

Den store forskjellen

Mannehelse og kvinnehelse
går i utakt. Vi har forsøkt
å finne ut hvorfor. **14**



Klar for en ny dag?



Nycomed: a Takeda Company

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

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

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



Klar for en ny dag!

Depottablett melatonin

circadin®

Klar for en ny dag

Referanser:

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

C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

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

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

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

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

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

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

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

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

Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvniighet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystsmerte. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroøsofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Heteokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus utslett, neglesykdommer. Kjønnsgorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, paresteser.

Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråterokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. **Stoffskifte/ernæring:** Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerte, tørste.

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

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

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

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



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



(etonogestrel/etinylestradiol)

Før forskrivning av Nuvaring® se preparatomtalen

Utvalgt sikkerhetsinformasjon Nuvaring®

(For fullstendig sikkerhetsinformasjon henvises til preparatomtalen)

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

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

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

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

Tryggere bruk av p-piller

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

C NuvaRing Organon (Kan rekvireres av helsesøster og jordmor) Antikonseptjonsmiddel ATC-nr.: G02B B01

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

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

kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Overgang i morsmelk:* Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksjoner: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener/bryst: Smarter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Neurologiske: Hodepine, migræne. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. *Øvrige:* Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerne/kar: Heteotokter. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksjoner: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspenning, cervixpolypyper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampes i uterus, brennende følelse i skjeden, vondt lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginalt ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffsifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. *Øvrige:* Tretthet, irritabilitet, utplasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Urticaria. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinyløstradiol per 24 timer. *Virkningsmekanisme:* Undertrykkelse av ovulasjonen. *Absorpsjon:* Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinyløstradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinyløstradiol ca. 56%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinyløstradiol ca. 15 liter/kg. *Halveringstid:* Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasma clearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabolittutskillelsen ca. 6 dager. Etinyløstradiol: Ca. 34 timer. Plasma clearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metabolittene ca. 1,5 dag. *Utskillelse:* Via urin og galle. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 119,90. 3 stk. kr 304,60 **Sist endret:** 08.11.2011



GI PASIENTENE MED
ALKOHOLPROBLEMER
EN NY MULIGHET

Den "glemte pasientgruppen"



Noen få prosent er storforbrukere av alkohol og sliter med sammensatte psykiske problemer og sykdom. De er også for det meste utenfor arbeidslivet.

Mellom de som drikker aller mest og de som drikker moderate mengder finnes det en glemte pasientgruppe som har et risikofylt eller skadelig alkoholforbruk. Svært få av disse får behandling.¹

I Norge er det en utpreget festkultur. Stengetider, aldersgrenser og avgifter bidrar til å begrense skadevirkningene.

"Folk flest" drikker moderate mengder alkohol. Holdningskapende arbeid bidrar til bedre alkoholbruk.

Endelig en god nyhet til pasienter med alkoholproblemer

Mange personer med et skadelig høyt inntak av alkohol fungerer godt i dagliglivet, men kan stå i fare for å utvikle en alvorlig avhengighet. Å redusere et skadelig høyt alkoholforbruk gir somatiske og psykiske gevinster.^{2,3}

Selincro demper suget etter alkohol.⁴ Pasienten tar 1 tablett ved behov 1-2 timer før forventet alkoholinntak.⁴ Medikamentet passer ulike drikkemønstre og er – sammen med psykososial rådgivning – en behandling på pasientens egne premisser.



H. Lundbeck AS

Postboks 361, Strandveien 15B, N-1326 Lysaker
tlf. +47 91 30 08 00, fax +47 67 53 77 07



selincro.no

Selincro®

nalmefen

demper suget

reduserer alkoholinntaket⁴

Sikkerhetsinformasjon: Selincro bør ikke brukes av pasienter hvor umiddelbart avhold er påkrevet. Reduksjon av alkoholbruket er et delmål på veien mot avholdenhet. Vanligste bivirkninger: kvalme, svimmelhet, søvnløshet og hodepine; alle milde eller moderate, og av kort varighet. Ved bruk av opioider i en akutt situasjon kan pasienter som står på Selincro trenge økt dose for å oppnå ønsket effekt. **Før forskrivning av Selincro®, se preparatomtalen.**

C1 Selincro «Lundbeck»

Middel ved alkoholavhengighet.

ATC-nr.: N07B B05

TABLETTER, filmdrasjerte 18 mg: Hver tablett inneh.: Nalmefenhydrokloridhydrat 18,06 mg tilsv. nalmefen 18 mg, laktose 60,68 mg. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Reduksjon av alkoholinntak hos voksne pasienter med alkoholproblemer som har et skadelig høyt forbruk av alkohol, uten fysiske seponerings symptomer og som ikke krever umiddelbar avrusning. Bør forskrives samtidig med psykososial rådgivning som fokuserer på behandlingsetterlevelse og reduksjon av alkoholforbruk. Behandling bør bare initieres hos pasienter som fortsatt har et skadelig høyt forbruk av alkohol 2 uker etter første vurdering. **Dosering:** Før behandlingen starter bør pasientens kliniske status, alkoholproblemer og alkoholforbruk evalueres (basert på opplysninger fra pasienten). Pasienten registrerer deretter alkoholbruket sitt i ca. 2 uker. På neste legebesøk kan nalmefen initieres hos pasienter som fortsatt har et skadelig høyt alkoholforbruk i denne 2-ukersperioden, samtidig med psykososial intervensjon som fokuserer på behandlingsetterlevelse og reduksjon av alkoholforbruk. Den største forbedringen er sett de første 4 ukene. Pasientens behandlingsrespons og behov for fortsatt farmakoterapi bør evalueres jevnlig (f.eks. månedlig). Legen bør evaluere pasientens fremgang mht. redusert alkoholforbruk, generell funksjonsevne, behandlingsetterlevelse og ev. bivirkninger. Voksne: Bør tas ved behov, hver dag det er en risiko for å drikke alkohol. 1 tablett bør tas helst 1-2 timer før forventet alkoholinntak. Hvis pasienten har begynt å drikke alkohol uten å ta nalmefen, bør 1 tablett tas så raskt som mulig. Maks. dose: 1 tablett daglig. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt nyre- eller leverfunksjon: Ingen dosejustering nødvendig ved lett eller moderat nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Forsiktighet anbefales, f.eks. med hyppigere monitorering. Kontraindisert ved alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt. Ingen tilgjengelige data. Eldre (f65 år): Ingen dosejustering nødvendig. Administrering: Til oral bruk. Kan tas med eller uten mat. Svelges hele. Skal ikke deles eller knuses da nalmefen kan gi hudirritasjon ved direkte hudkontakt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Samtidig bruk av opioidanalgetika. Hos pasienter som er eller nylig har vært opioiddavhengige. Ved akutte symptomer på opioiddabstinsens ved bruk i 6-12 måneder. Forsiktighet anbefales ved bruk >1 år. Administrering av opioider: I en akutt situasjon der opioider må administreres til en pasient som står på nalmefen, kan opioiddosen nødvendigvis være høyere enn vanlig. Pasienten bør følges nøye mht. symptomer på nedsatt respirasjon og for andre bivirkninger. Opioiddosen må alltid titreres individuelt. Nøye observasjon er nødvendig dersom høye doser anvendes. Nalmefen bør seponeres midlertidig 1 uke før forventet bruk av opioider, f.eks. opioidanalgetika ved planlagt kirurgi. Psykiske lidelser: Psykiske symptomer er rapportert. Ved psykiske symptomer som ikke kan sees i sammenheng med oppstart av nalmefenbehandling, og/eller som ikke er forbigående, bør alternative årsaker til symptomene og behovet for fortsatt behandling vurderes. Nalmefen er ikke undersøkt ved stabil psykisk sykdom. Forsiktighet anbefales ved komorbid psykisk sykdom, som f.eks. alvorlig depresjon. Krampetilstander: Begrenset erfaring hos pasienter med sykehistorie med krampefall, inkl. krampes pga. alkoholabstinsens, og forsiktighet anbefales. Nedsatt nyre- og leverfunksjon: Se Dosering. Forsiktighet anbefales ved økt ALAT eller ASAT (>3 x ULN) pga. ekskludering i det kliniske utviklingsprogrammet. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av potent UGT 2B7-hemmer. Eldre (f 65 år): Begrensede kliniske data, forsiktighet anbefales. Laktose: Pasienter med sjelden, arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke legemidlet. **Interaksjoner:** Klinisk relevante interaksjoner forventes ikke ved samtidig administrering av legemidler metabolisert av de vanligste cytochrom P-450- og UGT-enzymene eller membrantransportørene. Samtidig administrering av potente UGT 2B7-hemmere (f.eks. diklofenak, flukonazol, medroksyprogesteronacetat, meklufenaminsyre) kan gi signifikant økning i nalmefeneksponering. Interaksjonen er sannsynligvis ikke problematisk ved sporadisk bruk, men ved langvarig, samtidig behandling med potent UGT 2B7-hemmer kan potensiell økning i nalmefeneksponering ikke utelukkes. Samtidig administrering av UGT-induktorer (f.eks. deksametason, fenobarbital, rifampicin, omeprazol) kan potensielt føre til subterapeutisk plasmakonsentrasjon av nalmefen. Samtidig bruk av opioiddagonist (f.eks. visse typer hoste- og forkjølelsemidler, visse midler mot diaré, samt opioidanalgetika), kan føre til at pasienten ikke får effekt av opioidet. Ingen klinisk relevante farmakokinetiske interaksjoner mellom nalmefen og alkohol, men en liten forverring av kognitive og psykomotoriske funksjoner er sett. Effekten overskrider imidlertid ikke summen av effektene for nalmefen og alkohol når de tas hver for seg. Samtidig inntak av alkohol og nalmefen forhindrer ikke alkoholforgiftning. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ingen eller begrensede data (<300 graviditeter). Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet. Anbefales ikke under graviditet. Amming: Nalmefen/metabolitter utskilles i melk hos dyr. Ukjent om nalmefen utskilles i morsmelk hos mennesker. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Tatt i betraktning fordelene av amming/behandling må det tas en beslutning om ammingen eller behandlingen skal avsluttes. Fertilitet: I fertilitetsstudier med rotte er det ikke sett effekt på parametre som fertilitet, paring, drektighet eller spermier. **Bivirkninger:** De fleste bivirkningene er milde eller moderate, relatert til behandlingsstart, av kort varighet (fra få timer til få dager) og er ikke tilbakevendende ved gjentatt administrering. Siden bivirkningene er av kort varighet kan de skyldes alkoholavhengighet eller komorbid psykisk sykdom. Svært vanlige (f1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Insomni. Vanlige (f1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet. Hjerte/kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Hyperhidrose. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer. Neurologiske: Somnolens, tremor, oppmerksomhetsforstyrrelse, parestesi, hypostesi. Psykiske: Søvnforstyrrelser, forvirring, rastløshet, nedsatt libido (inkl. tap av libido). Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Redusert vekt. Øvrige: Utmattelse, asteni, uvelhet. Føle seg unormal. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Psykiske: Hallusinasjoner (inkl. hørselshallusinasjoner, taktilt (berarings-) hallusinasjoner, synshallusinasjoner og somatiske hallusinasjoner). Dissosiasjon. **Overdosering/Forgiftning:** Opptil 90 mg/dag i 16 uker er undersøkt hos pasienter med spilleavhengighet. Hos pasienter med interstitiell cystitt fikk 20 pasienter 108 mg nalmefen/dag i >2 år. Inntak av 450 mg nalmefen i enkeltdose ga ikke endring i blodtrykk, hjertefrekvens, respirasjonsfrekvens eller kroppstemperatur. Behandling: Symptomatisk under observasjon. **Egenskaper:** Klassifisering: Opioidsystemmodulator med distinkt μ -, δ - og κ -reseptorprofil. Virkningsmekanisme: Selektivt opioidreseptorligand med antagonistisk aktivitet på μ - og δ -reseptorene, og partiel agonistaktivitet på κ -reseptoren. Alkoholinntaket reduseres sannsynligvis ved å modulere kortikale og mesolimbiske funksjoner. Absorpsjon: Raskt. C_{max} 16,5 ng/ml etter ca. 1,5 timer, AUC 131 ng/ml/time. Absolutt oral biotilgjengelighet: 41%. T_{max} 1,5 timer. Administrering av fettrik mat øker total AUC med 30% og C_{max} med 50%. T_{max} forsinkes med 30 minutter. Endringen synes ikke å ha klinisk relevans. Proteindbinding: Ca. 30%. Fordeling: Beregnet distribusjonsvolum ca. 3200 liter. Reseptorbindingsgrad 94-100% innen 3 timer, tyder på at blod-hjernebarrieren krysses lett. Halveringstid: Terminal halveringstid: 12,5 timer. Metabolisme: Omfattende, rask metabolisering til hovedmetabolittene nalmefen-3-O-glukuronid, primært via UGT 2B7-enzymet, med et mindre bidrag fra UGT 1A3- og UGT 1A8-enzymene. En liten andel omdannes til nalmefen-3-O-sulfat ved sulfatering og til nalmefen ved CYP 3A4/5. Nalmefen omdannes videre til nalmefen-3-glukuronid og nalmefen-3-O-sulfat. Nalmefen-3-O-sulfat har samme effekt som nalmefen og er tilgjengelig i en konsentrasjon på <10%. Lite sannsynlig at metabolitten bidrar til farmakologisk effekt. Utskillelse: Renal utskillelse viktigste eliminasjonsvei. 54% utskilles i urinen som nalmefen-3-glukuronid, mens nalmefen og de andre metabolittene forekommer i urinen med <3% hver. Oral clearance er beregnet til 169 liter/time. Høy hepatisk ekstraksjonsgrad. **Pakninger og priser:** 7 stk. (blister) kr 311,60. 14 stk. (blister) kr 588,30. 28 stk. (blister) kr 1141,60.

Sist endret: 04.06.2013

Referanser:

1. Jurgens Rehm et al. Centre for Addiction and Mental Health 2012. 2. Anderson and Baumberg, Alcohol in Europe. A public Health Perspective, a report for the European Commission, 2006. 3. Kristenson et al. Alcohol Clin Exp Res 1983;7(2):203-9. 4. Preparatomtale Selincro (sist oppdatert: 25.02.2013).

Calcigran Forte 1000mg/800IE

Kalsium + vitamin D

Basis i all osteoporosebehandling^{1,2}



C Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

Kalsiumpreparat med D-vitamin.

ATC-nr.: A12A X-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.calcigranforte.no

Calcigran Forte®
STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEIN

R 32255-1 / 10140-2



Tema: Kjønn og helse

Fra vi blir født, og gjennom alle stadier av livet, er menn og kvinners helse ulik.

14



Innhold

8 2013 **Sykepleien**

«Helsetilsynets babelske advarsel er nok på sin plass.» Barth Tholens i Aksjonisten, side 8

Hva skjer

- 8 Aksjonisten
- 10 Hva skjer - småstoff

Kjønn og helse

- 16 Går hver sin vei
- 18 Det ekstreme kjønn
- 20 Skal gutter få jentevaksinen?
- 22 Hvorfor vil ikke unge kvinner opp i denne?
- 28 Jeg er Luca
- 32 Manne- og kvinnenytt
- 34 5 myter jeg er drittlei av!
- 38 Erik og Maria: Like, men likevel ulike
- 42 Forsker i fravær
- 46 Ikke syk, men gravid
- 48 Flest kvinner tar kontakt med Kreftlinjen
- 54 Passer på gravides blodsukker
- 58 Det glemte kjønn i pilletestingen
- 64 Don Giovanni tar igjen Carmen

Fag og bøker

- 70 Får angst og depresjon etter abort
- 73 Får motstridende råd
- 74 Forebygger vold med miljøterapi
- 78 Fra kardex til projektor
- 80 Etik: Per Nortvedt
- 82 Kjønnss-quiz og sommerkrusord

Mennesker og meninger

- 86 Eli Gunhild By om sykefravær
- 87 Meninger
- 89 Historiens første Frirom
- 90 Kronikk: Lars Lien
- 92 Innspill: Ragnhild Ese
- 94 Paragrafrytterne

- 95 Stillingsannonser
- 100 Kunngjøringer



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

Sykepleien

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

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Ansvarlig redaktør Barth Tholens
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.

Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

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

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

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

ISSN 0806 - 7511

Repro og trykk:
Color Print A/S



94 Hva med sykepleierens pensjon?



90 «Kan forebygge psykisk sykdom bedre.»

«Mange sliter etter abort»



70



Babels tårn

Du må kunne norsk for å pleie pasienter i Norge.
Men nasjonalsangen trenger du ikke å kunne.

Det er få mennesker som i utgangspunkt drømmer om å ende opp i Norge. Det gjorde ikke jeg heller da jeg tok båten over fra Danmark en høstdag på slutten av 70-tallet, for å slå meg ned i en liten kystkommune langs Skagerak-kysten.

Båten hadde så vidt klappet til kai da det bar rett til norskkurs for nybegynnere. Her forsøkte jeg å finne ut av hvordan å gå bøyes, om det heter på eller i Larvik og hvorfor i huleste en'en bak hesten gjorde den bestemt.

Jeg var en flittig elev og gjorde fremskritt. Likevel var jeg de første årene dømt til å kommunisere om de mest banale ting, siden vokabularet ikke tillot mer. God dag. Hvordan har du det? Ja, været er fint. Nå regner det. Det snør. Jeg liker snø. Takk for maten. Og så videre.

Det gikk også opp for meg at noen så på meg som mentalt litt hemmet, siden jeg ikke alltid fant de rette norske ord. Jeg kalte den stolte norske oppfinnelsen **ostehøvelen** lenge for **ostestøvelen** (jeg trodde det var det jeg hørte) uten at noen fant grunn til å korrigere meg. Og når jeg ble grepet av språklig overmøt, kunne det gå helt galt. En gang var jeg så uheldig å omtale en som var blitt avslørt for noe ulovlig ved å si i at «han ble tatt på en fersken». Det hadde en merkelig effekt på vedkommende jeg snakket med.

Sagt & ment

– En ku spiser gress som går gjennom kroppen og ut i melken. En fisk spiser først småkrill og krepsedyr og så småfisk, forklarer forsker **Merete Eggesbo** ved Folkehelseinstituttet til VG. Å stappe i oss laks, er åpenbart ikke lurt.

Lenge grudde jeg meg hver gang jeg skulle til bakeren. Her hadde nok ryktet om min fremmede bakgrunn spredd seg. Samme hva jeg bestilte, om det nå var et enkelt firekornsbrød eller en simpel napoleonskake, så de bare helt uforstående på meg. HVA SIER DU, ropte de konsekvent høyt gjennom hele forretningen. Da krympet jeg meg og bestilte en kneip, i håp om at det var en bakervare som lå bedre i øret. Eller vare det på øret?

Jeg kom til å tenke på dette da debatten om språkkrav til ansatte på sykehjem tok en ny omdreining forleden. Mange ansatte snakker så dårlig norsk at det fører til uforståelig behandling av de eldre, kunne mediene berette. Helsetilsynet er bekymret for at helsepersonell med utenlandsk bakgrunn ikke forstår hva de eldre sier, eller at de eldre ikke forstår hva de ansatte sier. Også de ansatte seg i mellom kan det gå ille med. Helsetilsynets direktør Jan Fredrik Andresen slår derfor alarm.

I en kommentar til NRK sier Pasientforeningens Guro Birkeland at språkkompetanse er uhyre viktig i behandlingen av eldre. Det er det vanskelig å være uenig i. Det sier seg selv at det kan føre til feilbehandling når ansatte ikke kan tyde og tolke de eldres signaler på en riktig måte.

Når utenlandsk helsepersonell skal ha autorisasjon i Norge, er språkkrav ikke en del av vurderingsgrunnlaget. Det er kanskje leit. Autorisasjonsdirektør Anne Herseth Barlo vil gjerne stille slike krav, men hun konstaterer at prinsippet om fri flyt av arbeidskraft innen EØS-området går foran pasientsikkerheten.

Nå er det arbeidsgiverne som må passe på å ansette helsepersonell som kan skille «sil» fra «syl» og «syv» fra «tyve». Det er de ikke alltid like gode på. Særlig i hovedstadsområder klarer ikke sykehjemsbestyrerne å fylle turnuslistene



uten å ty til noen snarveier. I valget mellom mangel på språkferdigheter og mangel på folk, vil noen og enhver være fristet til å ta det siste.

Skal vi tro Første Mosebok hadde de første menneskene opprinnelig bare ett språk og de slo seg ned i Babel. Etter en stund begynte de å bygge et tårn i et ønske om å klatre opp til himmelen. Det likte ikke Han der oppe, så Han ga dem forskjellige språk slik at de ikke kunne forstå hverandre. Rot og kaos var resultatet. Tårnet nådde aldri opp, og begrepet «babylo-nisk språkförvirring» illustrerer hva som skjer når folk snakker forbi hverandre.

Personlig mener jeg at Helsetilsynets bibelske advarsel nok er på sin plass. Men den må likevel ikke forstås dit hen at det multikulturelle



samfunnet i seg selv er en fare for pasientsikkerheten. Moseboken er fin, den, men den ble skrevet før fly gjorde det mulig å krysse halve jorden i løpet av noen få timer. Om mennesker fra alle verdens land orker å komme hit for å gi sitt bidrag til den norske velferdsstaten, så skal vi ikke stå her med pekefingeren og kreve at alle må snakke som værdamene på TV2.

Utgangspunktet er tross alt at vi er altfor få her i Norge. Vi vil faktisk aldri bli mange nok til å kunne pleie våre gamle og syke alene. Derfor trenger vi hjelp fra andre som i utgangspunktet ikke har vokst opp med Torbjørn Egner og Fleksnes. Fremmedspråklige må kunne forskjellen mellom **hud** og **ut**, men de kan stille Kari og Kåre uten å treffe helt på tonefallet.

Selvfølger jeg min egen kake når jeg hevder at utenlandsk helsepersonell ikke må møtes med mistenksomhet, men med bedre språklærere og større tålmodighet. For å kunne godt norsk, hva er det? Strengt tatt kommer man aldri helt til bunns i et språk. Selv var jeg nesten ekstatisk da jeg etter noen besværlige år kom inn på journalisthøgskolen. Nå var integrasjonen nesten et faktum, trodde jeg. Men så skjønte jeg at norsk var én ting, men hva med kav stavangersk og indresognefjordisk? Og da jeg lært å tyde de viktigste dialektene, støtte jeg på at jeg ikke visste hva Tramteatret var for noe og at Kniksen en gang i tiden hadde herjet på fotballandslaget. Brukte noen ironi, var jeg helt lost.

«Alle må ikke snakke som værdamene på TV2.»

Det er kort og godt ingen grenser for hva som skal til for å forstå nordmenn fullt ut. Men trenger vi det? Det er tross alt lettere å pleie en pasient. ■■■

Handwritten signature



VIRKELIGHETEN: – Vi ønsker å belyse realiteten i den prehospitalt hverdagen, sier Marius Momyr. Illustrasjonsfoto: Kari Anne Dolonen.

Trengs ikke legevaktlegen i ambulansen lenger?

For å få svar på spørsmålet har en forfattergruppe i Trondheim gått gjennom store mengder ambulansjournaler for å se hvor ofte legevaktlegen var involvert. Totalt ble 1 511 akuttoppdrag analysert. Legevaktlegen var delaktig i bare 19 prosent av akuttoppdragene. Det betyr at ambulanspersonell i stor grad utfører både diagnostikk og behandling på egen hånd.

– Vi ønsker å belyse realiteten i den prehospitalt hverdagen. De siste årene har det vært en utvikling med stadig mer sentralisering av sykehusenes akuttfunksjon, det har blitt færre og større legevaktsdistrikt og ambulansetjenesten fra å være en transporttjeneste til å bli en svært viktig akuttmedisinsk ressurs, forteller Marius Momyr, medisinstudent som har deltatt i studien.

Tidsskrift for Den norske legeforening



SLADREHANK: Sukkermolekylene, kalt glykaner, endres tidlig i et kreftforløp.

Sukker sladrer om brystkreft

Forskerne har lenge visst at sukkermolekylene endrer seg ved kreft. Problemet er at det er vanskelig å måle disse endringene. De ørsmå sukkermolekylene, kalt glykaner, endres tidlig i et kreftforløp. Det gjør dem til ypperlige sladrehanke.

– Hvis vi klarer å oppdage den lille endringen som skjer i sukkermolekylene, kan vi kanskje oppdage overgangen til sykdom på et tidlig stadium, sier Ivan Potapenko ved Universitetet i Oslo til forskning.no.

Potapenko og hans forskerkolleger plukket ut relevante gener. Deretter måtte de nivåene av genmaterialet hos pasienter med brystkreft, hos friske personer og hos personer som ikke har utviklet kreft, men som har et forstadium med celleforandringer.

– Vi så at mange av endringene skjedde allerede når genene ble annerledes uttrykt. Samtidig fant vi at disse genene endret uttrykk på flere ulike tidspunkter i tidsrommet mellom frisk og syk, sier han til forskning.no.

Potapenko håper kunnskapen og nye metoder kan utvikles for tidligere diagnose og behandling.

Hva skjer

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

sykepleien.no

Følg med på kjønnsdebatten!



1,1 av 730 millioner går til romfolk

«Norge bidrar med betydelige EØS-midler til land med store rombefolkninger». Det sa statssekretær Torgeir Larsen (Ap) i Utenriksdepartementet i fjor, skriver aftenposten.no.



Politikere har brukt disse pengene som et argument i debatten om at Norge hjelper romfolk i hjemlandet. Ifølge Aftenposten er ingen av de 70 store prosjektene som har fått norske EØS-midler i Romania, rettet spesielt mot romfolk. EØS-sekretariatet kan så langt bare vise til tre prosjekter som har fått midler som har gått spesifikt til romfolk. Disse tre prosjektene har en totalverdi på 1,1 millioner kroner.

Aftenposten



ALTERNATIV: I noen tilfeller er trening bedre enn kirurgi. Foto: Colourbox.

Kunne blitt friske med trening

Et flertall av rygg- og hoftepasientene ved Oslo universitetssykehus kunne blitt friske med trening. Istedenfor blir de satt i MR- og operasjonskø, melder NRK.

Jens Ivar Brox, overlege ved ortopedisk avdeling ved Oslo universitetssykehus (OUS), tror køene ville ha blitt mindre dersom pasientene hadde fått bedre informasjon om at det finnes alternativer til kirurgi. I mellomtiden vokser køene, noe som er uheldig for alle parter, sier han.

Lønnsstatistikk for heltidsansatte i helseforetakene.

Gjennomsnittlig månedslønn, etter yrke, 1. oktober 2011–2012.

Yrke	Månedslønn		Endring i %	Avtalt lønn		Endring i %
	2011	2012		2011	2012	
	Kroner		%	Kroner		%
Helseforetakene i alt	40 700	42 200	3,7	36 700	38 000	3,5
Leger	63 300	64 900	2,5	51 300	51 800	1
Psykologer	44 300	45 600	2,9	43 800	45 100	3
Spesialsykepleiere	40 000	41 500	3,8	35 800	37 200	3,9
Sykepleiere	34 800	35 900	3,2	30 400	31 400	3,3
Omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og pleieassistenter	31 100	33 100	6,4	27 600	29 100	5,4
Yrker uten krav til utdanning	27 300	28 300	3,7	26 000	26 900	3,5

Kilde: SSB

«Lystig» på St. Olavs Hospital

Feilkopling av rør utsatte noen uvitende pasienter og ansatte for lystgass da medisinsk lystgass blandet seg med karbondioksid i ett og samme skap. Lystgassen spredte seg dermed til andre avdelinger. Sykehuset oppdaget feilen i desember, men det tok tid å rette opp.

