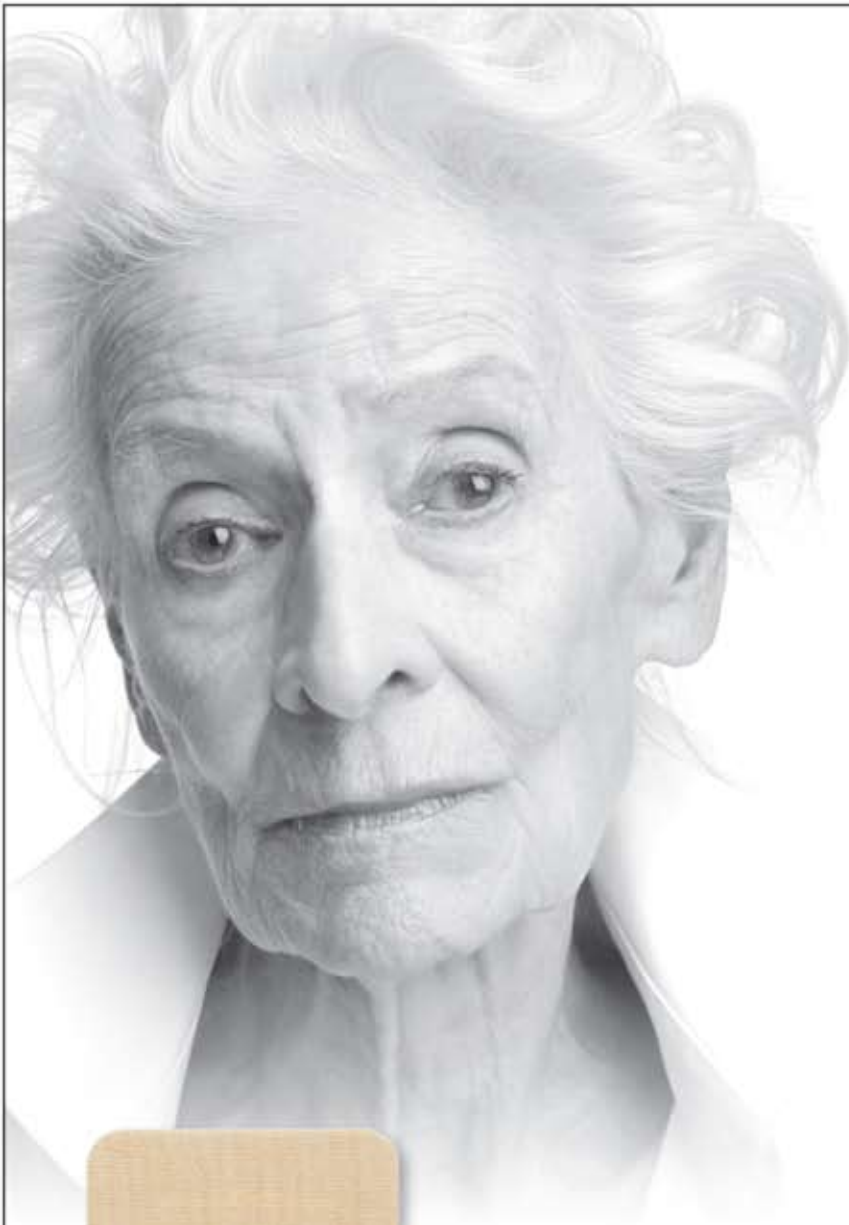




24 timer historier



1-2 tabletter
hver sjette time ...



... det blir inntil
56 tabletter i uken!

ETT NORSPAN® PLASTER GIR 7 DØGNS SMERTELINDRING

Når ikke-opioide analgetika som f.eks. paracetamol eller NSAIDs ikke gir tilstrekkelig effekt

- 7-døgns smertepaster: Skiftes kun én gang i uken
- 3 lave styrker: 5,10,20 µg/t
- Til artrose, osteoporose-smerter eller andre langvarige opioidfølsomme sterke smerter
- Enkel behandling: Start alltid med Norspan 5 µg/t

Norspan®
Buprenorfin
7-døgns smertepaster

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.

Se godkjent preparatomtale side 4



Mundipharma AS
Voltsveien 13 C
1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 00
Telefaks: 67 51 89 01
www.mundipharma.no

Et bilde av å kjenne velvære¹

I 10 år har vi bedret livskvaliteten til menn med erektil dysfunksjon over hele verden¹.



Ref. nr.: 0352-2008

ANNONSE

SKÅNSOM SÅRBEHANDLING

– bruk NorBan Nonwoven kompresser



- Kan klippes/tilpasses
- Ingen løse tråder
- Myk og skånsom
- Steril eller usteril
- Stor absorpsjonsevne
- Norskprodusert

 **medisinsk**
• del av DI gruppen

Baker Østbys vei 10, postboks 128, 1351 RUD
Tlf.: 67 17 74 40 • Fax: 67 17 74 74
www.digruppen.no

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

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



CELEBRATION 71 67 67 11

 **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

A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: N02A E01

DEPOTPLASTER 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneholder: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm²), resp. 10 mg (12,5 cm²) og 20 mg (25 cm²), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioide analgetika.

Dosering: Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Huden må være tørr før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtidssmertebehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis før etter 24 timer. Unngå å utsette påføringsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmeteppe, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannseng da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinensyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesi, skjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner frarådes dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

Interaksjoner: Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dekstropoksyfen, kodein, deksamfetamin, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diare, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svette, eksantem. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilatasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvrengning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonssvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Utmattelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Proysis (halsbrann), brekninger. Hud:

Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsinkede allergiske reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykoselignende effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Hørsel. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelokkedem, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonshemming, sedasjon, døsighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonssvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

Egenskaper: **Klassifisering:** Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisme:** Sentral smertestillende effekt. Partiell opioidagonist på my-reseptorer samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir buprenorfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentrasjon oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret faller buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10-24 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gjennom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 96%. Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitter i gallen, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsken, hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmakonsentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og UGT 1A1/1A3-enzymene. Aktiv metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nyreutskillelse.

Andre opplysninger: Brukte depotplaster brettes sammen med det klebende laget innover og kastes forsvarlig og utilgjengelig for barn.

Pakninger og priser:
5 µg/time: 4 stk. kr 272,70
10 µg/time: 4 stk. kr 459,40
20 µg/time: 4 stk. kr 797,30

Refusjon: Se Refusjonslisten, N02A E01. For kroniske sterke smerter må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, benytt skjema NAV 05-14.09. For palliativ behandling i livets sluttfase, f.eks. kreftmerter, gjelder § 2, refusjonskode 90.

April 2008



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

**1ST CARE ER
DET FØRSTE
VIKARBYRÅET
AV SIN TYPE**



Du kan bestille
1st Care-vikarer på
telefon 22 33 66 40
hver dag mellom
kl. 06.00 og 24.00

– ALLE VÅRE VIKARER ER SYKEPLEIERSTUDENTER

Hos 1st Care skiller vi oss markant ut fra andre byråer fordi vi utelukkende bruker sykepleierstudenter som vikarer. Det sikrer at du alltid får en vikar med nøyaktig den kompetansen du har bruk for – og en vikar med høy motivasjon. Vi kan på meget kort varsel dekke vakter innenfor både sykepleie, hjemme-sykepleie og på sykehjem – over hele landet. Også i helger, på helligdager og i ferieperioder, hvor det kan være vanskelig å få vaktplanen til å gå opp. **Les mer om 1st Care på www.1stcare.no**

1st Care

Sykepleierstudenter på vei til deg

Et døgn dokumentert

Kompetanse er et begrep du kan fylle med hva som helst. I denne utgaven har vi forsøkt å gi det et helt konkret innhold.

Hva gjør sykepleiere? Spørsmålet er ikke så enkelt som det høres ut. Sykepleiere utøver sykepleie, basert på kunnskap, helhetsforståelse og erfaring vil kanskje noen si. Utdanning pluss etikk pluss forskning pluss pasientfokus pluss kvalitet. Temmelig abstrakt.

Det finnes minst treogtredve forskjellige faggrupper for sykepleiere som alle gjør ulike ting. Noen er teknisk orienterte, noen legger mest vekt på å gi omsorg, mens forebygging er det viktigste for andre. Skal alt dette fanges opp i samlebegrepet «kompetanse», blir resultatet ullent. Sykepleiere kan mektig mye. De spiller de en nøkkelrolle i dagens helsetjeneste. Men hvordan?

Vi ønsket å dokumentere hva det er som skjer når sykepleiere er på jobb. Derfor dro Sykepleien til Fredrikstad, en hvilken som helst by, for å være flue på veggen. Etterpå dro vi hjem for å skrive ned det vi hadde sett.

Interessen for dokumentasjon er egentlig ikke noe vi i redaksjonen har funnet på. Sykepleierforbundet har blitt stadig mer opptatt av dokumentasjon for å synliggjøre hvordan sykepleiere gjør en forskjell. Bidrar de til å få ned dødeligheten på sykehus? Til færre trykksår? Mindre smerte hos pasientene og høyere pleiekvalitet? Kan det påvises, har sykepleierne et gyllent argument.

Også myndighetene og arbeidsgivere i helsesektoren har interesse av å dokumentere. De vil gjerne måle. Harde fakta kan omsettes til effektivitetskrav. Og til kroner og øre.

Da Sykepleien dro til Østfold, var det likevel ikke slikt vi hadde i tankene.

For samme hvor mye du teller og registrerer, finner du ikke levende mennesker i statistikker. Der finner du bare resultatene av det mennesker har gjort. Hva sykepleiere faktisk gjør, ser du først når du er til stede.

Det ble en helt ny erfaring, både for oss og for dem vi skulle observere. Ideen var å følge 24 sykepleiere, en for hver time, mellom kl. 00.00 til kl. 23.59, torsdag 22. mai, i en hvilken som helst by i Norge. Sykepleierne skulle i minst mulig grad la seg affisere av at vi var med. De skulle bare jobbe som de pleide, verken mer eller mindre.

Resultatet har du nå foran deg. 24 usminkede historier fra et døgn i mai.

Lot sykepleierne seg påvirke av at vi var med – en journalist og en fotograf som hang på slep? Antakelig. Også vi som journalister ble påvirket: Å være taus viste seg å skjerpe andre sanser hos oss.

En stor takk til alle som villig lot seg se på. Og takk til ledelsen i Sykehuset Østfold og i Fredrikstad kommune som reservasjonsløst lot oss slippe til.



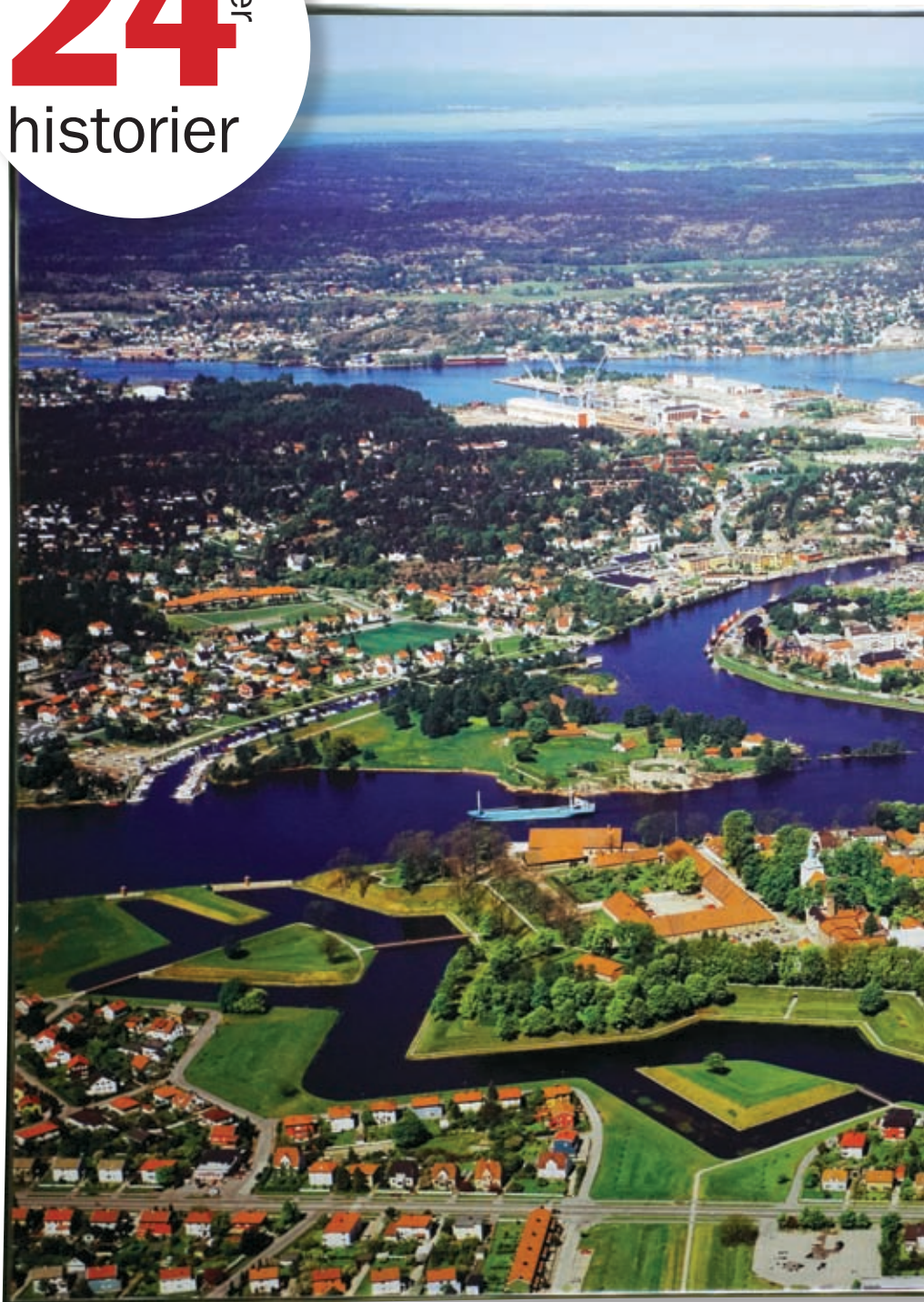
tekst Barth Tholens

foto Stig M. Weston



24 timer historier

- 00.00–01.00** Akuttavdelingen,
Sykehuset Østfold
.....Side 8
- 01.00–02.00** Sikkerhetsseksjonen,
psykiatrisk divisjon, Veum,
Sykehuset Østfold
.....Side 12
- 02.00–03.00** B4, medisinsk overvåking,
Sykehuset Østfold
.....Side 15
- 03.00–04.00** Demensavdelingen på
Glemmen sykehjem
.....Side 18
- 04.00–05.00** Morsrommet,
Sykehuset Østfold
.....Side 20
- 05.00–06.00** Intensivavdelingen,
Sykehuset Østfold
.....Side 22
- 06.00–07.00** Garstrokirurgisk sengepost A3,
Sykehuset Østfold
.....Side 24
- 07.00–08.00** Indremedisinsk sengepost A2,
Sykehuset Østfold
.....Side 28
- 08.00–09.00** Operasjonssentralen,
Sykehuset Østfold
.....Side 30
- 09.00–10.00** Møterommet på Veum,
Sykehuset Østfold
.....Side 34
- 10.00–11.00** Feltpleien,
Fredrikstad kommune
.....Side 36
- 11.00–12.00** Borge sykehjem
.....Side 40





Fredrikstad

12.00–13.00	Glemmen videregående skole	Side 42
13.00–14.00	Omsorgs-og oppveksttjenesten Fredrikstad kommune	Side 44
14.00–15.00	Den kommunale habiliteringstjenesten, Ambjørnrød skole	Side 46
15.00–16.00	Wielsgaardsveien 2	Side 50
16.00–17.00	Hjemmesykepleien i Onsøy	Side 54
17.00–18.00	Barneavdelingen, Sykehuset Østfold	Side 58
18.00–19.00	Medisinsk overvåking, Sykehuset Østfold	Side 60
19.00–20.00	Flyktningavdelingen i Fredrikstad kommune	Side 64
20.00–21.00	Fødeseksjonen, Sykehuset Østfold	Side 66
21.00–22.00	Korttidsavdelingen på Glemmen sykehjem	Side 68
22.00–23.00	Avdelingen for kreft og blodsykdommer, Sykehuset Østfold	Side 70
23.00–24.00	Den kommunale legevakten	Side 72

Magasinet

Marit Fonn (leder)
marit.fonn@sykepleien.no
Nina Hernæs
nina.hernes@sykepleien.no
Eivor Hofstad
eivor.hofstad@sykepleien.no

Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no
Torhild Apall Dybvik (fagredaktør)
torhild.apall@sykepleien.no
Turid Spilling (student i praksis)
turid.spilling@sykepleien.no

Desk og grafisk formgivning

Ellen Morland (leder)
ellen.morland@sykepleien.no
Sissel Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no
Hege Holt
hege.holt@sykepleien.no

Marked

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no
Stillingsannonser: Finn Simonsen
finn.simonsen@sykepleien.no
Produktannonser: Lise Dyrkoren
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS





STED: Akuttavdelingen,
Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Arild Svendsen

TID: 00.00–01.00

Østfold- akutten

Smerteropet reiser nedover korridoren. De hvitkledde ser ikke ut til å bite seg merke i lyden. De er profesjonelle.



Skrikene øker i styrke, for så å bli avbrutt av sår gråt. De kommer fra et undersøkelsesrom og gjør inntrykk på sykepleier Arild Svendsen. Han liker bare ikke å snakke om det.

Urviserene har tippet over midnatt med et lite «klikk». En ny dag.

I snitt passerer 65 pasienter gjennom mottaket per døgn. 2 000 per måned. 24 000 per år. 90 sykepleiere er ansatte, fordelt på 61 stillingshjemler. Det betyr mange deltidsstillinger.

Nå, om natten, er ni sykepleiere på vakt, inkludert en som betjener AMK og en som har Skranken.

Svendsen holder skjemaet fra sengekoordi-

natorene i hånden og tror knapt sine egne øyne. Det er ledige senger på nesten alle avdelingene. I tillegg er det ledige senger på mottaket. Skuldrene senker seg.

«Dette kan bli en bra vakt» tenker han.

Han går i rolig tempo bort til Skranken; mottakets kommandosentral. Beskjeder kommer inn fra AMK og ambulansene.

Sykepleieren som har Skranken er ”Gud”: Hans ord er lov. Nå prater han med en annen sykepleier.

«Et sjeldent syn» tenker Svendsen.

Han synes det er hyggelig at kollegene har tid til å slå av en prat. Det er ikke ofte.

«Jeg begynner i Nordsjøen» sier Skranken.

«Vi kommer til å savne deg, hvem skal overta?» spør en sykepleier som snart er

ferdig med sin videreutdanning i akutt-sykepleie. Hun har forsynt seg fra godteposen og sutter på en «sur grønn fot».

Hun snur seg så mot Svendsen og spør: «Du har ikke tenkt å slutte du også?»

Svendsen ser litt ned. Tanken har streift ham.

«Dersom det fortsetter slik det har gjort de to siste ukene, blir jeg en stund til.»

I over et år har Sykehuset Østfold hatt ansvaret for all kirurgisk øyeblikkelig hjelp i fylket. Det har økt pasienttrykket betraktelig. Samtidig ble skadepoliklinikken skilt ut fra akuttmottaket og drives av ortopedisk avdeling.

Den største pågangen med pasienter til mottaket er mellom klokken 11 og 21.



BLÅLYS: Papirer og skjemaer utveksles – så er pasienten Svendsens ansvar.

Denne våren har det vært svært mye å gjøre. Uten at ledelsen vet hvorfor.

På skjermen foran Svendsen tikker det inn en melding fra en ambulanse: Kolspasient, vanskelig for å puste, mulig «noe» på EKG.

Den 36 år gamle sykepleieren gjør seg klar til å ta imot ambulansen: En rask titt i journalen, pasienten har vært inne før, sjekker oksygentank. Han henter en ledig seng, går videre inn til Skranken, henter skjemaer som skal fylles ut, og holder et øye med dataskjermen foran seg.

Gjennom vinduet i døren inntil mottaket, blinker det blått med fast rytme. Pasienten trilles inn av ambulanspersonalet og overlates til Svendsen. Han ser nokså bra

ut, og klarer å flytte seg fra båren til sengen nesten på egen hånd.

«Harrrrk...».

«Ahhhh.»

Det er vondt å puste.

Svendsen har gjort det til en regel at han tømmer hodet for scenarier før han tar imot en pasient. Han vil ikke være forutinntatt, da er han redd for å overse noe.

Prøver tas, ledninger festes til pasienten. En lege dukker opp og spør Svendsen om han kan bestille en spesiell prøve.

«Det er gjort»

«Fint»

Tonen er lett, alle vet hva de skal gjøre.

En annen sykepleier dukker opp bak Svendsen og hvisker:

«Kan du hjelpe meg å stikke?»

Det var ikke vondt, det?

Anders Svendsen

De går til et undersøkelsesrom. En ung jente stirrer ut i luften. Hun virker redd, men har fem familiemedlemmer med seg.

«Her var det mange»

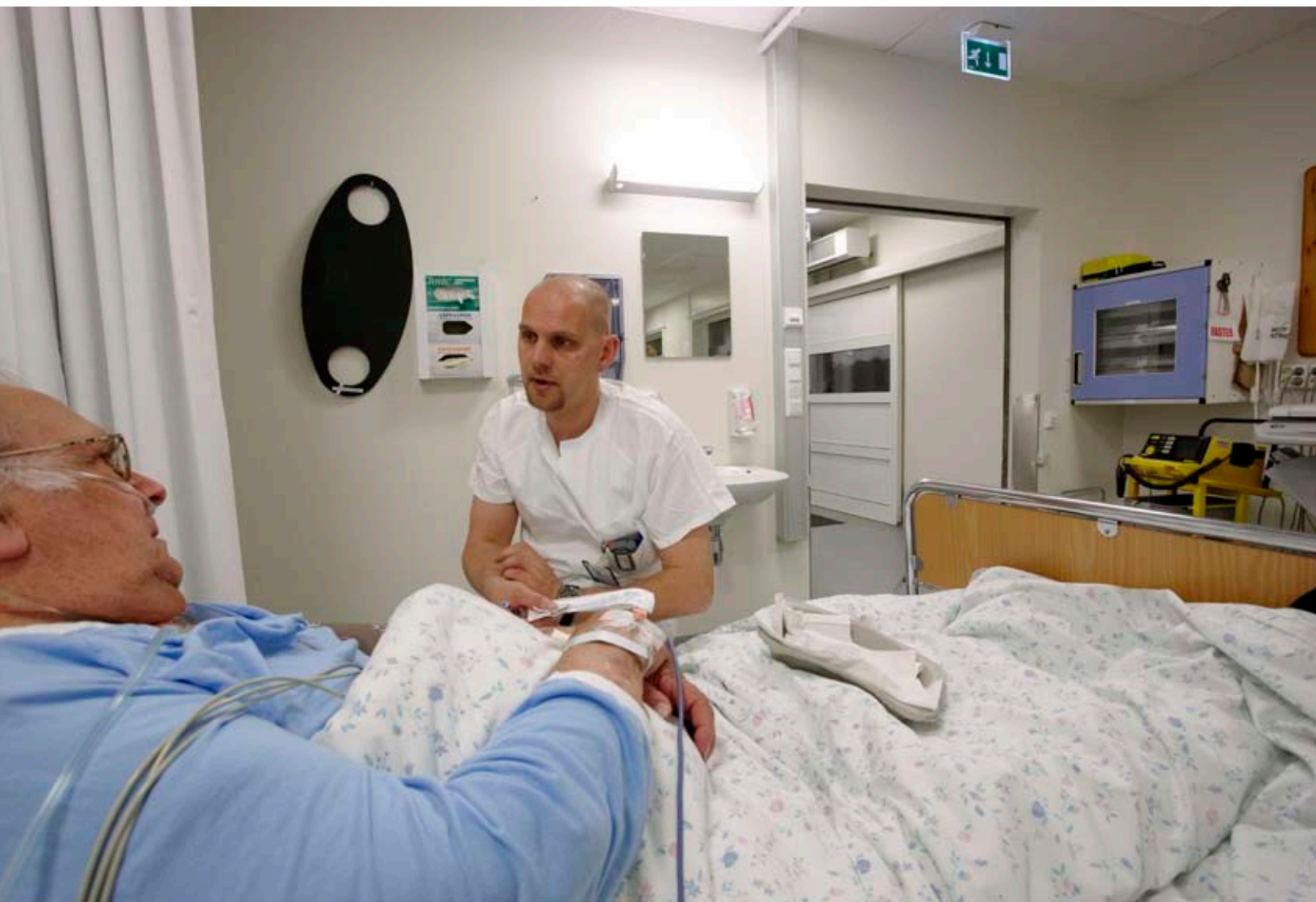
Svendsen pakker opp kanylen, steriliserer håndbaken til jenta.

«Nå er det viktig at du holder hånden rolig».

«Du trenger ikke se på»

Pasienten gir ikke fra seg en lyd. Alle kaster bekymrede blikk på Svendsen, så på jenta. De snakker lavt til henne på et fremmed språk.





ROLIG: Slinger og måleutstyr er koblet til pasienten, mens Arild Svendsen rolig forklarer hva som skjer.

Svendsen stikker. Fortsatt ingen lyd fra jenta. Traff han?

«Nå skal jeg sprøyte inn litt saltvann for å se om kanylen virker. Da kan det bli litt kaldt opp i armen din»

«Kjenner du det?»

«Ja»

«Det var ikke vondt, det?»

«Nei da»

«Kjempebra».

Jenta og familien ser litt mindre bekymret ut, og den ene stryker henne over håret.

Var dette pasienten som skrek så fælt tidligere? Svendsen er usikker.

Svendsen er tilbake er tilbakevenden er tilbake hos kolspasienten. Han har gitt ham

forstøving. Blodgassprøve er neste post på programmet. Han stikker en blodprøve inn i en maskin som ser ut som en ombygd minibank. Den gir fra seg noen surrelyder før den avleverer en kvittering som Svendsen tar med seg bort til legen. De snakker lavmælt til hverandre.

Pasienten skal ta bilder av lungene. Så langt har alle prøvene vist seg å være ganske gode. Svendsen tenker at det ser ut til at han kan sendes hjem igjen. Det er alltid positivt.

Klokka nærmer seg ett når Svendsen overlater pasienten til røntgenpersonalet.

