følsomt tema?

– I verste fall kan barn få diabetes 2 og høyt blodtrykk. Når det går så langt, og foreldrene ikke vil gjøre noe med problemet, er det omsorgssvikt.

– Innvandrerbarn er særlig utsatt?

– De får lettere diabetes av genetiske grunner og har ofte et kosthold med mye olje og sukker. De beveger seg også mindre.

DA LINDBOE VILLE HA ET HELSEÅR, ble staben litt bekymret:

– De tenkte at nå blir det bare sykehus. Men det er blitt mye mer: Immigrantbarn. Skolehelsetjeneste. Og barn på nyfødtintensiv som trenger å ha foreldrene sine nær seg.

– Hører du fra helsepersonell?

– Ganske mye. Det er nok fordi jeg også er barnelege. Leger og sykepleiere er ofte for usynlige. De vil ikke lage bråk. Men noen

ganger er det nødvendig å bråke.

Det er mer enn nok å ta fatt på: Barnefattigdom. Tvang. Rettssikkerhet for barn. Barn med funksjonshemming. Psykisk helse.

– Psykisk helse har vi valgt vekk i år, å gå løs på alt ville blitt for mye. Temaene står i kø.

«Jeg kan love at jeg ikke er skuggeredd.»

Hun har seks år på seg, det vil si snart bare fem. Da går åremålet ut.

– Det er passe. Da blir det fint med nye øyne. Og det er stort trykk fra mediene og opinionen.

Selv liker hun å delta i tv-debatter med høy temperatur.

– Du ser mild ut, men skinnet bedrar?

– Jeg kan love at jeg ikke er skuggeredd. Jeg viker ikke.

Det var først da hun hadde praksis som legestudent at hun fant ut at hun ville jobbe med barn. Kjemien klaffet.

– Jeg er ikke svær og skummel. Jeg er lys, pratsom og blid. Og laid back. Det liker barn.

Hun råder helsepersonell som skal behandle barn å bruke tid i starten:

– Vær rolig, ta den tiden det tar. Da unngår du mye tvang og gråting.

– Foreldrene da?

– Det samme gjelder for dem.

– Blir du aldri hissig?

– Ikke på barn.

Hun tar seg i det. Også hun blir irritert og sint på egne barn.

– Tror jeg er en veldig gjennomsnittlig mor, avværper hun.

Tid for bilder. Hun tar fram leppestiften og sukker litt over gamle dager da hun sminkefri subbet rundt i olabukser og genser på jobben.

Nå er hun alltid beredt. Hun vet at når som helst kan et kamera dukke opp. ■■■



Sykdom, pensjon og permisjon

Ekstravakter går inn i pensjonsgrunnlaget, men ikke det som utgjør mer enn 100 prosent stilling.

? Jeg har fra 1985 jobbet full stilling som sykepleier. I tillegg til dette har jeg jobbet svært mye ekstravakter. Blir dette også regnet med i pensjonsberegningssammenheng? Hva regnes med i pensjonsberegningen?

§ Som hovedregel får man ikke medregnet mer enn 100 prosent stilling i tjenestepensjonsordningene. Ekstravakter opp til 100 prosent etterrapporteres til pensjonsordningene, og kommer således med. Dette gjelder likevel ikke for dem som er i Oslo Pensjonsforsikring. Der er ikke ekstravakter noe som gir uttelling i pensjon.

Folketrygden er innrettet annerledes, og det er ingen begrensning hva gjelder om det er ekstraarbeid opp til 100 prosent eller om det er ut over full stilling. Sånn sett er det ulike opptjeningsregimer i folketrygd og tjenestepensjonsordningene. Etter folketrygdloven tjener du opp pensjon av din pensjonsgivende inntekt – dette gjelder pensjon utbetalt fra NAV. I folketrygden er det likevel en begrensning oppad på hvor høye inntekter som gir pensjonsopptjening.

? Hvilke rettigheter har jeg dersom jeg blir syk i ferien? Hvis jeg er på ferie i Spania i to uker og blir liggende med matforgiftning halve ferien, har jeg da rett på å ta igjen den tapte ferien seinere? Hva sier ferieloven? Må jeg ha sykmelding?

§ Dersom du blir syk i ferien, setter ferieloven (og noen tariffavtaler) krav om at du skal være helt arbeidsufør i minst seks virkedager i ferien (tariffavtaler kan ha bestem-

melser om lavere antall dager) før du har rett til å kreve tilsvarende antall dager utsatt og gitt som ferie senere i ferieåret. Fremsetter du krav om dette, må kravet fremsettes uten ugrunnet opphold etter at arbeidet er gjenopptatt, og dokumenteres med legeerklæring.

Ved sykdom under ferie i utlandet vil dokumentasjon med legeerklæring kunne være et problem. Vi anbefaler at du i tillegg til å kontakte lege på feriestedet også kontakter arbeidsgiver om du blir syk under ferie i utlandet for å få veiledning. NAV krever for eksempel at du vedlegger et eget skjema dersom du har sykmelding fra lege i utlandet og krever sykepenger.

? Jeg har fått redusert arbeidsevne og har behov for tilrettelegging for å fortsette i arbeid. Hvilke rettigheter har jeg? Plikter arbeidsgiver å tilby passende arbeid?

§ Det er noe forskjell på IA-virksomheter og de som ikke er det. Alle virksomheter er forpliktet til en viss tilrettelegging i forhold til bestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (§ 4-2). IA-virksomhetene har forpliktet seg i forhold til avtalen om Inkluderende Arbeidsliv og har derfor noe utvidete plikter for tilrettelegging.

Hvilke begrensninger det er i plikten til å tilrettelegge avhenger blant annet av om det er behov for varig tilrettelegging eller en tilrettelegging for å kunne komme tilbake til sitt opprinnelige funksjonsnivå. Arbeidsgiver har for eksempel ikke plikt til å opprette nye stillinger for å gi passende arbeid.

Innenfor NAV-systemet er det et system med tilretteleggingsgaranti. Dette er en ny måte å

arbeide på for å bistå funksjonshemmete som trenger tilrettelegging for å komme i eller beholde arbeid. Både arbeidssøkere, arbeidstakere og arbeidsgivere kan kontakte sitt NAV-kontor med spørsmål om en slik tilretteleggingsgaranti.

? Jeg har vært ansatt hos min arbeidsgiver i åtte år og har nylig kommet tilbake i arbeid etter endt foreldrepermisjon. Kort tid etter at jeg begynte å jobbe ble jeg sykmeldt i nærmere to uker som følge av en operasjon. Arbeidsgiver nekter å utbetale lønn for perioden jeg har vært syk og henviser til folketrygdloven § 8-15. Kan arbeidsgiver nekte å utbetale lønn under mitt sykefravær?

§ Det sies ikke noe om det er retur etter foreldrepermisjon med lønn/foreldrepenger eller foreldrepermisjon uten lønn/foreldrepenger etter arbeidsmiljøloven § 12-5, eller annen ulønnet permisjon. Vi forutsetter at det er avtalt tilbaketredelsesdato etter permisjonen og at denne er holdt.