– Feilkoplingen gjør at både pasienter og ansatte uvitende er eksponert for medisinsk lystgass, men alt tyder på at dette er i svært små mengder. Det er viktig å huske på at lystgass ikke er farlig og at dette fortsatt brukes i forbindelse med narkose, sier viseadministrerende direktør Stein Kaasa i en pressemelding.

Kjøper dop på nettet

Kjøp og salg av syntetiske rusmidler kjøpt på nett øker, ifølge en ny rapport fra Statens institutt for rusmiddeforskning (Sirus).

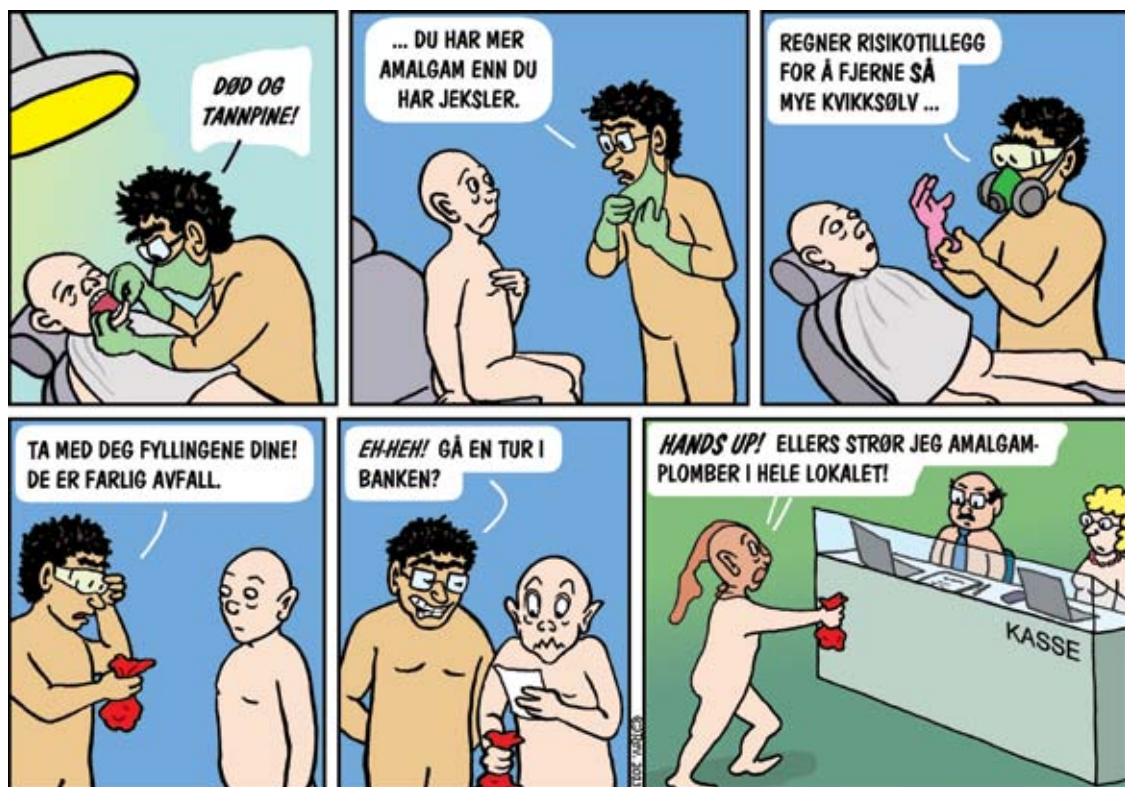
– Vi har lenge pekt på det som en av våre nye store utfordringer. Det kan bestilles fra gutte- og jenterom og sendes i brukerdoser. Det er vanskelig å oppdage, sier Geir Høiseith, underdirektør i Tolldirektoratet, til Aftenposten.

Det finnes over 700 forskjellige nettbutikker som tilbyr syntetisk narkotika, og mange har leveringsgaranti. Det betyr at hvis stoffet blir stoppet i toll, sender butikken igjen og igjen fram til forsendelsen slipper gjennom. Antall beslag av syntetiske rusmidler økte med 40 prosent fra 2011.



DOP-POST: Over 700 forskjellige nettbutikker tilbyr syntetisk narkotika. Foto: Colourbox.

TERAPI av Bodil Rønhaug



BORTE VEKK: Enkelte meldinger «mistet» et komma på veien fra fastlegen til omsorgssentre eller hjemmetjeneste. Foto: Colourbox.

Teknisk feil

En sykepleier i Harstad kommune fant en alvorlig feil i det elektroniske systemet som sendte meldinger mellom legesentrene og kommunens omsorgssentre og hjemmetjenesten.

Svikten bestod i at enkelte meldinger «mistet» et komma på veien fra fastlegen til kommunens omsorgssentre eller hjemmetjeneste. Resultatet ble at medisindoser ble tildoblet i styrke.

Kommunen fant blant annet eksempler på at fastlegen hadde skrevet inn en dose av det blodfortynnende legemiddelet Marevan på 2,5 milligram, men at det stod 25 milligram på meldingen som nådde kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Fylkeslege i Troms, Svein Steinert, kjenner flere eksempler på at elektronisk kommunikasjonen mellom fastleger, kommune og helseforetak har sviktet.

– De nærmeste årene blir årvåkenhet ekstra viktig fordi Helse-Norge har mange tekniske systemer som ikke jobber i samme takt. Det er ingen garanti for at viktige utvekslinger av pasientopplysninger fra helseforetak, fastlege, kommunetjenester og sykehus skjer uten alvorlige feil.

Harstad kommune sier at ingen pasienter er blitt feilmedisinert og at alt er rettet opp.

NRK

Meninger fra www.sykepleien.no



Erfarne sykepleiere flykter fra intensiv

» At 5 intensivsykepleiere slutter i løpet av et halvt år er ikke nødvendigvis ensbetydende med at «sykepleierne flykter».

Anonym

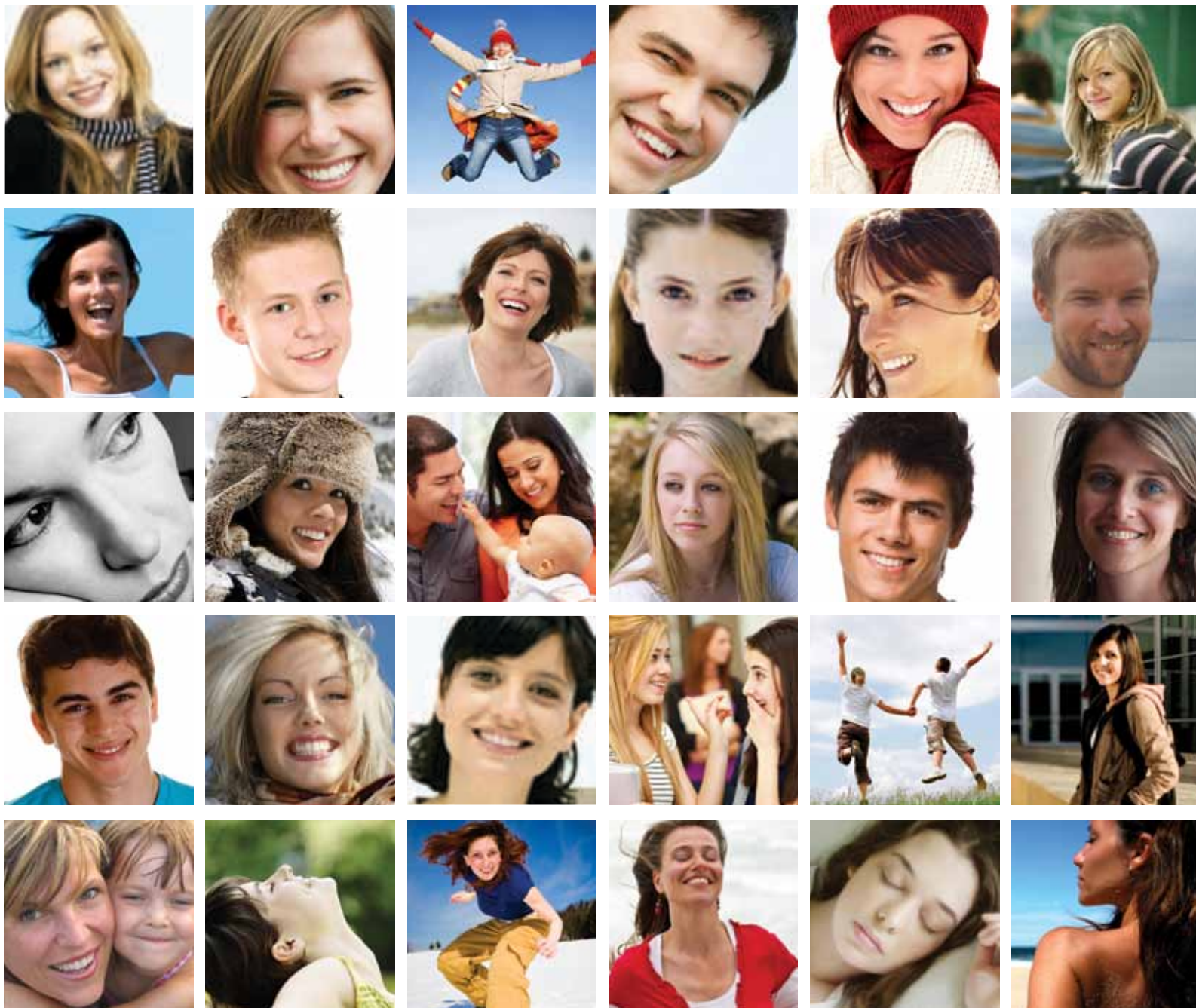
– Hver tredje helg er nok

» Kanskje vi må begynne å se på hvilke sykepleierstillinger som IKKE har helgejobb. Synes at alle må ta et felles løft slik at vi som jobber helg ikke blir pålagt flere helger pr. år.

Lisbeth Angen

» Vi velger da ikke bort verken helger, kvelder eller netter i jobben vår. Er det noen som «alltid» er på jobb, er det vel vi som arbeider i pleie og omsorg.

Ann Cathrin Kristiansen



“Du har celleforandringer”

- EN BESKJED DU HELST VIL UNNGÅ

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

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

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

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

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

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

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

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


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

C Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus
ATC-nr.: J07B M01

112012 N000156

INJEKSJONSÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksofosfat-sulfat-adjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene typer av humane papillomavirus (HPV), samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Barn <9 år:** Sikkerhet og effekt er ikke kjent, tilgjengelige data finnes ikke. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings utsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en enkelt person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og den potensielle nytten av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Synkope, i blant forbundet med å falle eller toniske/kloniske bevegelser, har inntruffet etter vaksinerings. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradig cervix-, vulva-, og vaginal dysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virusarter i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær-vaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksiner ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert booster-vaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. **Overgang i morsmelk:** Kan brukes til mødre som ammer. **Fertilitet:** Ingen direkte eller indirekte skadelige innvirkninger er sett på reproduksjonstoksisitet hos dyr. Effekt på fertilitet hos hannrotter er ikke observert. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Hørsel og pruritus på injeksjonsstedet, pyreksi. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hud: Urticaria. **Svært sjeldne (<1/10 000):** Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. **Ukjent:** Blod/lymfe: Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoid reaksjoner. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, synkope, i blant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, tretthet, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper: Klassifisering:** Ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensende viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. For kvinner 16-26 år, som er naive til HPV-vaksine, er det vist en beskyttelseeffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, ValN2/3 og kjønnsvorter på 95-100%. Det er også vist 100% effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV 16/18. For kvinner 16-26 år, med eller uten HPV 6-, 11-, 16- og 18-infeksjon eller sykdom ved dag 1, er det vist en beskyttelseeffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, ValN2/3 og kjønnsvorter på 73-85%. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinerings-tidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Blant kvinner 16-26 år er 99,8% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11, 99,8% mot HPV 16, og 99,5% mot HPV 18 innen 1 måned etter 3. dose. Blant kvinner 24-45 år er hhv. 98,4%, 98,1%, 98,8% og 97,4% seropositive innen 1 måned etter 3. dose og blant menn 16-26 år er andelen hhv. 98,9%, 99,2%, 98,8% og 97,4%. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 er merkbart høyere hos yngre personer enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær-vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte kvinner som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) for vaksinerings. Vaksinerte kvinner som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter og gutter 9-15 år. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging for injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Pakninger og priser: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte med to kanyler) 098722. Kr 1116,80 Godkjent SPC: 19.12.2011 Sist endret: 06.10.2011

sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

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

Thevo Vital - demensmadrassen

En madrass som gir bedre søvn til personer med demens:

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



Thomashilfen

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

- avdelingsleder ved Prestrudsenteret på Hamar

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør

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

Det mots

Hva vi er født som vil prege helsen resten av livet. **Kvinner og menn** går hver sin vei i både sykdom og selvforståelse.



atte kjønn

- 16** Går hver sin vei
- 18** Det ekstreme kjønn
- 20** Skal gutter få jentevaksinen?
- 22** Hvorfor vil ikke unge kvinner opp i denne?
- 28** Jeg er Luca
- 32** Manne- og kvinneytt
- 34** 5 myter jeg er drittlei av!
- 38** Erik og Maria: Like, men likevel ulike
- 42** Forsker i fravær
- 46** Ikke syk, men gravid
- 48** Flest kvinner tar kontakt med Kreftlinjen
- 54** Passer på gravides blodsukker
- 58** Det glemte kjønn i pilletestingen
- 64** Don Giovanni tar igjen Carmen



Disse to er født samme dag, men tullet inn i forskjellige farger.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**

Gutter og jenter

I Norge fødes det rundt 60 000 barn i året, litt flere gutter enn jenter. I 2011 ble det født 31 591 gutter og 29 724 jenter. Den største kjønnsforskjellen det året var i Oppland, der det kom 972 gutter og 832 jenter. I Aust-Agder var kjønnsfordelingen mest jevn med 648 gutter og 642 jenter. Finnmark var det eneste fylket med flere jenter enn gutter, 420 jenter og 407 gutter.

Kilde: Medisinsk fødselsregister



Går hver

Etter to jenter ble det en gutt.
– Det blir nok annerledes, men veldig stas at det ble gutt denne gangen, sier Kari Arnkvern Jacobsen.

Hun er på vei hjem fra Rikshospitalet i Oslo med lille Nicholas. Hjemme venter to jenter på seks og åtte år, i tillegg til mannen Alexander Arnkvern Bergs tenåringsønn fra et tidligere forhold.

Flest gutter

Som gutt er to dager gamle Nicholas

i flertall. Hvert år fødes det litt flere gutter enn jenter. I 2011 ble det født nesten 2 000 flere gutter enn jenter i Norge. Det er et mønster som har holdt seg i vestlige land siden 1600-tallet, da man begynte å registrere fødsler.

– Men det er nok en mer statistisk forskjell, sier jordmor og seksjonsleder Trude Hartmann Bjørndalen.

– Det er ikke noe vi legger merke til i hverdagen.

En teori er at gutter er mer sårbare enn jenter, og derfor må det fødes flere for å sikre jevn kjønnsfordeling når de når fruktbar alder. Ifølge boken «Kvinner lider, menn dør» er det et overskudd av menn helt opp i 60-årsalderen. Da kommer kvinnene i flertall.

Hekta på biler

Signe Detlies datter sover søtt. Født samme dag som Nicholas, er hun også klar for å reise hjem. Der venter store-



sin vei

bror på to. Det lie lurer litt på hvordan det vil bli å ha jente

– Sønnen min er for eksempel veldig glad i biler, uten at vi har gjort noe for å introdusere ham for dem. Er det noe som ligger der, undrer hun.

Hun merket også forskjell på svangerskapene.

– Det kan være fordi jeg var mer sliten med nummer to. Første gang følte jeg ikke at jeg var gravid før jeg fødte. Denne gangen var jeg kvalm i begyn-

nelsen og merket svangerskapet bedre.

Annerledes

Nicholas gir fra seg et hissig skrik. Han har nettopp fått melk, men er ikke mett. Mamma Kari Arnkværn Jacobsen hadde lettere svangerskap nå enn da hun gikk med jentene. I alle svangerskapene har hun vært opptatt av kosthold og fysisk aktivitet for å gi babyene best mulig start på livet. Uavhengig av kjønn, mener

begge at allsidig fysisk aktivitet og godt kosthold er det viktigste for at barna skal få god helse.

– Men jeg tror nok guttemødre blir mer vant til at barna slår seg, sier hun.

Jentene hjemme er rolige og forsiktede og opptatt av prinsessesting.

– Jeg må nok forberede meg på at de vil ringe fra barnehagen og be meg komme. ■

nina.hernes@sykepleien.no

Mer sårbare

Gutter er mer sårbare enn jenter allerede som fostre. En for tidlig født gutt har dårligere odds enn en jente som er født like tidlig. Gutter fødes også oftere for tidlig, de dør lettere ved fødsel og blir mer påvirket av hvordan mødre lever når de ligger i magen.

For eksempel viser en ny doktorgrad at gutter blir mer påvirket hvis mor ruser seg i svangerskapet. Psykolog Vibeke Moe sier til Kilden.no at hun først trodde grunnen kunne være at guttemødre hadde brukt mer alkohol og rusmidler enn jentemødre, men det hadde de ikke. Barna ble fulgt fra fødsel til de var fire-fem år. Guttene scoret lavere enn jentene på mental utvikling, språkutvikling, motorikk og sosial atferd.

Men gjennom hele livet vurderer likevel gutter helsen sin som bedre enn kvinner vurderer sin helse.

Kilde: Berit Schei og Leiv S. Bakketeig (red.)
Kvinner lider, menn dør,
nhi.no og kilden.no

Det er flere mannlige genier og flere mannlige kriminelle. Svaret kan ligge i genene.

Tekst **Nina Hernæs**

Det ekstreme kjønn

Menn er mer ekstreme enn kvinner, sier biostatistiker Anne-Cathrine Lehre, som i 2011 tok doktorgrad med avhandlingen «Sex matters».

Ved hjelp av statistikk har hun undersøkt forskjeller mellom kvinner og menn.

– Vi ser at det er større variasjoner blant menn, sier hun.
– Kvinner er mye likere hverandre.

IQ

Å lete etter forskjeller mellom menn og kvinner har flere forskere gjort. Men det vanlige har vært å se på gjennomsnittsverdier for kvinner og menn og sammenlikne dem.

– Men gjennomsnitt kan maskere forskjeller, sier Lehre.

– Ser man på variasjoner, kan bildet se annerledes ut.

I 2003 kom en interessant artikkel om IQ. Den tok for seg en studie som ble gjort i Skottland i 1932. Et helt årskull 11-åringer ble IQ-testet. Gjennomsnittet for jenter og for gutter var ganske likt. De hadde IQ på samme nivå. Men når man så på variasjonene blant gutter og jenter, var forskjellene store. Guttene var oftere svært intelligente, og også oftere mindre intelligente.

Dette var også observert på andre områder. I 1970 skrev Alice Winifred Heim at menn oftere enn kvinner er ekstreme. «Det er flere mannlige genier, flere mannlige kriminelle og flere menn med mangelfulle mentale evner». Er de er født sånn eller blitt sånn?

Fødselsvekt

Lehre ville undersøke om den store variasjonen hos menn var et generelt fenomen.

I doktorgradsarbeidet så hun på fire ting: Fødselsvekt, blodverdier, resultater på 60-meter og karakterer fra universitetet. Alle data ble hentet fra statistikkbanker.

– Vi så på fødselsvekt fordi vi antar forholdene i livmoren er ganske like for begge kjønn og at gravide ikke oppfører seg veldig annerledes om de venter gutt eller jente, sier hun.

Fødselsvekten til 48 000 barn ble sammenliknet. Alle barna var født til termin. Det var tydelige forskjeller mellom gutter og jenter. Guttene var generelt tyngre enn jentene ved termin, men det var større spredning i vekten. Jentene var likere hverandre.

At menns vekt varierer mer enn kvinners er også sett hos voksne, men da har man ikke visst om det skyldtes andre forhold. Lehre og hennes kolleger viste at forskjellen er til stede allerede fra fosterstadiet.

Blodprøver og 60-meter

Blodverdier viste også samme tendens.

– Det var overraskende fordi kvinner antas å være mer påvirket av hormoner. I materialet inngikk blodprøver fra kvinner i ulike deler av menstruasjonssyklus og kvinner som var kommet i overgangsalderen. Likevel var det større variasjon i mennenes blodverdier. 13 av 31 blodverdier viste tydelig mer variasjon blant menn. 11 viste ingen signifikante

forskjeller. 7 verdier varierte mer hos kvinner. Det gjaldt verdier for jern og stoffskifte.

– Det er også logisk fordi kvinner mister jern under menstruasjon og de har oftere problemer med stoffskiftet, sier hun.

Også når det gjaldt fysisk prestasjons- evne var det større variasjon blant gutter. Gutter løper generelt raskere enn jenter, men resultatene deres spriker mer.

Karakterer

Lehre så også på karakterer på master, tidligere hovedfag ved universitet. Kvinnene fikk i større grad enn mennene karakterer som lå rundt gjennomsnittet. Også her var det større variasjon i karakterene menn fikk. Flere menn enn kvinner fikk beste karakter, men det var også flere menn enn kvinner som strøk.

– Her gjorde vi også et funn som viser at faktorer i miljøet kan påvirke, sier hun.

Ved å sammenlikne karakterer fra før og etter kvalitetsreformen i høyere utdanning, fant de at gjennomsnittet til kvinnene økte signifikant etter reformen. Før var det vanlig med en eller flere større eksamener på slutten av semesteret, mens det nå er flere innleveringer og jevnlig evalueringer.

– Det har kvinnene tjent på, sier Lehre.

– Vi vet ikke årsaken, men det kan skyldes at kvinner jobber mer jevnt. Menn tar kanskje flere sjanser, som å fordype seg i ett tema. Er det én eksamen og de treffer på tema, kan de gjøre det kjempebra. Treffer de ikke, stryker de.

Oftere til lege

Som små er gutter oftere utsatt for ulykker enn jenter. Fram til de er fem år er de oftere innom helsetjenesten enn det jenter er. Men fra fem år overtar jentene. Da er det jenter som oftest trenger hjelp fra helsetjenesten, og trenden fortsetter fram til 60-årsalder. Da overtar mennene.

Kilde: Berit Schei og Leiv S. Bakkeiteig (red.)
Kvinner lider, menn dør

net



Men selv om kvinnene har bedre snitt etter kvalitetsreformen, er det fremdeles flere menn enn kvinner som får best og dårligst resultat.

X og Y

– Hvorfor er menn så ekstreme?

– Jeg vet ikke, men en teori er at det henger sammen med X- og Y-kromosomene.

Gutter er født med ett x-kromosom og ett y-kromosom, jenter er født med to x-kromosomer. Veldig mange av genene som styrer menneskets egenskaper ligger på X-kromosomet.

– Fordi gutter bare har ett x-kromosom, får alle genene på kromosomet uttrykke seg fullt ut, forklarer Lehre.

– Mens jenter, som har to, uttrykker et gjennomsnitt av de to x-kromosomene. Derfor blir jentene mer gjennomsnittlige, mens guttene varierer mer.

– Man skulle heller tro at jentene blir mer ekstreme, siden de har to X-er?

– Nei, det er ikke sånn at de får dobbelt opp.

Som eksempel tar hun sykdommer som bare overføres ved X-kromoso-

«Fordi gutter bare har ett x-kromosom, får alle genene på kromosomet uttrykke seg fullt ut.» Anne-Catherine Lehre

met. Det kan for eksempel være blødersykdom eller fargeblindhet.

– En gutt som arver genet som koder for en slik sykdom, har større risiko for å bli syk fordi han bare har ett X-kromosom. Men en jente som arver genet, har lavere risiko for å bli syk fordi hun har to X-kromosomer. Genet som gir sykdom vil bli inaktivert. Skal en jente få en slik recessiv arvelig sykdom som sitter på X-kromosomet, må hun arve det fra både mor og far.

Føde barn

– Har forskjellene en funksjon?

– Det er også bare en teori, men man lurer på om dette henger sammen med reproduksjon. Kvinner er kanskje fra naturens side laget mer like. De er et slags gjennomsnitt og egnet til å føde barn. Men fordi miljøet forandrer seg,

kan ikke menneskene bare være stabile. De må kunne tilpasse seg ulike miljø. Derfor er menn mer forskjellige, og avhengig av miljøet rundt, kan kvinnene velge de mennene som er best egnet til å føre slekten videre.

Ifølge Lehre er dette teorier som har vært diskutert i mange år.

– Dette er én måte å se verden på, understreker hun.

– Hva tilfører din forskning?

– At man ikke bare kan se på gjennomsnitt når man skal sammenlikne menn og kvinner, men også variasjonen innenfor hvert kjønn.

Hun understreker at funnene gjelder for grupper, ikke individer.

– Det er klart jenter også kan bli genier, sier Anne-Catherine Lehre. ■

nina.hernes@sykepleien.no

**Vold-
somme
menn**

Menn har ifølge statistikken høyere dødsrisiko enn kvinner – på visse alderstrinn dobbelt så høy eller mer. Flere menn enn kvinner dør som følge av ulykker og langt flere menn enn kvinner tar sitt eget liv. I 2011 i Norge var det 58 menn og 28 kvinner per 100 000 som døde av ulykker, skader eller selvmord.

Gutter kan også få kreft av hpv. Men hpv-vaksinen gis bare til jenter.

Tekst **Nina Hernæs**

Skal gutter få jentevaksinen?

Inorske fagmiljøer er det bred enighet om at gutter bør få vaksinen.

– Det er ingen grunn til å vente, sier Harald Moi, professor og overlege ved Olafiaklinikken ved Oslo universitetssykehus.

– Hpv kan føre til kreft både i livmorhals, vulva, penis, anus, munn, svelg og strupe, påpeker han.

– Det er synd vaksinen er blitt en «jentevaksine».

Sju av ti

Hpv, eller humant papillomavirus, knyttes først og fremst til kreft i livmorhalsen. Så da det ble utviklet en vaksine, var det jentene man ville beskytte. I Norge har jenter i sjuende klasse fått tilbud om vaksine siden 2009. Men vaksinen har vist seg å beskytte også mot kreft i penis og anus, og høyst sannsynlig også munn, svelg og strupe.

Fordi viruset smitter gjennom sex, gis vaksine før jentene har rukket å debutere. Sju av ti har fått vaksinen så langt.

– Å vaksinere jenter beskytter i en viss grad også gutter, sier Moi.

– Om alle jenter vaksinerer seg, får guttene god beskyttelse. Men sju av ti er ikke nok.