Det verste Svendsen opplever er når det kommer inn unge mennesker med store

skader. Noen ganger går det bra, andre ganger ikke. De sendes så fort som mulig over til andre avdelinger for at spesialistene skal overta behandlingen.

Noen ganger tar bekymringer og faglig nysgjerrighet overhånd. Svendsen spør ofte nevrologene om hvordan det har gått. Å kikke i journaler etter at han har overført en pasient er ikke noe alternativ. Det er ikke lov.

tekst Kari Anne Dolonen

foto Erik M. Sundt

Effektiv?



Skånsom?



Effektiv eller skånsom håndhygiene? Nå slipper du å velge....

Med Dixin får du effektivt rene hender på en dokumentert mild måte. Håndsåpen gir en effektiv og skånsom vask, desinfeksjonsmiddelet tilfredsstillende krav i bl.a. EN 1500 og prEN12791, mens hudkremen trekker raskt inn i huden og bevarer fuktigheten. Dixin har luft- og bakterietette doseringsventiler og en praktisk, hygienisk design. For mer informasjon se: www.lilleborgprofesjonell.no



Alle tre er godkjente av
Norges astma -og allergiforbund.



Dixin

- effektiv omsorg for hendene



STED: Sikkerhetsseksjonen på internmediær avdeling, Veum, Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Harald Nygaard

TID: 01.00–02.00

Føre var

På ett av pasientrommene er lyset tent. Fra terrassen utenfor ser sykepleier Harald Nygaard at sengen er tom.

Det betyr at «Tore N» ikke sover. Harald Nygaard, som er sykepleier, går inn på stuen og setter seg igjen. Han vet at Tore N er på rommet.

To kvinnelige hjelpepleiere sitter med utsikt både til høyre og venstre i gangen, der pasientrommene er. Tv-en står på med dempet lyd. Når de tre kollegene innimellom sier noe, er det akkurat høyt nok til at bare de tre kan høre.

Pasientene her har alvorlige voldsepisoder bak seg og er innlagt under tvungent psykisk helsevern. De har tunge psykiske lidelser, ofte med personlighetsforstyrrelser og rusproblemer. Enkelte er dømt til behandling.

De blir først innlagt i forsterket enhet i etasjen over. Der får de stabilisere seg, og de blir utredet og behandlet. Hvis voldsrisikoen minker, kan de overføres til denne posten som er i bakkeetasjen. Behandlingen fortsetter. Målet er rehabilitering.

Fem menn og to kvinner er innskrevet nå. Men i natt har den ene kvinnen perm for å ha overnattingstrening hjemme. Den andre er på rehabilitering. En av mennene rømte for tre dager siden og er etterlyst av politiet.

De tre pleierne, som alle bare jobber om natten, har plassert seg i romslige svarte skinnimiterte stoler. Nygaards kolleger har hver sin pocketbok på armlenene. Den ene

hviler beina på en spisebordstol, den andre henter en kanne kaffe.

«Sett den under bordet. Man vet aldri, så slipper vi det bråket», sier Nygaard.

Han har skummet gjennom Fredrikstad Blad. Grand Prix-kvalifiseringen på tv får ikke mye oppmerksomhet.

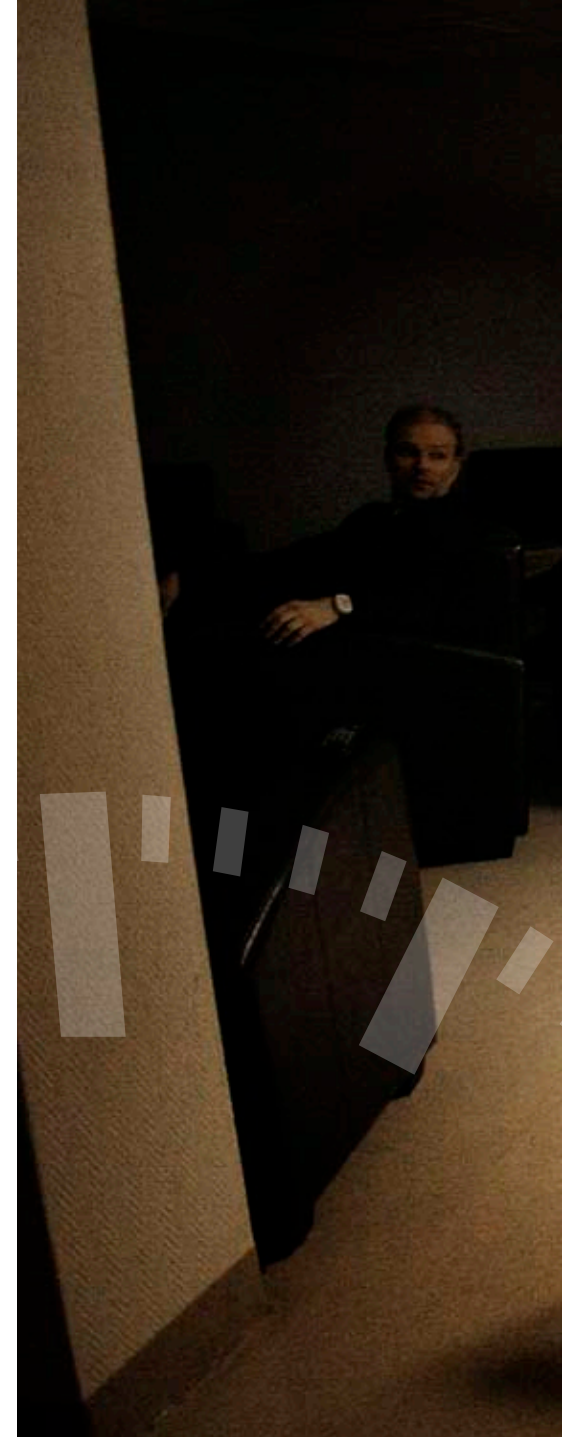
Det er slik de ønsker det. En rolig natt. Men alle vet at det fort kan endre seg.

De drikker kaffe av hvite, uknuselige plastkopper. Rundt håndleddet har de en overfallsalarm som lett kan utløses.

For to timer siden ble alarmen utløst på posten i etasjen over. Da den høyfrekvente repeterende sirenen gikk, løp Nygaard opp. Displayene som henger i taket overalt viser i grønt hvem som trenger bistand og hvor personen er. Denne gangen var alarmen falsk.

Nygaard har på seg en fleecejakke. Den luner når han må ut i natten for å følge røykesugne, søvnløse pasienter. Under glidelåsen titter teksten på t-skjorten opp: Veteran World Taekwon-Do Championship. Nesten hver dag trener eller instruerer han i kampsporten, men det er sjelden tema på jobben. Ikke noe å gjøre noe nummer av, mener han. Det viktigste er å være trygg på seg selv og stoppe alle tilløp til konflikt ved å bruke kommunikasjon. Pasientene værers fort om pleierne er usikre.

Brått går det i en dør. Der kommer Tore N. Føttene subber, ryggen luter, men han skritter hastig rett mot terrassedøren. Der tenner



han en sigar med lighteren som henger i en snor. Nygaard tar nøklene opp av venstre jakkelomme, åpner for ham og blir med ut. Der finner Tore N noen løse stolputer. Han tar dem inn i stuen.

«**Du skjønner, journalisten**, at her er det bare jeg som jobber.»

Han går ut igjen. Under den stjerneklare himmelen går han fram og tilbake på betonghellene, sparker småstein bort til gresskanten.

Nygaard setter seg på en stol. Tore N setter seg ved siden av. Begge har venstre bein i kryss over høyre. Ingen sier noe. Tore N klør seg på leggen og tar noen drag av sigaren. Et utelys slår seg av.

«Deilig om natta. Det er rolig», sier Tore.

En av mennene rømte for tre dager siden.



VÅKER: Vil roen bestå? Harald Nygaard (til venstre) vet ikke. Kollegaen har gangvaktten.

På gresset ligger en stabel med materialer. Treplankene skal bli et høyt gjerde rundt avdelingen.

Nygaard går inn. Tore N blir.

Vanligvis ville de to småpratet. Men Nygaard velger å være taus i natt. Tore N er ikke i så godt humør som han pleier. Nygaard vet godt hvorfor. Litt før midnatt ville Tore N ha sovemedisin. Nygaard måtte si nei, for legen har bestemt at Tore ikke lenger skal ha sovemedisin. Nygaard ba også Tore ha på sko når han går ut.

Utagering hos en pasient kan oppstå helt plutselig, og smitter kjapt over på medpasientene. For noen uker siden skapte Tore N rabalder på avdelingen. Etterpå stakk en medpasient en lapp inn til ham gjennom

dørsprekken: 5 000 kroner i bot, sto det på den.

Her på posten er det sjelden behov for å bruke belter. Skjerming brukes iblant. Begge tiltak krever vedtak av lege. Ved skjerming tas pasienten ut av fellesområdet, men er hele tiden under oppsyn.

Inne på stuen er det jukeboks på NRK for døve ører. Kollegene sitter trofast på sin gangvakt og har også utsikt ut til terrassen. Nygaard går til høyre i gangen og åpner forsiktig en dør. Innenfor er det mørkt. Er respirasjonen normal? Han lytter noen sekunder før han stille lukker døren. Slik fortsetter han: Åpner, lytter, lukker. Konstaterer at de tre pasientene lever. Han går inn på vaktrommet, noterer på en blokk: Sover ved

tilsyn. Dette skal han ha med i rapporten før han går av vakt.

Så går han inn og setter seg igjen i stolen som vender ut mot terrassen. Der står en skikkelse som frosset. Tore N ser inn. Klokken er to. Tre nattevakter sitter i hver sin stol. Bare dempet lyd fra tv-en kan høres.

(To dager etter kommer politiet med romlingen. Hvert år rømmer noen pasienter herfra, det er en risiko ved rehabiliteringsarbeid, fordi pasientene gradvis får økt frihet. Men voldsrisikoen er vurdert som lav.)

tekst Marit Fonn

foto Marit Fonn

Et bilde av økt selvtillit¹

I 10 år har vi bedret livskvaliteten til menn med erektil dysfunksjon over hele verden¹.



Ref. nr.: 0332-2008

ANNONSE





- når du vil merkes!

NYHET!
Lekre søsterur og fargeglade navneskilt

www.sabo.no ☎ 7383 4850



Ønsker du deg økt klinisk kompetanse og faglig fordypning?

Vi tilbyr følgende videreutdanninger i sykepleie:

- Anestesisykepleie
- Barnesykepleie
- Intensivsykepleie
- Operasjonssykepleie

Videreutdanningene er på 90 studiepoeng og går over tre semestre på heltid.

Studiestart: medio januar 2009.

Kvalifikasjonskrav: autorisasjon som sykepleier og minst to års klinisk praksis som sykepleier.

Søknadsfrist: 15. sep. 2008

NB! Dette er også fristen for å sende inn dokumentasjon.

Se www.hio.no/su for elektronisk søknadsskjema, opptaksregler, studiets innhold og vårt øvrige studietilbud.

Kontaktinformasjon:

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning, tlf. 22 45 38 00, e-post: su@hio.no

høgskolen i oslo

www.hio.no

C Daivobet® LEO
Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgarens egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter Legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgare, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudår-/skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erythrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hørene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismidler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smertor i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og anksittødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20

Refusjonskoder:
ICPC: S 91 - Vilkår nr. 25
ICD: L 40 - Vilkår nr. 25

Sist endret: 28.05.2008



STED: B4, medisinsk
overvåkning, Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Gunn Glenne
Johansen

TID: 02.00–03.00



Corpus pineales forbannelse

ENERGI:
Matpakken kan
vente, det kan
ikke pasientene.

Klokken er 02:28, og Gunn Glenne Johansen sukker for første gang.

Seks minutter tidligere, klokken 02:22, dyttet hun brillene opp på hodet, hentet matpakken og en flaske vann fra kjøleskapet. Hun planla å spise klokken halv tre, slik hun alltid gjør.

Etter tretti år med nattskift, har døgnets omvendte logikk blitt prentet inn i kroppen. Sove om dagen – jobbe om natten.

Likevel, eller nettopp derfor, liker Gunn Glenne Johansen at rutinene sitter. Hun er på tredje nattevakt på rad, og merker det.

Nattarbeidere, som Gunn der hun haster over gulvene på B4 – medisinsk overvåkning, tar en risiko. På mange måter er det kjertelen Corpus pineales skyld. Denne er-

testore delen av hjernen vet nemlig forskjell på lys og mørke, natt og dag, og er ikke den som tar omstillinger på strak arm. Kjertelen befinner seg bak øyeeplene, mellom brynene – og er ansett som en viktig del av urverket i kroppens biologiske klokke.

Corpus pineale synes alle bør sove på natten. Derfor gir den hjernen beskjed om å øke produksjonen av det sykdomsforebyggende hormonet melatonin når dagen er på hell. Når klokken nærmer seg tre på natten, svinger Corpus pisken litt ekstra intenst, og melatoninproduksjonen når toppen.

«Obs. Det var visst et dobbeltblunk.»

Gunn Glenne Johansen glipper så vidt

med øynene – stående – og det går et lite gys gjennom kroppen. Hun rister det av seg og går løs på neste oppgave, en pasient trenger helskift.

Den som er våken på natten får halvert produksjonen av melatonin, ifølge arbeidslivsforsker Magnar Kleiven. Det er derfor risikoen for sykdom øker blant nattevaktene. Statistikkene viser at nattarbeidere har større risiko for å få enkelte typer kreft. De er også utsatt i forhold til psykiske plager, hjerte- og karsykdom, forplantningsskader og mage- og tarmsykdommer.

Rutiner som holder natt og dag sammen på en god måte kan være livsviktige. Både



Et bilde av gjenvunnet stolthet¹

Gode opplevelser er personlige. Vi kan ikke vite hva du har opplevd, men vi vet hvor godt det kan føles. I 10 år har vi bedret livskvaliteten til menn med erektil dysfunksjon over hele verden¹. Takk for 10 harde år. Vi håper de neste blir like harde.



Se preparatomtale side 81



I FARTA: Gunn Glenne Johansen sveiper opp en kaffeflekk før hun haster videre til neste oppgave. Det blir noen kopper kaffe i løpet av en natt.

Obs. Det var visst et dobbeltblunk.

Gunn Glenne Johansen, sykepleier

fordi gode rutiner fremmer jobbtrivsel, og fordi de gir kroppen et forutsigbart alternativ som kan eksistere side om side med en egenrådig kjertel som i alle fall ikke bidrar til å gjøre nattskiftet enklere.

Det så en stund ut til at dette skulle bli en slik vakt på B4, en vakt hvor timene blir jevnt av gårde, oppgavene utføres en etter en, nøyaktig fordelt som et godstog i natten, vogn etter vogn, til morgenen myser, og nattskiftet kan puste ut.

Det så lenge ut til at Gunn Glenne Johansen skulle få tid til å sette seg ned på et på forhånd gitt tidspunkt.

02:23: «Det kommer en pasient.»

Gunn setter brillene ned på nesens igjen, finner en kulepenn og noterer mens hun snakker i telefonen:

«Har han kramper nå?»

«Våken?»

«Samarbeider?»

«Hva heter'n?»

«Født?»

«Yes, det er greit!»

Hun legger på, og konstaterer tørt:

«Da får jeg ta ham.»

Kollega Annabeth foreslår at hun prøver å få spist før pasienten kommer opp.

«Nei,» svarer Glenne Johansen, halvt på spøk. «Jeg kan ikke spise under press.»

Retten før halv kommer pasienten. Det uforutsigbare er en del av jobben, dette

skjer hele tiden, dette er også rutine.

«Hei, jeg heter Gunn. Hvordan går det? Går det til helvete, sier du?»

Klokken blir 02:31, og Gunn Glenne Johansen sukker for andre gang.

En halv time etter er pasienten ennå ikke helt installert. Matpakken ligger fremdeles urørt.

«Ja, sånn er det,» sier kollega Annabeth ut i luften.

«Natta er veldig sårbar.»

tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

foto Erik M. Sundt

Nattevandrerne på Solsiden

Søvnens stillhet råder i korridorene. Alle dørene til pasientenes rom er lukket. Korridoren glemmes i halvmørke. «Det er et godt tegn, men ingen forsikring om at det blir en rolig natt» tenker Kjerstad.

Klokka har så vidt passert 03.00. Sykepleier Linda Kjerstad gjør seg klar til å gå nattens runde på demensavdelingen Trekløver og Solsiden ved Glemmen sykehjem. Hun er eneste sykepleier på vakt, men har selskap av en hjelpepleier.

Nesten lydløst åpner Kjerstad den første døren på Solsiden. Lyset siver ut i korridoren. Pasienten er på vei ut.

– Det er natta nå. Kom, så skal jeg hjelpe deg å ta på nattskjorta så du får sove.

– Hvor er jeg?

– På Glemmen.

– Åhhh... Jeg har ikke spist.

– Er du sulten da?

– Jeg har ikke så mye penger på meg for jeg har en tante som har pengene mine og hun er i utlandet.

– Skal jeg lage en skive til deg?

– Nei, jeg er ikke sulten.

Kjerstad mekler frem og tilbake med pasienten. Hun overbeviser henne til slutt om at det er natt

og tid for søvn.

Lyset slukkes. Kjerstad lukker forsiktig døren igjen. Ute i korridoren hører hun en lyd og stopper opp.

Vandring er vanlig blant demente. Det kan oppleves som et problem, ikke nødvendigvis for vandrerne, men for omgivelsene.

«Alle» har hørt om vandring, men hvorfor skjer det?

Noen vandrer fordi de har trang til å utøve fysisk aktivitet, noen fordi de har hatt yrker gjennom et langt liv hvor de er vant til å gå fra sted til sted. En vane som henger igjen.

Tass- tass- tass- tass.... Tass-tass- tass- tass-tass.

Kjerstad følger etter lyden og stopper opp når hun finner hvor den kommer fra:

– Er du våken du da?

Tassingens opphører.

I blå nattskjorte, hvite tennissko og med en bylt under armen, snur pasienten seg forsiktig mot sykepleier Linda Kjerstad.

– Hi-hi hi, triller det dempet over leppene som deretter trekkes opp i et stort smil.

Bylten inneholder en bluse, en jakke og en bh.

Tass-tass-tass

– Kom hit, hvisker Kjerstad og rekker ut hånden for å lokke nattevandreren i ønsket retning.

– Nei, jeg er så våken.

– Nattevakter må være våkne nå, men du kan sove.

Pasienten klør seg i hodet og buster samtidig til det sølvfargede håret. Det virker som om hun tenker over hva Kjerstad sa.

– Hi-hi hi, responderer hun etter tenkepausen.

Store øyne ser seg rundt.

– Har du vært på do?

– Nei

– Må du?

– Nei.

Pasienten tar Kjerstads hånd. Slik går de to kvinnene bortover i den skumringsbelagte korridoren. Den ene høy og mørk med en slank og strak holdning, den andre gråhåret og rager knappe 150 centimeter over vinylen. Hun legger hodet litt på skakke og kikker opp mot sin turkamerat. Vidåpne blå øyne møter sykepleier Linda Kjerstads brune blikk. Et nytt smil, og på ny den stille latteren:

– Hi-hi-hi.

Men mange vandrer også uten at noen kan forklare hvorfor.

Dess mer en sykepleier vet om en pasients historie, jo større er sjansen for å finne ut hvorfor de vandrer. Det finnes lite eller ingen evidensbasert forskning som gir gode svar. Resultatene fra de undersøkelsene som er gjort spriker i alle retninger.

En ting geriatere er nokså enig om, er at medisinerer ikke virker.

– Vi lar henne gå litt rundt, sier Kjerstad henvendt til hjelpepleieren som har tatt resten av runden og forsikret seg om at alt er som det skal.

– Hi-hi-hi.

Pasienten holder stadig Kjerstads hånd og lar seg lede inn på kjøkkenet.

– Jeg har funnet noe lurt, vi blander med eplemost.



STED: Demensavdelingen på Glemmen sykehjem

SYKEPLEIER: Linda Kjerstad

TID: 03.00–04.00

Et glass settes foran pasienten.

– Drikk litt av dette.

Pasienten gjør som hun får beskjed om.

Til slutt er glasset tomt. Et gjesp.

– Kom så skal vi gå å legge oss.

Pasienten sier ikke noe, men kikker på Kjerstad. Til slutt tar hun tak i Kjerstads utstrakte hånd og lar seg lede mot rommet og sengen.

Det har nesten gått en time siden Kjerstad begynte på natterunden. På vei mot oppholdsrommet sjekker hun at boken utenfor «Nils» sitt rom fremdeles står i oppreist posisjon utenfor døren. Et effektivt varslingsystem.

Nils' rom er vanskelig å se fra pleiernes utkikkspost. Men hører de lyden av boken som dunker mot gulvet, vet de at Nils er på vandring og kan fort ta affære.

– Har du hørt om hvit te?

– Nei.

– Det er friske vårskudd, mens den grønne fremstilles av eldre blader.

– Det har jeg aldri hørt om før.

– Ikke jeg heller.

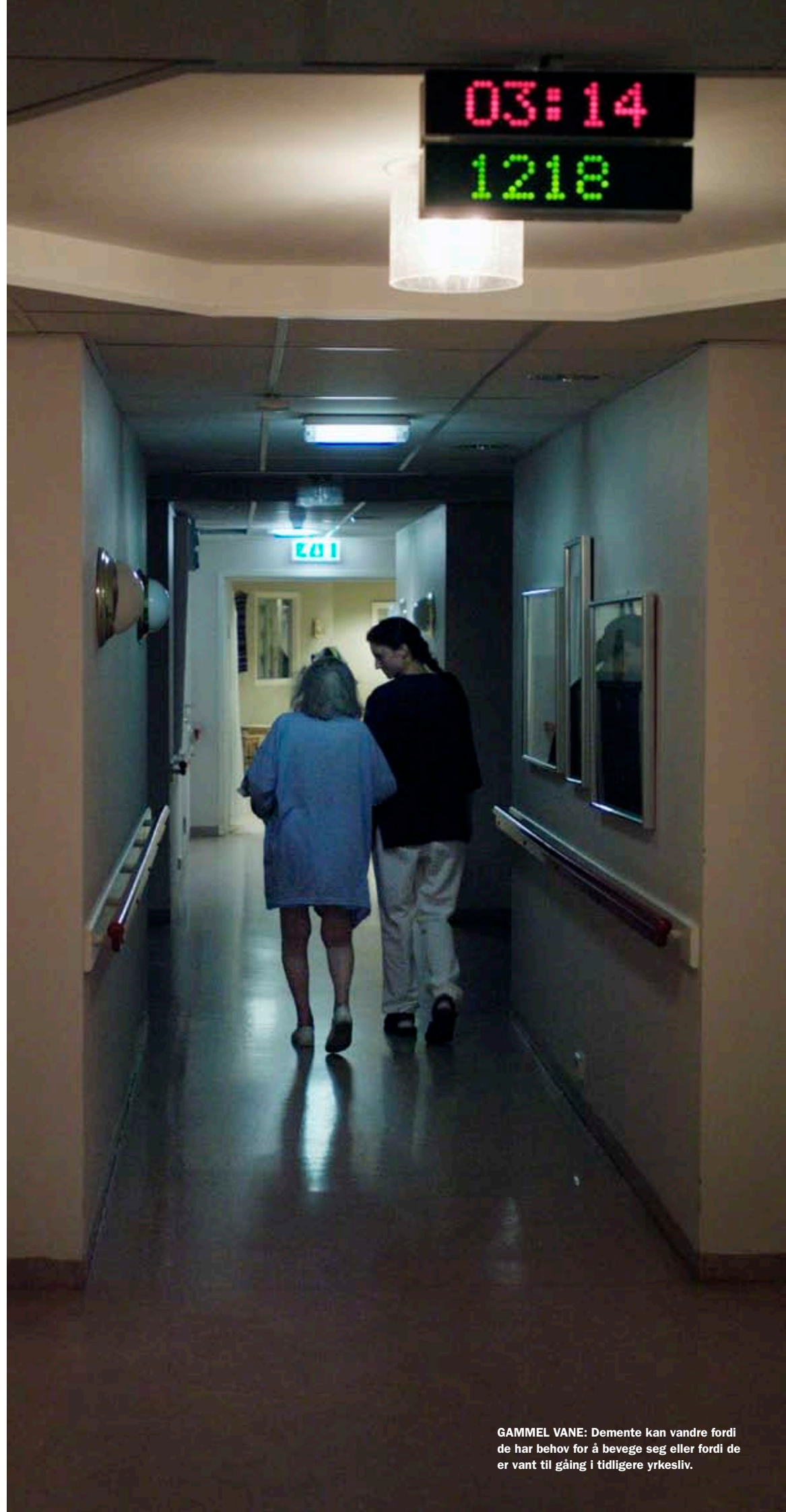
Kjerstad blar videre i bladet «I form», mens hjelpepleieren har øynene fordypet i Norsk Ukeblad.

Stolene de sitter i er vendt med ryggen til flatskjermen. Utsikten nattetid er vendt ut mot korridorene. Det gjelder å ha oversikt.

De flortynne gardinene avslører at dagen holder på å overvinne natten. Kjerstad tar en slurk av kaffen og blar videre.

tekst Kari Anne Dolonen

foto Stig M. Weston



GAMMEL VANE: Demente kan vandre fordi de har behov for å bevege seg eller fordi de er vant til gåing i tidligere yrkesliv.



STED: Morsrommet,
Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Kristine Vister

TID: 04.00–05.00

Timen mellom klokken 0400 og 0500 blir gjerne kalt ulvetimen, død og ulykker har ifølge folketro en tendens til å inntreffe på dette tidspunktet.

Statistikk viser at flest nordmenn dør på en mandag. Det finnes også en oppfatning at døden henter tre og tre samtidig.

Ved Sykehuset i Østfold bruker de båreteppe for å gjøre oppmerksom på at en pasient er død. Dette teppet blir hentet når den døde skal fraktes fra avdelingen til kjølerommet.

I løpet av døgnet 22.05.08 var det to dødsfall ved sykehuset. Det første klokken 00.34. Det andre klokken 07.10. Ingen døde mellom 04.00 og 05.00.

Ingen mors i natt

Døden kom ikke som et applikert teppe denne timen.

Klokken er 04:00, og det er stille i den lille korridoren i andre etasje. Ved den ene veggen står en trereol med fire hyller. En av hyllene inneholder skitne tallerkener, på en står en brukt kaffekopp og nederst står et spenn akrylbasert sparkel for treverk. I en bylt på øverste hylle ligger et varsel om død.