Når arbeidsgiver henviser til Folketrygdloven § 8-15, så vises det til en bestemmelse om at det ikke ytes sykepenger til arbeidstakere som ikke har vært i inntektsgivende arbeid mer enn de siste 14 dagene.

Arbeidsgiver glemmer å henviser til at Folketrygdloven yter sykepenger i disse tilfellene, dersom man har vært borte fra arbeid med lovbestemt permisjon etter arbeidsmiljøloven §§ 12-1 til 12-5. Dersom du er ansatt et sted med en tariffavtale som yter lønn under sykdom så lenge du har rett til slik stønad fra folketrygden – skal arbeidsgiver altså betale ut lønn. Ta kontakt med tillitsvalgte og be om hjelp.

Passer på paragraferne:





sykepleien.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. 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 øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer

Operasjonssykepleier ØNH, kjeve

Operasjonssykepleier ved ØNH, kjeve operasjon. Arbeid hver 4. helg. Passiv vakt natt.

Kontaktinfo: Anne Lise Krogstad, seksjonsleder, +47 72 57 53 69, anne.lise.krogstad@stolav.no

Søknadsfrist: 1. april 2013

Operasjonssykepleier øye

Pt. vakt hver 7. helg. Passiv vakt natt og helg. Vikariat tom 31.12.13 med mulighet for forlengelse.

Kontaktinfo: Grete Løken Meland, seksjonsleder, +47 72 57 54 69, grete.meland@stolav.no eller Mette Holthe, ass.seksjonsleder, tlf. +47 72 57 31 30, mette.holthe@stolav.no

Søknadsfrist: 1. april 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

frantz.no



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Operasjons- og intensivklinikken har følgende ledige stillinger:

Fagutviklingssykepleier

- Koordinerende fagutviklingssykepleier OPERASJON
- Koordinerende fagutviklingssykepleier ANESTESI
- Koordinerende fagutviklingssykepleier INTENSIV

Stillingene er 100% funksjon med 20% klinisk arbeid.

Vi søker engasjerte og dyktige medarbeidere til spennende funksjoner med utfordrende og varierte arbeidsoppgaver.

Funksjonene er organisatorisk plassert i stab til avdelingsleder Anestesi- og Operasjonsavdelingen, og rapporterer til denne samt fag- og forskningssykepleier. Koordinerende fagutviklingssykepleier skal jobbe mot alle lokasjoner innenfor sitt fagområde. Arbeidssted er Tromsø, men med arbeidsdager også i Harstad og Narvik.

Kontakt: Liv Inger Ernstsen, tlf. 77 66 96 30.

Søknadsskjema og fullstendig annonsetekst finnes på www.unn.no/jobbsok.

Søknadsfrist: 1. april 2013

frantz.no



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVV-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Sykepleiere - Akuttmottaket Tromsø

Ønsker du å jobbe med Akuttmedisin?

Akuttmottaket er en del av Akuttmedisinsk Klinikkk ved UNN. Akuttmottaket har ansvar for mottak av øyeblikkelig-hjelp pasienter som kommer til sykehuset. På kveldene og nettene tar vi også hånd om polikliniske pasienter. Vi søker etter sykepleiere som vil bli medlem av en entusiastisk og dyktig personalgruppe i et utfordrende og stimulerende tverrfaglig, akuttmedisinsk miljø.

Vi ønsker at du har minimum 2 års erfaring fra klinisk avdeling, og ser gjerne at du har erfaring fra akuttmedisin og/eller annen relevant praksis. Spesialsykepleiere er velkommen til å søke.

Kontakt: Inger Ruderaas, tlf. 77 62 62 34.

Søknadsskjema og fullstendig annonsetekst finnes på www.unn.no/jobbsok

Søknadsfrist 1. april 2013



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVEISSU



frantz.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner.

Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. 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

Kirurgisk klinikk

Operasjonssykepleiere

Vi søker etter flere operasjonssykepleiere i 100 % fast stilling, og 1 stilling i 75 % fast stilling med mulighet for 25 % vikariat. Stillingene innebærer 3-delt turnus.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Randi Rømo, tlf. 908 00 276, e-post: randi.romo@stolav.no

Søknadsfrist: 4. april 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

frantz.no



Seksjon C
Sykepleier / vernepleier

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Akuttklinikken - Prehospitalt Senter

AMK OSLO OG AKERSHUS

Ledige stillinger som Medisinsk Operatør

AMK Oslo og Akershus er en del av Prehospital Divisjon ved Ullevål Sykehus, landets største og mest aktive akuttmedisinske bedrift. Arbeidsområdet omfatter besvarelse av medisinsk nødtelefon og koordinering av luft- og bakkeressurser prehospitalt og intrahospitalt.

AMK søker etter sykepleiere som ønsker en annerledes og utfordrende jobb innen prehospital akuttmedisin. Hovedoppgaven for medisinske operatører er besvarelse og oppfølging av medisinske nødmeldinger (113). Arbeidet omfatter også mottak av ordinære ambulanseoppdrag, intensivtransporter samt luftambulanseoppdrag

Vi kan tilby

- En spennende og utfordrende jobb i et aktivt prehospitalt miljø
- Allsidige problemstillinger innen alle felt av akutt- og storbymedisin
- Tilrettelagt opplæring, kurs og hospitering hos samarbeidspartnere
- Høyt faglig fokus med jevnlig faglig oppdatering
- Et godt tverrfaglig miljø og hyggelige kollegaer
- Sært tillegg for ansatte i AMK p.t. kr 50.000,-/år.
- Hel- eller deltidstilling

Kvalifikasjoner

- Autorisert/off. godkjent sykepleier med minst 2 års relevant erfaring
- Akuttmedisinsk erfaring/kompetanse
- Gode kommunikasjonsferdigheter og samarbeidsevne
- Gode norsk- og engelskkunnskaper
- Gode IT-kunnskaper
- God simultankapasitet og evne til å jobbe effektivt under stress

Vi legger stor vekt på personlig egnethet, faglighet, samarbeidsevne og selvstendighet innen det akuttmedisinske feltet.

Utfyllende søknad med CV og ansiennitetsdokumenter sendes elektronisk via www.oslo-universitetssykehus.no/jobbsok

Søknadsfrist: snarest

Kontaktpersoner:

Anne Lene Finsrud: uxanfi@ous-hf.no, tlf : 95 25 10 35
Stig Osnes: uxosns@ous-hf.no, tlf: 99 21 35 55



Høgskolen i Ålesund har 2000 studenter og 200 ansatte. Vi er et sentralt kompetansmiljø i en region preget av en sterk industri og et mangfoldig arbeidsliv.

LEDIGE STILLINGER VED AVDELING FOR HELSEFAG

- Fagseksjonsleder for videreutdanninger / master (30 %)
- Førsteamanuensis / Førstelektor / Høgskolelektor i sykepleie

Utlysingstekst og søknadsskjema: www.hials.no/stillinger

Søknadsfrist: **12.04.2013**

Herøy kommune



Herøy kommune har ledig

FAST 100 % SYKEPLEIERSTILLING

ved Herøy sykehjem.