Han viser til erfaringen med vaksiner mot røde hunder. Den ble innført fordi sykdom i svangerskapet kan gi misdannelse på fosteret.

– Da vaksinerte man først bare jenter, men fikk ikke full effekt av vaksi-

nen før man også vaksinerte guttene, sier han.

– Hvis guttene også får hpv-vaksinen, vil også de fleste jenter som velger å ikke få vaksine bli beskyttet.

Også Norsk gynekologisk forening støtter vaksinerings av gutter.

Smitter lettere analt

Moi trekker også frem menn som har sex med menn.

– De beskyttes ikke av at jentene vaksineres og har større risiko for sykdom fordi viruset smitter lettere analt enn vaginalt. Vi ser allerede en økning i analkreft hos menn som har sex med andre menn.

Får i Australia

Da Norge først vurderte å ta i bruk vaksinen, var det ikke kommet studier som viste effekt på menn. Siden den gang har flere land, blant annet USA, anbefalt gutter å ta vaksinen. Australia har fra februar tilbudt gutter på 13 år vaksinen gratis.

I Norge utredes det nå om gutter bør få vaksinen.

Kjønnsvorter

I tillegg til kreft, beskytter hpv-vaksinen mot kjønnsvorter. Det mener Moi det snakkes for lite om.

– Man har fortiet at livmorhalskreft skyldes en kjønnsykdom og har ikke villet kople den til kjønnsvorter.

Synlige kjønnsvorter skyldes andre

hpv-typer enn dem som kan gi kreft.

– Kjønnsvorter er ufarlig, men har kraftig innvirkning på livskvaliteten, sier Moi.

– En av ti som er seksuelt aktive får slike vorter, og noen går med dem i måneder og år. Det er dyrt for samfunnet og en stor belastning for den enkelte.

Diskusjon

Da man vurderte å innføre hpv-vaksine i Norge, var motforestillingene mange. Ifølge Moi er det ikke sett annen sykkelighet hos dem som har fått vaksinen enn i kontrollgruppene.

– Beskyttelsen av vaksinen ser så langt ut til å vare i minst ti år. Mye tyder på at den vil vare livet ut, sier han.

Flere kan få

Det viser seg også at vaksinen har effekt hos dem som har debutert seksuelt.

– Den er nok mest effektiv om den gis i 12-årsalderen, men det ser ut til at den stimulerer immunforsvaret også hos eldre jenter som allerede er smittet med hpv og reduserer risikoen for at de blir smittet på nytt, sier Moi.

De fleste smittes i ung alder av en eller to hpv-typer, mens vaksinen beskytter mot fire typer.

– Derfor mener jeg det er en stor forsømmelse at vi i Norge ikke startet med å vaksinere jenter helt opp til 26 år. Mange vil unødvendig dø av kreft. ■

nina.hernes@sykepleien.no

Hpv

▶ Humant papillomavirus (hpv) smitter gjennom sex. Viruset er svært smittomt og de fleste som har sex vil bli smittet en eller flere ganger i løpet av livet.

▶ Det fins mange forskjellige typer hpv. Noen kan føre til kreft, andre til kjønnsvorter.

▶ Hpv-vaksinen som tilbys i Norge beskytter både mot hpv-virus som kan gi kreft og hpv-virus som kan gi kjønnsvorter.

▶ Jenter i sjuende klasse får vaksinen gratis.



**«Det er en stor
forsømmelse at Norge
ikke vaksinerer fler.»**

Harald Moi, Olafsiaklinikken

Flere under 35 får livmorhalskreft. Men mange unge dropper sjekken som kan forebygge den.

Tekst **Nina Hernæs**

Hvorfor vil ikke unge kvinner opp i denne?

Livmorhalskreft

300 kvinner får livmorhalskreft i Norge hvert år. 100 dør.

En tredjedel som får sykdommen er under 40 år. Forekomsten er høyest mellom 35 og 40 år.

Gir lite symptomer i tidlig fase.

Kreftbehandlingen medfører ofte at kvinnene ikke lenger kan få barn.

Vi er bekymret, sier Stefan Lönnberg, som leder Kreftregisterets masseundersøkelse mot livmorhalskreft.

I 2010 var det 322 tilfeller av livmorhalskreft i Norge. 106 var i aldersgruppen 25 til 39 år.

Kreftformen er spesiell, fordi den kan forebygges. Ved hjelp av celleprøve er det mulig å oppdage celler som er på vei til å bli kreftceller. Fordi norske kvinner systematisk screenes med celleprøver, er det færre som får og livmorhalskreft og færre som dør. Men det er mulig å redde flere.

Utfordring

Over hele Europa ses samme trend: Færre unge tar celleprøve.

– *Hvorfor gjør ikke unge kvinner som dere anbefaler?*

– Vanskelig å si, sier Lönnberg.

– Det kan henge sammen med samfunnsutviklingen. Man skal gjøre sine egne valg og ta ansvar for sitt eget liv. Det innebærer kanskje mindre vilje til å ta inn over seg anbefalinger fra myndighetene.

Fordeler og ulemper

Han legger ikke skjul på at screening er komplisert.

– Mediene presenterer til tider ulempen ved screening på en emosjonell måte, og det kan kanskje påvirke noen.

Celleprøve kan avdekke celleforandringer på livmorhalsen. Slike forandringer gir ikke symptomer. Kvinnene føler seg friske og ser kanskje ikke behovet for å teste seg. Oppdages det at de har celleforandringer med stor risiko for å

leprøver som ung heller ikke vil gjøre det som eldre. Vi forventer at trenden holder seg, og det er uheldig.

Mannlig lege

Kreftregisteret vil nå finne ut mer om kvinnene som dropper celleprøven.

– Vi får spontane tilbakemeldinger fra kvinner, men mangler systematisk, forskningsbasert kunnskap.

– *Ikke alle liker å ta celleprøve hos mannlig fastlege?*

«Livmorhalskreft er noe de aller fleste kvinner kan få.»

Stefan Lönnberg

bli kreft, fjernes de. Inngrepet er enkelt, men kan gi økt risiko for seinabort og for tidlig fødsel i senere svangerskap. Samtidig reduseres risikoen for livmorhalskreft dramatisk. Ni av ti som opereres bort celleforandringer blir trolig kvitt dem for godt.

– Vi frykter at de som ikke tar cel-

– Det kan være en barriere for enkelte, sier Lönnberg.

– Vi skulle kanskje hatt dedikerte celleprøvetakere. Det kunne være leger, sykepleiere eller jordmødre, sånn de gjør det i Sverige og Finland.

Ifølge Lönnberg kan barrierene også være emosjonelle, som at noen synes det

REDDER LIV: Å ta celleprøve reduserer risikoen for å få livmorhalskref. Men det krever en tur opp i denne. Illustrasjonsfoto: Shutterstock



er pinlig å gå til gynekologisk undersøkelse eller at de ikke stoler på prøvene.

– Men de fleste utenlandske undersøkelser viser at de praktiske barrierene er viktigst, sier han.

– I Norge må kvinnene selv bestille time. I andre land har man sett at innkalling med tid og sted øker oppmøtet.

– Det vil kreve mer ressurser?

– Ja, men det er kostnadseffektivt. Vi snakker tross alt om å forebygge kreft. Vi kan gå ganske langt for å gjøre det. Det er også et spørsmål om like helsetjenester for alle. Gjør vi det lettere for alle, gjør vi det også lettere for dem med flest barrierer. De kvinnene som dropper celleprøve er også de med høyest risiko for livmorhalskreft.

Større risiko

I tillegg til at unge dropper celleprøve, er de også mer utsatt for å bli smittet av viruset som kan gi kreft. Livmorhalskreft skyldes infeksjon med humant papillomavirus (hvp), som er blitt vanligere. Viruset er svært smittosomt og smitter ved sex.

– Man antar at åtte av ti smittes av viruset. Det betyr at livmorhalskreft er noe de aller fleste kvinner kan få, og derfor bør de også screene seg, sier Lönnberg.

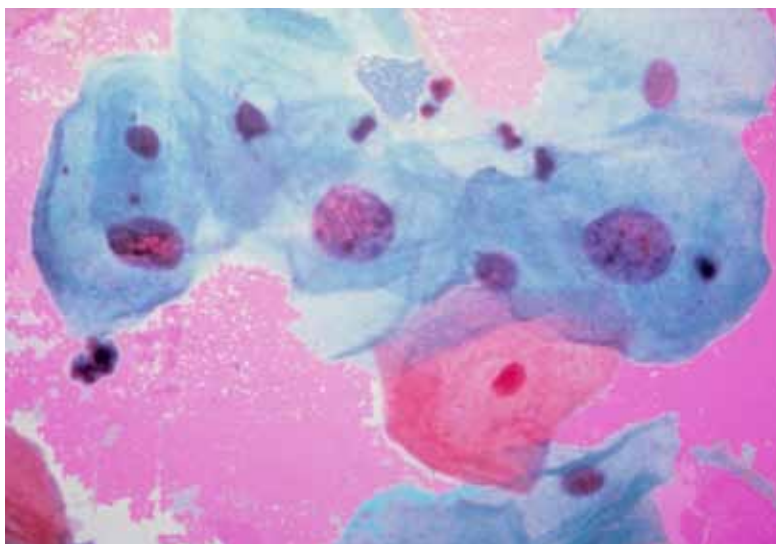
– Send heller sms

Marit Hermansen, leder i Norsk forening for allmennmedisin, tror gynekologisk undersøkelse er en bøyg for mange. Hun spekulerer på om økt fødealder kan ha noe å si.

– Mange går kanskje til sin første gynekologiske undersøkelse når de blir gravide. Når flere venter med å få barn, venter de kanskje også med slike undersøkelser.

Hun peker også på at det ikke lenger er rutine å gjøre gynekologisk undersøkelse ved forskrivning av p-piller. Og klamydia, som mange tester seg for, kan sjekkes i en urinprøve.

Alt dette kan ha ført til at flere unge



LETTE CELLEFORANDRINGER: Celleprøve med celler som viser lette celleforandringer. Slike forandringer følges opp med nye prøver om seks til tolv måneder. Forandringene går ofte tilbake av seg selv. Foto: Science Photo Library/Scanpix.

utsetter gynekologisk undersøkelser til de må.

For å flere til undersøkelse, tror Hermansen kvinnene heller bør få sms enn brev.

– Kan det være en bøyg å gå til mannlig fastlege?

– Det er et kjent fenomen at kvinner søker seg til kvinnelige fastleger, og det blir nok lettere å få til ettersom det blir stadig flere kvinnelige leger. Er det viktig å bli undersøkt av en kvinnelig fastlege, ordner man nok det.

– Kan det føles intimt å gå til fastlegen, som man er vant til å snakke med om andre ting?

– Vi forholder oss til mennesker både med og uten klær og gjør mange ulike undersøkelser. For fastleger er gynekologisk undersøkelse en av mange oppgaver vi har hver dag.

Men Hermansen savner bedre informasjon til kvinnene om fordeler og ulemper ved screening.

– Myndighetene har vedtatt at vi skal screene, men kvinnene må selv velge om de vil delta eller ikke. Når de ikke bestil-

ler time, får vi heller ikke mulighet til å snakke med dem om valget de har, og det er uheldig.

– Må senke terskelen

– Vi jordmødre tar gjerne celleprøver om det legges til rette, sier Marit Stene Severinsen, leder av Jordmorforbundet.

Hun tror det kan være lettere å gå til jordmor enn til fastlege.

– Mange foretrekker å ha en annen tid underlivssjekk, sier hun.

– Før man trengte henvisning, var det mange som gikk til gynekolog. Det var ikke alltid nødvendig, men jeg tror det var lettere å gå til gynekologisk undersøkelse når man hadde en fast person det følte bekvemt å gå til.

Severinsen mener også påminnelsen kvinnene får i posten bør inneholde mer informasjon.

– Der og da blir man motivert til å handle. Brevet kunne for eksempel hatt telefonnumre til steder man kan bestille tid for prøve, sier hun.

nina.hernes@sykepleien.no

Celleprøve

Anbefales alle kvinner mellom 25 og 69 år hvert tredje år.

Tas hos lege. Celler fra livmorhalsen samles ved hjelp av børste og spatel og sendes til analyse. Ved lette og usikre forandringer anbefales ny kontroll etter seks til tolv måneder. Ved alvorlige forandringer anbefales rask utredning hos gynekolog.

Årlig tas det over 400 000 celleprøver fra livmorhalsen i Norge.

Årlig sendes det ut over 400 000 påminnelser til kvinner som ikke har tatt celleprøve som anbefalt.

Får teste seg hjemme

800 kvinner får sjekke risiko for livmorhalskreft hjemme.

Tekst **Nina Hernæs**

Dette er et pilotprosjekt, men vi håper hjemmetest etter hvert kan tilbys flere, sier overlege og prosjektleder Mari Nygård i Kreftregisteret.

Hun håper hjemmetest kan få flere til å delta i screening mot livmorhalskreft.

Møter ikke

I Norge følger bare seks av ti kvinner mellom 25 og 69 år anbefalingen om å ta celleprøve hvert tredje år. Derfor tenker Kreftregisteret nytt. De som nå får tilbud om hjemmetest er kvinner som har fått én påminnelse i posten om at det er mer enn tre år siden de har tatt celleprøve. Det vil si at det er minst fire år siden siste prøve.

Sammenlikner

For å undersøke effekten av hjemmetest, omfatter pilotprosjektet 1 600 kvinner. 800 får tilsendt hjemmetest, 800 får ny påminnelse om at de bør ta celleprøve. Så gjenstår det å se om hjemmetesten får flere til å teste seg.

Med hjemmetester henter kvinnene selv celler fra vagina og livmorhals enten med en slags børste eller skyllevæske. Begge testene skal være enkle å bruke.

De som får hjemmetest, får først brev om at de har mulighet til å reservere seg. Så langt har 46 av de 800 sagt nei takk.

– Er det som forventet?

– Dette er en spesiell gruppe, siden det er kvinner som i flere år har latt være å ta celleprøve, sier Nygård, og peker på at det kan være mange grunner til at de ikke har gjort det.

– Noen vil ikke vite at noe kan være galt, og for denne gruppen tror jeg ikke hjemmetest vil utgjøre noen forskjell. Men for de som ikke tar celleprøve fordi det oppleves ubehagelig å gå til

gisk undersøkelse, sier Nygård.

Følges opp

– De vil få beskjed om at de har et seksuelt overførbart virus. Vet man noe om hvordan kvinner reagerer når de får vite det?

– Over hele verden går man nå over fra celleprøve til å teste for hpv. Det er fordi hpv-testing avdekker flere med risiko for kreft, sier Nygård.



«Vi spør kvinnene om deres erfaringer.»

Mari Nygård, Kreftregisteret

fastlegen eller er redd for at celleprøve gjør vondt, kan hjemmetest bidra til å øke oppslutningen om screening.

Erfaring

Mens en celleprøve tatt hos lege kan avdekke celleforandringer forårsaket av humant papillomavirus (hpv), avdekker hjemmetesten hpv. Kvinnene vil få brev med resultatet av testen. Har de ikke hpv, anbefales de celleprøve om tre år. Har de hpv, anbefales utredning hos gynekolog.

– Men dette er kvinner som allerede har latt være å gå til undersøkelse som anbefalt?

– Ja, og derfor vil de som er positive få brev med tid og sted for gynekolo-

– Med en gang de tester positivt for hpv, er de ute av studien og inne i helsevesenet. Hvordan man skal formidle testresultater er også en del av pilotstudien. Vi er i dialog med gynekologene som følger opp kvinnene og vil få tilbakemelding på hva slags reaksjoner de får.

Resultater

Ifølge Nygård har tilbakemeldingene på pilotprosjektet vært positive.

Etter planen skal alle prøvene være analysert i løpet av høsten. Resultatene av pilotprosjektet vil være klare over jul. ■

nina.hernes@sykepleien.no

To problemer. Én løsning.

Cialis 5 mg med ny indikasjon.

Har du pasienter som sliter med erektil dysfunksjon og i tillegg har tegn og symptomer på benign prostatahyperplasi (BPH)? Da kan Cialis 5 mg daglig være et godt alternativ.

Som eneste legemiddel er Cialis 5 mg nå godkjent for behandling av både erektil dysfunksjon og tegn og symptomer på BPH.¹ Studier viser at Cialis 5 mg, dosert én gang daglig, reduserer BPH-relaterte LUTS*-symptomer hos menn med disse plagene, samtidig som erektil funksjon signifikant bedres.^{2,3}

* Lower Urinary Tract Symptoms



Cialis
Lilly
Legemiddel mot erektil dysfunksjon.
ATC-nr.: G04B E08

TABLETTER, filmdrasjerte 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon hos voksne menn. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt ved erektil dysfunksjon. Behandling av tegn og symptomer på benign prostatahyperplasi hos voksne menn. Ikke tilrådes for bruk hos kvinner.

Dosering: Erektil dysfunksjon hos voksne menn: anbefalt dose er 10 mg minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan 20 mg forsøkes. Maks. dosering er 1 gang daglig. Tadalafili 10 mg og 20 mg er beregnet til bruk for forventet seksuell aktivitet, og er ikke anbefalt til kontinuerlig daglig bruk. For pasienter som forventer regelmessig bruk (f.eks. minst 2 x ukentlig), kan daglig dosering med laveste tadalafilidose være hensiktsmessig, avhengig av pasientens valg og legens vurdering. Hos disse pasientene er anbefalt dose 5 mg 1 gang daglig til omtrent samme tid. Basert på individuell tolerabilitet kan dosen reduseres til 2,5 mg daglig. Hensiktsmessigheten av vedvarende daglig doseringsregime bør vurderes regelmessig.

Benign prostatahyperplasi (BPH) hos voksne menn: Anbefalt dose er 5 mg, tatt til omtrent samme tid hver dag. Pasienter som ikke tåler tadalafili 5 mg bør vurderes alternativt behandling, ettersom effekt av tadalafili 2,5 mg for behandling av BPH ikke er vist. Ved behandling for både BPH og erektil dysfunksjon er anbefalt dose 5 mg tatt til omtrent samme tid hver dag. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ved behovbehandling av erektil dysfunksjon er anbefalt dose 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedrørende alvorlig leversykdom («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell nytte-/risikovurdering. Det foreligger ikke data for doser >10 mg. **Daglig doseringsregime:** til behandling av både erektil dysfunksjon og BPH er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon, og ev. forskrivning bør baseres på grundig individuell nytte-/risikovurdering. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose ved behovbehandling. **Daglig doseringsregime:** på tadalafili 2,5 eller 5 mg til behandling av erektil dysfunksjon eller BPH er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Barn og ungdom:** Ikke relevant. **Eldre eller dårligere:** Dosejustering er ikke påkrevd. **Administrering:** Tas med eller uten mat. Sveldes hele med litt vann.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kan forsterke den blodtrykknærende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Skal ikke brukes ved hjertelidelse der seksuell aktivitet ikke tilrådes. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerteproblemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafili er derfor kontraindisert. Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mm Hg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer eller ikke.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon eller BPH og mulige underliggende årsaker. Før oppstart skal kardiovaskulær status vurderes ettersom det er knyttet en viss risiko for hjerteproblemer til seksuell aktivitet. Tadalafili har vasodilaterende egenskaper som gir svak og forbigående blodtrykkfall, og potensierer dermed hypotensiv effekt av nitrater. Før behandling av BPH startes bør pasienten undersøkes for å utelukke prostatakreft. Kardiovaskulær status bør vurderes nøye. Ukjent om tadalafili har effekt etter gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal prostektomi (ikke nervebevarende). Alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmier, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystsmerte, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafili. De fleste av disse pasientene hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. Det kan ikke definitivt fastslås om disse hendelsene er direkte relatert til risikofaktorene, tadalafili, seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Tadalafili kan indusere blodtrykkfall ved samtidig bruk av antihypertensiver. Ved oppstart av daglig tadalafilbehandling bør klinisk vurdering ta hensyn til mulig dosejustering av blodtrykkbehandling. Synsforstyrrelser og tilfeller av NAION er rapportert. Pasienten bør rådes til å seponere tadalafili og kontakte lege umiddelbart ved plutselige synsforstyrrelser. Økt tadalafileksponering

ing (AUC), begrenset klinisk erfaring og manglende mulighet til å påvirke clearance vha. dialyse medfører at daglig tadalafildosering ikke er anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Det er begrenset sikkerhetsdata ved alvorlig leversykdom («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell nytte-/risikovurdering. Daglig doseringsregime er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon. Pasienter som får ereksjon som varer i ≥ 4 timer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med forsiktighet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavemos fibrose eller Peyronis sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Forsiktighet bør utvises ved forskrivning av tadalafili til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakonavir, ketokonazol, itrakonazol og erytromycin), da det er observert økt AUC for tadalafili ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafili med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke. Bør ikke brukes ved anelig galaktoseintoleranse, lapp-laktase-mangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** I interaksjonsstudier der kun tadalafili 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. **Effekter av andre legemidler på tadalafili:** Tadalafili metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafilis (10 mg) AUC og øker C_{max} med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafilis (20 mg) AUC og øker C_{max} med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafilis (20 mg) AUC uten endringer i C_{max} . Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakonavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itrakonazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafili, og således kan også bivirkningshyppigheten øke. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induktoren, rifampicin, reduserer tadalafilis (10 mg) AUC med 88%, og det kan forventes redusert effekt av tadalafili. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-induktorer som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafili. **Effekter av tadalafili på andre legemidler:** Tadalafili (vist for 5, 10 og 20 mg) forsterker den hypotensive effekten av nitrater. Interaksjonen varer i >24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Ved ev. behov for livreddende behandling med nitrater, bør det ha gått minst 48 timer fra inntak av tadalafili til nitraterbehandling (angittes). Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafili øker oral biotilgjengelighet av etinystradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafili (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafili (10 og 20 mg) er brukt samtidig med warfarin og acetylsalisylsyre uten interaksjoner. Tadalafili (20 mg) er brukt samtidig med angiotensin II-reseptorblokkere (forskjellige typer og doseringer, alene eller i kombinasjon med tiiazider, kalsiumantagonister, betablokkere og/eller alfablokkere) og amlopidin uten interaksjoner. Tadalafili (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofliazid uten interaksjoner. Tadalafili (20 mg) er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiver. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiver synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykksmåling relaterer seg til graden av blodtrykkkontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Hos pasienter som samtidig får antihypertensiver kan tadalafili 20 mg indusere blodtrykkfall, som (med unntak for alfablokkere) vanligvis er mildt og sannsynligvis ikke av klinisk betydning. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal likevel gis til pasienter når de behandles med antihypertensiver. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5-alfareduktasehemmere ettersom interaksjonsstudie ikke er gjennomført. Samtidig administrering av dokazosin (4 og 8 mg daglig) og tadalafili (5 mg daglig og 20 mg som enkeltdose) øker signifikant blodtrykkreduserende effekt av alfablokkere. Effekten varer ≥ 12 timer og kan gi symptomer som inkl. synkope. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Slik effekt er ikke rapportert med alfuzosin eller tamsulosin. Forsiktighet skal imidlertid utvises hos pasienter som behandles med alfablokkere, spesielt eldre. Behandling skal startes med minimal dose med gradvis økende dose. Tadalafili (10 eller 20 mg) er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafili (20 mg) forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafili (10 mg). **Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det foreligger begrenset data for bruk av tadalafili til gravide. Det er ikke funnet holdpunkter for direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Anbefales ikke ved graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter >75 år er begrenset. **Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastroesofageal refluks. Hjerte/kar: Rødme. Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi,

smerte i ekstremiteter. Nevrologiske: Hodepine. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100):** Gastrointestinale: Abdominale smerter. Hjerte/kar: Takykardi, palpitasjoner, hypotensjon, hypertensjon. Hud: Utslett, hyperhidrose. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Kjønnsganer/bryst: Blødning fra penis, hematospermi. Luftveier: Dyspné, nesblødning. Nevrologiske: Svimmelhet. Nyre/urinveier: Hematuri. Øre: Tinnitus. Øye: Uklart syn, følelse beskrevet som øymerter. Øvrige: Brystsmerte. **Sjeldne ($\geq 1/1000$ til <1/1000):** Hjerte/kar: Myokardinfarkt, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi. Hud: Urticaria, Stevens-Johnsons syndrom, eksfoliativ dermatitt. Immunsystemet: Angioødem. Kjønnsganer/bryst: Forlenget ereksjon, priapisme. Nevrologiske: Synkope, slag (inkl. hemorragiske hendelser) og transitoriske iskemiske anfall (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer), migrene, krampeanfall, forbigående amnesi. Øre: Plutselig hørselstap (plutselig nedsatt eller tap av hørsel er rapportert i et lite antall tilfeller ved bruk av samtlige PDE5-hemmere). Øye: Synsfeltforandring, hevelse av øyelokkene, konjunktivalt hyperemi, NAION, retinal vaskulær okklusjon. Øvrige: Anksietad, plutselig hjertedød (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). **Svært sjeldne (<1/10000):** Ukjent: Det er rapportert en lett forhøyet insidens av EKG-forandring, primært sinusbradykardi, hos pasienter behandlet med daglig tadalafildosering. De fleste av EKG-forandringene er ikke forbundet med bivirkninger. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Enkeltdose ≤ 500 mg er gift til friske, og multiple daglige doser ≤ 100 mg er gift til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafiliminering. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B E08.

Egenskaper: **Klassifisering:** Middel mot erektil dysfunksjon. **Virkningsmekanisme:** Selektiv, reversibel hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5). Når seksuell stimulering forårsaker lokal frigjøring av nitrogenoksid, vil tadalafilis hemming av PDE5 forårsake forhøyet nivåer av cGMP i corpus cavernosum. Dette resulterer i relaksering av glatt muskulatur og blodtilstrømming til penis, som igjen frembringer ereksjon. Bedring av erektil funksjon og evnen til å ha et vellykket samleie er vist ≤ 36 timer etter dosering, og evnen til å oppnå og beholde ereksjonen for å gjennomføre samleie er vist 16 minutter etter dosering. Effekt av PDE5-hemning på cGMP-konsentrasjonen i corpus cavernosum er også observert på glatt muskulatur i prostata, blæren og deres vaskulære tilførsel. Den vaskulære relaksasjonen øker blodgjennomstrømmingen. Dette kan være virkingsmekanismen for symptomreduksjon ved BPH. Det er mulig at de vaskulære effektene suppleres med hemming av blærens afferente nerveaktivitet og relaksering av glatt muskulatur i prostata og blæren. Det er ikke sett signifikant endring i systolisk/diastolisk blodtrykk eller i puls hos friske personer. Det er ikke observert nedsatt evne til fargeadskriminering (blå/grønn). Denne observasjonen er overensstemmende med tadalafilis lave affinitet til PDE6 sammenlignet med PDE5. Ingen klinisk relevant nedgang i spermatocty-antall og -konsentrasjon. Det er ikke påvist endringer på motilitet, morfologi og follikkelstimulerende hormon. **Absorpsjon:** Raskt. Gjennomsnittlig C_{max} nås etter en median tid på 2 timer. Absorpsjonen påvirkes ikke av matinntak. **Proteinbinding:** Ved terapeutiske konsentrasjoner er 94% bundet til proteiner. Påvirkes ikke av nedsatt nyrefunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig distribusjonsvolum er 63 liter, som tilsier at tadalafili fordeles i vev. <0,0005% av administrert dose fremkommer i sæden hos friske forsøkspersoner. Halveringstid: Ca. 17,5 time. Lineær farmakokinetikk mhp. tid og dose. Over et doseringsområde på 2,5-20 mg øker eksponeringen (AUC) proporsjonalt med dosen. Steady state-plasmakonsentrasjon nås innen 5 døgn med dosering 1 gang daglig. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 3A4. Hovedmetabolitten er metylkatekolglukuronid, som ikke forventes å være klinisk aktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance for tadalafili er 2,5 liter/time. Utskilles hovedsakelig som inaktive metabolitter, først og fremst i feces (61%) og i mindre grad i urin (36%). **Nyresvikt:** Ved mild (Cl_{CR} 51-80 ml/minutt), moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} 31-50 ml/minutt) og hos pasienter med terminal nyresvikt og pågående dialyse, er tadalafileksponeringen omtrent doblet etter administrering av 1 enkeltdose tadalafili (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C_{max} 41% høyere enn hos friske. **Oppebevaring og holdbarhet:** Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet.