Samtidig, to etasjer over, på B5 lungemedisinsk sengepost, er det stille. Posten har 28 senger for pasienter med lungesykdommer. Mange av pasientene har enten lungekreft eller KOLS. Her er døden noe både de innlagte og ansatte må leve med. Det surkler i kunstige lunger, pasienter puster inn, puster ut. Noen for siste gang.

Sykepleierskiftet på tre er også i natt forberedt. Det kan, som de sier, komme et mors.

Klokken passerer fire, og det er én terminal pasient på avdelingen.

Minutt avløser minutt nede i den lille korridoren i andre. Bylten med tøy på øverste hylle ligger urørt.

I femte ringer er par klokker. To pasienter blir snudd.

I andre er det ikke helt stille likevel. Det er en jevn og vedvarende dur, så lavfrekvent at den bare kan høres om man hører etter. Lyden kommer fra en dør nederst i korridoren. En hvit, bred dør med nøkkelen hengende i låsen. Over døren, litt til venstre blinker et firetall. Tallet indikerer en temperatur. Det er ikke fire grader i korridoren. Men innenfor, bak den hvite, brede døren som bare presten og portøren får lov til å forsere, der er det fire grader.

I natt ligger det åtte der.

Klokken 04.20 bryter en ringelyd stillheten på B5. En pasient kommer inn via akuttten, trenger pustestøtte, oksygen og antibiotika.

Det begynner, litt etter litt, å lysne til en ny dag inne i den lille korridoren. Den hvite, brede døren får et mykere skjær. Over døren, litt til venstre, står det fremdeles et lite firetall. Innenfor er det fremdeles åtte. Bylten ligger som den lå for en time siden, øverst i en trereol, ved en vegg, i en korridor.

Klokken er 05.00, og det kommer enda en akutt pasient inn på B5. Den terminale pasienten er stabil.

Portøren strakte ikke hendene ut mot plastikken som var spent over sengen.

Døden kom ikke denne timen. Ingen portør brøt stillheten i natten med å slå opp en dør, hente en tøybylt fra øverste hylle, for så å haste innover i de brede korridorene. Portøren gikk ikke inn på en avdeling, litt stillere, og det var heller ingen sykepleier som tok imot, som viste inn til rommet, til morset, til døden. Portøren strakte ikke hendene ut mot plastikken som var spent over sengen, for å forsikre seg om at alt var godt dekket til, slik at tøybylten kunne brettes ut, slik at applikasjonene var godt synlige, over plastikken, over morset, over døden. Et stykke tøy, et applikert teppe, ble ikke foldet pent over en seng denne timen, for å dekke til et mors, en død, med et symbol på død.





STED: Intensivavdelingen,
Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Anne Grethe
Melleby

TID: 05.00–06.00

Intensivt

Intensivsykepleier Anne Grethe Melleby synes det er viktig at dypt sederte pasienter også har normal døgnrytme. Men dagvaktene er hektiske med mye prosedyrer og behandling. Derfor må tiden brukes selv om det er natt.

Klokka 05.15 forteller hun pasienten sin at det er tid for morgenstell. Natt til torsdag 22. mai er det fire pasienter på avdelingen. Fem sykepleiere er på jobb og tre av dem er svenske.

tekst Torhild Apall Dybvik

foto Stig Weston



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

Vaksinen som beskytter mot
4 papillomavirustyper og som
skal forebygge **livmorhalskreft****



**Dokumentert effekt mot HPV
6, 11, 16 eller 18-relaterte
genitale sykdommer**

Gardasil® skal forebygge:

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

artellno // 7201 09-2007-NO-046-01

**For bred beskyttelse*
og tidlig nytte****

*Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva
og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

**Norsk SPC



sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet
Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
infono@spmsd.com

Morgen- ekspresen

Det fyker et par ferrarirøde sportssandaler gjennom korridoren. De frakter en nattevakt, en blodtrykksmåler, en tisseflaske og en isbit.

Sykepleier Lise Gjerdsjø Martinsen banker ikke på døra til firesengsrommet. Hun åpner og går inn. I mørket skimtes en rufsete dott på midten av hodeputene med hver sin sjattering av grått. Tre kvinner sover her. Nå skal Martinsen gjøre noe av det kjedeligste hun vet.

Ranveig Korum vekkes med spørsmål om hun har sovet godt.

– Ja, veldig godt.

Stemmene bærer helt bort til de andre sengene. Martinsen sjekker oksygenmetningen i blodet med en svart klemme på Korums finger.

- Har du hatt noe vondt?
- Bare når jeg snur meg.
- Har du vært noe kvalm?
- Nei.
- Det gikk over, det som var i går?
- Ja.

Sykepleieren fester blodtrykksutstyret på pasienten. Innimellom pratingen skal hun også ta pulsen og telle respirasjonen. Telling gjør hun helst uten at pasientene merker

det, ellers vil de puste annerledes. Martinsen bruker å si at hun bare skal ta pulsen.

- Noe kløe, da?
- Nei.
- Så bra.

Hun pumper og noterer blodtrykket på en lapp stappfull av små kruseduller som av og til blir uleselige, selv for forfatteren. Hun stikker den i lommen.

– Det var bra. Kan du løfte på beina? Flott!

Martinsen bretter Korums nattskjorte til side og begynner å stryke en isbit på den bare huden. Den ligger i en kompress så den er lettere å holde. Det blir stille. Martinsen maler isbiten over magen.

- Er det kaldt?
- Ja.

Hun lar den gli opp mot brystet.

- Er det kaldt eller isbitkaldt?

– Isbitkaldt.

– Kjenner du det overalt?

– Ja.

Da er bedøvelsen fra operasjonen ute av kroppen.

– Få se på ryggen. Få se på magen.

Til slutt går Martinsen på skyllerommet, måler opp urinen hun tømte i flasken og noterer på en whiteboard-tavle.





STED: Gastrokirurgisk sengepost
A3, Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Lise Martinsen

TID: 06.00–07.00



Dermed er morgens andre EDA-sjekk (epidural analgesi) over. Alle som har smertepumpe må sjekkes slik seks ganger i døgnet. Martinsen gjør det klokka to og seks og er klar i sin dom:

– Det er urtråkig å måtte vekke pasientene med alle spørsmålene.

En annen ting hun misliker, er å barbære pasientene i rumpa. Når pasienten ikke liker noe, smitter det over på henne.

Martinsen vekker en ny pasient.

– Har det rumla i magen din?

– Ja.

– Har du fått prompa?

– Nei.

Hun styrer bevisst unna stiv latin. Ingen skjønner hva hun babler om hvis hun spør om de har hatt flatusavgang.

Noen fistler kan lukte råttent og alle stomiene er heller ikke til å kimse av, men etter ti år på avdelingen er Martinsen herdet. Det eneste som kan få hennes egen lille gastroavdeling ut av balanse er slim og skorper i munnen.

Men hun liker jobben sin. Trivelige folk. Dessuten slipper hun alle telefonene som er på dagtid.

Avdelingens 26 senger er vanligvis okkupert.

Opp imot 80 prosent av behandlingen er øyeblikkelig hjelp, slik som tarmslyng og ulike betennelser. Ellers er det en del kreft. Nå ligger der en mann i korridoren, mens to kvinnesenger står tomme.

I natt har Martinsen hatt ansvaret for én



mann og seks kvinner. Det var fullt kjørt fra hun kom på vakt til klokken to på natten. En pasient fikk lungeødem. I tillegg ble en operasjon avlyst fordi legen ikke ville ta den uten overlegen til stede. Ellers har det vært rolig.

De nettene det kimer hele tiden er det verre. Da løper Martinsen på det harde gulvet til hele kroppen verker. Forhåpentligvis vil de nyinnkjøpte Grete Waitz-sandalene hjelpe mot det. I firetida blir hun ekstra trøtt. Kroppen kjennes tung og hun fryser. En taknemlig pasient ga nattevaktene en poncho i gave, men den er litt upraktisk når hun går inn til pasientene.

Etter å ha vekket fem pasienter, må Martinsen rapportere på det nye elektroniske systemet. Tre nattevakter taster på hver sin pc i dyp konsentrasjon på vaktrommet. Martinsen bruker tommel og langfinger på høyre, med en og annen hjelpende tommel og langfinger fra venstre. Før gjorde de det på papir. Nå tar det dobbelt så lang tid.

- Dusjing – hvor skal det?
- Hm?
- Dusjing?
- Velvære.
- Åja, velvære.

Kvart på sju blir det folksomt på vaktrommet. Det skal egentlig være stille rapport, men den skjer muntlig. Seks personer snakker stille sammen to og to. Martinsen diskuterer med dagvakten som skal ta over hennes pasienter. Noe stemmer ikke med den skriftlige rapporten de har fått fra anestesen.

Fem på sju piper det fra rom nummer fem som er Martinsens ansvar. Hun har nok med skjematrøbbelet og hører det ikke. Ingen andre reagerer heller.

Martinsen og dagvakten blir i en grønn perm. De er usikre på hvor mye pasienten har tømt seg, det er viktig å vite når de nå skal væske opp. Det står ulikt på skjemaet og på tavla. Pasienten mangler 840 ml ut.

- Det er liksom sånn kaos.
- Ja, det er det.

De to sykepleierne bruker nesten et kvarter på problemet før de gir opp, uten å melde fra til anestesen.

Klokka sju piper det fremdeles. Tallet blinker standhaftig i rødt. På nummer fem trenger en kvinne hjelp til å komme seg på do.



● tekst Eivor Hofstad

foto Erik M. Sundt ●

IS-SJEKK: Lise Gjerdsjø Martinsen bruker en isbit til å sjekke om bedøvelsen har gått ut av kroppen til Ranveig Korum.



STED: Indremedisinsk sengepost
A-2, nyre og infeksjons-
sykdommer, Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Liselotte Berger

TID: 07.00–08.00

Venter på livet

Hver gang nyhetene melder en ulykke følger Åge Ringen ekstra nøye med. Han vet at en dødsulykke kan bety et bedre liv for ham.

Med godt grep om kaffekoppen sitter sykepleier Liselotte Berger og leser gjennom de elektroniske journalene. Det eneste lyset inne på vaktrommet er de smale stripene som trenger seg frem gjennom persiennen. Stillheten avbrytes kun av klikkene fra musa. Det tar ikke lang tid før Berger har scrollet seg gjennom sidene.

Før noen uker siden innførte posten stillerapport på morgingene. Denne rapportformen blir stadig mer brukt ved overføring av informasjon mellom de ansatte. På den måten sparer de mye tid, og det er lettere å få med seg all informasjonen.

Pasientene på posten har ofte komplekse problemer. Personalet bruker derfor mye tid på administrative oppgaver. I dag har Berger ansvar for nyregruppen. Mange av disse har hatt nyresvikt, og flere får dialyse i påvente av transplantasjon.

Åge Ringen er en av Bergers pasienter. På rommet hans strømmer morgensola inn.

Pass deg for pølsene på Shell!

Åge Ringen

Fuglesangen konkurrerer med God Morgen Norge.

- Hei.
- Heisan.
- Tenkte jeg skulle ta blodtrykket.
- Hvis det er noe der, sier Ringen mens munnen krummer seg til et smil.
- Ellers hadde du nok ikke snakket med meg nå.

Berger fester den sorte remmen rundt armen hans.

- Har du fått sove noe i natt?
- Bra i forhold til hva det har vært. Han slår av tv-en.
- Vil du stelle deg nå eller vente?
- Kan godt gjøre det nå, så rekker jeg kanskje litt frokost før dialysen.

Norge er blant de beste i verden på organdonasjon. Antallet har økt de siste årene, og i første kvartal i år ble det gjort 143 organtransplantasjoner. Blant disse var 84 nyrer. Men selv med nedgang i ventelistene er det et stadig økende behov for nye organer.

Åge er en av de 179 i landet som venter på ny nyre. Mye må stemme før en transplantasjon. Viktigst er det at nyren kommer fra en person med samme blodtype og vevstype.

Selv om dødeligheten er mindre etter en transplantasjon enn ved dialyse, kan mye gå galt. Dette vet Ringen alt om.

Berger fyller vann i vaskevannsfatet.

- Vil du jeg skal trekke for her?
- Neida, det er ikke så farlig.

Ringen heiser seg opp og støtter seg på albueene. Rolig flytter han de nakne bena over sengekanten. Han tar tak i et håndtak over senga med den ene armen, og trekker seg forsiktig opp.

– Åh, nå ble jeg svimmel. Han trekker pusten dypt. Slik sitter han en stund og hviler mens Berger gnir kluten over ryggen hans.

Nå er det ti år siden Åge fikk nyresvikt. Da var han heldig og fikk transplantert en nyre fra en i familien. Får man en nyre som passer godt, kan man i prinsippet leve med den livet ut. Men Ringen var ikke så heldig. Nå er det en drøy uke siden han ble innlagt igjen.

Berger skal re opp sengen. Hun rekker Ringen krykkene. Han lener seg litt fremover, og med skjelvende ben reiser han seg opp. Armene dirrer lett, og knokene hvitner rundt håndtaket på krykkene. Med korte steg snur han seg og retter opp ryggen.

– Pass deg for pølsene på Shell, sier han. Stemmen er munter, men smilet forsvinner fort.

Innen Berger er ferdig, har han fått en liten knekk i knærne. Skuldrene har sunket ned, og armmusklene er i spenn når han lener deg fremover.

Vel oppe i sengen går praten straks lettere.

– Deilig vær i dag. Skulle gjerne vært på verandaen nå.

– Vi kan jo prøve å trille deg ut en dag.

– Hvis du finner en bred nok rullestol, så ler han.

Etter transplantasjonen omskolerte Åge seg. Stillesittende jobb, forkjærlighet for pølser og medisinbruk har gitt ham 100 kilo ekstra. Det var etter en tur i svømmehallen forrige uke at han plutselig følte seg dårlig. Ringen ble straks lagt inn på sykehuset, og fikk konstatert at kroppen hadde frastøtt den transplanterte nyren. Siden har han fått dialyse. Til tross for at de tappet 17 liter vann de åtte første dagene, er bena fremdeles hovne og sprengt.

For å få en ny transplantasjon må han redusere vekten sin. Selv om han nå har kommet seg under 200 kilo, gjenstår mange kilo og mye jobb. Helt svart er det imidlertid ikke.

Man kan leve lenge med dialyse. Men det krever mye av pasientene, og at dialysen har god kvalitet.

– Vil du ha noe mer før frokost? Litt å drikke?

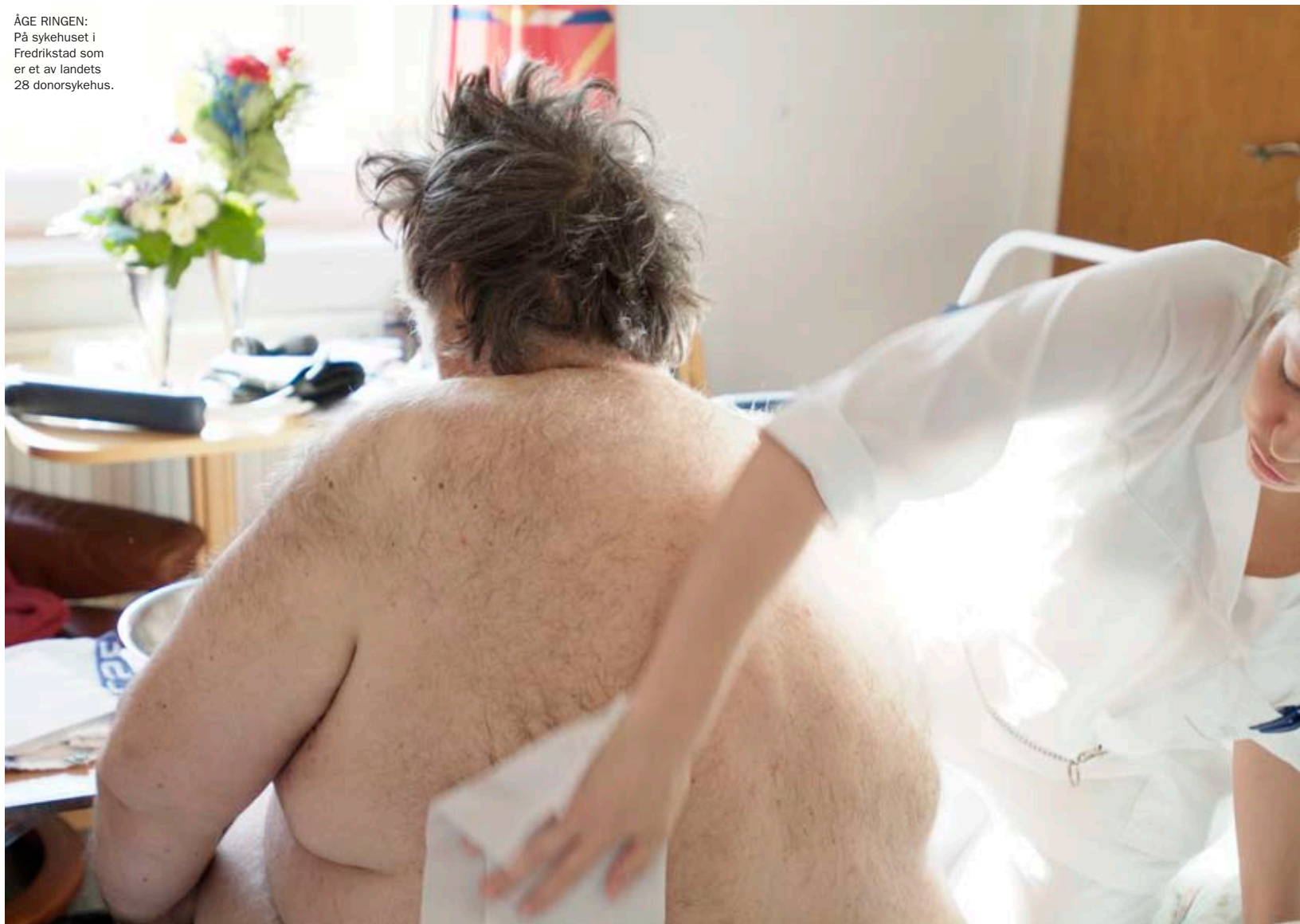
– Vann, takk, sier Åge.

Han legger seg tilbake i sengen og skrur på tv-en. Følelsen av at hans liv avhenger av andres gnager i brystet. Når han hører noen blir offer for dødsulykker, så håper han de dør med donorkortet i lomma.

tekst Turid Spilling

foto Stig M. Weston

ÅGE RINGEN:
På sykehuset i
Fredrikstad som
er et av landets
28 donorsykehus.





Forberedelser til et varslet inngrep



STED: Operasjonssentralen, Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Mona Louise Hegg

TID: 08.00–09.00

En liten gutt er nettopp født på operasjonsstue 3. Nå gjør Mona Louise Hegg og Sissel Bangor klart til å fjerne en livmor.

Klokken er 08.06 og de to operasjonssykepleierne er forsinket. Helst skulle de gått rett i gang med å forberede dagens første inngrep da de kom på jobb 07.30. Men i morges måtte de steppe rett inn på et hasteisernytt. Nattskiftet skulle hjem. Nå leter de frem utstyr og diskuterer arbeidsdeling mens de venter på at stuen blir vasket. Stemmene deres blander seg med et jevnt surr av stemmer fra korridoren.

- Da får jeg være slave, da, sier Sissel Bangor og smiler.

- Det passer meg bra i dag, repliserer Mona Louise Hegg. Hun vil kle seg sterilt og assistere kirurgene. Sissel Bangor skal gå til hånde.

De har en regel: De andre skal aldri måtte vente på dem. Blir forsinkelsene for store, kan det føre til strykninger i operasjonsprogrammet.

Straks stuen er rengjort, ruller de inn traller med utstyr og sjekker det som finnes der inne. Ofte må de rundt på avdelingen og lete. Sissel Bangor lurer på om hun kan

hente pasienten, men alle er ikke klare.

- Det er laparoskopisk, ikke sant, Mona?

- Ja, det er laparoskopisk, ja.

Sammen fester de benstøtter til operasjonsbordet.

- Hun kan gå inn selv, hun da, mener Sissel Bangor mens hun legger frem tepper og laken på bordet.

- Hun er frisk og rask.

Anestesisykepleieren stikker hodet inn. Operasjonssykepleierne lurer på om han er klar.

- Nei, svarer han og forsvinner igjen.





Mona Louise Hegg.



Sissel Bangor ser på et kart. Det viser hvor all apparaturen skal stå under dette inngrepet. Rundt seg har hun traller med hvite tufere dyppet i oransje klorhexidin og lange instrumenter på bord dekket med blått, sterilt stoff. Utstyret fyller snart hele rommet.

Snart skal en livmor dissekeres fra omkringliggende vev, kvernes opp og hentes ut i lange strimler. Alt gjennom tre små hull på pasientens mage. Det krever apparater som normalt ikke er på stuen. Sissel Bangor for-

svinner for å hente mer. En portabel skjerm som visualiserer bilder som skal tas inne fra magen settes opp ved foten av operasjonsbordet.

Kirurgene kommer inn. Sykepleierne forklarer hvorfor det er forsinkelser.

– Kan vi hjelpe med noe, spør hovedreparatøren og slår ut med hendene.

Mona Hegg viser hva hun har lagt frem.

– Perfekt, sier han.

Så kommer pasienten. Gående med grønn

hette på hodet. Sissel Bangor og anestesisykepleierne hjelper henne til rette på operasjonsbordet, de småprater. Mona Hegg diskuterer utstyr med kirurgene. Romklengen gjør stemmene harde og høylydte.

– Demp dere!

Støyen dalner, hver og en konsentrerer seg om sine oppgaver. Sissel Bangor legger pasientens ben på plass i noen gule skinner som mest minner om slålomstøvler. «Banana boots», kalles de. Pasienten forsikrer at hun ligger godt. Det knitrer i papir som rives



To gule «banana boots»



Sissel Bangor.

opp, durer svakt fra maskinene.

– Skal vi sette i gang, spør anestesien.

Lydene dempes enda mer. Mona Louise Hegg går ut på gangen og vasker seg. Inne igjen kler Sissel Bangor henne i steril, blå frakk. Hun tar på doble sterile hansker.

Klokken er 08.43.

– Hun sover, melder anestesien.

Det klirrer når Mona Louise Hegg legger frem sterile instrumenter. Anestesien lurur på hvorfor pasienten ligger så rart med armene.

– Fordi operatøren skal komme til, svarer Sissel Bangor.

Men anestesien er avhengig av å kunne følge med på intravenøse tilganger.

– Da må anestesien være kreative og finne løsninger, sier hun.

Klokken er 08.50. Mona Louise Hegg har fremdeles utstyr å legge frem. Anestesien legger inn nål i pasientens andre hånd. En tredje operasjonssykepleier kommer inn og hjelper til med å pakke opp. Ritsj, sier det

i myk plast. Ordene som utveksles er få og lavmælte.

Klokken 08.58 ser legen innom.

– Jeg er svett oppover ryggen, sier Sissel Bangor.

– Åssen er det, skal jeg begynne å vaske meg, eller, spør hovedoperatøren.

– Ja, begynn å vaske deg du, svarer Sissel Bangor.

tekst Nina Hernæs

foto Tarjei Ekenes Krogh



STED: Møterommet,
psykiatrisk avdeling, Veum,
Sykehuset i Østfold

SYKEPLEIER: Anne Grethe
Erlandsen

TID: 09.00–10.00

Linedans

Anne Grethe Erlandsen ser opp fra pc-en. «Gidder noen fylle kaffe til meg?» Kommunikasjonsdirektøren skal snart legge fram hvordan byggingen av et nytt Østfoldsykehus kan markedsføres. Det blir den nest største bygningen i Østfold etter Fredriksten festning i Halden.

Det er 13 rundt bordet på Psykiatrisk avdeling, Veum. Diskusjonen er allerede i gang. Den uformelle.
«Det som er flaskehalsen...»
«Ikke sikkert det er det.»

«**God morgen. Så** er det på tide å komme i gang. Vi har syv saker på dagsorden, og vi bør være ferdig til 10. Da er det nytt møte.»

Klokka på veggen viser 09.04. Stemmene rundt det u-formede bordet stilner. Tolv par øyne ser på administrerende direktør Leiv Kvale.

Første møte i styringsgruppa **Revidert konseptfase Nytt østfoldsykehus** er i gang. 113 000, eller muligens 61 000 kvadratmeter, skal fylles med funksjoner. Det skal erstatte sykehusene i Fredrikstad, Sarpsborg og deler av Veum.

«**Før vi går** løs på første sak, foreslår jeg at vi kjører sak 6 opp.»

Blikkene flyttes fra en direktør til en annen, Anne Grethe Erlandsen. Kano-

nen i taket lyser opp det hvite lerretet. Kommunikasjonsdirektøren trykker på enter-tasten:

Midler til kommunikasjonstiltak – profilering av prosessen med nytt østfoldsykehus. Sak 6 spretter opp på lerretet.

Hun begynner sin muntlige orientering.
«Sykehuset Østfold er ett sykehus, med drift flere steder.»

Det overordnede budskapet presenteres kort og konsist. For ansatte og befolkningen i Moss er dette ingen selvfølge. Hva med lokalsykehuset «vårt»?

Erlandsen vet det.

Hun føler seg ofte som en linedanser. En som bare må komme over til den andre enden, helst på en mest mulig elegant måte. Informasjon og åpenhet er balanse-pinnen.

Den tidligere kretsleder i Norsk Sykepleierforbund Østfold husker sykepleierstreiken i 1986. Hun husker pasientene og pårørende som ringte og var bekymret.

Nå skal hun dempe unødvendig bekymring blant 4 700 ansatte i helseforetaket Sykehuset Østfold og 265 000 østfoldinger.

Blikkene er festet på teksten på lerretet.
«Her må det stå spesialisthelsetjenesten.»

Divisjonsdirektør for medisin reagerer på bruken av «nytt sykehusbygg» og «nytt sykehus».

«Det er ikke vårt dokument.»

Teksten er utarbeidet av et reklamebyrå sykehuset har benyttet flere ganger. Så Erlandsen ber møtet glemme enkeltordene og tenke overordnet. Hun ønsker tilbakemelding på om det framlagte forslaget er noe å gå videre på.

«Men ordene må ikke få feste seg.»

Medisineren gir seg ikke.

Administrerende direktør trer inn i rollen som ordstyrer.

Erlandsen fullfører sin gjennomgang.

«Skal vil bruke penger på dette?»

Det nikkes bekræftende på administrerende direktør sitt spørsmål.

«Flott, da vedtar vi det. Bra, Anne Grethe.»