Har behov for Ferievikarer i perioden 24/6-18/8-13.

Ta kontakt med Enhetleder Herøy sykehjem,
Wenche Sæthre Jørgensen 90629198 eller
se vår hjemmeside www.heroy-no.kommune.no



Skjervøy kommune kystbyen i Nord-Troms

Skjervøy kommune med ca. 3000 innbyggere hvorav 2400 på tettstedet, er en øy kommune i Nord-Troms beliggende nær eksotiske havstrøk som Lopphavet og Fugløybanken. Kommunen er ei naturperle med flott friluftsliv- og turterreng sommer som vinter, og er en livlig sjøretta småby med industri og handelsvirksomhet. Tettstedet har avgiftsfri fastlandsforbindelse via undersjøisk tunnel, daglig hurtigruteanløp, hurtigbåt til Tromsø flere ganger pr. uke og småflyplass i nabokommunen. Fra år 2000 ble nytt helsesenter tatt i bruk med lege- og fysioterapiavdeling, sykestue, sykehjem, skjermet enhet, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

FERIEVIKARIATER FOR OFF. GODKJENTE SYKEPLEIERE

Pleie- og omsorgstjenesten har behov for ferievikarer i tidsrommet 24.juni til 19.august 2013:

- Skjervøy sykestue og sykehjem
- Hjemmetjenesten
- Rus- og psykiatritjenesten inkl. omsorgsboliger for personer med psykisk lidelse

Vi driver med aktiv sykestue slik:

- Akutt medisinsk behandling m/legevaktfunksjon
- Behandling av barn
- Avansert medisinsk behandling
- Videresending til UNN
- Postoperativ behandling etter utskrivelse fra UNN

Hjemmetjenesten og institusjonen er samlokalisert i helsesenteret. Rus- og psykiatritjenesten er samlokalisert i Skoleveien 2. Søkere til hjemmetjenesten må ha førerkort for bil.

Lønn og arbeidsvilkår etter lov- og avtaleverk.

Vi tilbyr fri reise og bolig for ferievikarer.

Ferievikarer som arbeider 4 uker vil få et tilskudd med kr. 4.000 som stiger med 1.000 kr. pr. uke for maksimalt 8 uker.

Det forutsettes at arbeidet utføres sammenhengende og at man ikke har fravær i denne perioden.

Nærmere opplysninger fås ved å kontakte leder ved Skjervøy sykestue og sykehjem tlf. 77 77 5742, leder av hjemmetjenesten tlf. 77 77 5732, leder i Skoleveien 2, tlf. 77 77 55 63 eller helse- og omsorgsjef tlf. 77 77 55 50.

Søknad med kopi av attester og vitnemål og opplysninger om referanser sendes Skjervøy kommune v/helse- og omsorgssjefen, Postboks 145, 9189 Skjervøy innen **4. april 2013**.

Les mer om oss under helse- og omsorgstjenestene på www.skjervoy.kommune.no



«Isabell» 7år trenger fosterhjem

«Isabell» er en blid og positiv jente, som har behov for stor grad av forutsigbarhet i hverdagen. Hun har diagnosen atypisk autisme og vil trenge tett oppfølging i mange år fremover.

Vi søker en romslig familie som lever et aktivt liv, gjerne en familie som bor på gård og er glad i å være ute i naturen. «Isabell» trives best når det er tilrettelagt for ulike aktiviteter og opplevelser.

En av de voksne må påregne å være helt ute av ordinært arbeid i en del år. Det vil bli gitt godtgjøring (i utgangspunktet tapt arbeidsfortjeneste inntil kr 480 000,- pr.år) avlastning og veiledning.

Ønsker dere å høre mer, vennligst ta kontakt:
Fosterhjemstjenesten fagteamområde Gjøvik v/ Mari Gjerde
Tlf 46616610/ 46616844
fosterhjemstjenesten.oppland@bufetat.no
www.fosterhjem.no/gjovik



Spesial/ seniorrådgiver – eldre og langtidssyke

Fag- og Helsepolitisk avdeling i Norsk Sykepleierforbund består av 19 medarbeidere som har ansvar for å utrede, utvikle og gjennomføre Norsk Sykepleierforbunds strategi og politikk innenfor våre satsningsområder.

Stillingens arbeidsoppgaver vil primært være knyttet til utforming og oppfølging av fagområdet eldre og langtidssyke, samt utrednings- og påvirkningsarbeid, rådgivning og formidling. Vår nye medarbeider vil også bidra i avdelingens øvrige oppgaver.

Til stillingen søker vi en pådriver med høy grad av selvstendighet og gjennomføringsevne. Erfaring med prosjektarbeid- og ledelse samt kjennskap til offentlig forvaltning og politiske systemer, særlig kommunehelsetjenesten er en fordel. Vi tilbyr gode betingelser.

Spørsmål rettes til avdelingssjef Kari Elisabeth Bugge tlf. 414 33 530 eller e-post:

kari.elisabeth.bugge@sykepleier-forbundet.no

For fullstendig stillingsutlysning og opplysning om søknads-adresse: **www.sykepleierforbundet.no** og **www.jobbdirekte.no/sykepleierforbundet**

Søknadsfrist 3.april 2013.



Er du sjukepleiar med solid fagkunnskap og leitar etter sjukepleiarutfordringar i kommunehelsetenesta? Er du ein som tek initiativ, kan ta sjølvstendig ansvar og ser dei faglege utfordringane i geriatriske problemstillingar? Ønsker du å jobbe i ei aktiv korttidsavdeling og sikre at samhandlingsreformen blir ein suksess? Evnar du å gje tryggleik gjennom god fagleg omsorg? Vil yte det vesle ekstra og samtidig er fleksibel, samarbeidsvillig og har evne til nytenking? Da treng vi deg!
Vi har fleire ledige stillingar som sjukepleiar, søk nå!

For fullstendig utlysingstekst, sjå kommunen si heimeside www.aal.kommune.no
Send skriftleg søknad med CV på e-post til postmottak@aal.kommune.no innan
04.04.13. Spørsmål om stillinga ved avd. Tunet kan rettast til avd.leiar
Marit Øen Li tlf. 32 08 52 12 / 47 75 83 53

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. 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 anestesi og intensivmedisin

Avdeling Hovedintensiv:

Intensivsykepleier/sykepleier

75% fast stilling i rundturnus. Oppstart så snart som mulig.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til Trude Småvik, avdelingssjef sykepleie, tlf. 72 82 68 50/924 92 410 eller Hilde Engenes, seksjonsleder, tlf. 72 82 73 80.

Søknadsfrist: 5. april 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

frantz.no



MHH Martina Hansens Hospital
1936

Martina Hansens Hospital er et spesialsykehus i ortopedisk kirurgi og revmatologi. Hospitalet har 100 sengeplasser, 12 tekniske senger, driver omfattende poliklinisk virksomhet og har ca. 330 ansatte. Se sykehusets hjemmeside: www.mhh.no

FAGUTVIKLINGSSYKEPLEIER 80 % STILLING

ledig 1 års vikariat ved revmatologisk/revmakirurgisk sengepost fra 02.09.13

Sengeposten har pt. 24 senger og egen infusjonsenhet.