Sist endret: 11.02.2013

Basert på SPC godkjent av SLV: 17.01.2013

Cialis, TABLETTER, filmdrasjerte:	Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
2,5 mg	28 stk. (bliste)	100291	kr 635,50	-	
5 mg	28 stk. (bliste)	100300	kr 635,50	-	
10 mg	4 stk. (bliste)	012273	kr 363,50	-	
20 mg	4 stk. (bliste)	008927	kr 363,50	-	
	8 stk. (bliste)	008920	kr 692,10	-	
	12 stk. (bliste)	021256	kr 1020,60	-	

Referanser:
1. Godkjent preparatomtale Cialis
2. Forst H et al. EU 2011; 60: 1105-1113
3. Egerd RB et al. J Sex Med 2012;9:271-281

Elly Lilly Norge AS
Pb 6090 Etterstad, 0601 Oslo
Grenseveien 99, Etterstad, Oslo
Sentralbord: 22881800 E-post: kundeservice@lilly.com

Lilly



Foto: NTB scanpix

Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

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

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

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

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



KREFTFORENINGEN

Møt Aleksander Gamme
activetravel
www.atn.no NORWAY AS



**Madeira
Sykkel- og
fottur**



Avreise: 26.11.2013, 04.03.2014

Varighet: 8 dager

Pris: fra kr 9.900,-



Bli med og møt Aleksander Gamme, en norsk ekspedisjonsmann og foredragsholder. Han er også polfarer, forfatter, safariguide, fallskjermhopper og fjellklatrer. Han er denne høsten å se på NRK's satsning, Drømmeturen, sammen med Cecilie Skog. Hør hans spennende foredrag.

**FOR MER INFO
OG BESTILLING:**

WEB: www.atn.no

E-POST: post@atn.no

TLF. +47 23 36 40 30

Vi tar forbehold om prisendring eller trykktfeil



Luca har aldri skiftet kjønn. Han har alltid vært gutt.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Jeg er Luca

Nå er han ikke lenger gutt, men mann, 26 år. I brevet han nylig fikk fra NAV, sto det noe annet: «Du er en singel kvinne på 26 år».

– Jeg blir så j**ig forbannet. Jeg føler meg tråkka på, sier Luca Espseth. Han sitter inne i en sommerstille fakultetshall på Blindern i Oslo. Har nettopp levert eksamensoppgave i feministisk vitenskapsteori. Også der møtte han virkelighetsoppfatninger rundt kjønn som fikk ham til å steile.

For Luca har tenkt nøyere over kjønn og kjønnsidentitet enn de fleste. I passet står det at han er kvinne. Da han ble født, falt han inn i kategorien pikebarn. Selv om kroppen så ut som en jentes, følte han tidlig at det ikke stemte. I hans selvbilde var det ganske enkelt: Han var gutt. Omgivelsene, både de aller nærmeste og de overordnede systemene, var ikke enige. Han var jente.

Ensom prosess

– Jeg leste mye om kjønnsbekreftende behandling på egen hånd. Så mannen jeg meg opp og gikk til fastlegen da jeg var 18. Hun visste ikke så mye om dette, så jeg måtte fortelle henne hva jeg tenkte. Jeg trengte en henvisning til GID-klinikken på Rikshospitalet. For å få det, måtte jeg først til psykolog. Hos psykologen var det mye det samme – lite kunnskap, og jeg måtte forklare hva jeg

trengte. I dette tilfellet var det en bekreftelse på at jeg ikke var psykisk syk, forteller han.

Etter åtte måneder fikk jeg time hos spesialsykepleier på Rikshospitalet.

Psykiatrisk diagnose

Transseksualisme er en av svært få psykiatriske diagnoser som behandles med endokrinologisk og kirurgisk behandling. Resultatet av hormonbehandling med testosteron er omfattende: Huden blir grovere, fettett omfordelles slik at skuldrene blir bredere og hoftene smalere, muskelmasse og skjeggvekst øker, klitoris forstørres, menstruasjonen opphører og stemmeleiet senkes.

Endring av personnummer gjøres først når testikler eller eggstokker er fjernet. Det vil si at Luca må gjøre kirurgiske kjønnskorrigerende inngrep for å kunne få et nytt juridisk kjønn.

Ikke maskulin lesbe

Han hadde mannen seg opp. Likevel var han nervøs da han gikk gjennom glassgangen mot GID-klinikken – Gender identity Disorder på Rikshospitalet.

Han visste at han måtte velge de riktige ordene. På forhånd hadde han snakket med andre i samme situasjon. Noen av dem hadde fått diagnosen de ønsket: ICD-10 (F64.0). De kunne sette i gang med etterlengtet

kjønnsbekreftende behandling. Andre hadde fått avslag og var bunn fortvilet.

– Det var en rar situasjon. Jeg måtte overbevise sykepleieren om at jeg hadde diagnosen. Diagnosen vil åpne for fysiske endringer av kroppen min. Men på vurderingstidspunktet var det kun hva jeg sa og hvordan jeg sa det som hadde betydning. Jeg følte veldig på ubalansen i makt. Jeg definerte meg som mann. Og fikk blant annet spørsmålet om jeg kanskje bare var en maskulin lesbe?

– Ikke at det er noe galt i å være maskulin lesbe, tilfører han raskt. Men det er ikke jeg.

Måtte jule

Han må ha snakket godt

Om:

Navn: Luca Espseth
Alder: 26 år
Kjønn: Kvinne
Juridisk: Kvinne
Egenopplevd: Mann



**«Ved å være mann med vagina
har jeg gitt meg selv større rom.»**





BART: Luca Espeth forteller om prosessen han er inne i på bloggen bestmedbart.no. Han er også engasjert sentralstyremedlem i Skeiv ungdom.

Hva er kjønn?

Biologisk kjønn er et begrep for det genetiske og hormonelle samspillet som fører til en manns eller kvinnes utseende. Kjønnidentitet er et begrep for den psykologiske kjønnsopplevelsen eller identiteten til en person. Kjønnrolle er et begrep som uttrykker den normative, sosiale kjønns-spesifikke atferden.

Kilde: KA Tønseth med flere i Tidsskrift for Den norske legeforening 2011.

for seg, for da han gikk ut av døren til samtalerommet, var han trodd.

Psykologen mente han var en F64.0.

Men, innrømmer han nå, med diagnosen vel i havn, han måtte jule litt.

– Jeg sa at jeg ønsket full kirurgisk behandling.

Det ville han egentlig ikke, men de han hadde snakket med på forhånd, og opplevelsen der og da, tilsa at det var enklere å bli trodd om han var villig til å ta skrittet, bokstavelig talt.

– Jeg følte et press fra helsepersonell om å ønske å fjerne eggstokkene og brystene. I tillegg er det nødvendig for å kunne endre juridisk kjønn, så det er også et press på overordnet systematisk nivå. Men puppene mine er uansett små, og eggstokkene plager

meg ikke i det daglige. Jeg ville ikke bli kastret, men for å kunne få et nytt juridisk kjønn, må jeg det. Så jeg sa at jeg ville det.

– Dette opprører Luca.

Kroppens hemmeligheter

– *Vurderer du å bli gravid mann?*

– Vel. Det er ikke noe jeg spesielt ønsker. Men om jeg skulle få en kjæreste uten eggstokker, så ja, kanskje. Jeg ser praktisk på det. Jeg vil i alle fall ikke bli fratatt muligheten, sier han og drar i den svarte T-skjorta.

Det er ikke til å unngå at Luca blir konfrontert med kroppens hemmeligheter langt oftere enn de fleste andre.

– Skal jeg ha med meg noen hjem fra byen, må jeg fortelle at jeg er mann

uten penis. De fleste tar det veldig fint. I mitt miljø er heldigvis toleransen for ulikhet stor. Men jeg skulle ønske kjønn ikke var så viktig, sier han, og er over på det som irriterer ham mest av alt:

– Det heteronormative blikket gjennomsyrer alt.

Opprør

Til sykepleiere har han en oppfordring: Tenk forbi kjønn. Transseksualitet er ikke så vanlig, men også homofile sliter ofte med kjønnidentiteten.

– Jeg tror både spiseforstyrrelser, selvskadning og andre «flink pike»-reaksjoner kan leses som et opprør mot den massive kjønninga vi blir utsatt for. Vi har liksom likestilling og alt er greit her i Norge. Det er feil. Det er mye en



Fakta om kjønnsdiagnoser

I ICD-10 er transseksualisme (F64.0) beskrevet som et sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Et ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen mest mulig samsvarende med det foretrukne kjønn, er vanlig.

Flere kjønnsidentitetsforstyrrelser i ICD-10: Transvestittisme (F.64.1), kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen (F.64.2), andre spesifikke (F.64.8) og uspesifikke kjønnsidentitetsforstyrrelser (F.64.9)

«Jeg måtte overbevise sykepleieren om at jeg hadde diagnosen.»

jente ikke kan gjøre. Og motsatt. Jeg har følt begge deler på kroppen. Med et uttrykk som kvinne, ble jeg oppfattet som hard og følelseskald. Nå som jeg ser ut som mann, blir jeg tillagt å være følsom.

Som mann forventes det at jeg skal bære alt mulig hele tiden. Og menn gir meg ikke klemmer lenger. Folk tenker dessuten det er greit å anta at jeg liker damer.

Jeg har vært den samme hele tiden. Det forteller meg at det kjønnslige spillerommet er lite. Ved å være mann med vagina har jeg gitt meg selv større rom.

Skjegg på vei

– Men om du ønsker at kjønn skal være irrelevant – hvorfor gjøre noe så inngripende som å endre kjønn?

– Nå har jeg som sagt ikke endret kjønn. Jeg har oppfattet meg som mann hele tiden. Ellers er dette et spørsmål

jeg møter hele tiden. Svaret mitt er: Samfunnet er ikke slik jeg skulle ønske det var. Derfor møter jeg hele tiden disse forventningene som er knyttet til kjønn. Etter hvert blir det temmelig slit-somt hele tiden å svare ut fra at du er kvinne, når du ikke oppfatter deg som det. Et første steg er å gjennomføre hormonbehandling, som endrer stemmeleie og utseende. Få skjegg og sånt, sier han og gnir seg på haka.

Apoteker i stuss

– Mitt andre mål er å få nytt juridisk kjønn.

– Hvilken betydning har juridisk kjønn?

– Det er det kjønn som står i passet, for eksempel. Jeg var nylig i India, og måtte forklare meg flere ganger. Jeg ser ut som mann, det står kvinne i passet. Det samme når jeg skal hente en pakke på posten, eller uansett når

noen må slå opp i folkeregisteret for å bekrefte at det er meg de snakker med.

– Ja, jeg har til og med blitt konfrontert med det på apoteket, da jeg skulle hente ut testosteronet mitt. Apotekeren tastet inn opplysninger – fødsels- og personnummer, kikket på ham over skranken og skrev mann. Programmet ville ikke godta det, og brøt sammen. Da Luca skjønnte hva problemet var, måtte han spørre om apotekeren hadde noen tanker om hvorfor han hentet ut testosteronet?

Det er mange situasjoner hvor kjønnsproblematikken møter Luca. Hva skjedde forresten med den unge single kvinnen i brevet fra NAV?

– Saksbehandleren var grei når jeg forklarte situasjonen. Så nå står det at jeg er en 26 år gammel singel mann i stedet, sier han og smiler skjevt. ■

aknbh@sykepleien.no

Hva kan gjøres?

› G.I.D-klinikken er en del av avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin ved Rikshospitalet (Gender identity disorder). GID har landsfunksjon for behandling av pasienter med transseksualisme. På årsbasis henvises 50–70 pasienter til utredning, hvorav rundt 20 får diagnosen transseksuelle. Årlig henvises omtrent 15 pasienter til kjønnskorrigerende kirurgi.

› Hos pasienter som konverteres fra mann til kvinne, vurderes brystforstørrende kirurgi. I tillegg kan det være aktuelt å fjerne testikler og svampegemene i penis, og hvor en såkalt neovagina og neoklitoris konstrueres i stedet, ifølge KA Tønseth med flere i Tidsskrift for Den norske legeforening 2011.

› For pasienter som konverteres fra kvinne til mann, vurderes brystreducerende inngrep og fjerning av eggstokker. I noen tilfeller kan klitoris rettes ut og konstrueres til en neopenis med ereksjonsmulighet. Det kan også være aktuelt å bruke avvev fra lysken eller frie mikrovaskulære lapper til såkalt falloplastikk.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Superkvinnen

Eva Haukeland Fredriksen har i sin doktorgradsavhandling sett på kvinners forventninger til hvordan man kan balansere jobb og helse under svangerskapet. Hun har brukt bekkenløsning som utgangspunkt, og har sammenliknet diskusjoner om bekkenløsning i åpne nettfora med intervjuer med medlemmer i en pasientforening. Dette har hun sett opp mot bildet mediene tegner av den gravide «superkvinnen». Til forskning.no sier hun: – Mediene viser bilder av gravide kvinner i syvende måned på spinning [...]. Men media viser samtidig til høye sykmeldingstall, og en mistro til gravide kvinner skinner ofte igjennom.

Flest kvinner klager til NPE

Flere kvinner enn menn klager på behandling ved norske sykehus. Det viser tall fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). For vedtak de siste fem årene – 2008–2012 – var 56 prosent av erstatningssøkerne kvinner, 44 prosent menn.

Men like stor andel av kvinner og menn fikk medhold i klagen i samme periode: 32 prosent både blant kvinner og menn.



ARBEID VIKTIGSTE ÅRSÅK: Menn er mer plaget av konflikter på jobben enn av hjemlige problemer.

Fortolker forskjellig

Kvinner og menn forstår og fortolker sin helsesituasjon forskjellig. Batt-Rawden og Tellnes (2012) påviste at menn ofte oppgir arbeidsrelaterte faktorer, som konflikter og omstilling, som årsak til sykdom. Kvinner oppgir heller den kombinerte virkningen av familieforpliktelsener og jobbelastning.

Dårlige vaner er hankjønn



På russisk har verb som handler om hekseri og som spår om framtida overveiende feminin bøyning, mens verb som handler om dårlige vaner som drikking, røyking og gambling er maskuline. Det kommer fram i Julia Kuznetsova sin doktoravhandling ved Universitetet i Tromsø (2012) om såkalte språklige profiler.

Flere eldre kvinner enn menn bor alene

I befolkningen som helhet er det ingen vesentlig forskjell på andelen menn og kvinner som bor alene. Men i aldersgruppen opp til og med 44 år er det flere aleneboende menn enn kvinner, mens de enslige kvinnene er i flertall i den eldre delen av befolkningen. I aldersgruppen 45–66 år er det omtrent like mange aleneboende kvinner som menn. *Kilde: Dette er Kari og Ola, SSB, 2010*

– Fikk kreft av oralsex

Hadde Michael Douglas fått hpv-vaksine som ung, kunne han kanskje unngått kreft.

Skuespilleren ble for to år siden behandlet for kreft i tungeroten, som gjerne knyttes til tobakk og alkohol. På spørsmål om han angret på årene med røyking og drikking svarte filmstjernen nei.

– Uten å gå for mye i detaljer, skyldes denne formen for kreft hpv som jeg har fått gjennom oralsex, sa Douglas ifølge The Guardian.

Uttalelsen gikk verden rundt. Men Douglas mente han var feilsitert. Han hadde bare sagt at kreft i halsregionen kunne skyldes mange ting, blant annet hpv. Ikke at hans kreft skyldtes oralsex. Hans ekskone benektet også offentlig at det var hun som hadde smittet ham.

Alt oppstyret førte til masse oppmerksomhet rundt oralsex og fare for kreft, og Douglas kom etter hvert frem til at han ville stå ved uttalelsen likevel

«dersom det kunne åpne diskusjonen og fremme offentlig bevissthet».

For oralsex kan gi kreft. Kreft i hode og hals som skyldes hpv øker. I Sverige er det så mange tilfeller av mandelkreft som skyldes hpv at noen kaller det en epidemi.

Ifølge overlege Harald Moi på Olafia-klinikken, er det liten bevissthet om at oralsex kan overføre smitte.

– Oralsex blir nok sett på som ganske ufarlig, men både hpv, herpes, gonoré og syfilis smitter veldig lett ved slik type sex, sier han.

Det har kanskje Michael Douglas, om enn ikke helt tilsiktet, bidratt til å øke oppmerksomhet om.

ÅPENHJERTIG: Om Michael Douglas ble feilsitert eller ikke, har han sørget for å vekke oppmerksomhet rundt oralsex og hpv. Foto: Colourbox.



Gir menn blaffen?

I et forsøk (M. Mather, 2010) fant forskere ut at selv om kvinner og menn hadde omtrent likt stressnivå, reagerte de ulikt når de skulle tolke ansiktsuttrykk. Mens hjerneaktiviteten i området som tolker ansiktsuttrykk var høy hos kvinner, var den lav hos menn når de ble utsatt for stress. Forskere spør om dette betyr at stress påvirker kvinners følelsesladde områder i hjernen til å bli mer aktive, mens det motsatte skjer hos menn. Eller: Der menn gir blaffen, reagerer kvinner med følelser når de utsettes for stress.



HELT ROLIG: Menn er mer stoiske, hevder forskere.



PAPPA KOMMER: Menn er like mye hjemme som kvinner, mente Likelønnskommissjonen.

Like mye hjemme med barn

Fravær fra jobb på grunn av sykt barn forekommer like mye hos kvinner som hos menn. Det mente Likelønnskommissjonen i 2008. Ca. 60 prosent av både kvinner og menn har vært fraværende på grunn av sykdom i familien. Den offisielle sykefraværstatistikken fra Statistisk sentralbyrå har ikke med dem som er «hjemme med sykt barn».



Professor i kvinnehelse

Berit Schei ble i 1998 Norges første professor i kvinnehelse. Schei er utdannet gynekolog og tok i 1990 doktorgrad på psykisk og fysisk vold i parforhold. Doktorgraden Trapped in painful love bidro til større aksept for at vold og seksualisert vold ble et medisinsk tema.

Schei har blant annet vært en pådriver for å opprette krisesentre.

I 2008 fikk hun Karl Evang-prisen for sitt arbeid med å forebygge og sette i gang tiltak for å hindre vold mot kvinner og barn.

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening og Statens helsestilsyn

Kvinner pleier de døende

Halvparten av alle kvinner som mottar pleiepenger fra NAV for å pleie sine syke slektninger i livets slutfaser, er ansatt i helsesektoren. (SSB)

Gir immunsystemet menn kortere liv?

Nøkkelen til hvorfor kvinner lever lengre enn menn er ennå ikke funnet, men japanske forskere lurer på om det hele kan ha noe med aldring av immunsystemet å gjøre, og at denne aldringsprosessen går fortere hos menn enn kvinner. 15. mai publiserte de en studie i tidsskriftet Immunity and Ageing, der de hevder at tester av immunfunksjonen kan gi en pekepinn på biologisk alder.

Immunsystemet beskytter kroppen mot infeksjon og kreft, men forårsaker sykdom når det ikke fungerer. Professor Katsuike Hiokawa og kolleger ved Tokyo medisinske og odontologiske universitet analyserte blodprøver fra 456 friske menn og kvinner fra 20 til 90 år.

Hos begge kjønn minsket de hvite blodcellene med økende alder. Men menn hadde en raskere nedgang av T-celler som beskytter kroppen mot infeksjoner, og B-celler som utsondrer antistoffer, samtidig som de hadde en raskere aldersrelatert nedgang i to cytokiner (molekyler som samarbeider med cellene i immunsystemet om å regulere kroppens respons på sykdom).

Spørsmålet nå er om det er immunsystemet selv som styrer farten på aldringen, eller

om et dårligere immunsystem hos eldre menn er en følge av generelt raskere tempo på den reelle aldringen.

Kilde: BBC



Barn med flere kvinner

For kvinner født i perioden 1935 til 1950 var i underkant av 10 prosent av 45-åringene barnløse. Denne andelen økte til 12 prosent blant kvinner født i 1960. Andelen 45 år gamle menn uten barn er langt høyere enn tilsvarende andel for kvinner. Og stadig flere menn forblir barnløse. Av menn født i 1940 var 14 prosent barnløse ved 45 år, og denne andelen økte til 21 prosent blant menn født i 1960. Dette innebærer at en stor (og økende) andel menn får barn med flere kvinner. Kilde SSB

Eirik Aldrin og Gro B. Eggen trekker mytene opp med roten.

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

5 myter om sykepleie og kjønn jeg er drittlei av!

Eirik Aldrin er sykepleierstudent. Dette året har han vært nestleder i NSF Student. Til høsten kjører han Harleyen over til Danmark og København for å ta et halvt år som utvekslingsstudent der, før planen er å fullføre studiene ved Diakonhjemmet i Oslo. Etter at han bestemte seg for å bli sykepleier, har han møtt mange myter og fordommer omkring det å være mann i yrket. Her er et knippe av dem han er aller mest lei av:

1. Sykepleier, er du homo eller?

– Jeg er lei av at menn som velger å arbeide innen helse- og omsorgsyrene automatisk blir ansett som feminine. En sykepleietjeneste kun basert på feminine verdier og trekk vil være ensidig og vil ikke speile pasientene vi møter, sier han.

– Vi trenger både menn, kvinner, homofile og heterofile av alle nasjonaliteter for å kunne møte det samfunnet vi lever i, og for å kunne gi et tilbud fylt med alle de kvalitetene vi sitter inne med som forskjellige individer.

2. Du får jo jobb uansett, du som er mann.

– Personlig synes jeg personer som sier dette høres ut som et furtent barn som fikk spaden stjålet på lekeplansen. Jobben skal jeg få på bakgrunn av mine kvalifikasjoner, og ikke utelukkende på grunn av at jeg er mann, sier sykepleierstudenten.

– Men når to søkere stiller med like kvalifikasjoner, vil det å være av det underrepresenterte kjønn kunne sies å være en tilleggskvalifikasjon eller en ressurs i seg selv. Den beste kvalifiserte og egnete personen skal få jobben.

3. Den kliniske berøringen er kvinnelig og kan ikke utføres av menn.


– Under ICN-kongressen i Melbourne i mai hørte jeg et foredrag om mannlige sykepleiere hvor det ble sagt at en mann som utførte en klinisk berøring kommuniserte seksuelle avvik. Enten som homofil, overgriper eller pedofil, avhengig av om pasienten var mann, kvinne eller et barn, forteller Aldrin.

– Personlig mener jeg dette gir en forferdelig stereotypi om at alle menn er overgripere. Jeg tror alle sykepleiere, uavhengig av kjønn, leser pasienten sin og situasjonen når de velger hvordan de møter og forholder seg til pasienten man har foran seg. Noen kan man tulle med, andre ønsker kun kort informasjon og er fornøyd med det, en tredje vil kanskje strekke seg etter hånden din for å søke trøst og støtte.

– Noen vil foretrekke en mannlige sykepleier i stellsituasjoner, da det kan føles mer seksualisert å bli vasket av en ung kvinne. Alle pasienter er forskjellige og skal møtes på en respektfull og trygg måte. Da må vi avlive slike holdninger som ble presentert i det foredraget, slår han fast.

4. Slipp reven inn i hønsehuset.

– I min spede begynnelse som sykepleierstudent hørte jeg et intervju på radio med en mannlige sykepleier hvor han sa at sykepleierutdanningen ikke var en utdanning, men et statlig organisert hønsehus, forteller Aldrin.

A man with a beard, wearing a black leather jacket over a plaid shirt and grey trousers, is sitting on a black Harley-Davidson motorcycle. He is positioned in a stone archway, looking towards the camera. The motorcycle is a cruiser style with a large headlight and a prominent front wheel. The background consists of a stone wall with several arches, creating a sense of depth and texture.

«Jeg tror du finner like mange grabukker i alle andre studiemiljøer.»

Eirik Aldrin, sykepleierstudent

MANN – OG SÅ? Eirik Aldrin kjører Harley og er tidligere norgesmester i kickboksing. Noe som er like irrelevant for yrkesutøvelsen som sykepleier, som det faktum at han er mann.



– Jeg ble virkelig provosert over denne uttalelsen. Her understøttet han myten om at menn som søker seg til sykepleieryrket bare gjør det for å ha enkel tilgang til jenter. Jeg tror du finner like mange grabukker i alle andre studiemiljøer, sier han.

5. Du skal vel bli lege til slutt?

– Mange antar at menn som starter på sykepleierstudiet gjør det fordi de ikke er gode nok til å komme inn på legestudiet, sier han.

– Det har jeg ofte blitt spurt om. Jeg måtte bruke nesten 30 min på å forklare min 92 år gamle grandonkel at jeg skulle bli sykepleier, og nei, ikke lege etterpå. Hvorfor ikke det da, du

som er så smart og flink med mennesker burde jo bli lege? Vel, kanskje jeg valgte å bli sykepleier nettopp av den grunn. Da får jeg utøve et spennende fag og være sammen med pasientene mine. Hadde vi bare fått lønn som fortjent hadde nok flere også valgt det, legger han til.

aknbh@sykepleien.no

– Ingen glorie her!

På St. Olavs Hospital i Trondheim kan det se ut som Gro Brendryen Eggen sitter på rumpa. Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Gro Brendryen Eggen utdannet seg først til hjelpepleier, deretter til sykepleier, og videre til intensivsykepleier, før hun satte i gang med en master. Velutdannet, med andre ord. Likevel møter hun holdninger om at hennes kunnskap, tilegnet gjennom studier og mange års praksis, er noe hvem som helst kan gjøre. Samtidig som hun er kjekk å ty til når noen vil diskutere helseplager i festlige lag.

1. Sykepleie er et kall.

– Dette henger vel igjen fra gammelt av, men for meg er sykepleie noe jeg er utdannet til gjennom tre år på høyskole.

Sykepleie er et yrke med mange muligheter. Jeg møter nye mennesker og situasjoner i jobben hele tiden, så jobben blir aldri kjedelig. Men jeg føler ikke et kall. Det er bare en jobb, og jeg har absolutt ikke glorie.