Kommunikasjonsdirektøren har fått «inntil 270 000 kroner». Det hun skal markedsføre vil koste tre, fire kanskje fem milliarder.

Mulig åpning er 2014. I kommunikasjonsdirektøren sin presentasjon optimistisk konkretisert til 24. januar klokka 12.00.

I bokhyllen på kontoret i administrasjonsbygningen står en modell av «gamlesykehuset» i Fredrikstad. Det skal Anne

**Hva betyr dette i praksis?
Beklager hvis jeg spør dumt.**

Brukerrepresentant

Grethe Erlandsen knuse når første spatak blir tatt. Forhåpentligvis i 2011.

Tilbake til første sak.

«Dette dreier seg om hva det kan, og jeg sier, *kan* bli.»

Prosjektlederen for nytt Østfoldsykehus har ordet. Dimensjonering av nytt sykehus er tema.

En rød prikk går fram og tilbake over tabellen for realvekst på lerretet.

«Dette stemmer ikke. Vi vet at det blir flere eldre.»

«Men vi har ikke bedre tall.»

Prosjektleder fortsetter. Enda høyere og lengre tabeller viser seg.

«Hmm.»

Tabellen over arealdisponering dukker opp.

Divisjonsdirektør for kirurgi kremter igjen.

«Vi må ha flere operasjonssenger.»

De 113 000 eller kanskje 61 000 kvadratmeterne er blitt til enkeltssenger.

Ti direktører, en sjef, en leder og brukerrepresentanten ser, noen myser, på tabellen.

Den røde prikken beveger seg tilsynelatende tilfeldig opp og ned. Tallene er små å se på, men store i omfang.

«Hva betyr dette i praksis? Beklager hvis jeg spør dumt.»

Representanten for brukerrådet trekker brukerne inn i diskusjonen. Vil DE i framtida ha ett sted hvor de kan få ordnet alt?

Andre er bekymret for intensivkapasiteten. Noen for laboratorietilbudet.

«Kan ikke la dette stå som det står. Det blir for lett.»

Selv om det er snakk om titusener kvadratmeter, er det lett å bli konkret i hodet.

Klokka passerer 10. Nytt møte skulle ha startet. To hender er i været. Fortsatt har de fire saker igjen.

Men det er en stund til åpningen av nytt Østfoldsykehus 24. januar 2014. Klokka 12.00.



tekst Bjørn Arild Østby

foto Therese Borge

Åpenhet og informasjon er viktige stikkord for Anne Grethe Erlandsen.



ABSCESSE: Når sprøyten ikke treffer åren, legger stoffet seg i underhuden. Da kan det samle seg puss i nye hulrom. Pers sår er blitt tørre, konstaterer Elisabeth Gudim.



STED: Feltpleien, lavterskeltilbud
til rusmiddelavhengige,
Fredrikstad kommune

SYKEPLEIER: Elisabeth Gudim

TID: 10.00–11.00

Jaget

«Når jeg snurra kanylen 10-15
ganger rundt, fikk jeg vekk
skorpen på såret», forteller
Per til Elisabeth Gudim.

Per sitter på undersøkelsesbenken. Han tørker bort en ørliten flekk på buksen. Får en kladd i fanget, og sykepleier Elisabeth Gudim napper tre plasterlapper av armene hans.

En jente med hestehale stikker hodet inn gjennom en luke i veggen. Før var her åpen dør, men da personalet ble truet for et år siden, måtte de begynne å låse. Da kom lukesystemet.

Jenten henvender seg vekselvis til ham på benken og hjelpepleier Mona Gjevikhaug:

«Per, så fin du er på håret. I dag vil jeg ha 12 og 16. I går fikk jeg bare 16. Er det abscesser du har, Per?»

«Ja, men jeg tror ikke det er noe i dem», sier Per.

«Ikke det, nei.»

Jenten får sprøyten med to lengder på nålene.

«Bare blod i dem», fortsetter Per.

«Ja, bare blod», svarer jenten.

Hun løper ned trappen, men snur midt i.

«Kan jo fylle på vann», sier hun til seg selv, river papiret av på en av de nye sprøytenes mens hun smetter bort til vasken ved trappeavsatsen. Hun fyller sprøyten og stormer ned.

Feltpleien har lokaler midt i sentrum i etasjen over Varmestua, der Blå Kors serverer mat. Det er åpent hver dag fra ni til tre. Gudim jobber fullt, Gjevikhaug trekvart.

Gudim renser abscessene med saltvann.

«Per, hørte du hun sa du var fin på håret?»

«Ja.»

De snakker om hårfarge, søsken og vekt. Per synes Gudim har tynne armer.

«Trenger ikke muskler i denne jobben.

Såret ser tørt ut», sier Gudim.

**Hvis jeg stikker i låret får
jeg så vondt etterpå.**

Knut

Per forteller hvordan han etter mye strev klarte å komme under skorpen med en bøyd kanyle. Til slutt røyk den! Gudim har sikkert sagt det tusen ganger: Ikke pirk i sårene! Nå sier hun bare:

«Det er visst en liten sykepleier i deg.»

Hun plastrer ferdig.

«Sånn, nå er du god som ny.»

Per reiser seg og stryker sakte over plas-

terlappene sine. Han ber om å få med litt ekstra plaster. Han får resten av rullen.

«Tusen hjertelig, vennen min», sier han og går.

Dette er ett av 38 feltpleietiltak i landet.

Tilbudet er ikke lovpålagt og derfor avhengig av midler fra år til år. Alle blir tatt imot uansett hvor ruset de er. Her oppbevares ingen medisiner, men rusbrukerne kan bestille vaksine mot hepatitt a og b. Men mange kvier seg, for de liker ikke å bli stukket i armen.

De to pleierne leverer ut 8 000 sprøyter i måneden. På en gjennomsnittsdag kommer 40 rusbrukere hit. Det skjer neppe i dag, for i godværet har de annet å gjøre. Dessuten kom trygden for to dager siden. Da lokker Oslo med mye og billig dop.

Gudim går ned i bakgården. Per har satt seg på en benk i sløret sol. Der sitter også «Knut» med hunden sin. Han viser fram armen for Gudim.

«Du har bare perforert åra di», sier hun.

«Hvorfor får jeg ikke inn spissen?»

«Kan tenkes at den begynner å rulle.

Kanylen trenger ikke inn i åra.»



«Sånn er det med meg og», sier Per. Gudim tror Knut bruker for kort nål og spør om han har tid til å bli med opp. Knut ber Per passe hunden så lenge. Fikk han vært på legevakten, slik han hadde tenkt, lurer Gudim. Nei, sånt blir nedprioritert, svarer han.

Hun blar i katalogen med sprøyter. 3 centimeters lengde kan være bra for Knut, som vil begynne å injisere i musklene. Årene hans er oppbrukt.

«Er det farlig å stikke på samme plass?»

«Kan jeg få se på armen? Har du tid?»

Knut tar av seg på overkroppen. Han stryker seg over glatt og sårløs hud. Høyre overarm er en anelse gul. Gudim kjenner.

«Ser helt fint ut. Det harde er arrvev.»

«Her kjenner jeg det på morran.»

«Du ser så fin ut.»

«Hvis jeg stikker i låret får jeg så vondt etterpå.»

«Det er fordi du bruker musklene i låret mer enn musklene i armen.»

Gudim sier hun skal bestille lengre nåler til Knut.

Klask! En rank, smilende mann kaster en puck i en gul beholder innenfor luken. Han er brun, har lys skjorte og bukse, og en dressjakke over armen.

«Du er jo enda brunere enn før i uka», sier kollega Gjevikhaug.

Pucken inneholder brukte nåler. 30 nye i bytte for en sånn. Ti til dem som kommer uten puck. En langhåret kar smyger seg fram. Klask! Nok en puck i beholderen. Begge får nye forsyninger. Den solbrune vil ha 16 og 12. Og masse nye pumper, takk! Den langhårete tar det han får og er borte. Mannen med brunfargen ber om en pose.

«Ha det, jenter», sier han muntert og spankulerer videre med plastposen sin.

Stemmesurret fra bakgården kommer og går opp til de to i feltpleien. De ønsker nye og bedre lokaler og minst to hele stillinger. Det er 3-400 tunge rusbrukere i byen. Flesteparten bruker heroin.

Surret stilner. Fra vinduet ser de to pleierne at brukerne er på vei mot elvekaaien. Noen i flokk. Noen alene. En sykler. Minutter etterpå er de i bakgården igjen.

Døren til feltpleien er åpen. Der kommer hestehalejenta tilbake med solbriller på hodet. Hun legger fra seg noe på golvet og



I BAKGÅRDEN: «Knut» sliter med å treffe rett med sprøyten. Per kjenner seg igjen. Elisabeth Gudim gir råd.

spør om det er greit så lenge. Det er utstyret hun fikk utdelt for en halvtime siden.

«Jeg går og venter på metadon», forteller hun og lener seg mot dørkarmen.

«Å?» sier Gudim.

«Trudde du visste det. Får om en uke.»

«Så bra!»

Hun kommer hit omtrent hver dag. Det er over tjue år siden hun begynte å dope seg. Da var hun 12. Forrige måned ble hun funnet under et tre og brakt hit. Hun lå på benken i to timer. Respirasjonen ble stadig svakere mens virkningen av heroin og piller økte. Ambulansen ble tilkalt, men motgift

hjelper ikke mot en slik blanding.

Øyelokkene henger delvis over øynene.

«Det begynner å sige på. Ha det.»

Hun går sakte ned trappen mens hun støtter seg til gelenderet.

Elleve dager senere får Gudim vite at alle landets 38 feltpleier får statlige midler til å drive i to år til.



EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser - og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.¹

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lakkemuskel

Hva ville du selv foretrekke?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjoner:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalie. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.



STED: Borge sykehjem

SYKEPLEIER: June Andersen

TID: 11.00–12.00

De forsvunne hendene

Inspektør Javier Falcón og sykepleier June Andersen har to ting til felles: De kan huske enormt mange detaljer. Og de tror at løsningen alltid ligger i menneskets vilje til å overleve.

A

sted: En betongkoloss henslengt på et jorde ved Borge.

Handling: Stadig nye pasienter kommer til Fredrikstad kommunes rehabiliteringsavdeling. Noen har vært utsatt for ulykker. Andre for hjerneslag. Det kan også være plutselig kognitiv svikt eller brukket lårhals. Eller en som på uforklarlig vis har falt om hjemme og brukket nakkevirvelen. Sykepleier June Andersen blir bedt om å ta saken. Hun leder det tverrfaglige teamet rundt pasientene på avdelingen. Disse kan være opp til 90 år gamle. De vil gjerne trene for å komme seg hjem. Men så snart noen har forlatt avdelingen, kommer nye pasienter til. Med hjerneslag og brukene ledd.

Torsdag. June Andersen er eneste sykepleier på vakt. Kollegene hennes er på kurs. Hun har nettopp vært i treningssenteret i første etasje på Borge sykehjem. Vanligvis svette det her, harde muskler blir tøyd, vonde bein settes møysommelig i bevegelse. Nå ligger det uvant øde. Ingen lyd fra apparatene, ingen plask fra bassenget. Ingen oppmuntrende tilrop. Det er kursdag. Tema: empowerment. Andersen er alene.

Bestemt går hun opp de nakne betongtrappene til 2. etasje, svinger inn på vaktrom-

met og lander på en swingstol ved PC-en. Det lange lyse håret er samlet i en hestehale. Hvite sko dingler på føttene. Klokka på brystet viser tre over elleve. Viften på skapet har stanset.

«June?»

Vanligvis ville hun gått langs sengene med sykehjemets lege, fulgt opp medisineringen, ringt og vært i kontakt med åpen omsorg. Men i dag er hun dønn alene på jobb. Hun tror det vil bli mange turer til medisinerrommet. Smertestillende. Dosering. Se til at alt går bra. Bortsett fra de 12 sengene på rehabiliteringsavdelingen skal hun i dag også holde øye med de 13 sengene på korttidsavdelingen på Borge sykehjem. En ny pasient er dessuten på vei. Han kan komme hvert øyeblikk. Men når kommer han egentlig?

«June!»

June Andersen er 41 år og lystleser. Hun er glad i Robert Wilson. Han har skrevet en bestselgende serie politiromaner der handlingen er lagt til Sevilla i Spania. Her opptrer inspektør Javier Falcón. Han forsøker å skape orden i handlinger som leseren knapt kan se en sammenheng i. Merkelige hendelser skjer på den Iberiske halvøyen. Det er kaos i heten. Men Falcón holder hodet kaldt. Han vet hva mennesker kan gjøre, på godt og vondt.

Hjemme i Sellebak, en halv mil unna, slapper Andersen av med slikt. Mellom slagene. Mellom familien og jobb. Det er kanskje sansen for alle de små puslebittene som til slutt blir til noe som gir mening, som gjør at hun elsker Wilson. Det likner på hennes hverdag der ingenting er statisk på plass men alltid i bevegelse. Der alltid alt skal følges opp.

«June!! Telefon!»

Hun haster nok en gang mot medisinerrommet. Smertestillende. Frem. Tilbake. Frem. Tilbake. Derfra til et rom lenger ned i gangen. Rask gange, lange skritt. En kvinne med stivt blick venter i rullestol. Rommet: Omhyggelig orden. Vindu mot den modernistiske Kjølstad kapell, på den andre siden av jordet. På bordet: Pringles (rød). Utseende: Rød jakke, finkjemmet grått hår. Øynene rettet mot et punkt på veggen, milevis unna.

Sykepleieren bøyer seg over henne.

«Hvor har du'n?»

Ikke noe svar.

«I nakken, var det ikke det?»

Munnen åpner seg ikke.

«June, det ringer fra åpen omsorg».

En hjelpepleier i blå uniform stikker hodet innom. Kanskje for å plassere et utropstegn bak setningen.

June Andersen reagerer ikke. Hun står bak kvinnen med det stive blikket. Undersøker. Kjenner bak hodet. Øyeblikket står helt stille.

Det er kanskje i dette øyeblikket Andersen tar et raskt overblikk over den samlede situasjonen på åstedet. Alt som kan virke inn på utfallet av akkurat denne dagen:

- De ringer fra åpen omsorg og det haster
- En ny pasient kan komme hvert øyeblikk
- En kvinne lenger bort i gangen venter veldig på en iplos-test
- En pasient med et stort sår trenger rehabilitering; han bor i en blokk med trapper, hjemmesykepleieren mener det er krise,
- Hjelpepleierne vil ha June til å fly enda en tur til medisinerommet for smertestillende medikamenter; men June er ikke ferdig,
- Beboeren på rom 237 har fått på seg feil sko; han ser ut som Pippi Langstrømpe
- June har lyst til å ta en master denne høsten
- Hva blir det nå av denne nye pasienten...?

Eller kanskje tenker hun ikke på noe av dette. Bare flyter med strømmen av det uunngåelige. Intuisjonen som alltid fører henne til nye innsikter; de bare dukker opp plutselig. Som hos Falcon. Refleksene hennes motarbeider det irrasjonelle kaoset og finner en sammenheng et sted. Som en sirkusartist som skal holde mange tallerkener spinnende rundt på smale stenger må hun ikke tenke på den ene som kan bli knust mot gulvet.

June Andersen overser utropstegnet.

Hun finner smertep plasteret i kvinnens nakke. Effektivt. Erstatte det med et nytt.

«Synes du det virker?»

«Nei».

«Ikke noe som helst?»

«Nei»

Andersen retter ryggen.

«Du har kalde hender, du!»

Punktet på veggen, milevis unna, blir plutselig borte.

Sykepleieren har allerede flyttet seg medstrøms, mot døra, telefonen og åpen omsorg. Men hun hører det nok, bak seg.

«De var varme. Dine...»

Therese Borge





SKRUBBSÅR: Vegard Eriksen trenger plaster, men ofte er det mer komplekse problemstillinger som får elever ved Glemmen videregående skole til å oppsøke helsesøsters kontor.

Der ingen spørsmål er dumme



STED: Glemmen videregående skole i Fredrikstad

SYKEPLEIER: Venke Kaplon

TID: 12.00–13.00

Hviskende stemmer høres fra venteværelset utenfor helsesøsters kontor. Klokka er 12.02. Venke Kaplon stikker hodet ut.

Hei, kom inn. Er dere i følge? To spinkle jenter nikker bekreftende. De setter seg nærmest oppå hverandre i den lille grønne toseters sofaen inne på Kaplons kontor.

Hver dag mellom 10–14 sitter Venke Kaplon på kontoret sitt på Glemmen videregående skole og tar i mot elever til «drop-in»-timer. Det er flest jenter som banker på døren hennes, og de fleste av dem kommer for å snakke om prevensjonsmidler. Hittil i dette skoleåret har Kaplon skrevet ut resepter på hormonell prevensjon til rundt 200 jenter.

Kaplon setter seg overfor de to jentene i en blå lenestol. Den mørke jenta oppgir navn, klasse og fødselsdato:

– Jeg er litt svett i hånda.
– Ja, jeg kjenner det. Gruer du deg?
– Neida, men jeg har hatt mørk, ekkel utflod siden 17. mai. Nesten som om jeg har mensen hele tia. Og her forleden besvimte jeg på jobb og måtte hentes av mamma.
– Bruker du prevensjon?
– Ja, jeg har gått på p-piller i to år. Men jeg pleier ikke å ha det sånn. Har vanligvis ikke utflod i det hele tatt.

– Har du hatt sex uten kondom?
– Ja. Jeg har kjæreste. Vi har vært sammen i ett år.
– Har du hatt tilfeldig sex?
– Ja, en gang. Det var slutt med kjæresten min i noen måneder.

– Jeg foreslår at du tar en klamydiatest, men det kan også være lurt å ta en gynekologisk undersøkelse. På Helsestasjon for ungdom er det en kvinnelig jordmor, du kan gå til henne førstkommande onsdag. Føler

du at du har fått svar på det du lurte på?

Klokka er 12.10. Seansen med de to venninnene nærmer seg slutten.

– Ja. Men så er det henne. Ser mot venninnen.

– Hun kaster opp hver gang hun spiser. Venninnen mumler at det ikke er så farlig. Kaplon holder blikket hennes.

– Det er ikke normalt å kaste opp det man spiser. Det må være en årsak, enten psykisk eller fysisk til at du gjør det. Siden vi to kjenner hverandre litt privat er det kanskje best at du snakker med Kari på helsestasjon for ungdom? Så da foreslår jeg at dere begge går dit på onsdag.

– Men hun sier at det ikke er noe å bry seg om. Den mørke ser bort på venninnen nok en gang.

– Det var helt riktig av deg å ta med venninna di hit. Nå tar du godt vare på henne og passer på at hun blir med til helsestasjon for ungdom på onsdag.

Helsestasjon for ungdom ligger på Nygårds-plassen i Fredrikstad sentrum og er åpen mandag–torsdag mellom 14.30 og 16.30. Her jobber Venke Kaplon hver onsdag sammen med jordmor, psykiatrisk sykepleier og lege. Stikkord for tjenesten er åpen dør og lavterskeltilbud. Hit kommer byens unge med alt fra underlivskløe til tristhet. Mange er psykisk overbelastet på grunn av vanskelige hjemmeforhold, ofte på grunn av skilsmisse og problemer som følger med dette: mye ansvar i forhold til alderen, lojalitetskonflikter, flytting, dårlig råd.

Ved starten av hvert skoleår går Kaplon rundt og informerer om helsesøstertjenesten ved skolen. Med seg har hun et selvrappor-

teringsskjema som hun deler ut til alle nye elever. Her krysser de av om egen helsetilstand og bes spesielt rapportere om det er noen forandringer i familien (skilsmisse, død) som kan påvirke prestasjonsevnen. Målet er å innkalle alle de som rapporterer om slike forandringer til en samtale. Det er ikke alltid tiden strekker til. Men alle som skriver «haster» blir prioritert. I løpet av forrige skoleår var det 1042 elever innom kontoret hennes.

En ny jente er kommet inn. Helsesøster leser i papirene hun har funnet frem fra arkivet. Jenta var innom i vinter fordi hun følte seg deppa og gråt hele tiden. I dag er det unormal utflod som plager henne. Også hun blir henvist videre til Helsestasjon for ungdom og gynekologisk undersøkelse.

Klokka på veggen hos helsesøster viser 12.20. Tiden frem til ett går rolig for seg. Kaplon fører journaler med penn og papir og legger dem på plass i arkivet ved siden av skrivebordet. Rommet er lyst og imøtekommande – som Kaplon selv. En telefon fra en bekymret mor. To telefoner til rådgivere på skolen om samarbeidsmøter. En telefon til en elev som ikke dukket opp til avtalt tid.

I det vi skal til å gå banker det nok en gang på døren. Kaplon åpner og forsvinner ut på venteværelset, samtaler lavt med en ung, mørkhudet gutt. Hun kommer tilbake og geleider oss mot døren vi allerede er på vei ut av:

– Dette kan ikke dere være med på, sier hun bestemt.

tekst Susanne Dietrichson

foto Tarjei Ekenes Krogh

Kanarifuglens hjelper



STED: Omsorgs- og oppveksttjenesten i Fredrikstad kommune.

SYKEPLEIER: Hilde Hertenberg

TID: 13.00–14.00

Før, da kullgruvearbeiderne gikk på jobb, tok de med seg en kanarifugl. Sluttet den å synge, var det bare å komme seg ut. Nå har gravide ansatte i Fredrikstad fått sin egen varslar: Hilde Hertenberg.

Hun står lent til veggen. Dame rundt de tretti. En liten kul på magen? Ryktene har begynt å svirre på arbeidsplassen. Bare nærmeste familie, og sjefen på arbeidsplassen vet det ennå. At hun går svanger. Og ikke bare med ett, men to barn.

«Er det vi som har avtale?»

Hun rekker fram hånden til Hilde Hertenberg som nettopp har kommet inn hoveddøra på boenheten.

«Ja. Hvordan står det til med deg?»

«Bra. Er over det verste.»

En annen kommer småjoggende bortover gangen.

Hun smiler, og hilser på Hertenberg.

«Else. Jeg er sjefen.»

Det er fire minutter over avtalt tid.

Siden i fjor høst har Hilde Hertenberg hatt samtaler med rundt 55 gravide og ledere i omsorgs- og oppveksttjenesten i kommunen.

I tillegg til å være lærer ved Halden videregående skole i helse- og sosialfag har jordmoren 40 prosent stilling i prosjektet «Gravid i Arbeid».

Målet med prosjektet er som navnet sier:

Hvordan være i jobb samtidig som man går gravid. Hertenberg teller uker gravide arbeidstakere holder ut i jobben før de slutter å synge eller blir sykmeldt. Det holder ikke med kanarifugler lenger.

Døråpningen til møterommet er midlertidig blokkert av en halv mannskropp, med hodet inn i noe som ligner en safe.

«Vi tar mitt kontor.»

Sjefen åpner sidedøren og henter stoler fra det okkuperte møterommet.

Det blir så vidt plass på kontoret. Den vordende mor og Hertenberg sitter ved siden av hverandre som på kino.

«**Hva arbeider du med?** Hvordan arbeider du?»

Etter en kort introduksjon om prosjektet og hva hun kan bidra med, går Hertenberg rett på sak. Den gravide går i vanlig turnus på boenheten, og har ansvar for en beboer som sitter i rullestol. I tillegg har hun også en 40 prosent stilling i hjemmetjenesten. Kommunen er arbeidsgiver begge steder, men det er forskjellige virksomhetsområder.

En rask oppklaringsrunde før Hertenberg konkluderer:

«Jeg tror vi må ta denne arbeidsplassen for seg.»

Men begge arbeidsstedene må gjennomgås for å få et bilde av det samlede arbeidspress.

Sjefen henter fram turnusplanen.

«Det blir mye sein/tidlig vakt når en har to jobber.»

Sjefen studerer vaktlisten.

«Kan du gjøre noe med turnusen?»

Sjefen finner det vanskelig. Men noe må gjøres.

Den gravide bryter inn:

«Det kan være stritt. Men jeg sovner jo bare på sofaen. Ikke noe verre enn det.»

«Du må si ifra!»

Sjefen er klar på at kollegaen ikke må gjøre arbeidsoppgaver som vil føre til sykmelding.

Hertenberg nikker.

De diskuterer seg fram til en foreløpig løsning på turnusproblematikken.

I Norge blir rundt 70 prosent av alle gravide sykemeldt i perioder av svangerskapet. Hva kan sjefen og den gravide gjøre for ikke å bli en del av denne statistikken?



Hilde Hertenberg jobber for å gi gravide godt arbeidsmiljø.

«Jeg kan tenke sammen med dere. Men det er dere to sammen som må finne løsningene.»

Hertenberg har ingen fasit. Her kan det bli snakk om redusert stilling, å tilrettelegge arbeidsoppgaver og arbeidstid eller kanskje en omplassering.

Jordmoren har selv jobbet i omsorgstjenesten, og vet en del om når belastningene er størst:

«Lørdag formiddag er en tøff tid. Er det mulig å ta inn en ekstra på denne vekten?»

Det er viktig å være konkret. Finne praktiske løsninger som både ivaretar den gravide og resten av arbeidsmiljøet på arbeidsplassen.

Hertenberg finner fram en brosjyre. Den inneholder en kort oppsummering over ansvar, rettigheter og muligheter når du er gravid og i jobb. Sammen med den gravide går hun gjennom den.

Den gravide har to jobber som til sammen utgjør full stilling.

Da er det greit i forhold til foreldrepenger. Sammen med svangerskapsenger og sykepenger er hun sikret full lønn de siste 12 ukene før termindato.

Terminen er i november. Sjefen blir i sin syvende sans. Det telles og noteres uker.

Sommerferie fra uke 30. Og neste år? Kan noe overføres?

En viss usikkerhet er å spore. Hertenberg skal sjekke til neste samtale.

Den gravide opplever større arbeidsbelastning i jobben i hjemmetjenesten. Her er det også vanskeligere å gjøre noe med arbeidsoppgavene. Det må avtales samtale med lederen der. Men når? Tiden går fort. Og Hertenberg jobber bare torsdager og fredager.

«Kan jeg kalle inn til møte i morgen?»

Det passer den gravide. Men hun er usikker på hvem som er leder for hjemmetjenesten.

Hertenberg lover å finne ut av det.

De kommer ikke lenger i denne omgang. Det er tid for oppsummering.

«Navn? Fødselsnummer...»

Hertenberg har funnet fram avtaleskjema. I tillegg til formaliteter noterer hun ned det de to er blitt enige om å gå videre med.

Avtalen blir underskrevet, og lagt i personalmappa.

Kan du gjøre noe med turnusen?