Stillingen byr på mange spennende utfordringer for sykepleiere som er opp-tatt av og har lyst til å arbeide med fagutvikling.

Vi søker etter engasjert medarbeider som ser nødvendigheten av å videre-utvikle sykepleierfaget til beste for pasientene. Fagutviklingssykepleier skal være med å ivareta og videreutvikle et høyt faglig og godt arbeidsmiljø. Vi vektlegger gode samarbeidsevner i et tverrfaglig miljø. Fagutviklingssykepleier skal være faglig pådriver og ressursperson på sitt felt. Personlig egnet-het vil bli vektlagt. Stillingsbeskrivelse for stillingen foreligger.

Vi kan tilby:

- Utfordrende arbeidsoppgaver i et krevende og høykompetent miljø med stort engasjement og arbeidsglede
- Introduksjonsprogram m/kontaktsykepleier
- Pensjonsordning i KLP
- Fri gruppe- og ulykkesforsikring
- Lønn i henhold til gjeldende overenskomst
- Gode velferdstilbud
- Vi kan være behjelpelig med bolig og personalbarnehage

Nærmere opplysninger om stillingen får du ved henvendelse til sjefsykepleier/personaldirektør, tlf.: 67 52 17 10.

Søknad sendes innen 15.04.13 til: Personaldirektør, Martina Hansens Hospital, Postboks 23, 1306 Bærum Postterminal.



Akershus
universitetssykehus

Vi trenger flere positive medarbeidere til både vikariat og faste stillinger med stå på vilje. Hvis du passer i den kategorien så er det deg vi vil ha.

Medisinsk divisjon;

Sykepleiere

Hjertepoliklinikken
A24

Fagutviklingssykepleiere

Akuttmottak

Kreftsykepleier/sykepleier

Kreftavdelingen

Barne og ungdomsklinikken;

Spesialsykepleier / sykepleier

Barnemottak

Psykisk helsevern;

Rådgiver

Spesialpsykiatri

Spesialsykepleier

Akutt psykiatri

Les mer om stillingene på www.ahus.no

Diakonhjemmet Sykehus AS er lokalsykehus for ca. 130 000 innbyggere i Ullern, Frogner og Vestre Aker bydel innen indremedisin, generell kirurgi og psykiatri. Sykehuset har spesialfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. De psykiatriske avdelingene ligger på Vinderen og Tåsen. Diakonhjemmet Sykehus AS er et ideelt aksjeselskap eid av Det norske Diakonhjem, som er en diakonal stiftelse innen Den norske kirke.

- engasjert for menneskef

Sykepleier/spesialsykepleier

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker vi en dyktig og faglig oppdatert sykepleier/spesialsykepleier i 100 % fast stilling - dagtid.

Stillingen er knyttet til Ambulant enhet v/ROP teamet.

Kontaktpersoner: Enhetsleder Wenche Tveit tlf. 40032785 eller teamleder Else Karin Stranden tlf. 47465822

Les mer om stillingen på www.diakonsyk.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema

Søknadsfrist: 21.04.13


Diakonhjemmet
Sykehus

NSFs Landsgruppe av sykepleieledere (NSFLSL) OPPSTART AV NYTT TIDSSKRIFT MED FOKUS PÅ LEDELSE

– vil du være med?

NSFLSL ønsker fra høsten 2013 å starte opp et eget tidsskrift med fokus på ledelse. Utgivelsen skjer i samarbeid med tidsskriftet Sykepleien.

Vi ønsker at det nye tidsskriftet skal inneholde relevant stoff for ledere på ulike nivå i helsetjenesten.

NSFLSL ønsker nå å komme i kontakt med deg som ønsker å være med i denne spennende oppstartsperioden, som redaktør for tidsskriftet. Du skal jobbe med å utvikle et nettverk av bidragsytere, bestemme tema for utgivelsene og samarbeide med Sykepleiens deskjournalist.

NSFLSL vil stå som ansvarlig for innholdet i tidsskriftet. Du vil derfor jobbe i nær forståelse med styret i NSFLSL.



Det planlegges to utgivelser på 36 sider i 2013. Deretter blir det tre årlige utgivelser.

Tidsskriftet utformes etter mal fra tidsskriftene som utgis av NSF's faggrupper for kreftsykepleie, jordmødre, geriatri/demens, helsesøstre og psykiatri/rus. Se link for disse tidsskriftene; <http://www.sykepleien.no/faggrupper/arkiv>

Lønn/honorar avtales. Arbeidet medfører økt innsats i perioden før utgivelse.

Vi vil gjerne ha en nærmere dialog med deg som kunne være interessert i dette ansvarsområdet. Vi ber deg derfor ta direkte kontakt med leder for NSFLSL på mail anne.moi.bo@gmail.com eller mobil 993 66 229 så snart som mulig.



FORSVARET

Forsvarets Sanitet skal rekruttere sykepleier til vår sykestue/legevakt i Afghanistan for deployering i 2014.

Vi søker etter sykepleiere med god klinisk erfaring.

Forsvaret søker:

Sykepleier

Til Role 1 (Sykestue/legevakt)

Mer informasjon om ledige stillinger og vår kontaktinformasjon finner du på våre nettsider

www.fsan.no



Oslo universitetssykehus

Ledende sykepleier/ vernepleier

Psykiatrisk avd. for personer med utviklingshemming/autisme

Ledig fast 100% stilling som ledende sykepleier/vernepleier fra 12.08.13. Vi søker medarbeider med videreutdanning i og erfaring fra psykiisk helsearbeid.

Kontaktinfo: Dina Tegle Stenstad, enhetsleder, tlf. 66 90 85 29/ 400 73 491.

Ref.nr. 1730327610

Søknadsfrist: 01.05.2013

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykiisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. 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

Neuroklinikken, Neurokirurgisk operasjonsavdeling

Operasjonssykepleier

Vi har ledig et vikariat i 100 % stilling fra d.d og t.o.m 25.08.13 for operasjonssykepleier som inngår i rundturnus med arbeid hver 4. helg. For stillingen kreves det dokumentert autorisasjon. Det er ønskelig med snarlig tiltredelse.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til seksjonsleder Berit Lefstad Engen, tlf. 72 57 58 23.

Søknadsfrist: 31. mars 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

frantz.no



ST. OLAVS HOSPITAL



Oslo kommune
Barne- og familieetaten

Fosterhjemstjenesten

Fosterfamilier søkes i Østlandsområdet

Ardo er en rolig og sjarmerende gutt på 7 måneder. Han har vært operert for hjerneblødninger etter traumer mot hodet, og henger derfor en del etter i utvikling. Han har vist stor framgang, men det er usikkert om han vil kunne fungere i samsvar med fysisk alder på lang sikt. Ardo gir forsiktede uttrykk for sine behov, og trenger sensitive og rolige fosterforeldre som kan skjerme ham mot for mye uro den første tiden. Ardo trenger fosterforeldre som forstår at det er knyttet usikkerhet til hans videre utvikling, og som kan være hjemmearbeidende på heltid i minst ett år. Ardo skal ha noe samvær med biologiske foreldre. Det ytes lønnskompensasjon på inntil kr. 440.000,- per år for den tiden en av fosterforeldrene må være i permisjon fra jobb.