2. Snakk gjerne om sykdom når jeg er i festlige lag!

– Mange tror faktisk at man som sykepleier er på jobb 24 timer i døgnet. Ifølge helsepersonelloven har jeg en plikt til å gripe inn dersom det er behov for det. Men det er ikke det samme som å «ta en kikk» på folks helseplager når man er i festlig lag på fritiden.

3. En pleier er en pleier er en pleier.

– I mediene og blant politikere omtales helsepersonell som «hender» eller «pleiere», som om vi er en stor grå masse uten forskjeller mellom yrkesgruppene, sier Gro Brendryen Eggen.

– Vi trenger ikke bare flere hender, vi trenger flere med fagkunnskap. En mann jeg diskuterte med en gang mente at han kunne fotfulgt meg et halvt år og deretter overtatt jobben min. Jeg

UTBLÅSNING: Gro Brendryen Eggen har to hender hun kan utføre alt hun har lært gjennom flere års utdanning og erfaring med. Og over hodet er det ingen glorie.

er utdannet intensivsykepleier, og kan slå fast: Det kreves litt mer enn bare to hender.

4. Litt avstumpet?

– Jeg møter av og til myten om at kvinnelige sykepleiere ikke viser så mye medfølelse på hjemmebane. Jeg tror det kommer av at når du ser mye tragisk, så ser du sykdom og skader i forhold til hverandre. Jeg er gift med en sykepleier som også jobber på intensivavdelingen, så i det daglige får jeg forståelse når jeg ikke overdramatiserer et skrubbsår.

5. Som intensivsykepleier sitter vi mest på rumpa og gjør ingenting.

– Kanskje jeg sitter, men jeg har alltid et blick på pasienten. Noen pasienter er så dårlige at vi nesten ikke kan røre dem. Utenfra kan det se ut som vi ikke gjør noen ting. I virkeligheten er vi i forkant, observerer, følger utvikling og passer på at pasienten ikke får for eksempel blodtrykksfall eller blir dårligere på andre måter. Vi er alltid beredt til å handle når det er nødvendig – og må vite hva vi skal gjøre. Vi prøver også å samle gjøremål slik at det er ro rundt pasienten når det kommer besøk. ■

aknbh@sykepleien.no



Helsesøstre og jordmødre har mulighet til å sette p-stav som en delegert oppgave fra legen, basert på helsepersonelloven¹

Faktisk størrelse:
4cmx2mm

Gi de unge jentene muligheten til å bli uavhengig!

Langtidsvirkende, østrogenfri og brukeruavhengig prevensjon i opp til 3 år kan være det rette **hvis hun:**



Ønsker å unngå graviditet de neste 3 årene.



Kan ha lett for å glemme p-pillene, eller syntes det vil være lettere å slippe å tenke på prevensjon hver dag.



Ønsker raskt tilbakevendende egglosning etter fjerning.

Nexplanon må bli fjernet etter 3 år og kan da samtidig bli erstattet av et nytt Nexplanon implantat, hvis ønskelig.

Helsesøstre og jordmødre kan sette inn p-stav som en delegert oppgave fra legen, basert på helsepersonelloven §5. Kun lege har forskrivningsrett!

For mer informasjon og video se nettside: www.nexplanon.no

Før forskrivning av Nexplanon® vennligst se preparatmtalen

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Det er viktig med opplæring i innsetts- og uttaksprosedyrer for metoden tas i bruk. Slik opplæring kan gis i regi av MSD. Kontakt ingunn.teigen@merck.com.
- Det er viktig å innformere om at blødningsmønsteret vil kunne endre seg etter at metoden er tatt i bruk.

Se preparatmtalen for ytterligere informasjon.

Nexplanon «Organon»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, bariumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes før implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subdermalt mellom 1. og 5. dag i menstruasjonssyklus. Ved bytte fra annen prevensjon eller etter abort/fødsel, se SPC/pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive ondartere tilstander. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekontroll inkl. blodtrykkmåling og kartlegging av ev. bivirkninger anbefales 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på anti-hypertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Endret blødningsmønster (uregelmessige blødninger/endinger i blødningens intensitet eller varighet) er sannsynlig under bruk. Amenoré er rapportert hos ca. 1 av 5 kvinner, mens 1 av 5 andre kvinner rapporterte om hyppig og/eller forlenget blødning. Evaluering av blødning bør foretas ved behov og kan inkludere undersøkelse for å ekskludere gynekologisk sykdom eller graviditet. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chloasma kan forekomme. Implantatet kan støtes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør bruke tilleggsprevensjon. Kvinner som står på langtidsbehandling med legemidler som inducerer leverenzym bør rådes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnsormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, nefinavir, nevirapin, efavirenz og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, griseofulvin og naturlegemidlet johannesurt. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet oppstår skal implantatet fjernes. **Overgang i morsmelk:** Skilles ut i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amming. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsfrekvens, intensitet eller varighet)

må forventes. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnsganer/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerter/kar: Hørdetokter. Hud: Alopeci. Kjønnsganer/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Vektreduksjon. **Øvrige:** Smerter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsganer/bryst: Genital utflod, vulvovaginalt ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskel-skjelettsmerter. Neurologiske: Migrene, sømnløshet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, sømnløshet. **Øvrige:** Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, seboré, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arrdannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgentett, ikke nedbrytbar, bøyelig implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhåndsledet i en steril engangspakning. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjonen etter 1-13 dager. Utlösningshastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og redusering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Andre opplysninger:** Implantatet bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsetts/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Leger som har liten erfaring med teknikken rådes til å tilegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangspakning) kr 1145,60. **Sist endret:** 28.02.2013

1) LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://www.lovdata.no/all/19990702-064.html>

WOMN-1081649-0001(apr-2013)



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no
Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.



Nexplanon®
68 mg etonogestrel

Rammer det travle, moderne livet kvinnelige sykepleiere mer enn mannlige?

Tekst og foto **Barth Tholens**



Erik og Maria:

Like, men like

Maria Wien (35) har ofte hodepine. Migrene. Det har hun hatt lenge, men å melde seg syk sitter langt inne, sier hun. Siste gang operasjonssykepleieren på Ringerike sykehus var dårlig var i januar. Da var det en forkjølelse som var problemet, men hun holdt seg på beina.

Også sykepleier Erik Skretteberg på medisinsk avdeling ble felt av en forkjølelse i år. Det var annen påskedag. Heller ikke den varte lenge. Han synes generelt at han har god helse, selv om trening ikke er helt hans greie. Hverdagen gir nok mosjon. Mens Maria løper og går i treningsstudio, pendler Erik mellom medisinsk avdeling og dyrene på gården hjemme.

Så hva er det egentlig som skiller ham fra henne?

Signifikant

Det er sykefraværstatistikken som skiller mannlige fra kvinnelige sykepleiere på Ringerike. Kvinnene på sykehuset er oftere hjemme med sykdom. Nesten to prosentpoeng mer. Ikke noe å rope ulv, ulv for – hadde

leger signifikant høyere sykefravær enn mennene. Og ikke nok med det: Mens menn har ligget stabilt på fraværstatistikken i en årrekke, har kvinnes sykefravær i offentlig sektor bare økt og økt.

Det må det være en grunn til. Men hvilken?

Flest damer

Ringerike sykehus på Hønefoss er et hyggelig lite sykehus med et godt arbeidsmiljø. Særlig etter at sykehuset, som er en del av Vestre Viken HF, fikk såkalt stedlig ledelse, har pilene pekt oppover. Hovedtillitsvalgt Heidi Neverdal Haugen kan ikke få fullrost den nye direktøren, Per Bleikelia, og tonen dem imellom er jovial. Fra å være et sykehus med mye uro, mange korridorpasienter og kronisk dårlig bemanning, har Bleikelia snudd trenden. Nå er optimismen tilbake. Folk trives. Det er færre vikarer og flere fast ansatte. Selv sykefraværet går ned, om enn sakte.

Det er bare den leie trenden med forskjellen mellom kjønnene som er

«Vi har delt likt på å passe både barna og dyra.» Erik Skretteberg, sykepleier

det ikke vært for at tendensen gjør seg gjeldende for hele landet. På sykehus fra Hammerfest til Mandal har både kvinnelige sykepleiere og kvinnelige

den samme som før. Mens mannlige sykepleiere i snitt hadde et sykefravær på 7,0 prosent i 2012, var damene borte 8,7 prosent av tiden. Og damene

vel ulike

er – også her – i flertall blant de 454 sykepleierne.

I meste laget

Maria Wien har fått hjelp til å takle migrenen. Sykmelding er «siste utvei». Her hjelper det også at operasjonsavdelingen har en slags buffer for gravide ansatte eller andre som føler seg litt redusert en gang imellom: Bua. Vedkommende som har vakt der, har ikke direkte pasientkontakt, men en rolle som koordinator for det som skjer på stuen. Av og til kan det være godt å slippe de tunge løftene, med containere, siler og beinholderne.

Selv om Wien ikke har mannlige kolleger på sin avdeling, aner det henne likevel at hjemmesituasjonen kan være noe av forklaringen på at kvinner skårer høyere på fraværstatistikken.

– Vi jenter skal ikke bare jobbe og så slappe av. Vi skal også ta oss av barna, være gode kjæresten, gjøre rent og så trene for at vi skal holde oss i form. Det kan bli i meste laget for noen, sier hun.

Selv har hun to barn på 12 og 8 år, og hun må bare innrømme at «mye faller på meg». Med en mann som er selvstendig næringsdrivende har det gjerne vært henne eller moren som har vært hjemme når barna har vært syke. Nattvaktene hennes har også hjulpet til å få kabalen til å gå opp.

Ikke sofagris

Men så enkelt er det nå ikke heller. For det første er årsaken «hjemme

med sykt barn» egentlig tatt ut av den skjeve fraværstatistikken. Og Erik Skretteberg har heller ikke et liv hvor han kan slenge seg på sofaen når han kommer hjem etter endt økt på sykehuset. Den tidligere hjelpepleieren, som fullførte sykepleieutdanningen i 2010, har hatt fire gutter som skulle følges opp både hit og dit. I tillegg driver han en gård. Inntil for få år siden hadde han 13 melkekuer, nå er det ammekuer og sau. Ikke akkurat et latmannsliv.

– Hjemme har vi delt likt på å passe både barna og dyra, sier han.

Så begrepet «dobbelbyrde», som gjerne brukes for å forklare kvinners økte fravær, passer ikke spesielt godt for Skretteberg. Likevel har han vært lite syk. Riktignok var det snakk om en prolaps for noen år siden, men den skled over.

Så selv om «dobbelbyrde» er en del av forklaringen for det skjeve fravær, er det nok ikke det hele forklaringen.

Syk er syk

På HR-avdelingen sitter rådgiverne

«Vi skal ikke bare jobbe og så slappe av.» *Marie Wiens, sykepleier*

Kristin Walderhaug og Cecilie Stenbro. De nøler når de blir spurt om ikke kvinner trenger andre tilretteleggingstiltak enn menn når man vet





TRIVSELSKAMERATENE: Hovedtillitsvalgt Heidi Neverdal Haugen og direktør Per Bleikelia er hjertens enige: God ledelse, bedre bemanning og trivsel er avgjørende faktorer.

at de gjennomgående er mer syke.

De to mener at kjønnsespesifikke tiltak ikke er veien å gå. Syk er syk, uansett kjønn. Derfor er det viktig med dyktige ledere som gjør de rette tingene, som tar oppfølgingssamtaler og som sørger for at det blir lettere for syke arbeidstakere å komme tilbake gjennom tilrettelegging.

– Her på Ringerike har vi mange ledere som er drevne på dette, mener de.

Det er muskel- og skjelettplager som topper statistikken over sykefraværsgrunner, fulgt av psykiske lidelser. Noen ganger hjelper fritak fra nattvakter, andre ganger at man ikke jobber direkte med pasienter.

– Det er begrenset hvor mange oppgaver et sykehus kan tilby til sykepleiere som skal skånes fysisk, men vi gjør det vi kan, uansett kjønn, mener Walderhaug.

Både hun og kollegaen har ellers en fornemmelse av at det er det moderne livet som sliter på de kvinnelige sykepleierne.

– De har det så hektisk! Mye mer

hektisk enn før. Det er så mye de skal leve opp til. Det man gjør utenom jobben er blitt så mye viktigere og kan derfor bidra til å velte lasset for en del kvinner, mener Walderhaug.

Nå kan man spørre seg om ikke problemstillingen også kan snus på hodet. I stedet for å si at kvinner har unaturlig høyt sykefravær, er det kanskje menn som kan ha for lite sykefravær? Å nekte å være syk kan også ha sin pris.

Tøft

Klinikkdirektøren på Ringerike sykehuset er selv mann. En som står på døgnet rundt. Han går ikke rundt grøten.

– Jeg tror nok at vi må si at kvinner generelt har en mer stressende hverdag, selv om kjønnsrollene er i ferd med å endre seg. Vi må være såpass ærlige, sier direktør Per Bleikelia.

– Vi har også fått en samfunnsutvikling der foreldrene er blitt taxisjåfører for sine barn. Det vet jeg alt om. Vi er veldig opptatte ved siden av jobben. Uten at jeg har vitenskapelig belegg vil

jeg våge den påstanden at kvinner har en tøffere totalbelastning enn menn. Derfor må vi forebygge. Men en ting er å konstatere at kvinner er mer utsatt, noe annet er å gjøre noe med det. De fleste av våre ansatte er kvinner. Mange av våre pasienter er svært ressurskrevende. Når ansatte blir syke, må de bli sett og tatt hånd om. Det skal ikke være sånn at det ikke lov å være syk, mener Bleikelia.

Han er nå i ferd med få i gang et samarbeid med den lokale turistforeningen. Ansatte som har vært sykmeldt en stund, vil da få en mulighet til å delta i felles aktiviteter som gjør at de holder kontakten med arbeidslivet. Gå på tur, drikke kaffe sammen, være i aktivitet.

– Og så kan sykehuset stille opp med mat og andre ting. Jeg har tenkt å være med på noen av disse turene selv, sier Bleikelia, som gjerne har et nært forhold til sine ansatte.

– Du har vel selv vært sykmeldt noen ganger?

– Ja, og det var utrolig tøft. Jeg var veldig syk for noen år tilbake. Fikk hjelp fra familien, det betød mye. Nå bruker jeg veldig mye tid på å være

frisk, men når jeg tenker tilbake på den perioden, kjenner jeg fortsatt på hvor tøft det var da jeg var syk.

Mer forskning

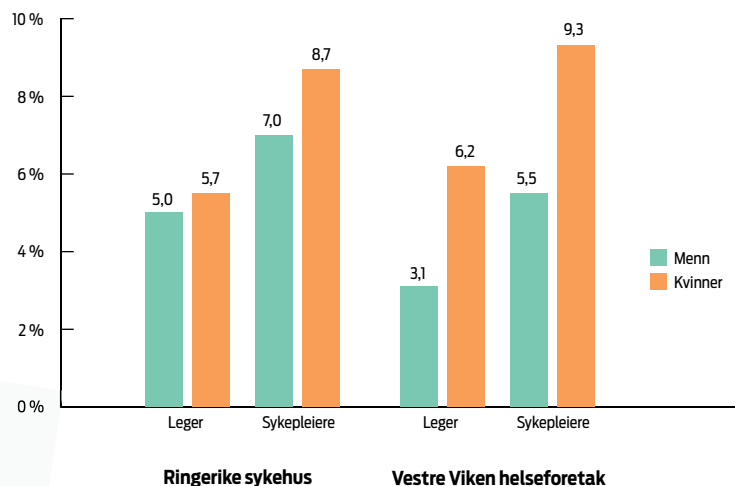
Bleikelia håper nå at forskning vil kunne gi kunnskap om kjønnsesifikke tiltak som monner, og får støtte fra de ansatte «på gulvet».

– Jeg blir ikke hjemme om jeg føler meg litt klein, kommenterer Erik Skretteberg. Både han og Maria Wien er overbevist om at trivsel uansett er den aller viktigste forebyggende faktor – uansett kjønn. ■

barth.tholens@sykepleien.no



Sykefravær i 2012



Vil til bunns

Unio har søkt om forskningsmidler for å finne bedre forklaringer på kjønnsforskjellene i sykefravær.

Tekst **Barth Tholens**

Sykepleierforbundet (NSF) er klar over kjønnsforskjellene, men mener at eksisterende forskning ikke gir gode nok forklaringer på hva forskjellene i sykefraværet skyldes. De tror at man må se mer på hvordan arbeidsmarkedet er sammensatt. Mens andelen av menn øker i næringer som tradisjonelt har lavt sykefravær (olje og gass), øker kvinneandelen i helse- og sosialsektoren, som tradisjonelt har høyt sykefravær.

Nå vil NSF, sammen med Unio, konsentrere forskningsinnsatsen mot

typisk kvinnedominerte yrker og kvinners og menns arbeidshelse i disse yrkene. Hva er den totale arbeidsmengden til kvinner og menn i helsesektoren? Og hvordan løser de arbeids- og omsorgsoppgavene i hjemmet og i familien, skriver Unio i sin prosjektsøknad til NAV.

Forskere har hittil ikke funnet særlig støtte for hypotesen om at kvinner har en dobbeltbyrde som slår mer ut på sykefraværstatistikken. Men NSF tror at dette kan skyldes «metodiske» problemer. Det er rett og slett vanske-

lig å sammenlikne på en god måte.

Men kvinner og menn synes å håndtere stress forskjellig, undrer NSF i et notat da de diskuterte saken med arbeidsminister Anniken Huitfeldt i februar. Kvinner ser ut til å ha mer stress som er forårsaket av de «samlede krav fra arbeid og familie». De oppgir denne kombinerte virkningen av familiefordringer og jobbelastning som grunn, mens menn heller oppgir konflikter og omstilling på jobben som hovedårsak til sykefravær. De blir ikke så stresset av det som skjer på hjemmebanen.



Sykefraværet blant kvinner er høyere enn hos menn. Sykepleiere er intet unntak. Tallene kjenner vi, men ikke hvorfor det er slik.

Tekst og foto Bjørn Arild Østby



Forsker i fravær

Sykefraværsprosenten for menn har vært stabil eller fallende fra 1970-tallet og fram til i dag. Med sykefraværsprosent forstås tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. I samme periode har sykefraværet blant kvinner økt betydelig. Mens kvinners sykefravær var lavere enn menns fravær i 1979, er kvinners fravær i dag rundt 60 prosent høyere enn menns, ifølge Arbeidskraftundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Sykefraværet blant kvinnelige og mannlige sykepleiere viser det samme. I Helse Sør-Øst var sykefraværet blant kvinnelige sykepleiere i 2012 på vel 9 prosent, mens fraværet blant mannlige sykepleiere lå på litt under 6 prosent. Det totale sykefraværet blant sykepleiere utgjorde nærmere 350 000 dagsverk i fjor.

Hvorfor har kvinners fravær økt så mye når menns fravær er uforandret?

Det er fremmet flere årsakshypoteser det siste tiåret. Og det er forsket en god del på den enkelte hypotese. Hvor sannsynlige er de ulike forklaringene på økende sykefravær, når det kun er kvinners sykefravær som har økt?

«De blir jo gravide»

Klart kvinner har større fravær enn sine mannlige kolleger. De blir jo gravide og føder barn. Det er noe «alle» vet. Eller?

Kvinner kan ha sykdom og lidelse knyttet til svangerskapet som kan påvirke kvinners sykefravær. Og hvis en større andel av kvinnene som er yrkesaktive i dag er gravide sammenliknet

med yrkesaktive på 1970-tallet, kan det forklare økt sykefravær. Slik er det ikke.

Tall fra SSB viser at det i 1979 var rundt 34 kvinner per 1 000 sysselsatte kvinner som fødte. Tilsvarende tall i 2005 var omtrent 40. Forskjellen er altfor liten til å kunne forklare det økte sykefraværet, men kan kanskje være noe av forklaringen ifølge tilgjengelig forskning.

Men siden kvinner er gravide bare en liten del av sitt yrkesaktive liv, vil økningen i graviditetsrelaterte sykefravær likevel bare utgjøre en svært liten andel av økningen i kjønnsforskjellen i sykefravær.

«Trøste- og bæreyrker»

Kvinner har gått inn i yrker eller sektorer som i utgangspunktet har høyt sykefravær. Det blir vist til den formidable økningen i bemanningen i «trøste- og bæreyrkene» innen helse- og sosialtjenestene, hvor det i all hovedsak jobber kvinner.

Denne hypotesen har mange tilhengere. Det er for eksempel dokumentert at misforhold mellom opplevde krav og opplevd kontroll øker risikoen for psykiske lidelser, kardiovaskulær sykdom og mortalitet.

Studier viser imidlertid at kjønnsforskjellen i sykefravær er det samme når man sammenlikner menn og kvinner i samme yrke. Det taler mot forstillingen om at sykefravær skyldes at kvinner jobber i mer fraværsmønstre enn menn.

Innen samme sektor, yrke og arbeidsplass finner man at fraværet blant

kvinner er langt høyere enn det er blant menn. Kvinner i typiske mannsyrker og menn i typiske kvinneyrker, har et sykefraværsmønster som korresponderer med deres kjønn snarere enn deres yrke.

I dag viser forskning at yrke i liten grad forklarer kjønnsforskjellene i sykefraværet, selv om det var en av nøkkelforklaringene på 1970- og 80-tallet.

«Den doble byrde»

Kvinner har større belastning på grunn av en kombinasjon av forpliktelse i hjemmet og fulltidsarbeid. Det gjør at kvinner er potensielt mer utsatt for sykefravær enn menn. Utgangspunktet for hypotesen er at kvinner med barn bruker nesten dobbelt så mye tid på hjemmearbeid som menn med barn. Kan dette forklare økningen i kvinners sykefravær?

Ved å ta bort mesteparten av personer med barn under ti år fra utvalget, har forskere funnet at dette ikke reduserer ulikheten mellom kvinner og menns sykefravær. Forskerne konkluderer med at det ikke finnes empirisk støtte til at kjønnsforskjellene i sykefravær kan forklares med den doble byrde.

Det støtter heller ikke hypotesen når kvinner reduserer sin yrkesdeltakelse med økende antall barn, mens menn øker sin yrkesdeltakelse.

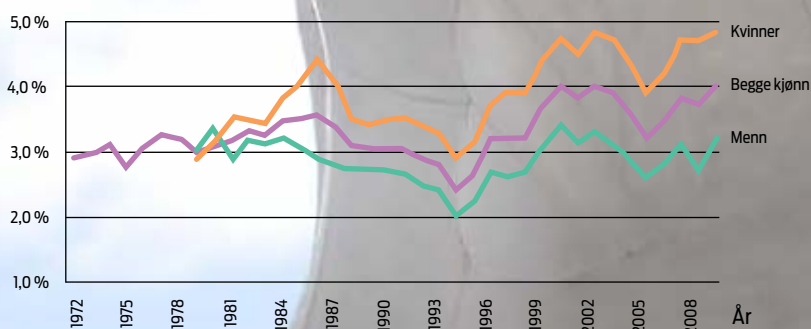
En ekspertgruppe konkluderte i sitt møte november 2011 likevel med at dobbeltarbeidshypotesen trolig er relevant som en mulig forklaring på kjønnsforskjeller, men at sammenhengene ikke er tilstrekkelig forstått.

Kvinner og menn

- » Kvinner i Norge har rundt 60 prosent høyere sykefravær enn menn.
- » Kvinners helseplager, belastende arbeidssituasjoner og en større andel arbeid i hjemmet kombinert med lønnsarbeid er lansert som mulige forklaringer.
- » Ingen av hypotesene er bekreftet. Her trengs det ny forskning, blant annet fra epidemiologisk og psykologisk hold.
- » Den samme tendensen til kjønnsforskjeller i sykefravær viser seg i andre land der mange kvinner er yrkesaktive.

1972–2008

FIGUR: Sykefraværsprosent for hele landet etter kjønn basert på arbeidskraftsundersøkelsen. Årsgjennomsnitt, 1972–2009. Kilde: Statistisk sentralbyrå.



PROSJEKT: Hvorfor kjønnsforskjeller i sykefravær? Det er et av spørsmålene Ph.d. og sykepleier Elin M. Fjeldbraaten og professor Dag Ingvar Jacobsen håper prosjektet «Kvinnens jobbtilknytning – en forklaring på forskjeller i sykefravær?» kan gi svar på.

En annen forklaring på forskjell i sykefravær er at kvinner er oftere hjemme når barn er syke. Om dette er tilfellet, så skal likevel ikke fravær som følge av andres sykdom registreres i sykefraværstatistikken.

«Flere helseplager»

At stadig flere kvinner har blitt yrkesaktive er en forklaring på kjønnsforskjellene i sykefravær. Premisset for resonanmentet er at kvinnene som har entret arbeidsmarkedet er mindre arbeidsføre enn menn.

Kan det være så enkelt at kjønnsforskjeller i sykefravær skyldes at kvinner har dårligere helse enn menn?

Andelen uføre blant menn og kvinner var lik på 1970-tallet, mens kvinner i dag har nesten 50 prosent høyere

13 000 deltakere, kan høyere forekomst av symptomer og plager blant kvinner i liten om noen grad forklare deres høyere sykefravær.

En av landets fremste eksperter på området, professor Arnstein Mykletun ved Universitetet i Bergen, er helt klar i sin konklusjon:

– Det er i det hele tatt vanskelig å se for seg en helsemessig forklaring på hvorfor kjønnsforskjellene har økt de siste 30 årene.

Trenger mer kunnskap

– Vi vet altfor lite om årsakene. Mer kunnskap kan være nøkkelen til redusert sykefravær i Norge, konkluderer forskningsleder Kjetil Telle og forskerrekruert Andreas Ravndal Kostøl i Statistisk sentralbyrå (SSB) etter å ha gått

å redusere dette. Prosjektet er finansiert med forskningsmidler fra KLP og vil vare ut 2015.

Ph.d. og sykepleier Elin M. Fjeldbraaten ved Sørlandet sykehus har som en del av prosjektet gjennomført dybdeintervjuer med 40 mannlige og kvinnelige sykepleiere ved tre ulike enheter ved sykehuset. De intervjuede sykepleierne har forskjellig stillingsprosent, sykefravær og alder.

I mars ble det i samarbeid med professor Dag Ingvar Jacobsen ved Universitetet i Agder gjennomført en omfattende spørreundersøkelse blant alle ansatte ved sykehuset. Rundt 3 500 har svart på undersøkelsen, blant dem vel 1 200 sykepleiere. Her har man tatt utgangspunkt i ulike variabler som kjønn, yrkesgrupper, alder, enheter og strukturell tilknytning, for å se hvilke betydning disse kan ha på sykefraværet.

Menn trosser helseplager mest

I dybdeintervjuene har Eli M. Fjeldbraaten blant annet sett på om det er subjektive forskjeller på hvor mannlige og kvinnelige sykepleiere legger terskelen for å gå på jobb, når de opplever helseplager. Samme problemstilling er tatt opp i spørreundersøkelsen blant de ansatte ved sykehuset.