Hilde Hertenberg

«Skal vi avtale en ny samtale om tre uker?»

«Greit. Jeg har fri.»

Sjefen nikker.

«12. juni klokka 13.00?»

Klokka er blitt 13.43, og den første samtalen er over.

Vanligvis har Hertenberg tre samtaler med hver enkelt gravid. Men det blir ikke sjelden flere. Lista for «øyeblikkelig hjelp» er lav.

Hilde Hertenberg slenger ryggsekken inn i baksetet på Toyota-en. Ny avtale venter, en oppfølgingsamtale denne gangen. Hun er spent på hvordan den gravide har hatt det de seks ukene som er gått siden de snakket sammen sist.

tekst Bjørn Arild Østby

foto Therese Borge



«Du kan, Mathias»

«For det var faktisk i november jeg var her på skolen sist, Mathias. Jeg har vært hos deg mange ganger før, men nå var jeg blitt enig med mamma om at du skulle lære å bli selvstendig.»



STED: Den kommunale habiliteringstjenesten, Ambjørnrød skole

SYKEPLEIER: Inger Bøe Tangen

TID: 14.00–15.00

Hva er selvstendig?»
«Det er at du skal kateterisere deg og ta mest mulig av og på klærne dine selv»

«Hvis jeg er dårlig, da?»

«Da får du hjelp»

Oktober 1999: Sykepleier Inger Bøe Tangen møter Mathias for første gang. Hun gratulerer foreldrene og fokuserer på guttebabyen som titter på henne med store blå øyne. Han er svært vakker. Hun nevner

ikke trening, hjelpemidler og rullestol. Det er langt frem dit. Gleden over barnet er viktigst nå.

«**I november sa** du NEI. Du kunne ingenting! Du hadde ikke lyst! Du var faktisk sinna på meg. Så sa jeg til deg Mathias: Du kan vaske hender – ja, det kunne du. Du kan låse døra – ja, det og kunne du. Du kan tappe vann i kateteret ditt – ja, det og. Og du kan faktisk komme opp på stellebordet uten hjelp og ta av deg bleien selv. Så skulle

vi trene på å føre inn kateteret. Det var ikke lett, fordi det ville du ikke. Du må prøve, sa jeg. Du ble kjempeforskrekket – for du klarte det jo på første forsøk! Husker du det?»

«**Mmmm, og jeg** klarte mye mer også»

«Men så var en ting du syntes var veldig vanskelig. Det var å sitte i stolen og kateterisere, for du var vant til å ligge på stellebordet og ville ikke noe annet. Det var den gang. Få høre hva du har gjort i dag?»





«Jeg satt på stelletbordet med beina utenfor»

«Bra! Du har kommet veldig langt, Mathias. Snart, når du blir stor, kan du dra ut alene med vennene dine på kino»

«Nope»

«Hva med fotballkamp da?»

«Yesssss!»

«Så du kampen i går da? Den mellom Chelsea og Manchester United, Champions league?»

«Nei, vi holder da ikke med noen av de lagene. Pappa så heller ikke kampen»

Mathias er bare 20 timer gammel når faren melder ham inn i favorittklubben Liverpool. Han kjøper også en rød fotballdrakt til sønnen. Legene konstaterer ryggmargsbrokk hos guttebabyen.

«Nå tenker jeg mamma blir glad når hun hører at du kan sitte når du skal kateteriseres. Du som skal gjøre så mye i sommer. Gleder du deg til å dra til Beitostølen?»

«Først skal mamma komme, så kommer mormor, så mamma igjen»

«Du kommer ikke til å kjede deg»

«Jooo, fordi mormor snorker»

«Du er veldig flink og klarer deg fint. Det er liksom bare dette med beina dine, da.

Rullestolen er dine bein.»

«Nei, nei, jeg har mine egne!»

«Ja, det har du. Rullestolen er liksom et par ekstra»

«Mmm»

Avstanden mellom det å lykkes eller feile, er liten. Inger Bøe Tangen vet hun må balansere hårfint mellom krav og ros. Blikket er fast og stemmen myk.

«Så da kommer jeg på besøk en gang til før sommerferien. Vi setter opp nye delmål til da. Hva er det vi kaller det når vi får til noe?»

«Team...ehh ... teamwork»

«Det er akkurat som på fotballbanen. Hvis ikke de jobber som et team, hvordan tror du det går da?»

«Da taper de!»

«Nemlig. Det var veldig godt sagt, Mathias»

● tekst Lily Kalvø
foto Tarjei Ekenes Krogh ●

UTROLIG MEN SANT

- VI ANBEFALER
FAKTISK VANN MOT
SYRESKADER



Syreskader blir mer og mer vanlig. Spesielt på grunn av brusflaskene med skrukork som gjør at man smådrikker utover dagen. Mange tror at light-produkter også er "light" når det gjelder syreinnholdet. Det er de ikke.

Men visste du at helt vanlig vann fra kranen faktisk er et godt middel mot syreskader? Vann nøytraliserer nemlig syren i munnen. Husk derfor å drikke vann i løpet av dagen.

Om morgenen og kvelden har vi et annet godt råd. Det heter zendium Syreforsvar og inneholder ekstra proteiner som hjelper til med å styrke munnens eget forsvar mot syreangrep

STYRKER MUNNENS EGET FÖRSVAR





STED: Wielsgaardsveien 2

SYKEPLEIER: Ellen Rosseland
Hansen

TID: 15.00–16.00

«Plutselig er dine dager talte»

Gudrun Hanssen ligger og venter på sin aller siste dag. Hun er klar.

Suset fra bilene på Sarpsborgveien fjerner seg. Brått forsvinner også lyset som bader hagen rundt Gudruns brune trehus. Men inne i den mørke entreen dukker det opp mange stemmer. Det er barnebarn og oldebarn, der er sønnen Erik og datter Inger Elisabeth. Det er kona til sønnen og en liten kusine. Det er trangt, det er hei og hei-hei og hender som hilser. Så fint at du kom.

«Kom Erlend, hitover».

Sykepleier Ellen Rosseland Hansen loser straks student Erlend Snølos inn på soverommet til venstre. Der ligger Gudrun under et grønt pledd, 89 år gammel. Hun har ventet og strekker ut armene. Også Erlend får en klem.

Gudrun fikk beskjeden etter at hun ble innlagt på mave- og tarmavdelingen på sykehuset tidligere denne måneden. Hun hadde voldsomme smerter, datteren visste ikke sin arme råd. Etter få dager var det klart. Pancreascancer.

Nå skal hun dø hjemme, hvis hun kan.

I værelset med rosa blomstertapet og utsikt mot den irrgroen hagen.

Slutten har hun forsonet seg med.

«Sånn er livet. Plutselig er dine dager talte. Men jeg vet at det er en som skal ta imot meg. Det har jeg trodd på helt siden jeg var en liten jente. Og Han har bønnhørt meg. Jeg ville ikke bli senil og en belastning for andre...»

Ellen Rosseland Hansen tar Gudruns hånd mellom sine. Sykepleieren tror ikke noe spesielt på Gud. I hvert fall ikke på en straffende gud. Og ikke på et liv etter døden. Men hun har opplevd pasienter som piner seg selv med skyldfølelser. Hun vil at de skal slippe. Forsoner seg med livet og døden. At de ikke skal lide unødvendig.

Men Gudrun har fred. Hun har troa. Og morfinen.

Rosseland Hansen skal gjøre det mulig for Gudrun å dø hjemme i stedet for på sykehuset. Hun tror at de fleste har det best der de bor bare forholdene ligger

til rette og smertene holdes i sjakk. Men mange pasienter er redde de blir en byrde for familien.

«**Mamma, du er så pen**».

Datter Inger Elisabeth har satt seg på en lav benk ved vinduet, lener ryggen mot veggen.

Også sønnen Erik har nå kommet inn, med et barnebarn på armen. De ser på Gudrun som om hun var nyfødt.

Gudrun slipper ikke tak. Hun holder i sykepleierens hånd.

«Hvordan går det med smerten?»

«I dag sov jeg helt til ni. Det har jeg ikke gjort på lenge. Hjemmesykepleieren var her med tablett. Han er så fin».

«Du har det bedre når du sover godt».

«Før gruet jeg meg til å legge meg...»

Rosseland Hansen hever stemmen et lite hakk. Uttaler ordene ekstra tydelig.

«Hvis du har litt mindre smerter kan du kanskje redusere litt på morfinen?»

«Ja. Men ikke så mye!»

«Nei da. Du kan kanskje trappe litt ned om morgenen,





Foto: Terese Borge



Å dø hjemme er ikke nødvendigvis et ensomt anliggende.

Jeg vil ikke bare være en som griner.

Guðrun Hanssen

men ta som vanlig om kvelden. Hvis du får vondt, trapper vi opp igjen».

Guðrun nikker. Da hun sto opp i dag, hadde hun problemer med å få med seg beina. Men nå lyser hun opp. Barnebarn Elisabeth kommer inn. Hun er nettopp ferdig med russetiden og har skiftet til vanlig joggebukse igjen. På armen holder hun en liten kusine som gjerne vil være opp i oldemors hender. Sveve høyt over henne. Maria i grønne bukser og rosa skjorte.

Rommet er snart fylt til trengsel. Fra sin innrammede plass på vegg er også Guðruns avdøde mann med. Og barna da de var små. Og hennes egen mor i rund passepartout.

Rosseland Hansen er vant til mye folk rundt pasientens seng.

«Får du i deg noe å drikke?»

«Jeg drikker sånn frukt vann».

Sykepleieren holder opp flaska.

«Jeg ser på munnen din. Er du sår?»

Rosseland Hansen er ikke religiøs. Men av og til trenger hun prest selv. I går fikk hun veiledning, sammen med kollegene i senteret for lindrende behandling. Her får de ansatte rom til å snakke om hva møtene med så mange døende gjør med dem. De som har et godt liv ved siden av jobben, klarer seg best. Sykepleiere skal ikke lenge på liv og død være nøytrale. De skal gi mye av seg selv, være med på pasientens reise. Men de skal ikke miste seg selv.

«Det er så flott å ligge her og følge med».

Guðrun har fått en tynn stemme. Hun ser rundt i rommet. Barna krabber rundt på det beige gulvteppet. Datteren lurar på når sykehussenga som er bestilt kommer. Student Erlend Snølos grubler. Rosseland Hansen har funnet notatboka i sin grønne veske. Hun skriver ned beskjedene til hjemmesykepleieren og fastlegen. Endringene i Dolcontin-regimet. Hudkløen. Soppinfeksjonen i munnen som skal behandles.

«Dette var koselig.»

Guðrun vil ikke at noen skal gå. Datter Inger Elisabeth bøyer seg framover. For noen år siden var hun selv syk. Da hjalp Guðrun med å holde familien hennes i

gang. Nå er det familiens tur til å holde rundt Guðrun.

«Du har vist en veldig styrke».

«Vi må jo hjelpe hverandre»

«Men det er ikke så lett å ta imot selv?»

«Det er sant.»

Rosseland Hansens tid renner ut. Notatboka legges tilbake i veska. Hun skal videre til en ny pasient.

«Kjenner du at det kommer til å gå fort?»

«Ja. Men jeg tar det som det kommer».

«Det er ikke vanskelig når du er slik».

Student Erlend Snølos reiser seg, litt ustø.

«Du høster som du sår».

Guðrun har endelig sluppet sykepleierens hånd.

«Jeg vil ikke bare være en som griner».

«Det er lov...».

«Ja, men derfor er jeg glad for at jeg ikke gjør det».

I gangen på vei ut står barn og barnebarn og oldebarn og hilser.

Det flyter ingen tårer i Wielgaardsveien 2.

tekst Barth Tholens

foto Therese Borge

LEO May 2008. All trademarks mentioned belong to the LEO Group

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- Refusjonskoder- ICPC: S 91, ICD: L 40
- www.psorinfo.no



LEO Pharma AS
Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01
www.leo.no info.no@leo-pharma.com



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat

Se preparatomtale side 14



Hjemme på Onsøy



STED: Hjemmesykepleien
i Onsøy

SYKEPLEIER: Grethe Henriksen

TID: 16.00–17.00

Grethe Henriksen er sykepleier og har tre besøk fra klokka fire til fem.

Gerd Jacobsen har sukkersyke og får hjelp til å måle blodsukkeret. Hun bor alene, og Grethe Henriksen setter fram mat og gir henne insulin. Hun har en flaske med rød saft stående ved siden av seg i tilfelle blodsukkeret blir lavt.

Hun har elsket å lese, men nå er synet dårlig. Hun hører Jan Guillou på lydbok.



Rolf Eggen trenger hjelp av hjemmesykepleien fire ganger i døgnet. Han er 83 år og har hatt hjerneslag. I fjor brakk han lårhalsen. Han bor sammen med kona, som hjelper til med å ta ham opp etter middagshvilen.



Helge Jensen er pensjonert meierist og samler på kuer han får av svigersønnen sin. Han smiler mye og tuller med sykepleieren. Han legger seg klokka 16.45 fordi han har så vondt i ryggen. Grethe Henriksen legger ham ved hjelp av en pasient heis.

tekst Torhild Apall Dybvik

foto Tarjei Ekenes Krogh



STED: Barneavdelingen,
Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Gunvor Andersen

TID: 17.00–18.00

En i strekk

På barneavdelingen ligger Syver og Paiman i hver sin seng.

Er du kilen, a?
Gunvor Andersen har nettopp informert far om at legevisitten han har etterlyst ikke blir i dag. Så vender hun seg mot tre år gamle Syver. Bretter til side dynen og undersøker om han ligger riktig i strekk og at bandasjen ikke har forskjøvet seg. I en drøy uke skal han ligge sånn for å lindre smerter. Syver har akkurat

fått påvist Calvé-Legg-Perthes. En sykdom som fører til nedsatt blodsirkulasjon og nekrose i hoftekulene, så de smuldrer opp. Etter noen uker vil sirkulasjonen ta seg opp og det dannes nytt benvev.

Samtidig sjekker hun at føttene er godt sirkulert.

– Shhh, hi, hi, ler Syver fornøyd og legger fort til:

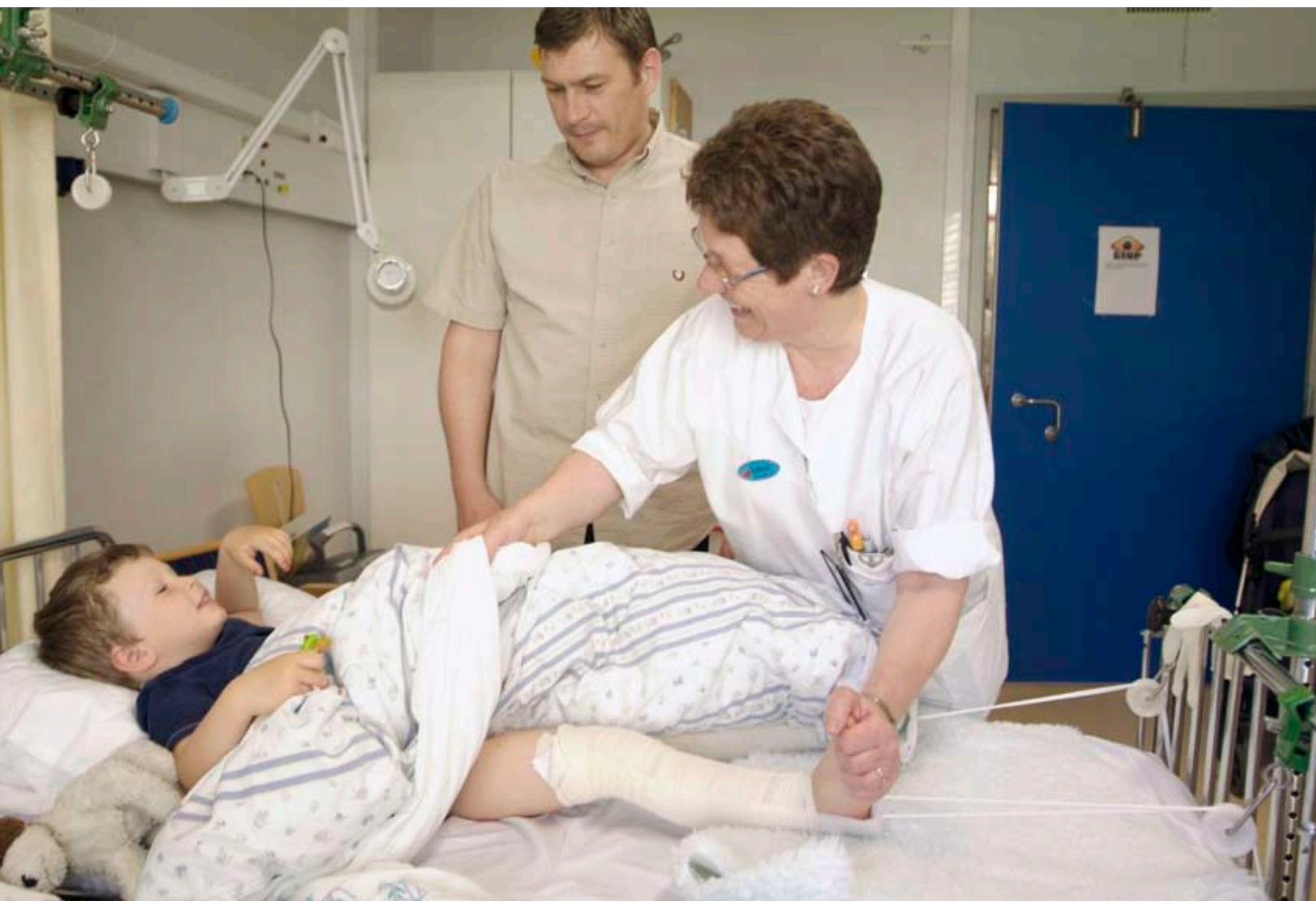
– Jeg vil se på den gråe der, og peker på Andersens brystlomme.

– Men det er jo en kjedelig kulepenn. Se her, denne kan du få se på.

Hun tar frem en slank lommelykt.

– Oi.

Syver dukker inn under dynen og lyser opp mørket der inne.



STREKK: Den stillestående varmen har sneket seg innenfor. Tre år gamle Syver ligger i strekk.



TRØST: – I dag er det mest vondt. Det blir bedre dag for dag, forteller Gunvor Andersen nyopererte Paiman Kestay.

og en i fatle

Klokken er 17.19 og Gunvor Andersen har ansvar for to pasienter. En av dem er Syver. I tillegg er hun kveldens koordinator. Det innebærer tett kontakt med avdelingens eget ø-hjelpsmottak. Alle barn med medisinske tilstander kommer rett hit, mens de kirurgiske og ortopediske kommer via sykehusets felles akuttmottak.

På barneavdelingens mottak møtes de av sykepleier, vurderes av lege og legges eventuelt inn. Er det mistanke om alvorlig sykdom, som meningitt, kjøres de rett til avdelingens behandlingsrom. Da må avdelingens sykepleiere bistå.

Det er kvelder hvor det kommer ti-tolv barn som øyeblikkelig hjelp. Det vanligste er feberkramper og pustebesvær; astma, lungebetennelser, falsk krupp og RS. Men

ute i mottaket sitter vakthavende sykepleier alene i avlukket sitt.

– **Har du vært på sykehus før?**

Gunvor Andersen lener seg på nattbordet. I sengen ligger Paiman Kestay og kjenner at paraceten hun fikk tjue minutter tidligere begynner å virke. Hun nikker.

– Lenge siden?

Paiman husker ikke hvor lenge. Hun ser ned på den nyopererte armen. Den brakk i går og ble operert i natt. Gunvor Andersen minner henne om at det er greit å stå opp. Kanskje vil hun ha et fatle? Da får armen hvile. Paiman smiler matt og sier lavt at hun har lyst til å stå opp. Og hun vil ha fatle.

– Da skal vi ordne det. Med en gang, sier Gunvor Andersen.

Klokken er 17.44 og hun skynder seg mot rent lager. På en generell barneavdeling er det mye hun må ha i fingrene. Barn med alle typer diagnoser kan bli lagt inn her, med unntak av øyelidelser og planlagte operasjoner i øre, nese og hals. Avdelingen har 20 senger, fordelt på tre team. Et rødt, et grønt og et blått. Det blåe er «rent», de skal ikke ha barn med infeksjon. Alder spenner fra null til og med fjorten år, men de fleste er under tre. Avdelingen har blant annet egne behandlingslinjer for barn med gastroenteritt, diabetes og bronkiolitt.

Ute i mottaket er det meldt en gastroenteritt..

● tekst Nina Hærnes

foto Stig Weston ●



STED: B4 Medisinsk overvåkning,
Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Nina Merete Tokle

TID: 18.00–19.00

64 skritt

I korridoren på B4 er det aldri ro.



Klokken er 18.01 og Nina Tokle øyner en mulighet. «Kommer ambulansen om en og en halv time, så flott, så supert!»

Hun tar et par ørsmå steg mot budbringeren, en middelsbøy mann med gråstenket manke og skjegg. Doktor Rasmussen har fått gehør for det hun selv har forsøkt i flere timer: Pasienten på rom 2 skal overføres til lokalsykehuset sitt, Ahus, og det skal skje i kveld. En ledig seng gir etterlengtet pustesrom.

Nina Tokle senker skuldrene og henter kaffe. Så kommer han. Igjen. Mannen som

vil ha melk. Mye melk. Han som kom inn 02.28 i natt, uten å kunne gjøre rede for seg. Kraftig forslått i ansiktet. Fremdeles vet ingen nøyaktig hva som feiler ham, men han hører ikke til her. Mannen griper begjærlig glasset og sluker innholdet.

«Få mer melk!»

Nina Tokle ser på klokken og rynker pannen. Hun har allerede brukt halve vaktene på å få overført denne pasienten. Hvordan står det egentlig til med de andre? Hun må se dem i øynene og kjenne på huden deres for å få innsikt og oversikt over tilstanden. Det er gått nesten en uke siden hun sist hadde an-

svarsvakt. Hun liker dem, bare det ikke blir mange på kort tid. Vaktene går på omgang blant de mest erfarne sykepleierne. Det er lov å si nei, men det har aldri trebarnsmoren gjort. Med redusert stilling på 60 prosent går kabalen mellom jobb og hjem opp.

En ny pasient er kommet. Hun møter kollega Mona Sande i korridoren.

«Er det noe spesielt å tenke på?»

«Han får væske, vi vurderer adrenalin- tilførsel senere»

Med katteaktige bevegelser går hun inn i rom 6. Mannen i sengen er koblet til ledninger



og slanger gjennom armen, nesen, halsen og urinrøret. Han kommer ingen steder uten hjelp.

«Hvordan står det til? Er det varmt når sola står på slik?»

«Jo da, det går»

«Det blir godt å komme over i stolen. Kan du sette deg litt opp? Har du tak, Mona? En, to tre. Sånn ja.»

Hun glatter laken mens Mona Sande ordner med fotstøtten, apparatene, ledningene og slangene som følger med. Mannen lytter mens hodet henger tungt. Vel plassert i stolen løfter slagpasienten blikket noen få centimeter, så en

hvilepause og et lite løft til. Nå ser han vinduet. Stripemønsteret i gardinene bryter med monotone sykehusvegger og apparater. Det er en gul duk på bordet. Mannen nikker svakt.

Nina Tokle smetter inn på neste rom. Damen i sengen drar en furet hånd gjennom håret. Nesten et døgn er gått siden hun kom inn med pusteproblemer. Hun er fremdeles rådvill over tanken på hva det kan være.

«Er det noe du har lyst på? Kaffe eller vann?»

«Begge deler, helst. Eller er det for mye å be om?»

«Nei, det går helt fint. Et lite øyeblikk, så kommer jeg tilbake»

Veien til kaffemaskinen skal vise seg å bli mye lengre enn Nina Tokle tror. Hun må koble til en pose med intravenøs væske, avkrefte at hun har sett doktor Rasmussen det siste kvarteret og svare på to telefoner. «Melkemannen» kommer fremfusende mot henne på ustøe ben. Han får ingenting denne gangen.

På vaktrommet har hun mye å tenke på. Intensivavdelingen har påvist aktive tuberkelbasiller hos en pasient som lå på samme rom som «Melkemannen» ligger nå. I begge lungene.

Tuberkulose er fremdeles en svært uvanlig sykdom i Norge, men den er på offensiven.





POSITIV: Pasientkontakten er en veldig viktig del av jobben.

Jeg liker ansvarsvakter, bare det ikke blir for mange på kort tid.

Nina Tokle

Hvert år meldes det nå om cirka 300 nye tilfeller. Bakteriene når lungene via dråpesmitte.

Aktiv tuberkulose er definitivt bad news. Mange av pasientene på B4 – medisinsk overvåkning – har hjerte- og lunge sykdommer. Flere har KOLS.

Nina Tokle finner frem smittevernermen mens hun diskuterer risikoen med kollegaen som passer telemetrien. Sykepleierne

bestemmer seg for å vente med å rengjøre rommet til det er tomt, om en times tid hvis alt går etter planen. Hun skriver en e-post til avdelingslederen og ringer ned til rengjøringsenheten. Klokken 18.40 er det ikke lett å få akkurat de svarene hun ønsker seg.

«Åh, kaffen!» sier hun høyt.

Damen med de furede hendene bærer ikke nag for den lange ventetiden, og takker pent. Audiensen er over i neste minutt.

Døren til naborommet går opp, og en dame kommer ut. Kan sykepleieren hjelpe til med bekkenet? Det kan hun. Fire minutter, og 64 skritt, senere, befinner hun seg på skyl-

lerommet. Hun skyller bekkenet, setter det inn i maskinen for sterilisering, såper hendene godt inn, holder dem under springen til såpen er borte, tørker av vannet, kaster papiret, henter sterilt utstyr og skritter ut i korridoren. Kanskje hun rekker å sjekke ferdig utstyrstrallen nå?

«Kan jeg få melk?»