Sofie er ei observant og sosialt interessert jente på 10 måneder som lever med Downs syndrom. Hun skal vokse opp i en fosterfamilie. Sofie trenger voksne som ivaretar hennes behov for både fysisk aktivitet og ro. Det er fint om fosterforeldrene behersker tegn til tale. Eventuelle egne barn bør være i skolealder. Sofie skal ha jevnlig kontakt med sin biologiske familie. Fosterforeldrene vil bli en del av en ansvarsgruppe, og det er ønskelig at en av fosterforeldrene har permisjon fra jobben de første ett til to årene. Det tilbys inntil kr 440.000,- per år for tapt arbeidsfortjeneste.

Ana Maria er ei jente på 11 år som ønsker seg en fosterfamilie i Oslo eller Akershus øst for resten av oppveksten. Hun er døv, og trenger hjelp til å bruke Cochlea-implantat. Ana Maria har opplevd vold og traumer, og har vanskelig for å lære. Fosterforeldrene må kunne tegnspråk og synes det er spennende å jobbe i tverrfaglig team. Det er en fordel å ha erfaring fra arbeid med barn med spesielle behov. Ana Maria bør være det eneste barnet i familien.

Hun skal ha kontakt med sin biologiske familie. En av fosterforeldrene må være villig til å være hjemmearbeidende, mulig over flere år, og det tilbys kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste.

Vi kan i tillegg tilby familiene:

- Utgiftsdekning
- Avlastning
- Veiledning
- Kurs og opplæring

Vil dere vite mer?

Ta kontakt med Fosterhjemstjenesten i Oslo, tlf. 23 42 80 09 eller send e-post til fosterhjemstjenesten@bfe.oslo.kommune.no

Dere kan også lese mer på våre nettsider:

www.fosterhjem.no/oslo

Illustrasjonsfoto



Norddal
kommune

Norddal kommune er ein verdsarvkommune som ligg på indre Sunnmøre i Møre og Romsdal. Vi ligg midt på Gullruta, og er næraste nabo til dei store fyrftåma i norsk reiseliv: Geirangerfjorden og Trollstigen. Vakker natur, varmt og godt klima og gode tilhøve for friluftsliv er nokre av våre fremste varemerke. www.norddal.kommune.no

Søker du ein meningsfylt stilling i ein verdsarvkommune?

2 X AVDELINGSSJUKEPLEIAR - HEIMBASERT OG SJUKEHEIM

Norddal kommune har som målsetting å ha gode og moderne helsetenester til innbyggjarane. I forbindelse med omstrukturering av vårt tenestetilbod, søker vi derfor etter strukturerte og resultatorienterte avdelingssjukepleiar, som har interesse for fagleg utvikling og har evne til å inspirere og motivere medarbeidarane. Personlege eigenskapar og økonomiansvar for egen avdeling.

Arbeidsområder

- Administrativt og fagleg ansvar
- Samordne, koordinere og planlegge tenestene
- Personal- og økonomiansvar for egen avdeling

Ønskede kvalifikasjoner

- Godkjent sjukepleiar
- Ønskjeleg med leiarkompetanse og relevant praksis
- Gjerner røymsle med elektronisk journal- og turnussystem

Norddal kommune arbeider målretta for at samfunnet vårt skal bli ein god plass å bu og arbeide i. Vi tilbyr flyttegodtgjersle, full barnehagedekning, ein god skule, eit rikt tilbod frå kulturskulen, eit godt utvikla helsetilbod og arbeidsmiljø. For spørsmål om stillingen kontakt Richard Taylor i ISS Personalhuset på tlf 982 95 163 eller mail richard.taylor@personalhuset.no

For å søke stillingen se www.personalhuset.no under ledige stillinger - Møre og Romsdal
Søknadsfrist: Snarest og senest 4. april 2013.



OSLO PLASTIKKIRURGI

Oslo plastikkirurgi søker

OPERASJONSSYKEPLEIERE

på timebasis, alternativt deltidsengasjement til dagkirurgisk virksomhet innen kosmetisk plastikkirurgi.

Send gjerne din cv og søknad til: info@osloplastikkirurgi.no
Søknadsfrist: Snarest.

For mer informasjon se www.osloplastikkirurgi.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. 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 anestesi og intensivmedisin
Avdeling Hovedintensiv:

Intensivsykepleier/sykepleier

100% fast stilling i rundturnus. Oppstart så snart som mulig.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til Trude Småvik, avdelingsjef sykepleie, tlf. 72 82 68 50/924 92 410 eller Hilde Engesnes, seksjonsleder, tlf. 72 82 73 80.

Søknadsfrist: 5. april 2013

frantz.no



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Ferievikariater

UNN har behov for sykepleiere/spesialsykepleiere/jordmødre/ annet helsepersonell i perioden uke 25 - 33 i forbindelse med ferieavvikling sommeren 2013.

Det vil være behov for vikarer ved sykehusene i Tromsø, Harstad, Narvik, Longyearbyen og ved våre distriktpsikiatriske senter.

Utfyllende utlysningstekster, kontaktpersoner, søknadsskjema, osv. finnes på www.unn.no/jobbsok

Søknadsfrist: Snarest!

frantz.no



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVJ-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIESSU



Oslo HMS-senter

Helse, Miljø og Sikkerhet
Medlemseid bedriftshelsetjeneste
GODKJENT BEDRIFTSHELSETJENESTE



Oslo HMS-senter SA er en privat fellesordning som leverer bedriftshelsetjenester gjennom medlemskap og rammeavtaler til over 200 virksomheter i Oslo og omegn. Vi er 13 medarbeidere med spesialistkompetanse og med solid erfaring innen bedriftshelsetjeneste og HMS-arbeid. Vi deltar i det faglige nettverket HMS-sentrene, som består av i alt 5 medlemseide bedriftshelsetjenester i Oslo og Akershus.

Vi har ledig vikariat som

BEDRIFTSSYKEPLEIER I 1/1 STILLING

(CA. 1 ÅR)

Du må ha utdanning som sykepleier og helst bred kompetanse og erfaring innen HMS og forebyggende bedriftshelsetjenester.

Du må ha stor arbeidskapasitet og kunne arbeide både selvstendig og tverrfaglig i team. Det er en forutsetning at du behersker relevante dataverktøy og en fordel om du har kjennskap til Profdoc Vision. God muntlig og skriftlig formidlingsevne er en forutsetning for å kunne fylle stillingen, som bl.a. vil innebære et nært samarbeid med kundenes ledelse og vernetjeneste.