– Overraskende mange sier at de går på jobb til tross for opplevde helseplager, men kjønnsforskjellene er små. 9 prosent av de mannlige sykepleierne svarer «svært ofte», mens dette er tilfellet for 8 prosent av kvinnelige sykeplei-

«Hvorfor har kvinners fravær økt så mye når menns fravær er uforandret?»

uførhetsrate enn menn. At de mest arbeidsuføre kvinnene på denne måten forlater arbeidsmarkedet, skulle isolert sett **redusert** sykefraværet blant kvinner, ikke motsatt.

En annen forklaring på kjønnsforskjellen er at kvinner er eller oppfatter seg som mer syke enn menn. Kvinner går mer til lege, rapporterer flere symptomer og plager, men lever omtrent fire år lengre enn jevnaldrende menn. Ifølge Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK), som omfatter mer enn

gjennom aktuell forskningslitteratur på området.

Helse- og omsorgsdepartementet har oppfordret til mer forskning for å finne årsakene til kjønnsforskjeller i sykefravær. Sørlandet sykehus HF har tatt utfordringen.

Prosjektet «Kvinnens jobbtilknytning – en forklaring på forskjeller i sykefravær?» ser blant annet på hvilke forhold ved arbeidsstedet som kan forklare kjønnsforskjeller i sykefraværet og hva arbeidsgiver kan bidra med for



Helse Sør-Øst

Sykefravær blant sykepleiere i Helse Sør-Øst 2012: Totalt og fordelt på kjønn.

Helseforetak	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Oslo universitetssykehus	8,64	5,58	9,09
Vestre Viken	8,85	5,48	9,24
Sykehuset Telemark	7,64	5,33	7,88
Sykehuset i Vestfold	8,00	7,05	8,10
Sørlandet sykehus	7,35	6,90	7,41
Akershus universitetssykehus	10,01	6,20	10,48
Sunnaas sykehus	7,22	7,25	7,22
Sykehuset Østfold	9,22	6,45	9,53
Sykehuset Innlandet	9,05	5,88	9,48
Helse Sør-Øst totalt	8,68	5,97	9,03



Arkivfoto: Stig M. Weston

ere, sier Fjeldbraaten. Det er også et lite flertall blant mennene (17 mot 16 prosent) som svarer «ofte».

Moral og dårlig samvittighet

I intervjuene med de mannlige og kvinnelige sykepleierne som svarte at de går på jobb tross helseplager, viste mange til barneoppdragelse og moral som begrunnelse.

– Det gjenstår mye analysearbeid, men gjennom svarene i spørreundersøkelsen og intervjuene håper vi å kunne danne oss et bilde av hvilke holdninger sykepleierne har til jobben og hva de opplever blir forventet av dem, ifølge Fjeldbraaten.

– Er det kommet fram typiske kjønnsforskjeller?

– I spørreundersøkelsen oppgir sykepleierne i likhet med øvrige ansatte ved sykehuset ansvar, oppdragelse, samvittighet og å unngå å belaste kolleger som viktigste årsaker til at de trosser egne helseplager. Kvinnelige sykepleiere har svart "helt enig" eller "enig" i langt større grad på alle årsakskategoriene enn de mannlige sykepleierne, sier Fjeldbraaten.

– Den største kjønnsforskjellen er at "Jeg får dårlig samvittighet hvis jeg blir hjemme". Sju av ti kvinnelige sykepleiere sier seg «helt enig» eller «enig», mens godt under halvparten av mannlige kolleger svarer det samme. Det er også stor kjønnsforskjell når det gjelder å ha "mye å gjøre på jobb" som grunn til å stille opp. Halvparten av de kvinnelige sykepleierne svarer "helt enig" eller "enig", mens dette kun er tilfellet for bare hver fjerde mannlige kollega, forteller Fjeldbraaten.

Foreløpig konklusjon

– Hvilke konklusjon vil du trekke ut fra intervjuene?

– Hensynet til kolleger og fag er viktig for begge kjønn. De største kjønnsvariasjoner i forhold til sykefravær synes i tillegg til opplevelse av egen helse, å være balanse mellom jobb og fritid og forholdet til leder. Men først når resultatene fra dybdeintervjuene ses i sammenheng med den omfattende kvantitative spørreundersøkelsen blant 3 500 ansatte ved sykehuset, åpner det for avanserte analyser av ulike variabler, også kjønnsforskjeller, sier Elin M. Fjeldbraaten, som mener prosjektet representerer en god kombinasjon av forskning og praksis. ■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

ThevoChair

- hvilestolen til personer med demens

Beroligende gyngbevegelser:

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



«ThevoChair er helt utrolig, og vi er kjempefornøyd. Den er en fargeklatt som tiltrekker beboerne. Når de er urolig på ettermiddagen, faller de til ro i stolen og glemmer hvorfor de er urolig. Vi kan gjennomføre sang- og lesestunder uten forstyrrelser.»

- Ullerud bofelleskap i Drøbak

Thomashilfen

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør

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

Tre graviditeter, tre forløp. Alle ønsker de å jobbe så mye de kan, og alle har de måttet benytte seg av sykmelding under svangerskapet.

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Ikke syk, men gravid

Færre
sykmeldte
uker

Et prosjekt som St. Olav samt sykehusene i Harstad og Tynset og Trondheim kommune har vært med på, viser at oppfølging og tilrettelegging ved graviditet virker. Både i Harstad og på Tynset gikk antallet uker en gravid var sykmeldt ned fra et snitt på 18 uker til 6 uker. Ved St. Olav gikk tallet ned fra 7 til 6 uker. I Trondheim kommune ble det redusert fra 14 til 13 uker med sykmelding.

Ved nyfødt intensiv får gravide i 100 prosent stilling tilbud om redusert stillingsandel til 90 prosent. Nattevaktene blir også tatt bort. Alle gravide får en gjennomgang av turnus med fordeling av vaktbelastning frem til permisjon, der målet er å skape hvile mellom vaktene.

3 av 4 kvinner er sykmeldt i løpet av svangerskapet. Har graviditet blitt en sykdom?

Ved St. Olavs Hospital har de siden 2006 jobbet målrettet med dette spørsmålet. Jordmor Bjørg Sørvik har til enhver tid oversikt over de mellom 250 og 300 gravide ansatte. Alle disse skal følges opp i et forsøk på å hindre sykefravær. St. Olav har utviklet en egen prosedyre for oppfølgingsarbeidet.

– Det er mange årsaker til sykefravær i svangerskapet, sier Sørvik.

Fjerner nattevakter først

Det skorter både på kunnskap og mulighet for tilrettelegging fra arbeidsgivers side. Prosedyren ved St. Olav følges opp i varierende grad, ifølge Sørvik.

– På en avdeling hvor for eksempel sju er gravide samtidig, har kanskje ikke arbeidsgiver mulighet til å tilrettelegge for mer enn to. De fem andre ender da ofte opp med sykmelding. Med økt grunnbemanning, kunne vi sluppet det, sier hun.

– Gjennom en trekantsamtale med nærmeste leder, den gravide og jordmor, forsøker vi å ansvarliggjøre både arbeidsgiver og den gravide når det kommer til tiltak som kan hindre sykefravær.

Hun poengterer at de ikke går inn i forhold som gjelder den enkeltes helsestand og som kan føre til sykmelding. Det er fastlegens ansvar.

– Men for mange er det mulig å jobbe i svangerskapet med tilrettelegging. Nattevakter er det første vi ser på, sier hun. Det skal også gjøres en vurdering av psykiske og fysiske belastninger, samt stråling og kjemikalier den gravide blir utsatt for.

– Presser oss selv

Berit Moan Møkkelgård, Hilde Halderaker og Karine Fonstad er gravide i henholdsvis uke 35, 27 og 35. Alle tre har fått forskjellig grad av tilrettelegging – og alle tre har vært eller er sykmeldte.

– Det største presset for å fortsette i jobben kom fra meg selv, sier Berit Moan Møkkelgård.

– For min del gikk det så langt at jeg sto på kne oppi senga til en mor og ga ammeveiledning, med 24 grader inne i pasientrommet. Den ene foten min dovnær av, jeg har hengt over kuvøsene og vært skikkelig dårlig, forteller hun. Moan Møkkelgård jobber på nyfødtintensiv på St. Olav.

– Jeg så på arbeidslista, der de som er syke blir markert med en gul strek. Det var så mange gule streker, og jeg tenkte at nei, jeg kan bare ikke bli borte fra jobb nå.

– Fastlegen ville sykmelde meg før, men for meg var det en prosess. Det startet med gradert sykmelding. Nå er jeg fullt sykmeldt, og det var et helt riktig valg, sier hun.

Hilde Halderaker, som også jobber på nyfødtintensiv skjønner hva kollega Berit snakker om. Hun gikk gråtende hjem fra jobb etter at hun måtte si til kollegaene sine at hun ikke klarte å være der vakta ut. Men hun kunne ikke spy og passe på syke nyfødte samtidig.

Strekker strikken

Karine Fonstad jobber som pasientkoordinator på plastikkirurgen ved St. Olav og går kun dagvakter. For henne har det vært andre utfordringer med å finne balansen mellom å være sykmeldt og jobbe under graviditeten.

– Jeg har ansvar for operasjonsprogram og pasientkø. Vi skal jo ikke ha fristbrudd, og det krever blant annet at jeg er på jobb og får gjort det jeg skal. Nå er jeg 40 prosent sykmeldt, og i perioden før det kom en vikar for meg, følte jeg veldig på det at jobben ikke ble gjort om jeg ikke var der. Var jeg borte to dager, måtte jeg gjøre ukas jobb på de resterende tre dagene.

– Graviditet er jo ikke en sykdom, men man blir sliten, sier hun.

De tre sykepleierne får støtte fra jordmor Bjørg Sørvik.

– Mitt inntrykk er at de fleste gravide ikke sykmelder seg lett, men strekker strikken. Noen ganger for langt, sier hun. ■

aknbh@sykepleien.no

A photograph of three pregnant healthcare workers in a hospital lobby. On the left, a woman in blue scrubs stands. In the center, a woman in blue scrubs sits on a pink pig-shaped stool. On the right, a woman in a white lab coat over a black patterned top stands. A red elephant-shaped stool is also visible. The background shows large windows and a modern building.

Berit Moan Møkelgård, gravid i uke 35

Karine Fonstad, gravid i uke 35

Hilde Halderaker, gravid i uke 27

Kun 28 prosent av dem som benytter Kreftlinjen er menn. Men temaene er de samme.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

Flest kvinner tar kontakt

Hei, velkommen til Kreftlinjen. Du snakker med sykepleier Anne.

Fire personer sitter på Kreftlinjens vaktrom i sjettede etasje på Holbergs plass i Oslo. Store vinduer vender ut mot sentrum, i periferien skimtes spiret på Trefoldighetskirken med Ekebergåsen i bakgrunnen. Her inne høres lavmælte stemmer og knitring på tastatur. Noen svarer på telefon, andre på chat eller e-post.

Symptomer

– Det går mye i fakta om sykdommen, ventetid på behandling og bivirkninger av denne, forteller Elisabeth Normannvik.

Hun og Anne Grasdal er begge sykepleiere ved Kreftlinjen. Normannvik har brystkreft som sitt fagområde, mens Grasdals er prostatakreft. De er enige om at kvinner generelt er mer åpne enn menn, men opplever at de som tar kontakt på Kreftlinjen er opptatt av de samme temaene.

– For eksempel ulike symptomer eller hvor lang ventetid det er på mammografi. I tillegg ønsker både menn og kvinner råd om hvordan de skal kommunisere om sykdommen med sine nærmeste. Et vanlig spørsmål er: Når kan vi si det til barna våre?

Normannvik ser bort på Grasdal som nikker bekreftende.

– Mange åpner med et konkret

spørsmål, og går så ofte videre med komplekse og mer personlige spørsmål om døden, seksualitet og nære relasjoner, sier Grasdal.

Noen opplever det som uproblematisk å ta kontakt, mens andre igjen må ta sats før de ringer. Men det gjelder både for kvinner og menn.

– Voksne døtre som ringer fordi de har en far som har fått kreft og som ikke vil snakke om sykdommen, er ikke uvanlig, mener Normannvik.

– Men også mange flotte, engasjerte sønner tar kontakt, tilføyer Grasdal.

Åpenhet

De ansatte på Kreftlinjen skal bidra til økt kunnskap og refleksjon.

– Vår oppgave er å respektere den enkelte pasientens måte å ta sykdommen på. Det må bli opp til den enkelte å velge om han eller hun ønsker å være åpne eller ikke, sier Grasdal.

– Det er viktig at helsepersonell diskuterer åpenhet og hvilke konsekvenser det kan ha med pasientene så tidlig som mulig, sier Normannvik.

– Det å stå fram som kreftsyk i sosiale medier eller lokalavisen kan bli en stor følelsesmessig belastning i etertid, også for den nærmeste familie. Hvordan reagerer barna på mammas blogg, for eksempel?

Likevel er begge enige om at åpenhet om kreft først og fremst er positivt.

– Åpenhet kan gi håp til andre i

samme situasjon. Og vi ser at familier som er åpne har det lettere enn familier der de ikke snakker om sykdommen.

Impotens

– Hvilke råd gir dere pårørende til kreftpasienter som ikke vil snakke om sykdommen?

– Vår oppgave er å reflektere rundt årsaker til at den kreftrammete ikke vil snakke og respektere det, sier Normannvik.

– Det å snakke om sykdommen med sine nærmeste kan innebære en realitetsorientering for pasienten. Dette er en prosess som ofte tar tid.

– Hva gjør at det er mer åpenhet om brystkreft i det offentlige rom enn om prostatakreft?

– Det handler mye om at Brystkreftforeningen har gjort en fantastisk jobb, mener Normannvik.

– Ta bare Rosa sløyfe-aksjonen. Men også Prostatakreftforeningen (PROFO) har gjort mye for å øke åpenheten.

Grasdal forteller at menn med prostatakreft er opptatt av hvilke konsekvenser behandlingen kan få for sexlivet deres.

– De lurer på hvilken behandlingsmetode som er best med tanke på impotens.

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Kreftlinjen

Kreftlinjen er et tilbud i regi av Kreftforeningen til alle som trenger svar eller informasjon om kreft og kreftrelaterte emner. Her kan man snakke med fagfolk som spesialsykepleiere, jurister og sosionomer på telefon, chat eller e-post. Tjenesten er gratis fra fasttelefon.

Innringer til Kreftlinjen:

- › menn 28 %
- › familie/nærstående 35 %
- › pasienter 33 %

PÅ TELEFON: Anne Grasdøl (foran) og Elisabeth Normannvik bruker sin sykepleiekompetanse til å svare på spørsmål om kreft fra pasienter og pårørende. Foto: Erik M. Sundt.

«Et vanlig spørsmål er: Når kan vi si det til barna våre?» *Elisabeth Normannvik*

Påtvinges åpenhet

Kvinner med brystkreft vil selv velge når og hvor de er åpne om sykdommen.

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest norske kvinner. I fjor disputerte Venke Frederike Johansen med doktorgrad om kvinners åpenhet om brystkreft. Hun

«Bryster er en oppmerksomhetsgaranti.»

Venke Frederike Johansen

fant at åpenhet ofte, men ikke alltid, var det beste.

– Den rådende oppfatningen i dag er at åpenhet om kreft er positivt, og det er det også – i de aller fleste tilfeller, sier Johansen.

– Åpenhet bidrar til å øke folks kunnskap og minske fordommer, samtidig som det å snakke om sykdommen gir støtte til den som er rammet.

Åpenhetsideologi

Johansen mener det eksisterer en åpenhetsideologi i vårt samfunn i dag, som også gjelder brystkreft.

– Problemet oppstår dersom kvinnene opplever at åpenheten ikke fører til støtte eller dersom det forventes at man skal være mer åpen enn man selv ønsker.

Johansen presiserer at åpenhet om brystkreft må være valgfritt og gjenkomsten fra kvinnenes side, ikke et resultat av forventningspress.

– Noen av kvinnene jeg intervjuet hadde eksempler på at de følte det ble forventet av omgivelsene at de var åpne, sier hun.

– De kunne for eksempel bli spurt i matbutikken om de hadde fjernet hele brystet eller bli spurt i et selskap om hvor mye av dem som nå var ekte.

Johansen mener åpenhetsideologien henger sammen med at brystkreft er en kvinnesykdom og at den rammer nettopp brystet.

I intimsfæren

– Selv om bryster tilhører intimsfæren, forventer man likevel en åpenhet om brystkreft som man aldri ville forventet av for eksempel menn med prostatakreft, mener hun.

– Man forventer nok at kvinner er åpne om intime ting på en helt annen måte enn menn.

Johansen tror generelt kvinner snakker mer med hverandre enn menn.

– Det kan forklares med at kvinner er mer åpne av natur, men også med at det ligger en forventning til kvinner om å være åpne om intime sider av seg selv.

– Jeg tenker også at åpenheten om brystkreft skyldes at flere berømte kvinner har stått frem offentlig med sin sykdom.

– Bryster er en oppmerksomhetsgaranti. Derfor er også mange bryst-

kreftkampanjer sentrert omkring selve brystet, med mer eller mindre intime virkemidler, som for eksempel bh-utstillinger eller «puppekaker».

Positive erfaringer

Mange av kvinnene Johansen intervjuet var åpne om at de hadde brystkreft.

– Men det var også flere som betegnet seg selv som lite åpne og som ikke ønsket å snakke om sykdommen til andre enn de aller nærmeste.

Hun understreker likevel at kvinnene hadde flest positive erfaringer med å være åpne.

– De opplevde at åpenhet kunne styrke forhold, både til venner og partnere, og at de fikk støtte fra uventet hold, forteller Johansen.

– De erfarte også at åpenhet kunne bety noe for andre i samme situasjon.

Kvinnenes negative erfaringer med åpenhet var færre, men mer skjellsettende.

– De kunne oppleve at folk spurte dem om svært private ting i upassende sammenhenger, sier hun.

Hun viser til at kreftrammete befinner seg i en sårbar og kaotisk situasjon.

– Kvinnene kunne oppleve det som greit å være både åpen og lukket hvis det var resultat av et bevisst og gjenkomsten valg, forteller Johansen.

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Om:



FORSKER PÅ BRYSTKREFT: Venke Frederike Johansen er sykepleier og førsteamanuensis ved Universitet i Agder. Doktoravhandlingen hennes er basert på kvalitative intervjuer med 28 brystkreftrammete kvinner samt en studie av brystkreftkampanjer. Foto: Kjetil Johansen.

Rammer maskuliniteten

Menn med prostatakraft ønsker større åpenhet i det offentlige rom, men vil ikke bli utlevert.

Prostatakraft er den kreftformen som rammer flest menn. Kreftsykepleier Bente Ervik har i sin doktorgrad fra 2012 om hverdagslivet til menn med prostatakraft, intervjuet 13 menn om deres erfaringer. Noen var åpne om sykdommen, mens andre ikke var det. En av dem hun intervjuet unngikk i det lengste å si det til kona.

– Mitt hovedanliggende var å undersøke hvordan mennene taklet hverdagslivet med en kreftdiagnose, forteller Ervik.

Fremmed verden

Hun valgte derfor å intervjuer menn som fikk hormonbehandling og som levde hjemme med sykdommen.

– Disse mennene hadde vært lite syke tidligere, for dem ble derfor møtet med helsevesenet svært overveldende, sier Ervik.

– De beskrev sykehuset som en ny og fremmed verden.

– Hvordan taklet de sykdommen?

– De så på det å få prostatakraft som noe eksistensielt, som berørte deres mannlige identitet. De opplevde

sykdommen som en trussel mot egen maskulinitet på grunn av bivirkningene av behandlingen, forteller hun.

Ervik påpeker at overgangen fra å fungere i det daglige til å få problemer som potenssvikt, hetetokter, og tretthet, var stor.

Ubesvarte spørsmål

– Noen opplevde at de ble overlatt til seg selv etter at de kom hjem, sier hun.

– De hadde mange ubesvarte spørsmål som de ikke kunne drøfte med noen.

Ervik oppfattet mennene hun intervjuet som sterke og reflekterte.

– De stilte spørsmål knyttet til egen maskulinitet og var opptatt av hva potensproblemene gjorde med dem som menn og med relasjonen til partneren.

– Var de åpne om sykdommen sin?

– Noen var åpne og andre ikke, forteller hun.

– De ønsket å snakke med helsepersonell som kunne noe om sykdommen og med andre i samme situasjon, men de ønsket ikke å bli utlevert.

Private ting

Hun påpeker at samtaler om prostatakraft ofte vil handle om private ting.

– Det handler gjerne om ereksjon og seksualitet. Dette er temaer vi ikke snakker med hvem som helst om, og heller ikke når vi får kreft, sier Ervik.

Hun tror graden av åpenhet hos dem hun intervjuet snarere handlet om personlighet enn kjønn.

– Men en av mennene jeg intervjuet kommenterte at hver gang kona åpnet KK så var det en artikkel om brystkreft, mens det ikke sto et ord om prostatakraft i Vi menn.

Mennene savnet større åpenhet, men først og fremst fra fagfolk og i det offentlige rom. Samtlige opplevde de ektefellen som den viktigste støtten.

Ektefeller

Ervik har også intervjuet ni ektefeller til menn som har operert eller blitt strålebehandlet for prostatakraft.

– Flere av kvinnene jeg intervjuet ønsket likevel at mennene skulle være mer åpne om sykdommen, forteller hun.

– Noen opplevde pårønderrollen som tung over tid og uttrykte behov for støtte selv. ■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Om:



FORSKER PÅ PROSTATAKRAFT:

Bente Ervik, kreftsykepleier ved UNN, fant i sin doktorgradsavhandling at menn med prostatakraft savner større åpenhet fra fagfolk og i det offentlige rom om sykdommen. Foto: Jan Fredrik Frantzen.

«Det handler gjerne om ereksjon og seksualitet» Bente Ervik



Illustrasjonsfoto: Colourbox.

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Accu-Chek Mobile reduserer HbA1c nivået!



**Nå på kampanje
i mange apotek!**

Nye strimmelfrie Accu-Chek Mobile. Spesielt tilpasset insulinbrukere.

- Ingen lansett og strimmel-håndtering gjør det enklere å foreta anbefalt antall tester.¹
- Reduserer HbA1c nivået signifikant sammenlignet med enkeltstrimmel-systemer.²

Ny tjeneste



diabetesguard.no

Opplev mulighetene.

¹ Referanse 1: Schmid C et al. Integrated SMBG System - Handling step & potential handling error analysis. Poster presentation at the 5th International Conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD); 2012 February 8-11; Barcelona, Spain.

² Referanse 2: Maran A et al. Integrated Strip-free SMBG Technology (Accu-Chek Mobile) improved Patient's Adherence to Recommended Testing and Glycemic Control - Results from the ExAct Study. Presented at the 6th International Conference on ATTD, 2013.



Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

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

Les mer på www.navamedic.com

kun 1 kapsel/døgn



 Navamedic



Svangerskapsdiabetes er langt mer utbredt enn forskerne før har trodd. Og ikke bare blant minoritetskvinner.

Tekst **Ellen Morland** Foto **Erik M. Sundt**

Passer på gravidens blodsukker

Diabetes

Insulin er et hormon som produseres i leveren og skal holde blodsukkeret i balanse. Graviditet og økt alder kan utløse diabetes fordi kroppen jobber mer i motbakke og produksjonen av insulin dermed svekkes. Det forskes på om også D-vitaminmangel kan føre til diabetes 2.

Veksthormonene i mor-kaken påvirker også produksjonen av insulin. Svangerskapsdiabetes kan gå over i diabetes 2, som kan gi hjerteproblemer, nyreproblemer, svekket syn og langsom sårheling på lengre sikt. Gravide med diabetes type 1 blir fulgt opp tett fra starten av og har et eget opplegg helt fra de planlegger å bli gravid.

Gro Berge kom tidlig til Bjerke familiesenter på Veitvet i Oslo. Først fikk hun målt fastende blodsukker. Kvart over åtte drakk hun et glass vann iblandet 75 gram sukker. Hun er i 27. uke i sin andre graviditet, og er 39 år gammel. Og hun er sykepleier i psykiatrien. Etter sukkercocktailen må hun vente to timer på venterommet før blodsukkeret igjen skal måles.

Bjerke familiesenter har laget sitt eget, utvidete opplegg for svangerskapskontroll. Bakgrunnen er resultatene fra Stork Groruddalen, en omfattende helseundersøkelse av gravide i Groruddalen i Oslo.

Kvalmt

På Bjerke familiesenter får de gravide fem minutter på seg til å svelge den søte og litt kvalmende sukkerblandingen. På laboratoriet har de blandet den ut kvelden før og satt den i kjøleskapet, men den er likevel vanskelig å få ned for mange av de gravide.

– Det var bare så vidt den siste slurken gikk ned før fem minutter var gått, forteller Berge.

Jordmor Eva Myhre Engen forteller at denne glukosetesten tilbys alle gravide

i cirka uke 28–30 i svangerskapet for de som ikke har barn fra før eller historikk på diabetes. Kvinner som selv har hatt eller har slektninger med diabetes, kan ta den tidligere i svangerskapet. Det

Spørsmålene gikk på deres egen og barnas helse, inkludert svangerskapsdiabetes, D-vitaminmangel, livskvalitet og fysisk aktivitet.

Funnene ga mange interessante opp-

«Vi ser det på barnet hvis det er en typisk diabetes-unge.» *Jordmor Eva Myhre Engen*

gjelder også overvektige kvinner med en BMI på over 30.

Det er gjerne innvandrere fra Asia som forbindes med høy forekomst av diabetes. Forskningen har ikke bevist at dette er en genetisk svakhet, men forekomsten av diabetes er høy i land som Somalia, Pakistan, og en rekke andre asiatiske land.

Stork-prosjektet hadde utgangspunkt i dette og at det generelt i befolkningen er mer fedme og inaktivitet. I Groruddalen ble 823 gravide kvinner intervjuet fra 2008–2010. 59 prosent av dem som deltok hadde innvandrerbakgrunn, fra 65 forskjellige land.

lysninger. Mer enn hver tiende gravide kvinne har for høye blodsukkerverdier. Blant nordiske og vesteuropeiske kvinner var det cirka 11 prosent forekomst. Hos kvinner med minoritetsbakgrunn cirka 15 prosent.

– Minoritetskvinner hadde høyere forekomst av svangerskapsdiabetes, men det som overrasket oss mest var at tallene for nordiske kvinner også var høye. I de gamle retningslinjene står det at 1–2 prosent har dette, så viser det seg at det er 11 prosent, sier Myhre Engen.

– Måtte gjøre noe

Nå er man i gang med å revidere ret-

TESTES: Gro Berge er i sitt andre svangerskap og har tatt imot tilbudet om ekstra glukosetest på Bjerke familiesenter. Her er jordmor Eva Myhre Engen i ferd med å måle blodsukkeret hennes.



**Stork
Grorud-
dalen**

» En befolkningsbasert multistudie av gravide som går i svangerskapskontroll på helsestasjonene i bydelene Stovner, Grorud og Bjerke i Oslo i 2008-2010.

» Andelen med etnisk minoritetsbakgrunn i befolkningen i disse bydelene er nå 40-45 %, en økning med mer enn 10 % de siste 5-6 år.