Nina Tokle trekker pusten dypt.

tekst Lily Kalvø

foto Erik M. Sundt



VIRKER PÅ **DET DU SER** OG IKKE SER

Enbrel påvirker livskvaliteten for tusenvis av mennesker hver dag^{1,2}

- Effektivt for å oppnå remisjon³
- Reduserer progresjon av leddskade^{1,3}
- Bedrer fysisk funksjon¹

Kliniske studier viser en veletablert sikkerhetsprofil^{1,4}

Referanser:

1. SPC for Enbrel, pr. 19.11.07
2. IMS data
3. van der Heijde D et al, Arthritis & Rheumatism 2007;56(12):3928-3939
4. Moreland et al, J Rheumatol 2006;33:854-61
FK-tekst se side 80

Wyeth

Telefon: 40 00 23 40.
Telefaks: 40 00 23 41.
www.enbrel.no

Farger livet på nytt

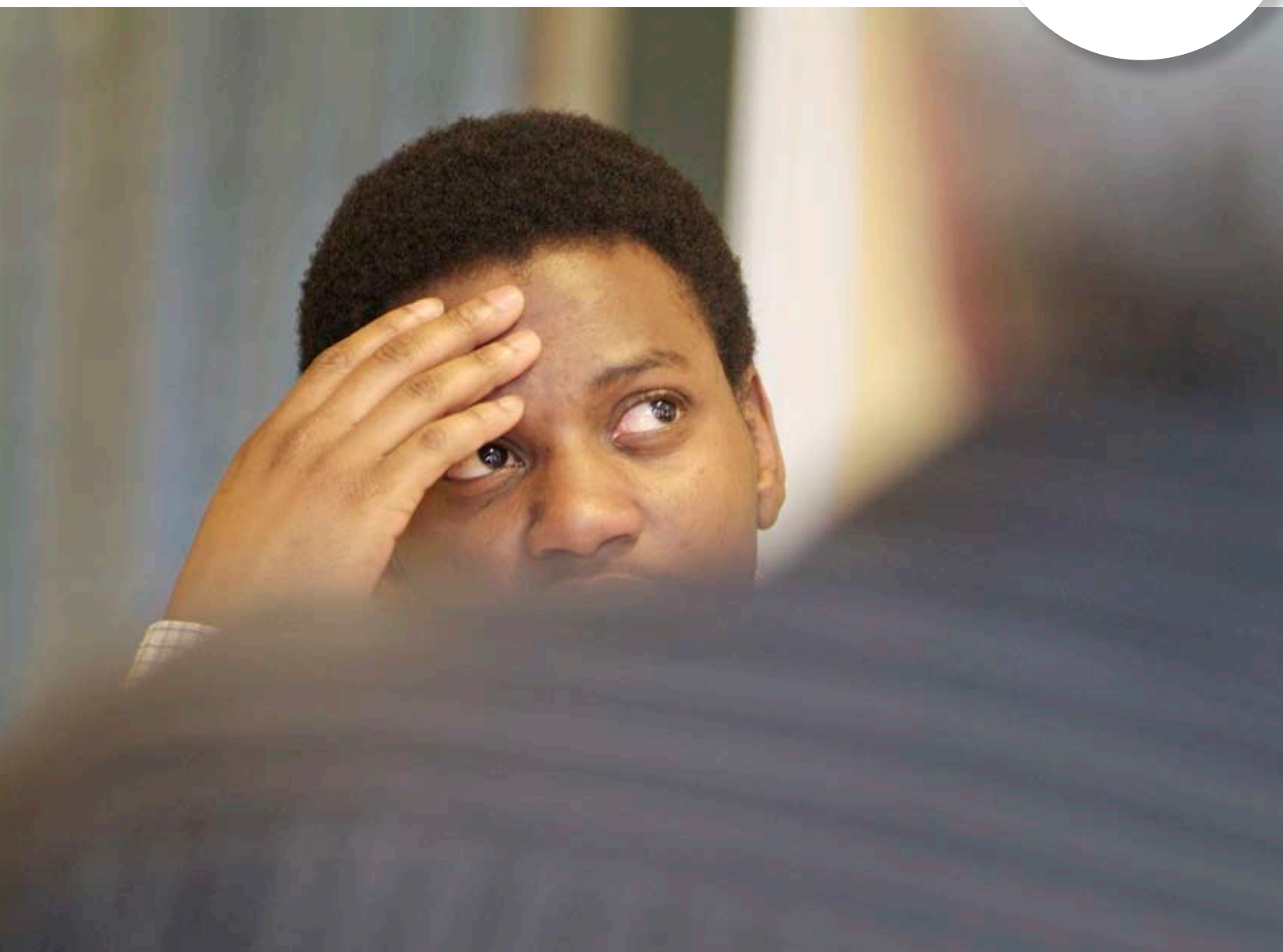
Det er nesten som en film. Bildet er på netthinnen hele tiden. Sterkt eller svakt. Men Ndikumana har ingen fjernkontroll som kan svitsje over på en annen kanal.



STED: Flyktningavdelingen,
Fredrikstad kommune

SYKEPLEIER: Mozafar Amini

TID: 19.00–20.00



Brune, unge hender dekker øynene. Han må tenke seg om. «Nei, det er ikke helt som på film. Det er noe helt annet å ha sett krig i virkeligheten.»

Ndikumana er 22 år. Bildene han ser inni seg gir ham ofte hjertebank så han svetter og får problemer med å puste. Da klarer han ikke å konsentrere seg om noe. Det er verst når han er alene hjemme på hybelen og har tid til å tenke. Rwanda 1994.

Psykiatrisk sykepleier Mozafar Amini er den første som har hørt på Ndikumana historie. Den første som virkelig har tatt seg tid og som har kompetanse til å få den i fanget. Han jobber for Fredrikstad kommune med bosetting av flyktninger og familiegjenforeninger.

I kveldslyset på kontoret stiller han rolig og sindig spørsmålene som skal få Ndikumana til å beskrive følelsene sine.

Amini har valgt å følge Ndikumana tett. Han vil prøve en ny metode. Hos pasienter som ham har de vonde hendelsene tatt helt kontroll over hukommelsen. Metoden går ut på å hente frem gode minner. De varme minnene skal gi de kalde en annen farge. Pasienten skal prøve å fortelle historien sin og akseptere den. Det tar lang tid.

Over bordet på kontoret henger et bilde av et landskap i pastellfarger. Nå vender Amini blikket mot det.

«Du ser det bildet. Du ser blomsten. Det er din fremtid.»

En smal vei svinger seg gjennom det grønne landskapet mot en stor blomst.

«Veien er den du skal gå og som du har begynt på. Du er sterk. Langs veien ligger din barndom i Rwanda.»

Ndikumana er stille. Øynene er røde og et lite snufs høres så vidt.

«Du bærer alt med deg i en ryggsekk. Du har åpnet den for meg. Der fins mye som er vanskelig å vise. Men det er også mange gode ting i den.»

«Mmm»

«Forrige gang du var hos meg ba jeg deg tenke tilbake på en god dag. Har du funnet den frem i hukommelsen?»

Ndikumana svarer med spørsmål. En dag? Hvilken dag?

«En dag som du tenker tilbake på med glede.»

«Det er mange dager, jeg kan ikke plukke ut en. Det er da jeg var liten og bodde sammen med moren min. Alt var perfekt.»

Han blir stille igjen.

«Det er særlig at du var sammen med moren din?»

«Ja»

Muzafar Amini har øyne som smiler. Midt i alvorlige samtaler kan han få pasienten til å le. Han må ha humor i denne jobben. Hver dag kommer folk inn av kontordøra med triste historier. Av og til helt grufulle historier han ikke kan gjøre noe med. Vonde minner fra da han selv var soldat i Iran på 1980-tallet kan plutselig dukke opp som flashbacks. Hans egen bakgrunn som flyktning er grunnsteinen i det arbeidet han nå gjør.

Det er tyngst å jobbe med pasienter som ikke har vilje til å få et bedre liv. Slik er det ikke med Ndikumana. Amini gleder seg når han ser at Ndikumana skal komme.

«Når du tenker på at du var vitne til hvordan moren din ble slaktet, hvordan hun døde. Vet du hvem som gjorde det? Hvem var de?»

«Ja, jeg vet hvem som gjorde det.»

Stemmen er mer bestemt nå.

«Var du åtte år?»

«Ja.»

«Hvordan føler du det i dag, har det vonde avtatt?»

«Det er det samme. Det er like vondt, men litt bedre nå når jeg har noen å snakke med.»

«Hvordan har du blitt møtt?»

Ndikumana blir ivrig, gestikulerer med hendene når han forklarer hvor vanskelig det har vært å bære byrden alene. Venner han har fått i Norge har ingen mulighet til å forstå. Å snakke om dette på et fremmed språk med helsepersonell innenfor tilmålt tid har ikke fungert. Amini vil at Ndikumana skal løfte blikket litt opp fra de tankene han er opptatt av. Kan han engsjere seg i arbeid mot krig? Det er andre der ute som nå opplever det samme som ham gjorde.

Den fatale dagen hadde moren til Ndikumana tatt ham med seg. Hun ville beskytte ham. Men de ble stoppet av soldater som ville drepe dem begge. Noen fikk dratt Ndikumana unna.

«Du har skyldfølelse?»

«Ja».

Stillhet.

«Men moren din ville beskytte deg. Hun gjorde jobben sin, for du lever.»

Amini smiler, tier og ser etter reaksjon. Øynene til Ndikumana er røde igjen og han legger hånden over dem.

Ndikumana har ingenting igjen etter moren. Ikke et bilde, ikke en gjenstand. Men han har hørt at det finnes et ungdomsbilde av henne hos slektninger i Rwanda. Amini vil han skal prøve å få tak i det. Ndikumana og faren fant heller ikke tilbake til stedet hun var blitt drept. Ndikumana husket ingen ting. Kunne han få til en måte å minnes henne på, ville han få det lettere, mener Amini. Han forteller om en afrikaner som fikk et tre av en venn, her i Norge. «Dette skal du plante til minne om den du har mistet» sa vennen. Hver gang

Det er like vondt, men litt bedre nå når jeg har noen å snakke med.

Ndikumana

afrikaneren så på treet, tenkte han på det og fant trøst.

«Er ikke vi mennesker rare?»

Ndikumana ler, og de kritthvite tennene kommer til syne.

«Neste gang du kommer til meg skal vi ikke snakke om dette, men om musikk og litteratur. Jeg vil du skal skrive ned hvordan du føler det når du får angst. Bare et par setninger hvis det er vanskelig.»

Ndikumana ler litt oppgitt.

«Du må få litt hjemmelekse.»

Amini smiler lurt. Så viser han Ndikumana utklipp fra en avis som har omtalt boken en tidligere barnesoldat fra Afrika har skrevet. Ndikumana bøyer seg over bordet og studerer avisutklippene.

Det bor 117 231 flyktninger i Norge (2006). Fredrikstad kommune har vedtatt å bosette 40 nye i år. I tillegg kommer familiegjenforeninger.

tekst Ellen Morland

foto Stig M. Weston

Hjem for første gang

Norske kvinner er blant dem som føder flest barn i Europa. Fredrikstad ligger litt under landsgjennomsnittet. Jordmor Anne Sønsterud har tatt imot barn i over 30 år. Vil det bli noen i kveld?

Jordmødrene som er på vakt rusler inn og ut fra rommene. I kveld er det to som føder, resten har nylig født.

Bortenfor vaktrommet henger en håndsydd kalender. På denne blir alle de fødte barna merket av. Rød knappenål for jenter, blå for gutter. Knappenålene for tvillinger blir samlet med en hvit plastring.

Noen dager har opp til elleve knappenåler. Slike dager kan være så hektiske at de må innrede badene som fødestuer for å få plass til alle.

Gjennom korridoren rusler et par. Med hendene plassert på den struttende magen går kvinnen sakte. For hvert steg vagger den tunge kroppen ut mot siden. Mens hun ser ned i gulvet og konsentrerer seg, går far og kikker på bildene av valkete rumper, sprikende tær og store nysgjerrige øyne. Veggene i den lyse korridoren er dekorert med svart-hvitt-bilder av nyfødte babyer.

Jordmor Anne Sønsterud blir med paret for å undersøke kvinnen. Over 30 års erfaring forteller henne at her er en som er utålmodig etter å se verden. Fra rommet på motsatt side av gangen høres høye skrik. Kort tid etter danner disse kvinnene et kor akkompagnert av spede gurgelyder fra barn som blir trillet gjennom korridoren.

Føde- og barselenhetene her på sykehuset er slått sammen. Rommene ble pusset opp slik at de både kan være fødestue og barselrom, og det finnes klappeseng til far, vask og stellebenk. Den fødende slipper å bytte avdeling, og vil ha det samme personalet å forholde seg til under hele oppholdet.

Anne Linn Kappel Stene og Henrik Stene har vært på avdelingen i to dager. Hun er 22 år, og han 21. I morgen skal lille Valiant Stene få reise hjem for første gang.

«Har du vært borti babyer før?», spør Sønsterud med rolig stemme.

«Ja da, jeg har småsøsken. I tillegg har jeg jobbet som dagmamma.»

«Da er du vant til barn, da. Det er ikke alle som er vant til så små som dette vet du.»

«Nei, det er jo egentlig ikke jeg heller.»

Den nybakte mammaen sitter i sengen med Valiant i armene. Han er pakket inn i et blått helseteppe og lager lave klunkelyder mens han sover.

«Nå kommer det til å gå omtrent seks uker før du er som før igjen. Det er normalt å gråte, og føle at livet går litt opp og ned. Det betyr ikke at du er deprimeret for det. Livmoren din vil gå ned i løpet av 14 dager, så snart er den som en liten mandarin.»

«Det er rart.»

«Ja, naturen fikser det meste.»

Slike utreisesamtaler er en del av Sønsteruds jobb. Far nikker bekreftende på det



STED: Fødeseksjonen, normalenheten, Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Anne Sønsterud

TID: 20.00–21.00

hun sier. Men når jordmoren tar frem et modellbryst for å vise hvordan barnet skal suge, ser han ned i kaffekoppen han har i hånda.

«Har han spist noe særlig?»

«Han ville ikke ha noe tidligere. Han bare sovnet.»

«Men han har jo tisset, så han har jo sugd bra. Ofte kommer ikke melka ordentlig før etter to til fire dager. Det er mye næring i den første melka, skjønner du. Selv om den ser litt tynn og rar ut.»

Mor nikker og fniser litt.

Da Sønsterud kommer ut i gangen igjen er det mer aktivitet. Det kommer en jordmor ut fra rommet til den kvinnen som litt tidligere vagget gjennom korridoren.

«Du må undersøke kvinnen. Nå!»

Sønsterud snur seg og følger jordmoren med raske, bestemte skritt inn på rommet.

Få minutter senere kommer Sønsteruds kollega ut. Hun triller på fødebordet fylt med vaskevann, skittentøy og en morkake.

I fjor ble det født 58 500 barn i Norge. I snitt føder norske kvinner 1,9 barn. For å reproducere seg selv må man føde 2,1 barn, men på grunn av innvandring øker folketallet.



GUTT!
Hvert år blir det født litt
flere gutter enn jenter.
Mamma Anne Linn K.
Stene og pappa Henrik
Stene er stolte av sin
lille guttebaby.

Dagens siste måltid

God kveld, mitt navn er Sobril. Vi skal få en fin natt sammen. Fri for angst og søvnløshet. Men pass på. I ukyndige hender kan jeg drepe.

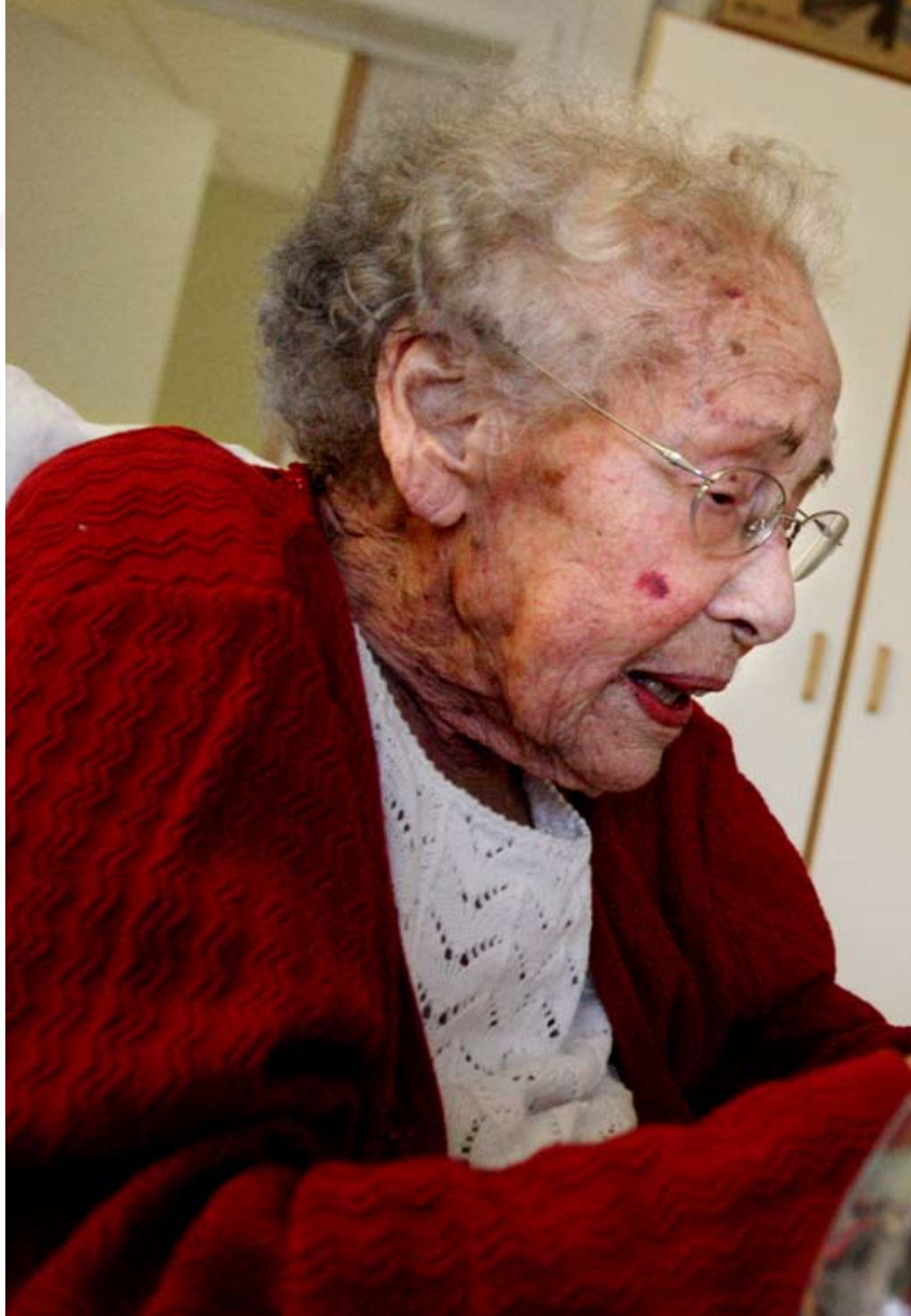
Knakk-knakk. Sykepleier Line Furu Hagen går kveldsrunder med medisintrallen. Der ligger jeg klar blant slektningene mine. Vi eksisterer kun for deg. For at du skal få et bedre liv. Mindre ubehag og smerte. Mer livskvalitet og glede. For at du skal leve lenger. Dessverre går det ikke alltid slik.

Hagen serverer oss minimalistisk i et rødt lite plastglass sammen med en kopp vann. 22 ganger skal hun slå knoken mot dørene. Elleve pasienter får besøk. Nå går hun inn til Ruth Persson (86) som sitter i rullestol ved siden av senga og ser tv mens hun leser *Se og Hør*.

– Her kommer jeg med tablettene dine.

Persson er ny på avdelingen og har bestemt seg for at hun ikke skal bli lenge. Hun synes vi er så mange at vi blir et lite måltid. Fire ganger i døgnet trilles vi rundt. Pluss litt utenom også. For en time siden fikk hun kveldens smertestillende. Nå kommer tvillingbroren min som er ganske stor og to små til. I tillegg må hun sitte med forstøver før hun legger seg.

Jeg er en benzodiazepin, vår familiegren er høyt elsket av sykehjemslegene. Men mange glemmer at halveringstiden tilsvarer alderen



Ruth Persson synes vi er så mange piller at vi blir et lite måltid. Hun avtaler med sykepleier Line Furu Hagen om å gjemme en av vennene mine til seinere.

til den som spiser oss. Flere stygge fall har mine søsken som årsak.

Hagen pulveriserer broren min i en liten pilleknuser og blander ham med jordbærstøtøyet som Persson spiser mens hun rynker på nesen.

– Det æ'kke sukkertøy, altså. Det er dritvondt!

Hun får nytt vann i flasken sin som hun kan svelge ned de små kompisene mine med.

I 2004 fikk to av tre svenske sykehjemsbeboere minst ti ulike sorter av oss opptil flere ganger i døgnet. Da snakker vi ekte kost-nytte-effekt i dobbelt forstand: Med så mange i magesekken må jo matutgiftene minke.

En gang hørte jeg noen si at en hånd er

bedre enn en haloperidol. Da måtte jeg le. Gode, gamle haloperidol er jo mye billigere. Mindre enn en krone per stykk!

Av og til kan jeg nesten føle meg kongelig. Sikkerhetsrutinene rundt oss er så mange. Hagen signerer i en perm for hver pasient. Hun tar noen av oss fra forseglede, apotekpakkede små plastposer med pasientens navn på (multidosesystem). Andre er forhåndsdosert i røde bokser som ligger i hver sin skuff på trallen. Det er ofte forandringer med oss og apoteket klarer ikke å korrigere like raskt.

Verre er det hvis personalet ikke er oppdatert. For to år siden kunne det gått riktig ille. På et halvt år var det plutselig blitt flere pasienter som fikk intravenøs behandling på



avdelingen. Den 21. mars 2006 skjedde det:

To hjelpepleiere har fått delegert myndighet til å dele oss ut etter å ha tatt kommunens todagers medisinkurs. Hjelpepleierne finner en pasients dosett med slektningene mine i medisintrallen, til tross for at det står i ordinasjonskortet at de er seponert. Bare én av pleierne har fått med seg rapporten. Ingen av dem har lest kardedex.

Hjelpepleierne tror en butterfly subkutant er en PEG-sonde, knuser vennene mine, blander dem med vann fra springen og gir dem gjennom butterflyen. Dermed går de rett i underhuden. Når pleierne etter en stund oppdager at stikkstedet er rødt og hovent, varsler de vakthavende sykepleier. Hun fjerner butterflyen og kontakter legevakten.

Pasienten overlevde, men hadde et nekrotisk sår i to måneder etterpå. Året før døde en pasient på Borge sykehjem i samme kommune av en lignende feil. Da blandet en sykepleier min venn Panodil og min tvillingbror Sobril med vann og ga det rett i pasientens blod via en venefflon.

Du må tro meg: Vi ønsker ikke at du skal dø, for da kan du jo ikke kjøpe oss lenger. Men vi ser helst at du skal spise flest mulig av oss. Da jubler aksjonærene. Når jeg tenker meg om, er det egentlig dem vi eksisterer for, men det har jeg aldri hørt noen si høyt. Pfizer, min mektige skaper, troner på toppen som det største legemiddelfirmaet både i Norge og i verden.



STED: Fredly korttidsavdeling på Glemmen sykehjem

SYKEPLEIER: Line Furu Hagen

TID: 21.00–22.00

Tilsynssaken mot Glemmen

sykehjem på grunn av medisintabben ble avsluttet i fjor høst. Konklusjonen var at Fredrikstad kommune hadde brutt loven på flere punkter. De to hjelpepleierne beholdt jobben, men fikk en skriftlig advarsel og ble fratatt myndigheten til å dele oss ut. Kommunen justerte innholdet i medisinkurset og skjerpet rutinene for hvem som skulle få myndighet til å dele oss ut. Det planlegges også et oppfriskningskurs i hvordan vi skal håndteres av sykepleiere og vernepleiere.

På Glemmen sykehjem er det alltid en sykepleier på vakt nå. Ingen får lenger jobbe på avdelingen før de har tatt turen innom vaktrommet og lest kardedex. De er også gjort mer lettlete slik at personalet raskt skal se endringer som er gjort.

Etter en time er Line Furu Hagen ved korriderens ende med trallen vår. Hun er privilegert. Hun tilhører den eneste yrkesgruppen som nå får gi mine oppløste slektninger gjennom sonde på Glemmen sykehjem, til tross for at det 1. mai kom en ny forskrift som sier at vi kan håndteres av alt helsepersonell. Det vil si at alle som har en helsefaglig utdanning, uansett nivå, kan dele oss ut. Vel å merke dersom virksomhetsleder tillater det. Men det kommer ikke på tale på Glemmen. I hvert fall ikke foreløpig, skal jeg tro Birgitte Skauen Kopperud, som er virksomhetsleder der:

– Overhodet ikke! Vi vil derimot bli enda mer bevisste, hørte jeg henne si til en journalist fra Sykepleien.

tekst Eivor Hofstad

foto Therese Borge



STED: Avdeling A8,
kreft og blodsykdommer,
Sykehuset Østfold

SYKEPLEIER: Jon Christian
Arntzen

TID: 22.00–23.00

«Det er tråkig å ligge på gangen».

Leif Arnesen fra Gressvik har kommet til A8 i dag.

Eget rom kunne han ikke få.

Det er fullt. Da må personalet prioritere ut fra behov.

Mens det begynner å nærme seg vanlig sengetid, kjemper Arnesen mot lydene på sykehuset. Skrittene som skal forbi, susingen i rørene og stemmene som lurer på hvor en pasient ble av som skulle vært her for lengst.

Arnesen vil bare sove. Glemme det hele. Han har bedt nattsykepleier Jon Christian Arntzen om å få propper i ørene. Nå venter han.

I gjennomsnitt har Sykehuset Østfold til enhver tid cirka 15 pasienter som må ligge i korridorene.

Det tilsvarer rundt 6000 korridorpatienter på årsbasis. I gjennomsnitt ligger de tre dager på gangen.







LEGEVAKT



Stille før stormen

Det er en kveld av den sorten de fleste lengter etter en hel vinter. Himmelen er lys og den milde luften ispedd duften av syriner.

For sykepleier Gunn Elisabeth Wilskog Cuendet er det langt fra en drømmekveld. Hun aner hva hun har i vente idet hun gjør seg klar til nattevakt på vaktrommet. Klokka er 23.00. Nå sitter Fredrikstadfolket på brygga med en pils eller tre. Det kommer til å bli ampert i taxikøen. Så renner det inn på legevakten.

«17. mai var den beste vi har hatt på lenge. Kjølig og kaldt», fastslår hun tørt.

Tone Tingelholm har også kommet. De er to sykepleiere på nattevakt. Cuendet setter seg ved luka. Tingelholm blir den som henter pasienter inn fra venterommet og følger dem opp.

Rapporten går kjapt. Det er noen pasienter inne og kø på venterommet.