Arbeidsoppgaver:

- Vaksinasjoner
- Undervisning/kurs
- Helseundersøkelser
- Arbeid med inkluderende arbeidsliv, bl.a. dialogmøter
- Bistand med implementering av systematiske HMS-aktiviteter
- Risikovurderinger
- AKAN-arbeid
- Kartlegging og bistand ved oppfølging av psykososialt, organisatorisk og fysisk arbeidsmiljø

Vi kan tilby et godt arbeidsmiljø, utfordrende arbeidsoppgaver og gode muligheter for faglig utvikling.

Vi tilbyr pensjonsordning og lønn etter avtale.

Nærmere opplysninger kan fåes ved henvendelse til daglig leder Vigdis Engen, tlf. 23 15 88 50.

Skriftlig søknad med CV sendes pr. e-post til: vigdis.egen@pdo.no

Se vår hjemmeside www.oslohms.no



LHL Helse
Røros Rehabilitering



Sykepleiere/sykepleierstudenter, sommervikariat

I perioden 24. juni - 25. august har vi behov for sykepleiere, både på dag-, kvelds- og nattevakter. Du må snakke godt norsk. Ytterligere spørsmål rettes til Eva K. Sandnes.

Søknad sendes til: eks@rorosrehab.no.

Søknadsfrist for stillingene er 1. april.

Post- og besøksadresse: Øverhagan 15, 7374 Røros | Tlf: 72 40 95 00 | Faks: 72 40 95 01 | www.rorosrehab.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. 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 ortopedi, revmatologi og hudsykdommer
Ortopedisk avdeling - operasjonsavdelingen:

Seksjonssykepleier, plastikk

100% stilling vikariat.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til avdelingsleder operasjon Cecilie Volden, tlf. 72 82 65 56/970 66 784.

Søknadsfrist: 7. april 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

frantz.no



HJEMMETJENESTEN

Sykepleier / vernepleier stillinger, faste og vikariater.

Det er i tillegg behov for sykepleiere/vernepleiere ifm ferieavvikling i sommer.

For fullstendig utlysningstekst se «ledige stillinger» på www.lillehammer.kommune.no

Ifølge Offentlighetsloven § 25 kan søkers navn bli offentliggjort selv om det er bedt om konfidensiell behandling. Søkeren vil i så fall bli forespurt om dette.

Søknadsfrist: 31.3.2013

Treff passive jobbsøkere i Sykepleien!

De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse.

Lurer du på noe, eller ønsker å annonsere, ta kontakt med:

Silje Marie Torper
 Markedskonsulent
Silje.marie.torper@sykepleien.no
 Tlf: 970 93 354

eller
 Ingunn Roald
 Markedssjef
Ingunn.Roald@sykepleien.no
 Tlf: 916 03 812



Sykepleien



HAR DU LYST TIL Å JOBBE VED EN AV LANDETS MEST SPENNENDE NYFØDTAVDELINGER?

Nyfødtintensiv Ullevål har ledige stillinger som spesialsykepleier/sykepleier
100 % faste stillinger
80-100% vikariater

Vi tilbyr:

Lønn etter gjeldende overenskomster
 3 -delt turnus
 Ønsketurnus under planlegging
 Aktivt fagmiljø som jobber kunnskapsbasert
 Vi har fagutviklingssykepleiere og praksisveiledere
 Vi har kompetanseprogram for ansatte
 Fagdager er i turnus
 Kjempetrivelig arbeidsmiljø!

Vi søker deg som har et brennende engasjement og ønsker å gjøre en forskjell for syke nyfødte. Vi kan tilby en spennende og interessant jobb, i et dynamisk og faglig utfordrende miljø.

Pasientgruppen består av premature født fra svangerskapsuke 23-24, samt andre syke nyfødte som har behov for sykepleie i hele forløpet fra intensivbehandling til utskrivelse. Vi jobber med familiefokusert omsorg. Avdelingen har 7 intensiv -, 10 intermedier- og 10 sengepost senger. Totalt 27 senger.

Kontaktinfo:

Seksjonsleder Sissel Mathisen tlf. 23 01 55 40, mail: simat@ous-hf.no
 Ass.seksjonsleder Liz Maloney tlf. 23 01 55 44, mail: UXELMA@ous-hf.no



Østre Toten kommune
Nytanking - Kvalitet - Respekt

Balke bo- og servicesenter har ledig stilling som

SPECIALSYKEPLEIER /

FAGUTVIKLINGSSYKEPLEIER

100% fast stilling med for tiden funksjon som 30% fagutviklingssykepleier.
Tiltredelse etter avtale.

Ta gjerne kontakt med avdelingsleder Lars Erik Degvold, tlf. 61 14 19 56,
eller faglig enhetsleder Ann Kristin Pedersen, tlf. 61 14 19 55.

Søknadsfrist: 14.04.2013

For utlysningstekst og elektronisk søknad se www.ostre-toten.kommune.no.
Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som
anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden.
Dette er et krav i henhold til Offentlighetsloven §25.

OMSORG VED LIVETS SLUTT – EN VERDIG ALDERDOM?

OPPLÆRINGSPROGRAM I ELDREOMSORG,
TIDLIGERE LÆRE FOR Å LÆRE VIDERE, MED
FAGLIG STØTTE TIL EGEN ARBEIDSPASS

Skaff deg kompetanse og trygghet til et berikende omsorgstilbud
på ditt hjemsted. *Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom?*
er et ettårig opplæringsprogram for alle som arbeider med sår-
bare gamle. Undervisningen er fordelt på 3 enkeltseminarer, til
sammen 9 dager.

Kursledelse: Overlege Stein Husebø og tverrfaglig team ved
Verdighetsenteret; ledende kompetansemiljø innen eldreomsorg.

NESTE KURS STARTER I SEPTEMBER 2013

www.verdighetsenteret.no

Kontakt:

sykepleier@verdighetsenteret.no

Tlf: 55 39 77 39/36



Nytt studietilbud:

Samhandling - mestring og helse

En videreutdanning i
helsefremmende teorier

KROPPSKUNNSKAPING®

Prosess for mestring, velvære og helse

Studiet er for deg som:

- vil lære nye tilnæringsmåter for å styrke helse og mestring
- ønsker å jobbe helsefremmende og brukerbasert i ditt praksisfelt
- trenger verktøy for å realisere samhandlingsreformen

Studiet går på deltid over ett år og gir 30 studiepoeng.

Oppstart høsten 2013 i Arendal, Bodø, Hamar og Oslo.

For mer informasjon om studiet:

www.folkeuniversitetet.no



HUDSPESIALISERING FOR SYKEPLEIERE;

Hudpleieakademiet og Hudklinikken har inngått et samarbeid og utviklet et unikt utdannelseskonsept innen **spesialisering kosmetisk dermatologi** for sykepleiere.

Ta utdannelsen hos oss, få en spisskompetanse innenfor hudspesialisering som er sterkt etterspurt i bransjen.

Utdannelsen er modulbasert og lar seg lett kombinere med jobb.

www.hudpleieakademiet.no

Hudpleie
Akademiet

HUD  KLINIKKEN

SEND EN SMS
MED KODEORD
HUD TIL 2065
FOR MER INFO



Fakultet for helsevitenskap
tilbyr høsten 2013

MASTER I KLINISK HELSEARBEID 120 sp

Et tverrfaglig masterstudium over 4 år i klinisk helsearbeid for deg som vil arbeide med personer med psykiske lidelser eller eldre.