» 823 gravide fra 65 land deltok i studien.

» Prosjektet avdekket svangerskapsdiabetes hos 13 % av de gravide (15 % hos de med minoritetsbakgrunn, 11 % hos de med vest-europeisk bakgrunn).

» Medisinsk fødselsregister angir at tallene på landsbasis er 2 % for 2011.

» I tillegg fant forskerne meget høy forekomst av mangel på D-vitamin og jern blant de gravide.

» Vestlige gravide kvinner var mer fysisk aktive enn gravide med minoritetsbakgrunn.

ningslinjene (se undersak). Engen har vært prosjektleder for undersøkelsen i Bjerke bydel. Stovner og Grorud var de to andre bydelene.

– Disse resultatene måtte vi jo gjøre noe med! Så her i Bjerke utvidet vi svangerskapsomsorgen.

Bjerke har høy oppmerksomhet rundt diabetes allerede i den første samtalen med jordmor. Glukosetesten er et ekstratilbud.

– Vi tar glukosetesten her, så har vi full kontroll på den. Sender vi kvinnene til fastlegen, er det noen som drop- per timen. Vi kombinerer ofte testen med vanlig svangerskapskontroll. De må vente i to timer likevel, og de får ikke gå hjem i ventetiden. Det er viktig at de ikke faller for fristelsen til å spise og at blodprøven tas nøyaktig to timer etter at de har drukket sukkervannet.

Jordmor er glad

Mens Gro Berge venter med stoppe- klokken på kvart over ti, kommer Safiya Saleh Jama med mannen Hussein Tahir inn på jordmor Eva Myhre Engens kontor til svangerskapskontroll. Eller til «mormor», som de kalte henne en gang. De ler godt av språkfeilen. Jama snakker godt norsk til å bare ha vært i landet i fire år, men noen bommerter blir det. Hun og Tahir har to gutter fra før, på 6 og 3 år, og nå kommer det en gutt til. Storebrødrene gleder seg. Jama er i god form. Hun er i 33. uke og har fått fine resultater på glukosetesten som hun tok i uke 28.

– Jeg fulgte rådene om å spise mindre søte ting, som kaker, sier Jama.

– Vi vil gjerne ha verdier under 7,9, forklarer jordmor.

Er den over, får kvinnene først en samtale med jordmor umiddelbart etter testen og blir bedt om å komme igjen etter en uke til ny blodprøve. Hun blir også henvist til fysioterapeuten på Bjerkes frisklivssentral, der hun får hjelp til å endre kosthold og komme i gang med mer fysisk aktivitet.

– Vi følger opp tett. Hvis den gra-

vide følger rådene som er gitt, ser man bedre resultater allerede etter to uker, sier Engen.

Jama har gått opp 10 kilo. Mannen var litt bekymret. Var det for lite? Nei, barnet har det bra og alt er i orden, konstaterer Engen. Hun viser kurven på skjemaet. Helt etter boka. Paret fra Somalia er glad jordmor er fornøyd.

– Kvinnene er som regel veldig

«Jeg fulgte rådene om å spise mindre søte ting, som kaker.»

Safiya Saleh Jama

motiverte til å endre vaner, sier Engen, og legger til at normal vektøkning i et svangerskap er 11-15 kilo.

– Barnet har det ikke bra om mor går opp 30 kilo!

For mye ris

Graviditeten trigger diabetes, forklarer Engen. Når man kommer nærmere 30. uke, begynner det å bli belastende for kvinnens kropp og leveren sliter med å produsere nok insulin.

– Vi vet også at høyere alder for norske gravide kan øke risikoen for diabetes.

– Dette er ganske alvorlig. Gjør man ikke noe for å få ned blodsukkeret, kan det gå over i diabetes type 2 etter svangerskapet. Man vil uansett ha høyere risiko for diabetes resten av livet.

Det forskes mye på hvilke konsekvenser dette har for barnet. Man er ganske sikre på at barnet selv blir disponert for å få diabetes og overvekt senere i livet når mor sliter med dette, forklarer Engen.

– Det blir som å vokse opp på karameller. Vi ser det på barnet hvis det er en typisk diabetesunge.

Hun viser frem et bilde i en bok

av en tykk og stor baby med et litt oppblåst, hovent utseende.

– Får man svangerskapsdiabetes som ung, er man utsatt for hjerteproblemer og tidlig død. Jeg har også sett misdannelser og dødfødsler der man har funnet ut at mors uoppdagete svangerskapsdiabetes kan ha vært årsaken, sier Engen.

– Hvorfor er særlig asiatiske kvinner utsatt?

– Det er mye på grunn av kostholdet. Mange spiser hvit ris til alle måltider. Det er omtrent som å spise loff, og ikke sunt.

Engen ber dem gå over til fullkornris. Noen drikker mye brus i hverdagen, og det bør de slutte med. Noen får også i seg mye fete melkeprodukter. Det er i enkelte kulturer misforståelser om hva en gravid kvinne skal spise og hvor mye hun skal slappe av.

– Det kan være holdninger fra eldre generasjoner og svigermødre og så videre. Norske kvinner er mer vant til å være opptatt av vekt. Det er også positivt at de gravide jobber. Man er i aktivitet og man er mer opplyst om kosthold.

Overraskende

Er resultatet av glukosetesten over 9,0, etter to timer, blir kvinnen henvist til sykehus. Dette er mer alvorlig. Den gravide må følges opp tettere og må måle sukkeret hver dag med eget måleapparat. Hun får ultralydunder-søkelse hver 14. dag og kontroll hos indremedisiner.

Gro Berge kommer inn på labben. Klokket er blitt kvart over ti. Hun har ingen historikk med diabetes og alt virker normalt. Hun er heller ikke en



PASSE TYKK: Safiya Saleh Jama med mannen Hussein Tahir. Hun er i 33. uke av svangerskapet, og har tatt jordmors råd om kosthold og fysisk aktivitet på alvor.

som man ville tenkt har diabetes, med sitt lyse hår og normale vekt. Blodprøven viser derimot noe annet: 9,3.

Jordmor Eva Myhre Engen er overrasket.

– Her ser vi et av eksemplene på en svangerskapsdiabetes som antakelig ikke hadde blitt oppdaget uten dette utvidete tilbudet, sier hun.

– Men nå har vi oppdaget det, så nå kan vi gjøre noe med det, sier hun kjekt.

Gro Berge ser også litt overrasket ut, men tar det med fatning. Henvi-
sing til Ullevål og daglig måling av blodsukker blir hverdagen i de neste ukene frem til fødselen. Det samme blir mosjon og tanker rundt hva hun skal spise.

Engen vil bestille kontrolltime til henne på svangerskapsdialysepoliklinikken på Ullevål for å være sikker. Berge har booket inn fødeplass på Gjøvik for å være i nærheten av familien, men det kan bli lang vei. Jordmor vil ikke ta noen sjanser.

ellen.morland@sykepleien.no

– Oppsiktsvekkende funn

Helsedirektoratet venter spent på rapporten fra Stork Groruddalen for å gå dypere inn i resultatene fra prosjektet.

– Resultatene er oppsiktsvekkende når man ellers vurderer landsgjennomsnittet, sier avdelingsleder Jon Torgeir Lunke i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet vil vurdere om retningslinjene for svangerskapsomsorg bør oppdateres, etter å ha sammenliknet funnene fra Groruddalen med andre funn.

– Nye retningslinjer må gjelde befolkningen som helhet. Befolkningen i Groruddalen er ikke representativ for hele landet, sier Lunke.

Tallene for befolkningen generelt viser at cirka 2 prosent av alle gravide vil få svangerskapsdiabetes, altså langt færre enn det som kommer frem i Stork Groruddalen.

– Kan metoden ha noe å si, slik at det kan være oppdaget svangerskapsdiabetes i resten av befolkningen?

– Det kan hende at prosjektet i

Groruddalen har gått grundigere til verks. I enkelte andre land får alle gravide glukosetest. Vi avventer hva WHO vil anbefale rundt svangerskap og diabetes før vi går i gang med å endre de norske retningslinjene.

– Kan det tenkes at alle norske gravide også skal testes i fremtiden?

– Det blir et spørsmål om prioritering og helseøkonomi, sier Lunke. ■

ellen.morland@sykepleien.no

LEGEMIDLER

For 12 år siden syntes alle det var viktig at kvinner deltok mer i legemiddelutprøvinger. Men i dag sjekker ingen at det faktisk skjer.

Tekst Eivor Hofstad Foto Stig M. Weston

VIL TELLES: Liv Clemens Christensen tar sin ukentlige dose med enten osteoporosemidlet odanacatib eller placebo. Hun vil gjerne at noen teller henne.

Det glemte kjønn i pilletestingen

Liv Clemens Christensen (80) står ved kjøkkenbenken og rister en avlang pille ut av en plastboks. Hun svelger ned med et glass vann, slik hun har gjort hver lørdag de fire siste årene. Hun er med i fase tre av en studie som tester et nytt legemiddel mot beinskjørhet. I tillegg tar hun to små D-vitaminpiller og en kalsiumpille. Foran henne ligger skje-maet hun må krysse av på etter at alt er gjort.

Siden 80 prosent av dem som blir rammet av osteoporose er kvinner, er det naturlig nok mest kvinner som prøver ut nye osteoporosemidler. Men det er ikke alltid slik at kjønnsfordelingen i legemiddelstudier representerer den faktiske kjønnsfordeling for den aktuelle sykdommen i befolkningen. Historisk har kvinner i alle aldre vært underrepresentert i klinisk forskning. Dermed har vi manglet både forståelse, diagnostisering og behandling av mange lidelser hos kvinner. Av ulike grunner er nemlig det mannlige kjønn legemiddelfirmaenes yndling blant forsøkskaninene.

Frykten for fosterskade

Etter tragedien med legemidlet thalidomid på 1950- og 60-tallet, der mange tusen barn ble født med alvorlige misdannelser, ble kvinner i fertil alder ekskludert fra forsøk med legemid-

delutprøvinger av frykt for mulige fosterskader. Følgen har vært at millioner av kvinner har fått medisiner som bare har vært testet ut på menn, med fare for dårlig virkning, farlige bivirkninger og interaksjoner som resultat. Før det siste kvartalet av 1900-tallet ble ikke kjønn engang anerkjent som en egen variabel i helseforskningen. I dag er det bevist at kvinner og menn kan trenge ulike doser medisin og en sjelden gang også ulik medisin mot samme lidelse.

Store databaser avslører at kjønn er en uavhengig risikofaktor etter etnisitet, alder, komorbiditet og skårete

«Vi har ingen oversikt»

Dag Bruusgaard, direktør av NEM

risikofaktorer, skrev to forskere ved Institute for Gender in Medicine i Berlin i et vitenskapelig tidsskrift i 2012. De var bekymret for at de fleste retningslinjer innen legemiddelbehandling ikke tar hensyn til selv de mest kjente kjønnsforskjellene.

Kvinner var «hot» i 2001

I 2001 fikk Norge nye retningslinjer som skulle sikre inklusjon av kvinner i medisinsk forskning. Det var etter inspirasjon fra USA, hvor National Institutes of Health (NIH) oppfordret

til dette i 1987 og det ble nedfelt i lovverket i 1993. Problemet er bare at ingen offentlig instans kan si noe om de norske retningslinjene har hjulpet på kvinners deltakelse i legemiddelstudier. Ingen har sammenliknet de norske tallene av kvinner i legemiddelutprøvinger før og etter 2001.

– De må bare telle meg. Det ville vært interessant å se om det har blitt noen bedring, sier Christensen.

Selv vet hun ikke om det er placebo eller virkestoff hun får, slik det seg hør og bør i en dobbel blindet randomisert studie som skal teste effekten av et nytt legemiddel.

– Jeg var egentlig skeptisk i utgangspunktet til å ta uprøvd medisin, siden jeg har hatt brystkreft. Den kom etter at jeg tok høye doser østrogentilskudd, men jeg vet selvfølgelig ikke om det er årsaken. Røykte gjorde jeg også.

sammen med to canadiske kolleger.

– Litt forenklet kan man si at legemidler anses bioekvivalente om de har samme effekt pluss/minus 20 prosent, forklarer Nordeng.

For eksempel er det vist i en litteraturgjennomgang at kvinner og menn har en gjennomsnittsforskjell i toppkonsentrasjon i blodet av antibiotikumet erytromycin på over 40 prosent ved bruk av samme dose erytromycin fra forskjellige produsenter. Det viser at legemidler kan tenkes å bli godkjente som bioekvivalente uten at de reelt sett er det for kvinner.

– Det er en global utfordring for legemiddelindustrien å få inkludert både kvinner og menn i slike studier. Det er veldig viktig at bioekvivalensstudiene utføres med begge kjønn, slik at vi kan få dokumentert når eventuelle forskjeller er av klinisk betydning og

gen sanksjoner rettes mot den legemiddelutprøver som ikke forholder seg til retningslinjene.

Og selv om både professor Ola Spigset ved NTNU og avdelingsdirektør i REK (regional etisk komité) Sør-Øst, Knut W. Ruyter, tror at retningslinjene har hatt en effekt, er det ingen som kan vise det. Sykepleien har etterspurt tall som kan vise effekten av retningslinjene i form av antall kvinner i legemiddelstudier før og etter 2001, hos både NEM, Legemiddelverket, den regionale forskningsetiske komiteen i Sør-Øst, Forskningsrådet, Legemiddelindustriforeningen, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), uten suksess.

Følger ikke sine egne regler

Men kanskje mest nedslående av alt: Den ellers så oppegående direktøren hos NEM, professor emeritus i samfunnsmedisin/trygdemedisin Dag Bruusgaard, kjenner ikke til retningslinjene når vi spør ham. Dermed kjenner han heller ikke til punkt 4 der det står at «De forskningsetiske komiteer har ansvar for å følge utviklingen med hensyn til inklusjon av begge kjønn i medisinsk forskning, og for å revidere disse retningslinjene ved behov».

– Jeg må bare beskjemme innrømme at denne oppfølgingen ikke er foretatt. Vi har ingen oversikt, men jeg lover å følge opp saken! skriver han i en e-post til Sykepleien.

Hos øverste ansvarlige, HOD, henvises det til at NEM ikke lenger er deres ansvarsområde, men nå ligger under Kunnskapsdepartementet. Til tross for at retningslinjene i sin tid ble et resultat av at daværende Sosial- og helsedepartementet ba NEM om å følge opp NOU 1999:13 om kvinners helse i Norge.

Men statssekretær Robin Martin Kåss forsikrer at HOD er opptatt av at kjønnsperspektivet i forskning sikres:

– Vi har fulgt opp dette overfor Norsk forskningsråd, helseregionene og i øremerkete midler. Departementet ønsker å redusere byråkrati og rapportering i helsevesenet. Vi er derfor varsomme med nye detaljerte krav, men er i gang med å etablere en nasjonal database over kliniske studier. Da blir det enklere å få en oversikt over forskningen, herunder kjønnsbalansen.

«Industrien stilles ikke til ansvar»

Professor Johanne Sundby

Men jeg føler meg faktisk bedre enn noensinne, og har ikke merket noen bivirkninger. Dessuten blir jeg målt og sjekket hver tredje måned hos legen, noe som gir meg en ekstra trygghet, sier Christensen.

Dyrere med kvinner

Kvinner er mer kompliserte enn menn som forsøksobjekter i legemiddelutprøvinger (les om hvorfor i saken om kjønnsforskjeller). I tillegg utgjør de også en større kostnad, både ved at de kan bli gravide og dermed oftest må ekskluderes fra en påbegynt studie, og fordi de krever mer arbeid i analyseringen. Det hadde dessuten vært billigst å holde seg til bare ett kjønn, fordi man da hadde trengt færre deltakere.

Kostnadsaspektet blir særlig tydelig når generiske legemidler skal utføre såkalte bioekvivalensstudier som skal vise at kopipreparatet har likeverdig medisinsk effekt som originalproduktet. Slike studier utføres den dag i dag hovedsakelig på menn, ifølge farmasiprofessor Hedvig Nordeng ved Universitetet i Oslo. Hun skrev nylig en advarende kronikk om emnet i tidsskriftet American Society for Clinical Pharmacology and Therapeutics,

når det kun er av akademisk interesse. Vi kan ikke vite dette på forhånd, sier Nordeng.

Reglene som ingen sjekker

I fjor økte kliniske studier i legemiddelindustrien med 84 prosent i Norge i forhold til året før, viser en undersøkelse Legemiddelindustriforeningen har gjort blant sine medlemmer. Det gjør det ekstra aktuelt at retningslinjene for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning følges.

Det var NEM (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin) som innførte retningslinjene for tolv år siden. De la særlig vekt på å rekruttere kvinner i fertil alder og gravide og understreket behovet for kjønns spesifikk analyse.

Den praktiske betydningen er at når noen skal søke en regional etisk komité om godkjenning for sin studie som bare har ett kjønn med, må de krysse av en rubrikk som heter «bare ett kjønn». Så må det begrunnes.

Ingenting i skjemaet krever at det er fordeling mellom kjønnene som er proporsjonal med sykdomsforekomsten i befolkningen. I teorien holder det med én kvinne for å slippe å begrunne. In-



REMEDIER: Her er det som må til for å være deltaker i en legemiddelutprøving. Pluss en diagnose. I dette tilfelle: beinskjørhet.



PLACEBOKONTROLLERT: Liv Clemens Christensen vet ikke om det er placebo eller virkestoff hun får, men etter fire år har hun en mistanke om at det er virkestoffet.

Savner forskning på gravide

– Om retningslinjene har hatt noen effekt, er et veldig relevant spørsmål. Legemiddelverket har oversikt over alle kliniske studier, og kan trolig si noe om andelen kvinner har økt siden 2001. Jeg gleder meg hvis noen tar tak i det, og jeg bidrar gjerne til å få fakta på bordet så vi kan se om retningslinjene har hatt positive effekter, sier professor Hedvig Nordeng ved farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Hun synes retningslinjene fra NEM er bra, de må bare gjøres kjent. Særlig savner hun økt kunnskap om legemidlers sikkerhet under svangerskap.

– Det er helt uholdbart at vi hver dag bruker legemidler på gravide hvor vi ikke kjenner godt nok til effekten på fosteret. Det er klart at vi ikke kan prøve ut nye medisiner på gravide i randomiserte kliniske studier. Vi må heller systematisk følge opp gravide som likevel bruker legemidlene når de foreligger på markedet, slik Folkehelseinstituttet har gjort det i mor-barn-undersøkelsen hvor over 100 000 gravide har blitt fulgt opp, sier Nordeng.

På den måten har hun blant annet vært med på å dokumentere at både antidepressiva og migrenemidler kan brukes av gravide uten større fare for fosterskade, selv om det står advarsler om slik bruk i Felleskatalogen.

Også professor Johanne Sundby ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo merker at forskning om kvinner ikke er like hot som det en gang var når hun skal søke om støtte til forskningen sin.

– Før var det en særbevilgning til kvinners helse, men den er tatt bort,

så nå skal alt mainstreames. Men jeg har ikke sett noe særlig til det. Det har ikke blitt noe lettere å få penger til kvinneforskning, sier hun.

Professoren synes også det burde vært krav til at man oppgir spesifikk dosering og virkeområde til både kvinner og menn, ikke bare til mennesker, slik det stilles krav til i dagens legemiddelstudier. Dessuten savner hun at man også forsker mer på gravide, for eksempel gjennom flere dyrestudier, i de tidligste fasene av legemiddelstudiene.

– Da retningslinjene kom i 2001 var det godt klima for å snakke om kvinner i medisinsk forskning, men nå har det dødd litt ut. Ingen har tatt tak i det, og industrien som står for det meste av medikamentforskningen, stilles ikke til ansvar. Ingen nekter dem å forske om de ikke har kvinner med, sier Sundby.

– Har fortsatt en vei å gå

Hos industrien innrømmes det at de kunne vært flinkere til å inkludere kvinner i legemiddelstudier.

– Det er et neglisjert område som burde hatt mer oppmerksomhet. Det blir sett på som en plikt å få kjønnsfordelingen lik, mens det egentlig burde hatt større akademisk interesse. Vi har fortsatt en vei å gå på dette området, sier Steinar Thoresen, medisinsk direktør hos legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline i Norge.

– Vi prøver å tilstrebe en enda bedre kjønns sammensetning i våre studier enn vi har gjort tidligere, og har blitt flinkere i det siste, sier Kristin Holm Jensen, kommunikasjonssjef i Pfizer, Norge.

Det samme inntrykket har Sigrun

Halvorsen. Hun er kardiolog ved Universitetssykehuset i Oslo, Ullevål. På hjerte-kar-området har kvinner spesielt vært underrepresentert i medisinske studier.

– De internasjonale tallene viser at det er en bedring, selv om det ennå ikke er 50/50, sier hun.

Holmenkoll-fruenes legemiddel

Hjemme på kjøkkenet hos Liv Clemens Christensen er ukens hemmelige pille allerede i gang med å tas opp i kroppen hennes. Hun går turer og har trent qi-gong i 16 år, så beinbygningen får rørt på seg.

– På informasjonsmøtet i forkant av studien var vi over 100 stykker. Alle var slanke, pene Bygdøy- og Holmenkoll-damer. De med mer fett på kroppen blir jo ikke beinskjøre.

Virkestoffet odanacatib forhindrer kanskje nedbrytningen av beinmasse, og i kombinasjon med kalsium og D-vitamin som er grunnbehandling til alle osteoporosepasienter er tanken at pasientene skal få bygge nytt bein. Studien er blitt forlenget med to-tre år, og Christensen fortsetter gjerne, siden hun har en mistanke om at hun får det ekte virkestoffet og ikke placebo.

– Det er jo kommerst, dette her, men det er trygt, og jeg får gratis kalktabletter og D-vitaminer. Jeg veier det samme og har ikke blitt mindre. Og så har jeg ikke brukket noe siden jeg startet med pillene. Før jeg kom med i studien brakk jeg faktisk armen tre ganger på ett år.

eivor.hofstad@sykepleien.no

Kjønnsforskjeller i medisinskapinget

Både sikkerhet og effekt kan være ulikt for de to kjønnene når de tar samme pille. Kvinnene kommer dårligst ut. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Michael A. Keller/Corbis/NTBscanpix**

Det er kjønnsforskjeller både innen farmakokinetikken (opptak i kroppen, fordeling og binding i vev, omsetning og utskilling) og farmakodynamikken (den fysiologiske og biokjemiske virkningen) til de enkelte legemidler.

Biologiske forskjeller

For eksempel omsetter kvinner noen antipsykotika, blodtrykksenkende og enkelte hjertemedisiner langsommere

enn menn, mens de derimot våkner raskere enn menn fra narkose med visse anestesimidler, som propofol. Tre ganger flere kvinner enn menn klager på å være våken under operasjon i USA. Men for nevrologiske blokkere er det annerledes. Her skal kvinner ha 20–30 prosent mindre doser, mens de trenger 30–40 prosent mindre doser av opioider som morfin.

Så seint som i mai i år godkjente de amerikanske legemiddelmyndig-

hetene en ny preparatomtale for sovemiddelet zolpidem, der kvinners dosering er halvert i forhold til tidligere, og der menn bes vurdert for lavere dose. Man har sett at særlig kvinner får problemer med søvnighet dagen etter bruk, fordi de av ukjente grunner bruker lengre tid enn menn på omsetningen av legemidlet.

Diazepam, et muskelavslappende middel som brukes mot epilepsi, forverrer oftere kvinners psykomotoriske



OBSOBS: Kvinner trenger ikke å se lengre enn inn i sitt eget medisinskapinget for å finne problematiske legemiddelkombinasjoner.

evner mer enn menns. Lavere kroppsvekt hos kvinner kan være årsaken.

Også hormonelle forskjeller gjør at de to kjønn kan respondere ulikt på samme medisin. Kvinnelige hormoner svinger med både menstruasjonssyklus, graviditet og menopause. De to siste ukene før menstruasjon omsettes legemidler raskere. Det gjør de også mot slutten av graviditeten, noe som påvirker og kompliserer virkningen av medisiner.

Mer bivirkninger og interaksjoner

Kvinner får 50–70 prosent oftere bivirkninger av et legemiddel enn menn, og da er det spesielt hjertet som er utsatt.

– Medisiner mot hjertearytmier kan paradoksal nok gi arytmier som bivirkning, sier Olav Spigset, profes-

sor II ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU.

En viktig studie fra 90-tallet viste at to av tre legemiddelforårsakede tilfeller av torsades de pointes, en potensiell dødelig hjertearytmi, rammer kvinner. Denne bivirkningen er sett ved bruk av antihistaminer, antibiotika, malariamidler, antipsykotika og kolesterolsenkende medikamenter. Torsades de pointes kan oppstå av legemidler som enten alene eller i kombinasjon med andre legemidler forårsaker forlenget tid før hjertet er klart for neste sammentrekning, såkalt QT-forlengelse. Kvinner har fra før lengre QT-tid enn menn og har større respons på legemidler som blokkerer kalium-kanaler i hjertet.

Interaksjoner mellom ulike lege-

midler er også vanligere hos kvinner. Kvinner bruker flere legemidler og naturpreparater enn menn, så noe av forklaringen finner man nok der.

I tillegg virker p-piller hemmende på nedbrytningen av noen legemidler, for eksempel cyklosporin, som brukes etter transplantasjoner. Mens et legemiddel som karbamazepin mot epilepsi øker nedbrytningshastigheten til p-piller.

– Som et kuriosum kan jeg nevne at også koffein blir langsommere nedbrutt, slik at kvinner som tar kombinasjons p-piller med både østrogen og gestagen kan klare seg med mindre kaffe for å oppnå samme oppkvikkende effekt, sier Spigset.

Kilde: Society for Women's Health Research

eivor.hofstad@sykepleien.no

Amerikanske erfaringer

USA slet også med laber interesse for kvinner i medisinsk forskning i lang tid etter at deres retningslinjer ble innført. Nå er det snudd. Tekst **Eivor Hofstad**

USA viste en opptelling fra 2001 at loven om inklusjon av kvinner og etniske minoriteter som kom i 1993 hadde ført til en bedring for studier støttet av NIH (National Institutes of Health), men at oversikten fra FDA (Food and Drug Administration, som regulerer legemiddelinindustrien hvor 80 prosent av legemiddelforskningen finansieres) trenger en forbedring.

– I dag ser vi at kjønnsfordelingen i de seineste fasene av legemiddelstudier er omtrent 50/50, men at kvinner fremdeles er underrepresentert i de tidligste fasene av studiene hvor doseringen blir målt. Det trengs også en forbedring av rapporteringen og analysene av kjønnsforskjeller, ikke bare fra myndighetenes side, men også hos våre største biomedisinske tidsskrifter, sier advokat Martha Nolan.

Hun er visepresident for offentlig politikk i organisasjonen Society for Women's Health Research (SWHR) som presset på for å få loven innført i 1993. I årene etter loven kom, gikk utviklingen tregt. Men SWHR fortsatte å holde presset oppe mot både industrien og myndighetene ved å arrangere årlige vitenskapelige møter og gi ut rapporter. De skrapet også sammen penger til en stor rapport som kom i 2001: «Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?».