Telefonen på legevakten har en behagelig ringelyd, ikke av typen man bare må besvare for å få fred. Den myke tutingen skliir inn som en naturlig del av bakgrunnsstøyen.

Cuendet åpner luka for en ung gutt med mørk lugg og brune øyne. Ved siden av står moren, men han fører ordet selv. Øynene

klør og renner. Han får et grønt kort i hånda, beskjed om å vente, men skal si fra hvis det blir verre.

Grønt kort får de lavest prioriterte pasientene, de som egentlig kunne ventet til neste dag og gått til fastlegen. Pasienter som får gult kort skal vurderes av lege innen to timer. Rødt betyr rett inn på akuten.

Fredrikstad legevakt er kommunal, men ligger vegg i vegg med akuttavdelingen på sykehuset.

Cuendet skulle egentlig ikke vært på jobb i natt, men måtte steppe inn på kort varsel. Bursdagsselskapet for sønnen på ti måtte flyttes på.

Legevakten har slitt med bemanningsproblemer. To 14 prosent helgestillinger har stått ubesatte. Nå er de gjort om til 50 prosent, og blir kanskje mer attraktive. Legevakten har 73 000 mennesker innenfor sitt område. Det inkluderer øyene på Hvaler. Og om sommeren kommer feriegjestene med solstikk og flåttbitt i tillegg til sommerglade Fredrikstad-folk.



STED: Den kommunale legevakten

SYKEPLEIER: Gunn Elisabeth Wilskog Cuendet

TID: 23.00–24.00

Telefonen ringer igjen. Cuendet skriver og trykker ut navnelapp. Skriveren skrattsjer høyt og overdøver telefonen. Hun håper å unngå rabalderet fra forrige natt. Da kom fire psykiatriske pasienter inn og satte avdelingen på hodet.

En ung jente kommer haltende til luka for å betale. Hesten hennes har trampet henne på tåa. Hun er lettet fordi det ikke var brudd. En mann med hoven testikkel blir hentet på venterommet.

«Kom her, du, så skal jeg ta noen prøver av deg», sier Tone Tingelholm blidt.

«Nei, helst ikke»

«Bare i fingeren, altså», kvitrer Tingelholm. Mannen ler lettet.

En annen mann er i ferd med å komme seg etter en heftig fyllekule. Naboene slo alarm da de fant ham utenfor huset etter flere dagers tett drikking.

«Gå inn her og legg deg ned, så skal jeg hente kona di», sier Tingelholm oppmuntrende. Legen kommer og snakker litt med ham.

En ny allergipasient dukker opp i luka.





I LUKA: Gunn Elisabeth Wilskog Cuendet tar imot betaling fra en som er glad for å slippe tåbrudd.

«Det er litt ventetid her nå, så du får sette deg ned», gjentar Cuendet.

Telefonen gir seg ikke.

«Det er legevakten»

«Navn og adresse. Halden? Man da må du prøve å få hjelp på legevakten i Halden»

«Hører de ikke på deg?»

Enkelte pasienter er godt kjente. En eldre dame blir tatt hånd om av Tone Tingelholm. Det er litt uklart hva som feiler henne. Hun maser om å få røyke. Det får hun ikke, men blir geleidet inn på akuttavdelingen ved siden av.

«Jeg tar deg i armen, så du ikke faller for meg»

Tingelholm forsøker å muntre opp damen som har dype rynker i pannen og alvorlige øyne.

«Ja, hallo, jeg skulle ha en taxi til

legevakten. Fredrikstad, ja. Kan sjåføren komme inn?»

Cuendet er opptatt med å få den fulle mannen hjem. Tingelholm kommer raskt tilbake.

«Sånn, nå har vi fått litt unna her.»

En ung mann med halsvondt dukker opp i luka. Han får beskjed om å gå til fastlegen i morgen. Folk bruker legevakten litt som drop in-lege. Å bestille time hos fastlegen er mer komplisert, og man må ta fri fra jobben.

Ny telefon

«Ja, hallo, det er legevakten. Å ja. Huff, da. Albue. Skjedde det nylig? Fødselsdatoen din. Adressen.»

Cuendet hamrer løs på tastaturet.

Imens følger Tingelholm en haltende gutt

inn på avdelingen.

Neste telefon er alarm. De hører det på ringelyden. Den tuter litt fortere og det blinker rødt. Det er en ambulans på vei med en dame med pusteproblemer.

Taxisjåføren kommer for å hente den fulle mannen. Inne på medisinerrommet står en pc der trykklarmene er koblet til. Nå piper den, men den får pipe i fred.

Klokka er tolv. Himmelen har mørknet. Snart stenger barene.

(Resten av natta var det fullt kjø, men ikke så mye fyll som forventet. Det ble spisepause fra sju til fem over sju.)

tekst Ellen Morland

foto Therese Borge



C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia, (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloa acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: *Primær vaksinasjon:* 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en 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 innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. *Barn:* Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med 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 en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primæraksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥ 10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMNING: *Overgang i placenta:* Begrenset data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: *Hyppige (>1/100):* Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGFITNING: Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt-doser.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftiter mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi, 1 måned etter den 3. dosen i primæraksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

ANDRE OPPLYSNINGER: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10

Sist endret: 16.08.2007

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
 info@spmsd.com

AminoJern Ferrochel -en ny generasjon jerntilskudd



AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jerntilskudd som bl.a. kjennetegnes ved sin unike opptaks-mekanisme.

AminoJern Ferrochel er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas ved måltid uten at effekten reduseres. AminoJern Ferrochel inneholder ingen animalske ingredienser.

FORDELER VED AMINOJERN:

- Absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd
- Gir normalt ikke bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage
- Bygger kroppens jernlager særdeles effektivt
- Kan tas sammen med mat
- Inneholder intet animalsk

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS. Anbefalt døgndose 1 tbl, tilsvarende 25 mg jern. Føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger. For mer info se www.aminojern.no, ring tlf 33 00 38 70 eller send mail til post@vitalkost.no.



På jobb, torsdag 22. mai 2008

Redaksjonen i Sykepleien fulgte 24 sykepleiere gjennom ett døgn. Disse historiene handler om deres hverdag. I Fredrikstad kommune er det ansatt rundt 600 sykepleiere. Halvannen tusen sykepleiere har jobb på Sykehuset Østfold.

00-01

Navn: Arild Svendsen
Alder: 36 år
Vært sykepleier i: 5 år
Arbeidssted: Akuttmottaket ved Sykehuset Østfold
– Hvorfor akuttmottaket?
– Kjente flere som arbeidet der. Hørtes ut som en spennende og utfordrende jobb.



01-02

Navn: Harald Nygaard
Alder: 42 år
Vært sykepleier i: 10 år
Arbeidssted: Sikkerhetsavdelingen, psykiatrisk divisjon, Veum, Sykehuset Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Fordi jeg liker menneskene her. De er i en fortilva situasjon, men de har humor og masse kvaliteter. Jeg liker å prate med folk, og føler jeg kan bidra på det mentale planet.



02-03

Navn: Gunn Glenne Johansen
Alder: 52 år
Arbeidssted: B4 – medisinsk overvåkning, Sykehuset Østfold
Vært sykepleier i: 31 år
– Hvorfor jobber du på akkurat her?
– Jeg trives veldig godt her, arbeidsmiljøet er bra. Det er varierte pasienter, og jeg liker akutt delen av jobben spesielt godt. Jeg har vært her i 30 år – dette er min avdeling.



03-04

Navn: Linda Kjerstad
Alder: 27 år
Vært sykepleier i: 3 år
Arbeidssted: Glemmen sykehjem, demensavdelingen Trekløver og Solsiden
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Har jobbet med demente siden jeg var student og har alltid syntes at det har vært interessant.



04-05

Navn: Kristine Vister
Alder: 26 år
Arbeidssted: B-5, Sykehuset Østfold
Vært sykepleier i: 4 år
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Det er en travel avdeling, og jeg lærer mye. Jobben er utfordrende, men det er godt arbeidsmiljø. Jeg trives med at både pasientgrunnlaget og arbeidsoppgavene er varierte.



05-06

Navn: Anne Grethe Melleby
Alder: 43 år
Vært sykepleier i: 21 år
Arbeidssted: Intensiv/postoperativ seksjon, Sykehuset Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Fordi det er den intensivavdelingen i Østfold med høyest beredskap og aktivitet. Jeg er intensivsykepleier og ønsker å bruke mine intensivkunnskaper.



06-07

Navn: Lise Gjerdsjø Martinsen
Alder: 35 år.
Vært sykepleier i: 10 år.
Arbeidssted:
Gastrokirurgisk sengepost, A3, Sykehuset Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Jeg trives godt med pasientgruppen. Det er spennende og utfordrende og et godt arbeidsmiljø med trivelige folk.



07-08

Navn: Liselotte Berger.
Alder: 33 år
Har vært sykepleier i: 9 år
Arbeidssted:
Sengepost A2 Nyre- og infeksjonssykdommer. Indremedisinsk avdeling, Sykehuset Østfold.
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Dette er en spennende avdeling med mange utfordringer. Men det viktigste er det gode arbeidsmiljøet.



08-09

Navn: Mona Louise Hegg
Alder: 50 år
Vært sykepleier i: 27 år, operasjonssykepleier i 24
Arbeidssted:
Operasjonssentralen, gynekologisk seksjon, Sykehuset Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Fordi det er en trivelig avdeling med mange hyggelige mennesker.



09-10

Navn: Anne Grethe Erlandsen
Alder: 51
Vært sykepleier i: 29 år
Arbeidssted:
Kommunikasjonsdirektør, Sykehuset Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Jeg arbeider med Sykehuset Østfolds forhold til vår omverden. Her kan jeg bruke hver smitt og smule av erfaringen min, det er ingen ulempe å være sykepleier.



10-11



Navn: Elisabeth Gudim
Alder: 39 år
Vært sykepleier i: 7 år
Arbeidssted: Feltpleien, Fredrikstad kommune
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Jeg liker å forme et prosjekt. Tilliten pasientene viser meg, gjør at jeg setter sånn pris på å være sykepleier. Selv om de er i en vanskelig livssituasjon, har de likevel mye humor. Jeg er kjempeglad for å gå på jobb hver eneste dag.

11-12



Navn: June Andersen
Alder: 41 år
Vært sykepleier i: 4 år
Arbeidssted:
Fredrikstad kommunes rehabiliteringsavdeling på Borge Sykehjem
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Jeg liker å ha mange baller i luften samtidig. Organisere og ordne. Her har vi et tverrfaglig team rundt pasienten, mellom sykehuset og hjemmet. Det krever mye dialog med alle parter.



12-13



Navn: Venke Kaplon
Alder: 52 år
Arbeidssted: Helsesøster i Helsevern for barn og unge i Fredrikstad kommune
Vært sykepleier i: 30 år
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Er interessert i forebyggende helsearbeid og synes det er spennende å jobbe med ungdom. Jeg får brukt fagkunnskapen min. Liker variasjon og høyt tempo i hverdagen.

13-14



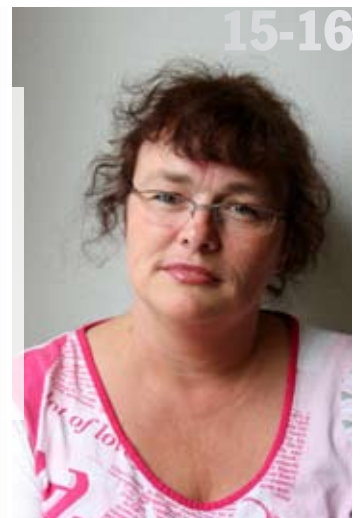
Navn: Hilde Hertenberg
Alder: 48 år
Vært sykepleier i: 28 år og jordmor i 15 år
Arbeidssted: Fredrikstad kommune
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Fordi det er et spennende prosjekt som jeg gjerne ville være med på.

14-15



Navn: Inger Bøe Tangen
Alder: Noen og 50 år
Vært sykepleier i: 30 år
Arbeidssted: Habiliteringstjenesten i kommunen, seksjon barnehabilitering
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Veldig godt arbeidsmiljø. Givende å jobbe med barn og unge.

15-16



Navn: Ellen Rosseland Hansen
Alder: 45 år
Vært sykepleier i: 21 år
Arbeidssted: Senter for lindrende behandling, Sykehuset Østfold.
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Her får jeg rom og tid til å reise ut til den døende pasienten. Det er en viktig oppgave å gi dem mulighet til å gå fra dette livet på en fin og verdig måte.

16-17



Navn: Grethe Henriksen
Alder: 47 år
Vært sykepleier i: 2 år, tidligere hjelpepleier fra 1983
Arbeidssted: Åpen omsorg Onsøy
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Jeg trives i eldreomsorgen, og liker å jobbe selvstendig.

17-18



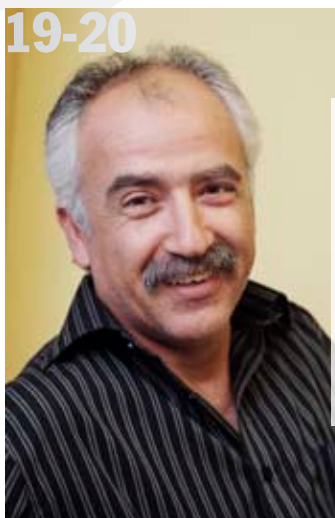
Navn: Gunvor Andersen
Alder: 55 år
Vært sykepleier i: 33 år
Arbeidssted: Barneavdelingen, sengepost B1, Sykehuset Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– På grunn av barna.

18-19



Navn: Nina Merete Tokle
Alder: 39 år
Vært sykepleier i: 14 år
Arbeidssted: Medisinsk overvåkning, avdeling B4 Sykehuset i Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Fordi det er et godt arbeidsmiljø og varierte arbeidsoppgaver.

19-20



Navn: Mozafar Amini
Alder: 48 år
Vært sykepleier i: 15 år
Arbeidssted: Flyktningavdelingen, Fredrikstad kommune.
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Med min fagbakgrunn og livserfaring er jeg en av de beste som kan hjelpe denne målgruppen. Det er interessant og utfordrende arbeid.

20-21



Navn: Anne Sønsterud
Alder: 58 år
Har vært jordmor i: 33 år
Arbeidssted: Fødepost B2, Normalenheten. Kvinneklubben, Sykehuset Østfold
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– En jordmor jobber jo ved føde- eller barselavdelinger. Jeg er jordmor i mitt hjerte, vet du.

Navn: Line Furu Hagen
Alder: 35 år
Vært sykepleier i: 11 år
Arbeidssted: Fredly, somatisk korttidsavdeling, Glemmen sykehjem
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Jeg trengte nye utfordringer etter 11 år med gastrokirurgi og urologi på sykehuset. Dette er mye roligere samtidig som korttidsposten er passe overgang fra sykehuset ved at det ofte er utskiftninger.

21-22



Navn: Gunn Elisabeth Wilskog Cuendet
Alder: 42 år
Vært sykepleier i: 17 år
Arbeidssted: Legevakten og overgrepsmottaket, Fredrikstad kommune
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Det er variert, jeg ønsket noe annet etter å ha jobbet i geriatrien i mange år.

22-23



Navn: Jon Christian Arntzen
Alder: 27 år
Vært sykepleier i: 4 år
Arbeidssted: Avd. A8, kreft og blodsykdommer, Sykehuset Østfold.
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Dette er en jobb der du ikke bare gir, men også får tilbake. Det er en takknemlig pasientgruppe som ofte er i godt humør, selv om diagnosene er alvorlige.

23-24



Navn: Gunn Elisabeth Wilskog Cuendet
Alder: 42 år
Vært sykepleier i: 17 år
Arbeidssted: Legevakten og overgrepsmottaket, Fredrikstad kommune
– Hvorfor jobber du akkurat her?
– Det er variert, jeg ønsket noe annet etter å ha jobbet i geriatrien i mange år.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt 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, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml til barn:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzyllalkohol. **Indikasjoner:** 25 mg: Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerant for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatiskbehandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. 25 mg og 50 mg: Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv reumatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende reumatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plaque psoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerant overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. **Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstrueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. **Voksne:** Anbefalt dose er 25 mg ved reumatoid artritt, administrert 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg administrert 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt ved reumatoid artritt. Ved plaque psoriasis er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opptil 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opptil 24 uker. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dersom gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer med hensyn til behandlingsvarighet følges. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke. Ved psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke eller 50 mg administrert 1 gang pr. uke. **Eldre (≥65 år):** Dosejustering er ikke nødvendig. **Barn og ungdom: 4-18 år:** 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som en s.c. injeksjon med et 3-4 dagers intervall mellom dosene. Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæskene inneholder benzyllalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. **Forsiktighetsregler:** Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter behandling med etanercept, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjenntatte 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. Før oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose eller 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. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, før oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte/risiko-forholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandling. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes med hensyn til tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke. 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. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med reumatoid artritt med langvarig, svært aktiv, inflammatorisk sykdom, har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt blodyskasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på blodyskasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet blodyskasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskriving til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør risikoen i forhold til nytte vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om 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. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarende profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Preparatet er ikke vist å være effektivt behandling ved Wegeners granulomatose. Anbefales derfor ikke. **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 som tilleggsbehandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Den kliniske signifikansen er ukjent. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Samtidig bruk av abatacept har vist økt forekomst av alvorlige uønskede hendelser. Kombinasjonen har ikke vist økt klinisk nytte og anbefales ikke. Det anbefales at pasienter med juvenil kronisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke, og fertile kvinner bør rådes til å ikke bli gravide under behandling. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). **Hypypige (>1/100):** Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, feber. Antistoffer mot etanercept er detektert i sera hos noen pasienter. Antistoffene er ikke-nytralisierende og vanligvis forbigående. **Mindre hyppige:** Blod: Trombocytopeni. Hud: Angioødem, urticaria, utslett. Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt). Subakutt kutan lupus erythematosus, discoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymmer. Sentralnervesystemet: Kramper, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusneuritt og transvers myelitt. Øvrige: Tuberkulose. Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard ischemi, brystsmerte, synkope, cerebral ischemi, hyper- og hypotensjon, kolecystitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebitt, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt og intestinal obstruksjon. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv reumatoid 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 subaktiv kutan lupus eller discoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn av samme type og frekvens som dem sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt milde til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner. **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. **Egenskaper: Klassifisering:** Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. **Virkningsmekanisme:** Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekylære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er induisert eller regulert av TNF. **Absorpsjon:** Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes en ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. **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. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet under bruk er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter tilberedning. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn: Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstituering, er vist for 14 dager ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstituering. **Rekvireringsregel:** Behandling med Enbrel bør initieres og overvåkes av spesialist med erfaring i diagnostisering og behandling av reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis. Pasienter som behandles med Enbrel skal gis pasientkortet. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: 25 mg: Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 5579,70. 50 mg: Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 10950,10. Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg: 4 sett kr 5512,40. 25 mg/ml til barn: 4 sett kr 5512,40. **Sist endret:** 08.02.2008

VIAGRA
(sildenafil sitrat) tabletter

Pfizer

Partner for bedre helse™

Viagra Pfizer

Middel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E03
TABLETTER 25 mg, 50 mg og 100 mg: Hver tablett inneholder: Sildenafilsitrat tilsv. sildenafil 25 mg, resp. 50 mg og 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171). Film-drageringen inneholder små mengder laktose. **Indikasjoner:** Behandling av menn med erektil dysfunksjon, som er manglende evne til å få eller beholde en ereksjon som er tilstrekkelig for tilfredsstillende seksuell aktivitet. For at Viagra skal ha effekt kreves seksuell stimulering. Sildenafil er ikke indisert hos kvinner eller personer under 18 år. **Dosering:** Høyeste anbefalte dose er 100 mg. Høyeste anbefalte doseringsfrekvens er 1 dose daglig. Samtidig inntak med mat kan forsinke virkningen. For å minimalisere potensialet for å utvikle postural hypotensjon skal pasienter først være stabile på alfablokkerbehandling før start av sildenafilbehandling. I tillegg skal oppstart av dose på 25 mg vurderes. Leger skal gi råd til pasientene om hva de skal gjøre ved symptomer på postural hypotensjon. **Voksne:** Anbefalt dose 50 mg tatt ved behov ca. 1 time før seksuell aktivitet. Dosen kan økes til 100 mg eller reduseres til 25 mg. Pasienter med nedsatt leverfunksjon samt pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt): Første dose bør være 25 mg. Kan økes til 50 mg og 100 mg. For pasienter som samtidig behandles med CYP 3A4-hemmere (unntatt ritonavir): En startdose på 25 mg bør overveies. **Kontraindikasjoner:** Samtidig inntak med alle former for nitrater eller NO-donorer (som amylnitritt) er kontraindisert. Bør ikke brukes av menn hvor seksuell aktivitet ikke er tilrådelig (f.eks. pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom som ustabil angina eller alvorlig hjertesvikt). Hos pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer. Skal ikke brukes hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon, hypotensjon (blodtrykk <90/50 mmHg), nylig gjennomgått slag eller hjerteinfarkt, eller pasienter som har kjent medfødt degenerativ retinasykdom, som retinitis pigmentosa (et mindretall av disse pasientene har genetisk betinget forstyrrelse av netthinnens fosfodiesterase). **Hypersensitivitet** for aktiv substans eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Anamnese og klinisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon samt fastslå mulige underliggende årsaker, før farmakologisk behandling overveies. For behandling av erektil dysfunksjon initieres, skal legen bedømme pasientens kardiovaskulære status, da det finnes en viss kardiell risiko assosiert med seksuell aktivitet. For forskrivning av sildenafil bør det overveies nøye hvorvidt pasienter med spesielle underliggende tilstander kan få alvorlige bivirkninger av vasodilaterende effekt, særlig i kombinasjon med seksuell aktivitet. Pasienter med økt følsomhet for vasodilatorer inkl. de med venstre ventrikkel «outflow»-obstruksjon (f.eks. aortastenose, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati) eller de med sjeldne syndromer med multipl systematrofi manifestert som alvorlig svekket autonom kontroll av blodtrykket. Preparatet potenserer den hypotensive effekten av nitrater. Alvorlige kardiovaskulære hendelser er rapportert etter bruk av preparatet. Flesparten av disse pasientene, men ikke alle, hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. Mange av hendelsene ble rapportert å ha oppstått i løpet av eller kort tid etter seksuell aktivitet. Noen få hendelser ble rapportert å ha oppstått rett etter bruk av preparatet uten seksuell aktivitet. Skal brukes med forsiktighet hos personer som bruker alfablokkere, da samtidig administrering kan føre til symptomatisk hypotensjon hos noen pasienter. Dette vil mest sannsynlig inntre innen 4 timer etter dosering med sildenafil. Sildenafil (>25 mg) skal derfor ikke brukes i perioden 4 timer før eller etter inntak av en alfablokker. Sildenafil skal brukes med forsiktighet til pasienter med anatomiske deformasjoner av penis (som skjevstilling, kavermos fibrose eller Peyronis sykdom), samt pasienter med tilstander som kan predisponere for priapisme (som sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av sildenafil med andre behandlinger for erektil dysfunksjon er ikke undersøkt, og slike kombinasjoner anbefales derfor ikke. Synsførstyrrelser og NAION er rapportert. Pasienten bør rådes til å slutte å ta sildenafil og umiddelbart kontakte lege dersom plutselig synsførstyrrelser skulle oppstå. Samtidig administrering av sildenafil sammen med ritonavir anbefales ikke. Studier med humane blodplater indikerer at sildenafil potenserer den antiaggregerende effekt av natriumnitroprussid in vitro. Sildenafil skal derfor gis til pasienter med blødningsykdommer eller aktiv mavesår kun etter nøye vurdering av fordel/risiko. Siden svimmelhet og synsførstyrrelser kan forekomme, bør pasientene gjøre seg kjent med hvordan de reagerer på sildenafil før de kjører bil eller bruker maskiner. Skal ikke gis ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Reduksjon av sildenafilclearance er observert ved samtidig administrering med CYP 3A4-hemmere (som ketokonazol, erytromycin, cimetidin). Ved samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere, bør en startdose på 25 mg overveies. Ritonavir er vist å gi en sterk økning i konsentrasjonen av sildenafil og maks. dosen av sildenafil bør ikke i noe tilfelle overstige 25 mg i løpet av 48 timer. Sakinavir er vist å gi en økning i konsentrasjonen av sildenafil. Sterkere CYP 3A4-hemmere som ketokonazol og itraconazol forventes å ha større effekt. Grapefruktjuice kan gi en moderat økning av konsentrasjonen av sildenafil i plasma. Nicorandil har potensiale til å gi alvorlige interaksjoner med sildenafil pga. nitratkomponenten. Samtidig behandling med alfablokkere kan føre til symptomatisk hypotensjon hos noen pasienter. **Bivirkninger:** Svært hyppige (>1/10): Hodepine og rødme. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi. Luftveier: Nesetetthet. Nevrologiske: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Palpasjoner. Syn: Synsførstyrrelser (økt lysfølsomhet eller tåkesyn), kromatopsi (mild og forbigående, hovedsakelig fargeforvrengning). Mindre hyppige eller sjeldne: Brekninger, utslett, neseblødning, hypotensjon, hypertensjon, synkope, cerebrovaskulær blødning, transitorisk iskemisk angitt, takykardi, ventrikulær arytmi, hjerteinfarkt, ustabil angina og plutselig hjertedød. Øyetsmerter og røde/blodsudt øyne. Forlengelse av ereksjon og/eller priapisme, hypersensitivitetsreaksjoner. Det er rapportert muskelsmerter når sildenafil ble administrert oftere enn anbefalt doseringsregime. Insidensen og alvorlighetsgraden av bivirkningene økte med dosen. Etter markedsføring er det sett bivirkninger med ukjent frekvens: Non-arteriell iskemisk fremre optikus-nevropati (NAION), retinal vaskulær okklusjon, synsfeilsuttall. Etter markedsføring og i studier: Plutselig dovhø, plutselig nedsatt hørsel, eller tap av hørsel, er rapportert hos et fåtall. Svimmelhet og ørhet (ikke synkope) er sjeldent sett ved samtidig administrering av sildenafil og doxazosin hos pasienter stabilisert på doxazosinbehandling. **Overdosering/Forgiftning:** 200 mg resulterte i økt insidens av bivirkninger. Ved overdose gis standard støttende behandling. Dialyse antas ikke å øke clearance ettersom sildenafil i høy grad er proteinbundet og ikke utskilles i urin. **Egenskaper:** Klassifisering: Potent og selektiv hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5) som hovedsakelig finnes i corpus cavernosum. Seksuell stimulering er nødvendig for at sildenafil skal gi effekt. Ereksjon tilstrekkelig for samleie er sett etter ca. 25 minutter og 4-5 timer etter dosering. Sildenafil gir milde og forbigående blodtrykkfall som i de fleste tilfeller ikke fører til klinisk effekt. Sildenafil har ingen effekt på synsskarphet eller kontrastsensitivitet. Forbedret ereksjon er sett hos 62% (25 mg), 74% (50 mg) og 82% (100 mg). Effekt av sildenafil er sett hos pasienter med psykogen, blandet og organisk erektil dysfunksjon, diabetes mellitus, iskemisk hjertesykdom, hypertensjon, TURP (transuretral reseksjon av prostata), radikal prostatektomi, ryggmargsskade, depresjon og hos eldre. I langtidsstudier ble sikkerheten og effekten av sildenafil opprettholdt. Absorpsjon: Raskt. Ved første oppnå maks. plasmakonsentrasjon etter 30-120 minutter. Absolutt biotilgjengelighet ca. 41%. Proteinbinding: Sildenafil og dets hovedmetabolitt bindes begge ca. 96% til plasmaproteiner uavhengig av total legemiddelkonsentrasjon. Fordeling: Distribusjonsvolum ved «steady state» er 105 liter. Halveringstid: 3-5 timer. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4 og noe via CYP 2C9. Den viktigste sirkulerende metabolitten har en tilsv. selektivitet overfor fosfodiesterase som sildenafil, og en in vitro-aktivitet overfor PDE5 på ca. 50% av modersubstansen. Utskillelse: Ca. 80% i feces, ca. 13% i urin. Clearance av sildenafil og dets hovedmetabolitt er redusert hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon, mild til moderat nedsatt leverfunksjon og hos eldre (over 65 år). **Pakninger og priser:** 25 mg: Enpac: 4 stk. kr 291,20. 12 stk. kr 805,20. 50 mg: 4 stk. kr 342,60. 12 stk. kr 959,00. 100 mg: 4 stk. kr 382,90. 12 stk. kr 1045,60. **Sist endret:** 24.04.2008

Referanser:

1. Mulhall JP et al. Erectile dysfunction: monitoring response to treatment in clinical practice recommendations of an international study panel. J Sex Med 2007;4:448-64

Pfizer AS - Pb 3 - 1324 Lysaker - Tlf 67526100 - Faks 67526192 - www.pfizer.no

Ref. nr.: 0352-2008

NorskeSerier  - alltid ekte leseglede

Kanskje DU er vår nye serieforfatter!