3 studieretninger:

- Psykisk helsearbeid
- Geriatrisk helsearbeid
- Tjenesteutvikling innen medisinsk strålebruk

Studieretningen Geriatrisk helsearbeid tilbyr noen plasser for sykepleiere med alternative studieemner i Avansert klinisk geriatrisk sykepleie.
(www.hibu.no/geroproff)

Søknadsfrist 15.april 2013

For nærmere informasjon, se:
www.hibu.no/kliniskhelsearbeid




Studier med studiestart høst 2013/vår 2014

Master i avansert klinisk sykepleie: Spesialisering i intensiv- eller allmennsykepleie, 120 sp. over 3 år. Studiestart 02.09.2013.

Videreutdanning i palliativ omsorg: 30 sp, 1 år deltid. Studiestart 02.09.2013.

Behandling, omsorg og pleie til personer med demens: 10 sp, emne på masternivå. Studiestart 02.09.2013.

Behandling, omsorg og pleie i livets siste fase hos syke, gamle mennesker: 10 sp, emne på masternivå. Studiestart 02.09.2013.

Å være gammel og syk og ha behov for helsetjenester: 15 sp, emne på masternivå. Studiestart jan. 2014.

Helsepersonells utfordringer i møte med akutt og kritisk syke eldre: 10 sp, emne på masternivå. Studiestart jan. 2014.

Søknadsfrist: 15. april for studier med studiestart i høst. Søk i Søknadsweb på www.ldh.no.



Nidaros DPS, St. Olavs Hospital inviterer til **Nidarosseminaret 2.– 3. mai 2013**
Sted: Øya Helsehus, Mauritz Hansensgt. 2, Trondheim

Scott D. Miller, Ph.D

What works in therapy: Translating 40 years of outcome research into strategies for effective clinical practice.

Scott D. Miller, vil, med utgangspunkt i enorme mengder psykoterapiforskning, beskrive hvilke trekk som kjennetegner den mest effektive psykoterapien, uavhengig av teoretisk retning eller diagnose. Seminaret inneholder også opplæring i en enkel og pålitelig metode for å maksimere behandlingseffektiviteten hos den enkelte terapeut. (se: www.scottdmiller.com).

Praktiske opplysninger:

Seminar er søkt godkjent tellende som 15 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet for spesialiteten i klinisk psykologi. Det er også søkt godkjent for Allmenntilleggsutdanning som emnekurs/klinisk emnekurs i psykiatri til videre- og etterutdanning; for Psykiatri som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning; for Barne- og ungdomspsykiatri som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning. Seminar er også søkt godkjent som tellende for klinisk spesialitet for sykepleie.

Spørsmål om seminar rettes til Kathinka Vatne / Iris Ryeng Simavik, Nidaros DPS. Bruk e-mail iris.ryeng.simavik@stolav.no eller tlf. 73 86 54 00.

Seminaravgiften er kr. 3000,- inkl. lunsj og kaffepauser.

Skriftlig påmelding til kurssekretær Iris Ryeng Simavik, Nidaros DPS, Postboks 1893 Lade, 7440 Trondheim eller e-mail iris.ryeng.simavik@stolav.no
Innen 15.04.13. Påmeldingen er bindende etter denne dato.
Oppgi arbeidssted og faktura-adresse.

Høgskolen i Telemark

WWW.HIT.NO
HELTENE FRA TELEMAR

FAKULTET FOR HELSE- OG SOSIALFAG

STUDIESTED PORSGRUNN

VIDEREUTDANNINGER:

- Helsesøster
- Psykisk helsearbeid
- Samspill og tilknytning mellom barn og nære omsorgspersoner.
- Barnevern i et minoritetsperspektiv.
- Demens og psykisk helse hos eldre.

Studiene gir 60 studiepoeng over 2 år på deltid.
Søknadsfrist 15. april

30 studiepoeng over 1 år på deltid.
15 studiepoeng. Tre samlinger à tre dager, 1. semester.
30 studiepoeng over 1 år på deltid.
Søknadsfrist 1. juni

MASTER:

- Master i flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge.

Studiet gir 120 studiepoeng over 2 år.
Søknadsfrist 15. april

Veien til sterkere opplevelser... **WWW.HIT.NO**

ENESTE I NORGE

MED HØGSKOLESTUDIER INNEN HUDPLEIE OG KOSMETISK DERMATOLOGI

I samarbeid med Høgskolen i Buskerud er vi de eneste som tilbyr utdanning for sykepleiere innen:

- **Hudpleie og dermatologi, 15 studiepoeng**
Grundig basis hudpleieutdanning. Du lærer om hudtyper, stell av hud, diverse hudbehandlinger og om hudproblemer.
- **Kosmetisk dermatologi og hudbehandling, 15 studiepoeng**
Du lærer om injeksjoner og fillers, laser, kjemiske peeling og hud og ernæring. Du får også undervisning i etikk, kroppsbilde og idealer. Vi bruker anerkjente leger og sykepleiere som forelesere.



Mer info finner du på www.senzie.no eller ring tlf: 911 00 799.
Du finner oss på Papirbredden kunnskapspark i Drammen.





Kursprogram Viken senter 2013

- Dagsseminar med Arnhild Lauveng 16. april
- "Små kriser - store samfunn" med Lars Weisæth, Inger og Roald Linaker m.fl. 28. mai
- Mindfulnesshelg med Anne R. Grini 3.-5. mai
- Kurs om sorgarbeid og sorggruppleidelse 22. - 23. april og 17.-18. september
- Stille retreathelg 19.-22. september
- Rekreasjonsuke 15,22,25,41 og 48
- PREP-samlivskurs på Viken senter 27.- 28.april og 16.-17. november og Skaidi Hotell, Finnmark 26.-27. oktober
- Kurset "Når kommunikasjon blir vanskelig" 18. juni, 8. oktober og 26. november
- Vikenkonferansen 2013 "I møte med flyktinger - barn og unges virkelighet" 23.-24. oktober i Tromsø

Påmelding til kurs@vikensenter.no eller 77 18 99 00

... se vår hjemmeside www.vikensenter.no

Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST)

Opptak til studier ved Avdeling for sykepleierutdanning høsten 2013

Master

Søknadsfrist 15. april

- Master i psykisk helsearbeid, (120 studiepoeng, heltid, 4 semester)

Videreutdanninger

Søknadsfrist 15. april

- Avansert klinisk sykepleie (60 studiepoeng, deltid, 3 semester)
- Helsesøster (60 studiepoeng, heltid, 2 semester)
- Kardiologisk sykepleie (60 studiepoeng, deltid, 3 semester)
- Kreftsykepleie (60 studiepoeng, deltid, 4 semester)
- Nasjonal Paramedicutdannng (60 studiepoeng, deltid, 4 semester)
- Psykisk helsearbeid (60 studiepoeng, heltid, 2 semester)
- Overvekt hos barn og unge i et folkehelseperspektiv (15 studiepoeng, deltid, 1 semester)
- Pedagogisk veiledning for helse- og sosialfaglige yrkesutøvere (10 studiepoeng, deltid, 1 semester)
- Smerte og Smertebehandling (10 studiepoeng, deltid, 1 semester)
- Innføring i forskningsmetoder (7,5 studiepoeng, 1 semester)

Les mer om de ulike studietilbudene og om hvordan du kan søke på: www.hist.no/lokalopptak



Kunnskapen du trenger

PSYKOSOSIALT ARBEID MED BARN OG UNGE

Samlingsbasert deltidsstudium over 2 år - 60 sp

MÅLGRUPPE

Studiet er tverrfaglig og målgruppen er fagfolk som arbeider med barn/unge (0 - 23 år).

OPPTAKSKRAV

Fullført bachelorgrad med relevant fagkrets, f. eks. sykepleier/ helsesøster. 2 års praksis. Studentene må være i minst 50% stilling med barn/unge. Det søkes om opptak direkte til HiL gjennom lokalt opptak.

Søknadsfrist: 15. april 2013

Mer informasjon: hil.no



Høgskolen i Lillehammer
Lillehammer University College - hiLno



MEDIYOGA -medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO-STAVANGER
TRONDHEIM-TROMSØ

mediyoga.com +46 85 40 882 80



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsjaken

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil med dette meddele at personer/faggrupper innen hjerte-, blinde og kreftforskning kan søke forskningsstipend fra stiftelsen.

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, post@finn-senioradvokat.no - innen 15.5.2013

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.



UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER

Vi leverer det meste av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner. Besøk www.vaktrommet.no for hundrevis av produkter!!

PENHYGIENIC

Ta en titt på Vaktrommets egenproduserte PenHygienic! Navnskilt og organisator i ett.



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

LIK OSS

Vær med i periodiske trekninger ved å like facebook-siden vår!





SOMMER I HIMALAYA

MUNKEKLOSTRE, TIBETANSK KULTUR OG MAJESTETISKE FJELL I NORD-INDIA.
INKL. STORBYOPPHOLD I DELHI OG TO SPESIALBESØK PÅ LOKALE SYKEHUS
– MED ALBATROS-REISELEDER, 10 DAGER

Bli med til "Lille Tibet" i Himalaya, der yakoksene fremdeles pløyer jordene i de grønne dalene, der smør-te fortsatt er en nytelse og der buddhist-munkene fremdeles snurrer på bønnehjulene sine slik de har gjort i hundrevis av år. Seil på elvene Indus og Zaskar og opplev de eldste, mest spennende og avsidesliggende klostre og små pittoreske landsbyer. Og la deg blende av Himalayas enestående, vakre landskap! Du blir også invitert innenfor i et tibetansk hjem, og kommer helt på innsiden av den sjeldne og spennende kulturen. Senere fortsetter du til den sydende millionbyen Delhi, der eldgammel kultur blandes med britisk kolonikultur, og til Agra, der du kan besøke Agra Fort og det verdensberømte kjærlighetsmonumentet Taj Mahal.

Informasjon og påmelding

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien

info@albatros-travel.no

Vennligst opplys reisekode LR-SYK

DAGSPROGRAM

- Dag 1 Avreise til Delhi
- Dag 2 Ankomst og rundtur i Delhi
- Dag 3 Med fly til Lille Tibet
- Dag 4 Sankar klostre og familiebesøk
- Dag 5 Kloster-opplevelser i Tikse og Hemis
- Dag 6 Båttur på Indus-elven og besøk i Alchi
- Dag 7 Sykehusbesøk og tid til egne aktiviteter
- Dag 8 Fly til Delhi, sykehusbesøk og videre til Agra
- Dag 9 Taj Mahal, Agra Fort og tilbake til Delhi
- Dag 10 Hjemreise

AVREISE 12. JULI 2013

KR. **13.990,-**



PRISEN INKLUDERER

- Norsk eller svensk reiseleder
- Fly Oslo – New Delhi t/r med Finnair
- Utflukter og entreer ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Helpensjon på hele reisen
- Skatter og avgifter



Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!

Besøk oss på www.albatros-travel.no

Telefonene er åpne man–fre kl. 9:30–17:00

Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros
travel

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



Nexplanon®

- Prevensjonsstav (settes i kvinnens arm)

- Østrogenfri¹
- Langtidsvirkende - 3 år¹
- Rask tilbakevinnende eggløsning etter fjerning¹



Før forskrivning av Nexplanon®,
se preparatomtalen

Nexplanon®
68 mg etonogestrel

Nexplanon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, bariumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes for implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subdermalt mellom 1. og 5. dag i menstruasjonssyklus. Ved bytte fra annen prevensjon eller etter abort/fødsel, se SPC/pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive ondartede tilstander. Nåværende eller tidligere lever- eller tarmtumorer (benigne eller maligne). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekontroll inkl. blodtrykkmåling og kartlegging av ev. bivirkninger anbefales 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på antihypertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Endret blødningsmønster (uregelmessige blødninger/endringer i blødningsintensitet eller varighet) er sannsynlig under bruk. Amenoré er rapportert hos ca. 1 av 5 kvinner, mens 1 av 5 andre kvinner rapporterte om hyppig og/eller forlenget blødning. Evaluering av blødning bør foretas ved behov og kan inkludere undersøkelse for å ekskludere gynekologisk sykdom eller graviditet. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chloasma kan forekomme. Implantatet kan støtes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør bruke tilleggsprevensjon. Kvinner som står på langtidsbehandling med legemidler som inducerer leverenzym bør rådes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnsormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, nefinavir, nevirapin, efavirenz og muligens også okskarbazepin, topiramat, felbammat, griseofulvin og naturligemedlet johannesurt. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet oppstår skal implantatet fjernes. **Overgang i morsmelk:** Skilles ut i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amning. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsfrekvens, intensitet eller varighet) må forventes. **Svært vanlige (≥1/10):** Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerne/kar: Hørsel. Hud: Alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Smerter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastroin-

testinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Genital utflod, vulvovaginal ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskelskjelettsmerter. Neurologiske: Migræne, sømnløshet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, sømnløshet. Øvrige: Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, seboré, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arrdannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgentett, ikke nedbrytbart, bøyeleg implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhåndslandet i en steril engangsapplikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsningshastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og redusering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Andre opplysninger:** Implantatet bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsettings/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Leger som har liten erfaring med teknikken rådes til å tilegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangsapplikator) kr 1145,60. **Sist endret:** 28.02.2013 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 24.07.2012

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Det er viktig med opplæring i innsettings- og uttaksprosedyrer før metoden tas i bruk. Slik opplæring gis i regi av MSD.
- Det er viktig å informere om at blødningsmønsteret vil kunne endre seg etter at metoden er tatt i bruk.

Se preparatomtalen for ytterligere informasjon.

Tryggere bruk av p-piller

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



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no
Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1017615-0007 (mai-2012)

Referanse: 1. Nexplanon preparatomtale