Frid Ingulstad, Norges mest leste forfatter, ønsker flere skrivende kolleger. Hun leder juryen i Cappelen Damms manuskonkurranse.

Vinn
kr **100 000**
+ royalties

Frist 1. oktober 2008

Les mer på
www.norskeseier.no

eller ring **Thorild Berg**
tlf **21 61 74 51**

CAPPELEN DAMM

En ny opplevelse med



Waitz Energy Balance



Grete Waitz



WEB art 211
Sort eller rød nubuk skinn
Str. 36-43 (rød 36-42)

VÅR PRIS 895,-*

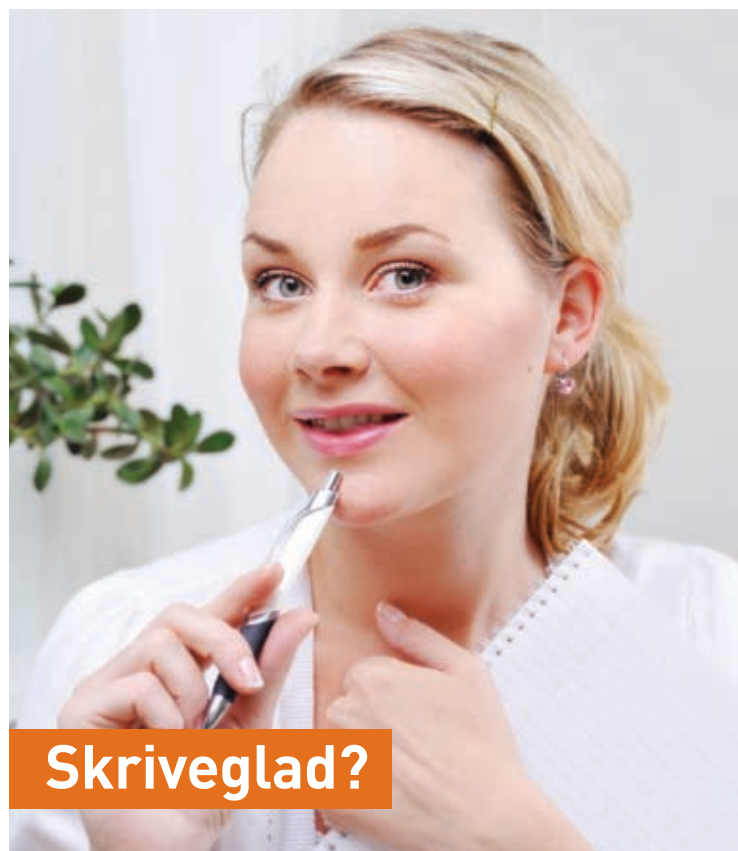


WEB art 212
Grå nubuk skinn
Str. 36-42
NYHET!

VÅR PRIS 895,-*

*) +porto/opplagsgebyr

www.footcare.no
E-mail: post@footcare.no Tlf: 67 97 80 40 • Fax: 67 97 18 16
Foot Care AS Postboks 75, 1471 Lørenskog



Skriveglad?

Til høsten kan du sende inn bidrag fra dine opplevelser som sykepleier og vinne flotte premier.

sykepleien

PPS er en elektronisk database for ca 300 grunnleggende prosedyrer i sykepleie og er i bruk i kommuner og helseforetak over hele landet. PPS imøtekommer myndighetskrav om dokumentasjon og oppdaterte prosedyrer og bedrer effektiviteten, øker lønnsomheten og sikrer kvaliteten i helsetjenesten. PPS oppdateres årlig.

Ny versjon 25. juni

- Alt innhold er verifisert og oppdatert
- Ny "Forskrift for legemiddelhåndtering" har medført endringer i både prosedyrer og kunnskapsstoff som omhandler administrering av legemidler og relaterte temaer
- Flere nye prosedyrer innen ernæring, livreddende førstehjelp, nefrostomi og respirasjon
- Søkefunksjonen er utvidet til fullt tekstsøk
- Stort antall nye illustrasjoner, foto, animasjoner og video
- Visning av referanser i fulltekst i kunnskapsstoffet

 Akribe

Les mer på: www.akribe.no/pps

PPS 

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Spiriva refunderes etter §2 ICD-10: J43 og J44/ICPC-2:R95.

Spiriva «Boehringer Ingelheim, Pfizer» Antikolinergikum.

ATC-nr.: R03B B04

T INHALASJONSPULVER, harde kapsler 18 µg: Hver kapsel inneh.: Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 18 µg, laktosemonohydrat 5,5 mg.

Indikasjoner: Bronkodilatorende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Dosering: Innholdet i 1 kapsel inhaleres 1 gang pr. døgn, til samme tid hver dag. Inhaleres vha. HandiHaler. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Preparatet bør ikke brukes til pasienter under 18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium, eller overfor hjelpestoffet laktosemonohydrat.

Forsiktighetsregler: Tiotropiumbromid skal ikke brukes til innledende behandling av akutte episoder av bronkospasme, f.eks. til behandling ved behov. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon av preparatet. Brukes med forsiktighet hos pasienter med trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruksjon. Legemidler som inhaleres kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme. Hos pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 50 ml/minutt) øker plasmakonsentrasjonen når nyrefunksjonen reduseres. Tiotropiumbromid skal derfor kun brukes til disse pasientene hvis den forventede nytten av behandlingen oppveier den potensielle risikoen. Pasientene bør advares mot å få pulveret i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i cornea. Hvis symptomer på trangvinkelglaukom skulle oppstå, skal pasienten slutte å bruke tiotropiumbromid og kontakte lege umiddelbart. Munntørhet, som er observert ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid forårsake karies. Tiotropiumbromid skal ikke brukes oftere enn 1 gang pr. døgn. Interaksjoner: Samtidig administrering av tiotropiumbromid og andre antikolinerge legemidler er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Kliniske data mangler. Preparatet skal kun brukes ved graviditet hvis strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet anbefales ikke ved amming hvis ikke den forventede nytten av behandlingen oppveier den eventuelle risikoen for det nyfødte barnet.

Bivirkninger: Mange av bivirkningene kan tilskrives preparatets antikolinerge egenskaper. Munntørhet er hyppigst observert ($>1/100$), er vanligvis mild og opphører ofte ved vedvarende behandling. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oral candidiasis, kvalme. Luftveier: Bronkospasme, hoste, faryngitt og annen irritasjon på applikasjonsstedet, dysfoni. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine, smaksforstyrrelser. Sjeldne ($<1/1000$): Gastrointestinale: Gastroøsofageal refluksykdom, forstoppelse. Hud: Hudutslett, urticaria, kløe, annen hypersensitivitet (inkl. umiddelbare reaksjoner). Luftveier: Epistakse. Sirkulatoriske: Takykardi, palpitasjoner. Syn: Tåkesyn, økt intraokulært trykk. Urogenitale: Dysuri, urinretensjon, urinveisinfeksjon. Glaukom, supraventrikulær takykardi, atrieflimmer, sinusitt, karies, dysfagi, intestinal obstruksjon inkl. paralytisk ileus, angiødem kan forekomme. Urinretensjon forekommer vanligvis hos eldre menn med predisponerende faktorer (f.eks. prostatahyperplasi).

Overdosering/Forgiftning: Høye doser tiotropiumbromid kan føre til antikolinerge symptomer. Akutt forgiftning ved utilsiktet oralt inntak av tiotropiumbromid kapsler er usannsynlig pga. lav oral biotilgjengelighet.

Egenskaper: Klassifisering: Langtidsvirkende spesifikk muskarinreseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Tiotropiumbromid bindes til de muskarine reseptorene i bronkiens glatte muskulatur, og hemmer de kolinerge effektene (bronkokonstriksjon) av acetylkolin. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M3-reseptorene, som fører til relaksering. Effekten er doseavhengig og varer i mer enn 24 timer. Den langvarige effekten skyldes sannsynligvis den langsomme frisettingen fra M3-reseptorene. Bronkodilatasjonen er primært en lokal effekt i luftveiene, ikke en systemisk. Tiotropiumbromid, gitt 1 gang daglig, gir en sig-

nifikant bedring i lungefunksjonen (FEV1 og FVC) innen 30 minutter etter første dose. Vanligvis observeres maks. bronkodilatasjon fra 3. dag. Ingen tegn til toleranseutvikling er sett ved bruk over en ettårsperiode. Dyspné bedres signifikant. En signifikant reduksjon i andel pasienter som får eksacerbasjoner og i antall eksacerbasjoner er vist. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet: 19,5%. Lav absorpsjon fra mavetarmkanalen (10-15%). Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 5 minutter. Proteinbinding: 72%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 32 liter/kg. Halveringstid: Den terminale eliminasjonshalveringstiden etter inhalasjon er 5-6 dager. Total clearance: 880 ml/minutt. «Steady state» oppnås etter 2-3 uker. Ingen akkumulering. Metabolisme: Metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spaltning til inaktive metabolitter. Cytokrom P-450 (CYP 2D6 og 3A4) er involvert i metabolismen av en mindre del av dosen. Utskillelse: 14% via urin, resten via fæces.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares $<25^{\circ}\text{C}$. Holdbarhet etter anbrudd av blister: 9 dager. HandiHaler inhalator skal kastes etter 12 måneder bruk.

Pakninger og priser: Enpac: 30 doser + HandiHaler kr 444,60. 30 doser kr 441,30. 90 doser kr 1255,10.

Refusjonskode: ICPC. R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom ICD. J44. Annen kronisk obstruktiv lungesykdom ICD. J43. Emfysem

Vilkår: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig KOLS (FEV1 $\leq 65\%$ av forventet verdi). - Diagnosen må være verifisert ved spirometri. - Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Sist endret: 01.06.2008



Resultater fra tariffoppgjøret i KS

Årets tariffoppgjør for medlemmer i KS endte som kjent i streik. Streiken ble avblåst 4. juni. Her kan du lese mer om resultatene av de sentrale delene av oppgjøret.

Det er i år satt av forholdsvis mye midler som skal forhandles lokalt i den enkelte kommune. Lønnsforhandlingene er derfor ikke over ennå.

Generelle tillegg

Alle er sikret et generelt tillegg på 2,5 % i 2008 og 3,1 % i 2009. Tilleggene er innbakt i de nye minstelønnsattsene.

Ledere

Ledere som er plassert i tariffavtalens kapittel 4 får et sentralt tillegg på 2,5 prosent. Alle andre ledere forhandles det for lokalt.

Lokale forhandlinger

Det er satt av 1,6 prosent pr. 01.05.08 til lokale forhandlinger. På bakgrunn av meklingsprotokol-

len med KS, forventer vi at sykepleiere gis høy prioritet i de lokale forhandlingene. Som følge av streiken skal de lokale tilleggene som blir gitt i år, ikke bli spist opp av sentrale tillegg neste år.

Likelønn

Protokollen som ble inngått etter streiken har ført til at KS nå vil jobbe sammen med Unio og NSF for å oppnå likelønn. Vi er enige om at lønnsnivå og lønnsutvikling må bygge opp under Likelønnskommisjonens prinsipper om like lønn, både i lokale og sentrale forhandlinger. Partene skal sammen ta et initiativ overfor regjeringen for å henstille den om å bidra til å nå målet om en mer positiv verdsetting av de kvinnelederte gruppene i kommunal sektor.

For NSF er dette et viktig gjennombrudd. Likelønnskommisjonen forslø å bevilge 3 milliarder over statsbudsjettet til sykepleiere og andre kvinnelederte utdanningsgrupper i offentlig sektor. Enighet mellom partene var en forutsetning for forslaget. Når vi og KS i fellesskap ber om regjeringens bidrag, forventer vi at regjeringen følger opp!

Partssammensatt utvalg

Et partssammensatt utvalg skal vurdere om lønnsutviklingen for sykepleierne og andre høgskole- og universitetsgrupper i KS er dårligere enn for andre kommuneansatte. Er den fortsatt dårligere, skal dette legge grunnlaget for lønsmessige justeringer i 2009 og 2010.

Tidspunkt for utbetaling

Lønnstillegg for 2008 gjelder fra 1. mai, og ikke fra streikens avslutning slik det vanligvis blir etter en streik.

Forsterket rett til heltid

Det skal som hovedregel tilsettes i full stilling. Begrensningen som tidligere handlet om at deltid kunne brukes dersom omfanget av arbeidet eller en vurdering av arbeidssituasjonen tilsa det er fjernet. Deltidsbruk skal dessuten drøftes grundig med tillitsvalgte.

Ved ledig stilling skal deltids-tilsatte tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling, dersom vedkommende er kvalifisert for stillingen. Forsikringsordningene for deltidsansatte er styrket.

Avansementstillinger og klinisk spesialist

Det ligger anbefalinger om bruk av avansementstillinger for sykepleiere, og tilråding om at de med minst ett års videreutdanning skal lønnplasseres om lag 20.000 kroner over grunnstillingene. Det er også innført ny stillingskode for klinisk spesialist i sykepleie.

AFP-ordningen

NSFs og Unios medlemmer er sikret en like god tidligpensjonsordning som i dag. I tråd med Unios krav unngikk vi en blåkopi av AFP-løsningen i privat sektor.

Unio er sikret en prosess fram mot 2009 som skal legge grunnlaget for den endelige utformingen av AFP og se dette i sammenheng med den fremtidige tjenestepensjonen. Et utvalg skal blant annet «vurdere bredden i yrkesmønstrene i offentlig sektor», og klarlegge hvordan utdanningslengde, kjønn og deltid påvirker arbeidstakernes pensjonsopptjening.

Viktige elementer om AFP:

- Også den offentlige AFP-ordningen skal legge til rette for å kombinere arbeid og pensjon uten avkorting.
- Det er forutsatt at tjenestepensjonen fortsatt skal utgjøre to tredjedeler av sluttlønn (bruttoordninger).
- Unio har streikerett på den nye ordningen som forhandles fram i 2009.

Nye minstelønnsnivåer:

Sykepleier:				
	0 år	4 år	8 år	10 år
Pr. 01.05.2007	281.500	287.600	295.600	320.400
Pr. 01.01.2008 *	291.200	297.300	305.300	330.100
Pr. 01.05.2008	301.300	304.800	313.000	343.000
Pr. 01.05.2009	310 700	314 300	322 800	353 700

* Minstelønnsnivåene hevet pga. en regnefeil gjort i 2006-oppgjøret.

Spesialsykepleier, jordmor, helsesøster:				
	0 år	4 år	8 år	10 år
Pr. 01.05.2007	300.900	305.900	312.500	337.300
Pr. 01.05.2008	320.300	324.100	327.400	362.000
Pr. 01.05.2009	330 300	334 200	337 600	375 400

Tariffoppgjøret i Oslo kommune

I Oslo gjenstår også store deler av lønnsforhandlingene. Justeringsforhandlinger og lokale forhandlinger utgjør i alt mer enn halvparten av rammen for oppgjøret.

I Oslo kommune er lønnstilleggene basert på tre elementer, hvor pengene blir fordelt gjennom generelle tillegg, sentrale justeringer og lokale forhandlinger. Den økonomiske totalrammen er på 6,4 prosent.

Hovedelementer i oppjøret

Alle får et generelt tillegg, som er på kr 13 100 opp til lønnstrinn 44. Fra lønnstrinn 45 er tillegget på 3,4 prosent. Dette tillegget gis fra 1. mai 2008.

Det er satt av en justeringspott på 1,5 prosent per 1.5.2008. Tillegg som avtales i disse forhandlingene har virkningsdato 1. mai 2008. Forhandlingene skal påbegynnes innen 03.09.08, og avsluttes innen 19.09.08.

Det er satt av en pott til lokale forhandlinger på 2,8 prosent per 1.7.2008. I tillegg kommer resirkulerede midler. Virkningsdatoen for tillegg som avtales i de lokale forhandlingene er 1. juli 2008. Forhandlingene skal påbegynnes innen 01.10.08, og sluttføres innen 17.10.08.

Partene har felles målsetting om at gode prosesser skal bygge gjensidig tillit og likeverdighet mellom partene i årets lokale forhandlinger. I dette ligger også avsetting av tid og ressurser til gjennomføringen.

Partssammensatt utvalg

Som følge av streiken i Oslo kommune er partene enige om at det partssammensatte beregningsutvalget skal følge lønnsutviklingen for utdanningsgruppene og skoleverket i Oslo kommune. Dette skal sikre Unios medlemmer en minst like god lønnsutvikling som andre grupper i kommunen i årene framover. Utvalget skal også se på lønnsnivå og lønnsutvikling for Unios medlemmer i forhold til nærliggende kommuner og fylkeskommuner.

Avtalefestet pensjon (AFP)

Det er enighet om en AFP-ordning på linje med statlig sektor og kommunal sektor for øvrig. Den endelige utformingen av AFP i offentlig sektor gjøres først i lønnsoppgjøret i 2009.

Mellomoppgjøret i 2009

Vanlig streikerett er knyttet til forhandlingene om lønnsregulering i 2009. Det er enighet om at forhandlingene skal føres på grunnlag av den alminnelige økonomiske situasjon på forhandlingstidspunktet og utsiktene for 2. avtaleår, samt lønnsutviklingen for arbeidere og funksjonærer i industrien i LO/NHO-området og andre sammenlignbare tariffområder.

Videre står det følgende i meklingsmannens protokoll av 5.juni: «Dersom det viser seg at lønnsutviklingen fra 2007 til 2008 for skoleverket er lavere enn gjennomsnittet for lønnsutviklingen i Oslo kommune totalt sett, skal dette være en del av grunnlaget for lønnsforhandlingene i tariffoppgjøret 2009.

Utvalget skal også vurdere lønnsutviklingen fra 2007 til 2008 for utdanningsgruppene i forhold til andre grupper i Oslo kommune. De vurderinger som utvalget gjør skal inngå i grunnlaget for lønnsforhandlingene i tariffoppgjøret 2009.»

Partene er enige om at det skal rettes en henvendelse til regjeringen om å bidra for å nå målsettingene om en positiv verdsetting av kvinnedominerte yrkesgrupper i kommunal sektor, deriblant Oslo kommune.

Nye særbestemmelser for NSF

Særbestemmelsen punkt 8, har fått et tillegg som sier at hver enkelt virksomhet også skal legge til rette for at sykepleiere skal gis mulighet for hospitering.

Avtale om klinisk spesialist i sykepleie med avlønning er nå tatt inn i særbestemmelsene som et nytt punkt 9.

Innsjutt i Spekter-oppgjøret

Årets lønnsforhandlinger i Spekter er i en avgjørende fase når Sykepleien 10/2008 går i trykken. Medlemmer som jobber i helseforetak bes holdt seg orientert på NSF's nettsider.

9. mai ble NSF og Spekter enige

i de sentrale lønnsforhandlingene i årets tariffoppgjør for de statlige eide helseforetakene. Deretter skulle det forhandles lokalt i det enkelte helseforetak, og disse lokale forhandlingene var i sluttfasen da Sykepleien

gikk i trykken.

Det endelige resultatet av helheten i oppgjøret behandles sentralt.

Sjekk NSF's nettsider for siste nytt: www.sykepleierforbundet.no/tariff2008

NSF på nett

Du finner utfyllende informasjon om tariffoppgjørene på NSF's nettsider.

Se også www.sykepleierforbundet.no/tariff2008, der blant annet tilgjengelige protokoller og løpende informasjon om oppgjøret i Spekter publiseres.

– Vi har gjennomført en riktig, viktig og nødvendig streik med stor støtte i befolkningen. Vi har fått en forsikring om en god lønnsutvikling for Unios medlemmer. KS er nå med i kampen for likelønn, og vi har fått en anerkjennelse for at utdanning må lønne seg, sier Helga Hjetland, som var Unios streikeleder i konflikten med KS.

9 av 10 sykepleiere opplever faglig uforsvarlige situasjoner på jobb. Og det er verst i de kommunale helsetjenestene. – Meningsløst at KS vil gi sykepleierne det laveste lønns-tilbudet, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Tusener støttet streiken

– Hvis Norge skal beholde gode kommunale tjenester, MÅ kommunene både rekruttere og beholde ansatte med høy utdanning og kompetanse. KS har ikke lagt to pinner i kors i dette oppgjøret for å hjelpe kommunene med det, sa Lisbeth Normann i sin appell til et fullstappet Youngstorg i Oslo.

God AFP-avklaring

Unios medlemmer er sikret en like god tidligpensjonsordning som i dag etter meklingen i årets hovedtariffoppgjør. – En avgjørende brikke i løsningen for oppgjøret, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Oppgjøret er ikke over!

Vi gikk inn i tariffoppgjøret med krav om et lønnsloft som bidrar til likelønn og som er egnet til å rekruttere og beholde sykepleierne i kommunene. Det er ingen grunn til å juble over resultatet som foreligger etter forhandlinger, mekling og 12 dagers streik. Men det er heller ingen grunn til å fortvile. Selv om streiken ikke ga oss det nødvendige lønnsloftet nå, har den ført til forpliktelser som vil gi resultater.

Streiken har ført til at KS nå vil jobbe sammen med oss for å oppnå likelønn. Det har de ikke vært spesielt interessert i tidligere. Nå er vi enige om at lønnsnivå og lønnsutvikling må bygge opp under Likelønnskomisjonens prinsipper om likelønn, både i lokale og sentrale forhandlinger. Dessuten skal vi sammen ta et initiativ overfor regjeringen for å henstille den om å bidra til å nå målet om en mer positiv verdsetting av de kvinnedominerte gruppene i kommunal sektor.

For oss er dette et viktig gjennombrudd! En av Likelønnskomisjonens forutsetninger for å foreslå 3 milliarder utover tariffoppgjøret til sykepleiere og andre kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor, var at partene ble enige om at dette var greit. Når vi og KS i fellesskap ber om regjeringens bidrag, forventer vi at regjeringen følger opp!

I tillegg skal et partssammensatt utvalg vurdere om lønnsutviklingen for sykepleierne og andre høyskole- og universitetsgrupper i KS er dårligere enn for andre kommuneansatte. Er den fortsatt dårligere, skal dette legge grunnlaget for lønsmessige justeringer i 2009 og 2010.

I KS har vi dessuten fått gjennomslag for at de lokale tilleggene som blir gitt i år, ikke blir spist opp av sentrale tillegg neste år. Det er viktig å merke seg at oppgjøret ikke er over selv om streiken er avsluttet og de sentrale elementene er avtalt. Det skal nå gjennomføres lokale forhandlinger. I KS er det satt av en stor pott på 1,6 prosent til dette. KS og Unio er enige om behovet for et godt lønnsnivå og en positiv lønnsutvikling for utdanningsgruppene i kommunesektoren som vil bidra til å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere, styrke tjenestens kvalitet og omdømme og bidra til å nå kommunesektorens viktige velferdsoppdrag. Det forventer jeg at KS og kommunene legger til grunn i de forestående lokale forhandlingene!

Også i Oslo kommune skal over halvparten av de 6,4 prosentene som utgjør den økonomiske totalrammen fordeles i et justeringsoppgjør og i lokale lønnsforhandlinger. På samme måte forsetter jeg at kommunen benytter disse forhand-

lingene konstruktivt for å sikre seg god tilgang på sykepleiere og andre med høyere utdanning.

Streiken har vært viktig og riktig. Jeg tror ingen lenger er i tvil om hvilke verdier sykepleierne og de andre Unio-gruppene representerer i kommunene. Det har vi fått markert på en flott måte de siste ukene. Jeg vil takke alle som har vært i streik, de lokale og sentrale streikekomiteene og forhandlingsutvalget for innsatsen. Takk også til dere som har vært igjen på jobb for god støtte under streiken!

God sommer til dere alle!

Neste frist: 4. august

I begynnelsen av juni hadde nesten 1.200 sykepleiere meldt seg på kongressen. Prisen er nå 4.500 kroner for NSF-medlemmer fram til 4. august.

Sykepleierkongressen 2008 går av stabelen i Trondheim 17. – 19. september. Kongressavgiften inkluderer:

- Adgang til kongressen og utstillingsområdet
- Fritt valg i faglig program
- Kursdokumentasjon
- Kaffe og pauseservering
- Åpningsfest onsdag

Programmet er ferdigstilt og er publisert på denne nettsiden:

<http://kongress.sykepleierforbundet.no/>