– Alt arbeidet har gitt en dramatisk økning av kvinner i legemiddelstudier, men det er fremdeles et stort behov for bedring. Vi vil fortsette å jobbe for at hunkjønn inkluderes i alle faser av forskningen, «from bench to bedside», sier Nolan. ■

eivor.hofstad@sykepleien.no



FROM BENCH TO BEDSIDE: Martha Nolan, advokat og visepresident for offentlig politikk i SWHR, sier de vil fortsette å jobbe for at hunkjønn inkluderes i alle faser i forskningen. (Foto: Privat)

ALDERDOM

Livets drama varer lenger enn før, og han holder snart ut like lenge som henne.

Tekst Eivor Hofstad Foto Marit Fonn

Don Giovanni



SEIGE SUNNFJORDINGER: Ingrid og Oddvin Fonn har for lengst overskredet gjennomsnittlig levealder for sine respektive kjønnskolleger, der de spaserer foran operaen i hovedstaden.

tar igjen Carmen



Ekteparet Ingrid og Oddvin Fonn har bare så vidt begynt å merke at alderen tærer på kroppen. Hun er 89 og han er 90 år. Sunnfjordingene fra Bergen har alltid gått mye på fjellet og spiser hjemmelaget mat i akkurat passe porsjoner.

I motsetning til sine gjennomsnittlige medsøstre, har ikke tobarnsmoren Ingrid vært sykehuspasient før hun ble 82 år. Men da eksploderte det: Tre operasjoner på halvannet år. Blindtarmbe-

tennelse, håndleddsbrudd og tykktarmskreft. Alt har gått kjempefint, men hun plages litt av diffuse smerter i kroppen. Hun går ikke like ofte som Oddvin på tur lenger, men hun steller et stort hus. Han går tur nesten hver dag og jobber i hagen i sommerhalvåret.

Kvinner lider, menn dør

Slik sett stemmer de med statistikken. Eldre kvinner har både flere og tidligere





Leve- alder

I 1985 levde kvinner nesten sju år lenger enn mennene. I 2012 var forspranget skrumpet inn til fire år. Samtidig lever både menn og kvinner lenger.

Gutter født i 1970 kunne forvente å leve i gjennomsnitt 71 år, og jentene i 77.

I 2012 kan jentene forvente å bli drøyt 83 år, mens guttene kan forvente drøyt 79.

helseproblem enn eldre menn, og oppgir at de har dårligere helse enn det menn sier de har. Flere kvinner enn menn oppgir å ha tilbakevendende smerter i kroppen, hodepine, migrene, søvnproblemer, er trøtte og slappe og har varige kroniske sykdommer. Når menn dør før kvinner, samtidig som kvinner lider mer, kan det komme av at kvinner lider mer av sykdommer som ikke fører til død, og/eller at kvinner opplever mer lidelse ved sykdommer som også rammer menn.

Samtidig er det flere menn enn kvinner som melder om lav livskvalitet. Oddvin Fonn hører ikke inn under den kategorien, men både han og kona savner førerkortet hans som ikke ble fornyet ved siste legeundersøkelse i vinter. Reaksjonsevnen er litt tregere enn før, og

det kan være mildt sagt fortærende ikke å huske alt mulig like godt bestandig.

Demens hos kvinner og MCI hos menn

Flere kvinner enn menn lider av demens, viser to amerikanske studier publisert i *Neurology* i 2010 og 2012. Men eldre menn er mer i faresonen enn kvinner for å få mild kognitiv svikt (MCI), både når det gjelder rene minneproblemer og andre typer kognitive svekkelser.

MCI er en slags mellomting mellom normal glemskhet på grunn av aldring, og demens. I studien vedvarte tilstanden eller utviklet seg videre til demenssykdom hos 88 prosent under den treårige oppfølgingsperioden, mens 12 prosent hvert år ble vurdert som kog-

nitivt normale igjen for en kortere eller lengre periode.

Forskerne fant at de som hadde lav utdanning, og de som ikke var gift, hadde en mer uttalt svikt.

Her har Oddvin oddsene på sin side. For det første har han ingen MCI-diagnose, og for det andre er han gift og utdannet sivilingeniør. Dessuten har han gode gener. Faren ble nesten hundre, og Oddvin selv har overlevd oppveksten i en søskenflokk på opprinnelig 13. I ansiktet bærer han et pent arr etter at en av brødrene sneiet ham med en øks ved et uhell da han skulle hogge ved.

Flere kolskvinner

Fram til 2020 er det antallet yngre eldre som øker, de mellom 65 og 74 år. Deretter øker antallet eldre over 80 år. Med

- › De vanligste dødsårsakene for både norske kvinner og menn er kreft og hjerte- og karsykdom.
- › 30 prosent av mennene og 31 prosent av kvinnene døde av kreft i 2011.
- › Knappt 30 prosent menn og knapt 28 prosent kvinner døde av hjerte- og karsykdom.



INNkjørt ektepar:
Etter et langt liv sammen lærer man seg å gå i takt.

økt levealder kommer flere år med sykdom mot slutten av livet, men to av tre 70-åringer oppgir å ha god helse og en tredel har ingen vesentlige funksjonstap inntil kort tid før de dør. Vel halvparten trenger hjelp i fire-fem år på grunn av demens (20 prosent) eller annen sykdom (36 prosent).

Framtidens eldre vil ha andre sykdommer enn dagens eldre. Hvis diabetesforekomsten fortsetter å øke, vil forekomsten av hjerte- og karsykdommer igjen øke etter at den en stund har vært stabil. Da vil de ramme de yngre eldre, før 70- og 80-årsalderen.

Flere kvinner vil få lungesykdommen kols som følge av at mange kvinner begynte å røyke på 70- og 80-tallet.

Med flere eldre, vil det også bli flere med kreft og demens. Siden den viktig-

ste risikofaktoren for demensutvikling er høy alder, og kvinner i snitt lever lenger enn menn, kan det tenkes at noen menn i dag dør før de rekker å bli demente.

Flere metadonmenn

Folkehelseinstituttet spør også at vi vil få nye grupper eldre: De med psykisk utviklingshemming, rusmiddelavhengighet og alvorlige psykiske lidelser. Fra før vet vi at menn ruser seg mer enn kvinner, både med alkohol og narkotika. Omfanget av sykehusinnleggelse og dødsfall på grunn av alkoholisk leversykdom er i dag dobbelt så høyt blant menn som blant kvinner, mens gjennomsnittskonsumet er to til tre ganger så høyt hos menn som hos kvinner. Grunnen til at sykehusinnleggelsene hos menn ikke står i forhold til konsumet, er at kvinner som drikker

mye alkohol har større risiko for å utvikle leversykdom.

Det er over dobbelt så mange menn som kvinner som er med i behandlingstiltak mot rusmisbruk og som benytter seg av sprøyteutdeling.

I takt

Ingrid og Oddvin Fonns ulike opplevelser med sykdom spriker som det ofte gjør mellom kjønnene. Men de har hverandre, bor hjemme og klarer seg fint selv. Når de går sammen oppover mot operataket på besøk i Oslo, ser de nesten ut som tvillinger: Etter et langt liv sammen har de begynt å gå i takt. Han er bare et par skritt foran henne, slik han bruker. ■

eivor.hofstad@sykepleien.no

Kilder: SSB, Folkehelseinstituttet, Stortingsmelding 8 2008/2009, Forskning.no

SILENTIA SKJERMSYSTEM

Optimal hygiene & fleksibel funksjon



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

EasyClick™

Mobilt eller fast montert

EasyReturn™

Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™

Lette å rengjøre



SKJERMER UTEN Å LUKKE INNE



AVALON MEDICAL AS
TEL: 23 63 63 70
INFO@AVALON-MEDICAL.NO
WWW.AVALON-MEDICAL.NO

Sykepleien – mer enn bare ett magasin

I Sykepleien kan du lese nyheter, fagartikler, debattstoff og stillingsannonser.

Men visste du at vi også utgir et vitenskapelig tidsskrift? Og seks mindre tidsskrifter, beregnet for sykepleiere som opptatt av bestemte fagområder?

Og visste du at du nå kan lese alle disse gjennom noen få tastetrykk?

Klikk deg inn på www.sykepleien.no og gå til feltet på høyre side. Her finner du vårt samlede – og søkbare – arkiv på alle tidsskriftene!

God lesning.

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



QUIZ: Om kjønn. Side 82

MINDRE SINTE: Miljøterapi kan forebygge vold i barnevernsinstitusjoner, blant annet ved å gripe inntidlig, la ungdommene beholde sin integritet og gjennom samtaler i etterkant av voldelige episoder. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Side
74

Side
80

«Pasientens smerte er noe man umiddelbart og inntrykksfullt opplever.» **PER NORDTVEDT**



Anne Marte Dalaker
Opsahl, sykepleier-
student, Betanien
Diakonale Høgskole.

Får angst og depresjon etter abort

Mange kvinner får psykiske reaksjoner etter spontan eller provosert abort.

Tall fra folkehelseinstituttet viser at det ble utført 15 343 provoserte aborter i Norge i 2011, samtidig som 15 til 20 prosent av alle svangerskap ender med spontanabort. Hvis sykepleiere og helsepersonell informerer kvinnene om de ulike psykiske reaksjonene de kan få i ettertid av en abort, kan kvinnen bli mer rustet for hva som venter henne. Sykepleiere og helsepersonell generelt trenger derfor mer kunnskap og bør fokusere mer på de psykiske reaksjonene hos kvinner etter en abort, slik at kvinnene kan bli forberedt og mestre situasjonen på best mulig måte.

Angst og depresjon

Forskning viser at både spontanabort og provosert abort kan gi angst og depresjon. Hos kvinner med spontanabort var det sterkest etter ti dager, etter dette gikk angst og depresjon ned. Kvinner med provosert abort hadde mer angst på alle tidspunkter og var mer deprimerte både etter ti dager og seks måneder enn kvinner med spontanabort (2). Kvinner som har hatt spontanabort reagerer kraftigst den første tiden, mens kvinner med provosert abort har mer langvarige reaksjoner. Ved å sammenlikne skårene for angst og depresjon med normalbefolkningen viste det seg at kvinner med spontanabort hadde høyere skår enn normalbefolkningen etter ti dager, mens kvinner med provosert abort hadde betydelig høyere skår ved alle fire intervju-tidspunktene (ti dager, seks måneder, to år og fem år etter aborten) (2). Kvinnene som var i tvil om beslutningen om å avbryte svangerskapet hadde betydelig større risiko for depresjon etter seks måneder (2). Dette viser at det er viktig at kvinnen har fått nok informasjon slik at hun (de) kan ta det valget som er best for henne. Kvinner som hadde en negativ holdning til provosert abort var assosiert med angst både etter seks måneder og fem år (2). Det viser at kvinner som har en negativ holdning til provosert abort kan være mer utsatte for psykiske reaksjoner i ettertid.

Det at kvinner får angst hvis de har en negativ holdning til abort, men likevel utfører det, viser at å ta et valg som går imot egne verdier kan påvirke deres psykiske helse. Kvinner som hadde en negativ holdning til provosert abort var assosiert med angst etter seks måneder og etter fem år (2).

Sorg

Forskning viser at kvinnene som tok spontanabort hadde betydelig mer følelse av tap og sorg etter ti dager og seks måneder enn kvinnene med provosert abort (2). Det ble også oftere observert sorg over tapet av barnet hos foreldrene som hadde hatt en spontanabort enn hos dem som hadde tatt provosert abort (7). Det at kvinner med spontanabort opplever sorg oftere enn kvinner med provosert abort kan ha en sammenheng med at kvinnene med spontanabort så på det som et tap, mens kvinner med provosert abort tok valget selv, og da oppfattes det ikke som et tap. Det at kvinnene opplever sorg etter spontanaborten kan være et uttrykk for at de var følelsesmessig bundet til barnet og at barnet var ønsket.

Skyldfølelse

Kvinnene med provosert abort følte betydelig mer lettelse enn kvinnene med spontan abort

Hovedbudskap

Kvinner kan få psykiske reaksjoner i form av angst, depresjon, sorg, skyldfølelse og stress etter en spontanabort eller en provosert abort. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om at kvinner kan oppleve psykiske reaksjoner etter en abort, slik at kvinnene kan bli forberedt og mestre situasjonen på best mulig måte.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Abort
- › Kvinne
- › Psykisk helse
- › Angst
- › Depresjon



FÅR STRESS: Kvinner som tok provosert abort på tross av at dette stred imot deres verdisyn var ekstra utsatt for stress i etterkant. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ved alle intervju-tidspunktene, samtidig hadde de også betydelig mer følelse av skyld og skam (2). Fergusson, Horwood og Boden (3) fant i sin studie at over 85 prosent av kvinnene som hadde tatt provosert abort hadde minst én psykisk reaksjon som tristhet, skyld, anger, sorg eller skuffelse. Dette viser at et stort antall kvinner får psykiske reaksjoner etter en provosert abort. De fleste av kvinnene som tar provosert abort ønsker ikke barnet, og opplever derfor ofte en lettelse etter aborten. Men provosert abort er fremdeles et tabubelagt tema. Det kan derfor være vanskelig for kvinnene å snakke om følelsene de har rundt valget og hvordan de har det i ettertid. Det at temaet er tabubelagt bidrar til at kvinnene kan føle skyld og skam for valget de har tatt. I studien fra Szymanska og Chazan prøvde over halvparten av kvinnene som hadde tatt provosert abort å finne en unnskyldning for valget sitt. Kvinnene hadde også lav selvfølelse etter aborten (7). Det at kvinnene prøver å finne

en unnskyldning for et valg de har tatt er en ekstra belastning for dem. Noen kvinner som hadde tatt provosert abort fortalte at de kunne slå av fjernsynet hvis det kom et program som hadde noe med temaet graviditet og abort å gjøre, og at de vegret seg for å besøke venninner og søsken som nylig hadde fått barn (2). Noen kvinner opplevde en sterk følelse av å begå en dødssynd (7). Studien viser også at av kvinnene som hadde tatt provosert abort så nesten halvparten på fosteret som et uidentifisert skapning, mens alle kvinnene med spontan abort så på fosteret som et helt menneske (7). Hos kvinnene som hadde tatt provosert abort kan dette synet på fosteret skyldes forsvarsmekanismer som brukes til å rettferdiggjøre handlingen.

Stress

Forskning viser at kvinner opplever abort som en stressende livshendelse (6). Samtidig kommer det frem at abort kan være en måte å løse

en stressende situasjon på og dermed også kan føre til lindring. Hvordan en kvinne opplever en abort og hvilken betydning dette får for hennes følelser i etterkant avhenger av hvordan hun

«Provosert abort er fremdeles et tabubelagt tema.»

reagerer og takler situasjonen. Studien viser at kvinner som tar abort oppfatter selve aborten og tiden etterpå som mer stressende hvis det å ta abort er i konflikt med hennes verdier.

Forholdet til partner

Studier viser at kvinner som hadde hatt spontanabort fortalte at forholdet til mannen ble påvirket ved at de ble mer «konsentrert rundt et ønske om å ha en annen baby», «snakket om fremtiden», og at «mannen ble mer gjennomtenkt» eller «følsom» (1). Det å miste et barn i



svangerskapets første uker kan utløse en krise i parforholdet, men det kan også føre til at partnerne kommer nærmere hverandre (5). Kvinnene som hadde hatt provosert abort fortalte at partnerens meninger og reaksjoner før og etter aborten betydde mye, slik at de ikke følte seg alene om valget. De fleste av kvinnene mente det var av stor betydning at de begge var enige i den endelige avgjørelsen og at de snakket åpent om den (1). Det at kvinnene og partneren hadde snakket sammen og åpent sagt hva de mente om valget betydde mye for kvinnene. Det at de ikke følte seg alene om valget har nok hatt stor betydning for kvinnenes psykiske helse i ettertid. De kvinnene som følte seg tvunget eller presset til å ta provosert abort, følte bitterhet og hat mot partneren. En av kvinnene som ble tvunget av sin ektemann til å ta provosert abort fortalte: «Jeg har et nag mot hele verden at jeg måtte gjøre dette, har ikke ord for det» (7).

Konklusjon

Kvinner som hadde hatt spontanabort reagerte i større grad med sorg og tapsfølelse enn kvinner som hadde tatt provosert abort. Imidlertid opplevde kvinner med provosert abort oftere skyldfølelse og skam. Alle kvinnene fikk angst og depresjon i ettertid. Hos kvinner med spontanabort gikk reaksjonene på angst og depresjon ned etter seks måneder, mens kvinner som hadde hatt provosert abort hadde mer langvarige reaksjoner. ■■■

REFERANSER

1. Benute GR, Nomura RM, Pereira PP, Souza de Lucia MC, Zugaib M. Spontaneous and induced abortion: anxiety, depression and guilty, Rev Assoc Med Bras 2009; 55(3): 322–27.
2. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study, BMC Medicine 2005; 3: doi:1810267
3. Fergusson DM, Worwood LJ, Boden JM. Reactions to abortion and subsequent mental health, The British journal of psychiatry (BJP) 2009; 195: 420–26.
4. Folkehelseinstituttet (2012) Abort- faktaark med statistikk Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:70825:1:6043:0:0 \(Lest 27. November 2012\)](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:70825:1:6043:0:0 (Lest 27. November 2012))
5. Flohr J, Wold K. Barnet som ikke ble – en bok om spontanabort, senabort og dødfødsel, Oslo: Emilia press AS, 2008.
6. Major B, mfl. Abortion and mental health. American Psychological Association 2009; 9: 863–890.
7. Szymanska M, Chazan B. Differences between behaviours of female patients from Poland and Belarussia after natural miscarriage and induced abortion, Ethics & Medicine 2008; (24) 1: 29–39.

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Det er mange fordeler ved å være sykepleier



Norsk Sykepleieforbund har en avtale med Esso MasterCard – noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

- * 50 ø/l i drivstoffrabatt hos Esso
- * 20 % rabatt på bilvask hos Esso
- * Inntil 2 familiekort til familiemedlemmer
- * Ingen årsavgift eller gebyr ved kjøp
- * Valgfri PIN-kode

Søk om kort på:

www.essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer



Får motstridende legemiddelråd

Gravide i Norge kan få ulik legemiddelbehandling, avhengig av hvilken oppslagskilde helsepersonellet bruker.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Colourbox**

Når nytten for mor må settes opp mot sikkerheten for barnet, finnes det mange gråsoner hvor helsepersonell må gjøre et valg. Da er det viktig med gode oppslagsverk. Dessverre er ikke Felleskatalogen og Relis bestandig enige om hvilke legemidler som er trygge i svangerskapet.

Forskjellene

Felleskatalogen er boken og den elektroniske databasen med produktomtaler som er datterselskap av Legemiddelindustriforeningen. Fordi den er eid av industrien, er rådene strengere og mer forsiktige, for å unngå eventuelle søksmål.

Relis er fire regionale legeinformasjonssentre som gir produsentuavhengig legemiddelinformasjon på telefon og e-post samt i en elektronisk database hvor man søker opp tidligere stilte spørsmål. Rådene fra Relis er ofte mer liberale enn i Felleskatalogen.

– Mens rådene i Felleskatalogen i stor grad er basert på juss, er rådene hos Relis basert på medisin, sier Olav Spigset, professor II ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU.

Halvparten av rådene er ulike

Farmasøyt Sofia Frost Widnes i Relis Vest har sammenliknet produktomtalen i Felleskatalogen med rådene fra Relis og publisert en artikkel om det i 2008 som en del av doktorgraden hun tar i disse dager. Hun kategoriserte 443 råd om legemidler ved graviditet og fant at rådene fra Felleskatalogen og Relis er forskjellige i nesten halvparten av tilfellene, og at Felleskatalogen er signifikant strengere.

– Hvilke praktiske konsekvenser kan det ha at disse rådene er forskjellige?

– En annen studie i doktorgradsprosjektet mitt viste at ni av ti leger fulgte rådene de fikk av Relis. Noe tilsvarende kan antas å gjelde for Felleskatalogen. Det vil si at gravide kan få ulik behandling, selv om jeg ikke så på akkurat det i mine studier, sier Widnes.

Fire gjengangere

Widnes har også vært med å starte rådgivningstjenesten tryggmammamedisin.no. Dit kan gravide henvende seg om de har legemiddelspørsmål.

– Hvilke medisiner er de vanligste de spør om?
– Antihistaminer, kvalmestillende, smertestillende og astmamedisiner er noen av gjengangerne.

Flere av disse legemidlene advarer Felleskatalogen mot, mens Relis sier er trygge.

– En del leger er ikke klar over at også andre generasjons antihistaminer kan brukes, siden man tidligere bare anså første generasjon som trygge, sier Widnes.

I dag finnes ingen reseptfrie medisiner som er godkjente som kvalmestillende for gravide, så Relis sier at behandling må vurderes av lege.

– Men flere kvalmestillende regnes som trygge for gravide, bl.a. antihistaminer og metoklopramid, sier Widnes.

Som smertestillende for gravide anbefaler Relis paracetamol. NSAIDs (ibuprofen og andre smertestillende med betennelseshemmende effekt) frarådes, spesielt i tredje trimester.

Gravide med astma anbefales å fortsette med det de har brukt før. Dårlig kontrollert astma kan blant annet føre til høyt blodtrykk, nedsatt blodgjennomstrømming i livmoren, svangerskapsforgiftning, vedvarende svangerskapskvalme, for tidlig fødsel og komplikasjoner under fødsel, skriver Relis på sin nettside.

– Behandlingen skal virke i lungene, ikke i resten av kroppen. I Felleskatalogen står det at inhalasjonssteroid bør unngås, men det er ikke sett noen økt risiko for fosterskade ved bruk i normale doser. Moren trenger behandling for å unngå forverring av astmaen.

Erfaring og observasjonsdata

– Hva anbefaler dere alle disse rådene på grunnlag av?

– Lang erfaring og data fra studier. Siden det er uetisk å forske på gravide av hensyn til fosteret, er våre råd ofte basert på observasjonsdata som er samlet inn på bakgrunn av at gravide har

«Mens rådene i Felleskatalogen i stor grad er basert på juss, er rådene hos Relis basert på medisin.» *Olav Spigset*

tatt ulike medisiner fordi de har måttet. Den norske mor og barn-undersøkelsen er et viktig bidrag, der Folkehelseinstituttet følger over 100 000 gravide og deres barn over flere år.

– Felleskatalogen er rask å slå opp i under konsultasjonen, mens man må ringe eller sende e-post til Relis. Litt tungvint, kanskje?

– Mange leger ringer oss opp mens pasienten sitter på kontoret deres. Det går helt fint. Ellers er Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell en god kilde å bruke, og så kan helsepersonellet kontakte Relis når de er i tvil. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



FAG

Miljøterapi

Lisa Øien, høyskolelektor ved Høgskolen i Narvik.

Ole Greger Lillevik, førstelektor ved Høgskolen i Narvik.

Forebygger vold med miljøterapi

Miljøterapeutisk praksis kan bidra til å forebygge vold i barnevernsinstitusjoner.

En levekårsundersøkelse fra 2009 viser at om lag 4 prosent av arbeidstakere i Norge har vært utsatt for vold i forbindelse med arbeid, og at ansatte i helse- og sosialsektoren er særlig utsatte (1). Vold mot ansatte kan gi store fysiske og psykiske skadevirkninger (2) og omfanget innebærer at dette er en stor arbeidsmiljøutfordring. For bedre å kunne forebygge vold, er det viktig å forstå hvorfor vold oppstår. Det er mange og sammensatte variabler som påvirker voldsrisiko, og dette gjør forebyggingsarbeidet utfordrende. I denne artikkelen spør vi: Hvordan kan miljøterapeutisk praksis bidra til å forebygge vold i barnevernsinstitusjoner?

Framgangsmåte

I studien har vi benyttet oss av en kvalitativ tilnærming. Vi tok kontakt med ledere for fem statlige barnevernsinstitusjoner og spurte om de opplevde

voldsproblematikk ved institusjonen, og om de i så fall kunne tenke seg å bidra med å rekruttere informanter. Det var et inklusjonskriterium at den ansatte ble sett på, av sin leder og sine kollegaer, som god til å forebygge utagering i situasjoner der ungdommen opptrer truende og aggressivt. Institusjonene i utvalget tilbyr plassering av ungdom fra 13 til 18 år. Vi har intervjuet seks ansatte individuelt, i fire ulike enheter, og gjennomført et fokusgruppeintervju av ytterligere fire ansatte ved en femte enhet. Gjennomsnittlig arbeidserfaring i barnevernsinstitusjon var cirka ti år. Utvalget består av seks kvinner og fire menn.

Miljøterapeutiske strategier

Våre funn viser at informantene anvender 1) miljøsensitivitet, 2) valgveiledning og 3) situasjonsvalidering i ulike faser av aggresjon (3). I en artikkel om aggresjon og vold blant barn og unge beskriver Myles og Simpson hvordan aktiveringsgrad av frustrasjon og aggresjon bygges opp fra frustrasjonsfase med diffuse signaler, til det de kaller forsvarsfase, med reaksjoner som for eksempel tilbaketrekking, utfordring av etablerte strukturer i miljøet eller at ungdommen forsøker å dra voksenpersonen inn i en maktkamp. Videre kommer aggresjonsfasen, med fysisk utagering som slag, spark, kasting og ødeleggelse av gjenstander og liknende. Til slutt går dette over i en selvkontrollfase hvor aggresjonen avtar (4).

For å synliggjøre hvordan våre informanter anvender miljøsensitivitet, valgveiledning og situasjonsvaliditet som miljøterapeutisk tilnærming i henholdsvis frustrasjons-, forsvars-, og selvkon-

trollfase, har vi valgt å videreutvikle en grafisk framstilling som illustrerer Myles og Simpsons teoretiske forståelse av aktiveringsnivå på en tidskala (5). (Se figur neste side.)

Intervenerer tidlig

Det er ikke vanlig at vold kommer uten noen form for forvarsel (4), og dette påpeker også informantene. Utfordringen er å oppdage frustrasjon og aggresjonsoppbygging så tidlig som mulig. Ved å intervensjon allerede i tidlig frustrasjonsfase, kan ansatte forebygge at ungdommens frustrasjon går over i forsvarsfasen. Idet vi velger å kalle tidlig frustrasjonsfase er varhet og sensitivitet rettet mot hvordan personene i miljøet har det sammen sett. Dette blir avgjørende for at miljøterapeuten skal kunne gå inn med tiltak for å hindre at situasjonen utvikler seg negativt. Når ungdommen er i forsvarsfase, prøver miljøterapeuten å skape et aktiveringsbrudd og hjelpe ungdommen direkte fra forsvarsfasen til selvkontroll (Se: stiplede linje i figur 1). I selvkontrollfasen, og særlig i sen selvkontrollfase, arbeider man med å gi læring for å hindre framtidig utagering.

Miljøsensitivitet

Miljøsensitiviteten bidrar til at miljøterapeuten kan være i forkant og gå inn og snu situasjonen før det utvikler seg større konflikter. Når det blir mulig å oppdage frustrasjon tidlig, gir dette miljøterapeuten et større handlingsrom når det gjelder intervensjon. I tidlig fase kan man for eksempel avlede oppmerksomhet, bruke humor eller samtale med ungdommen. →

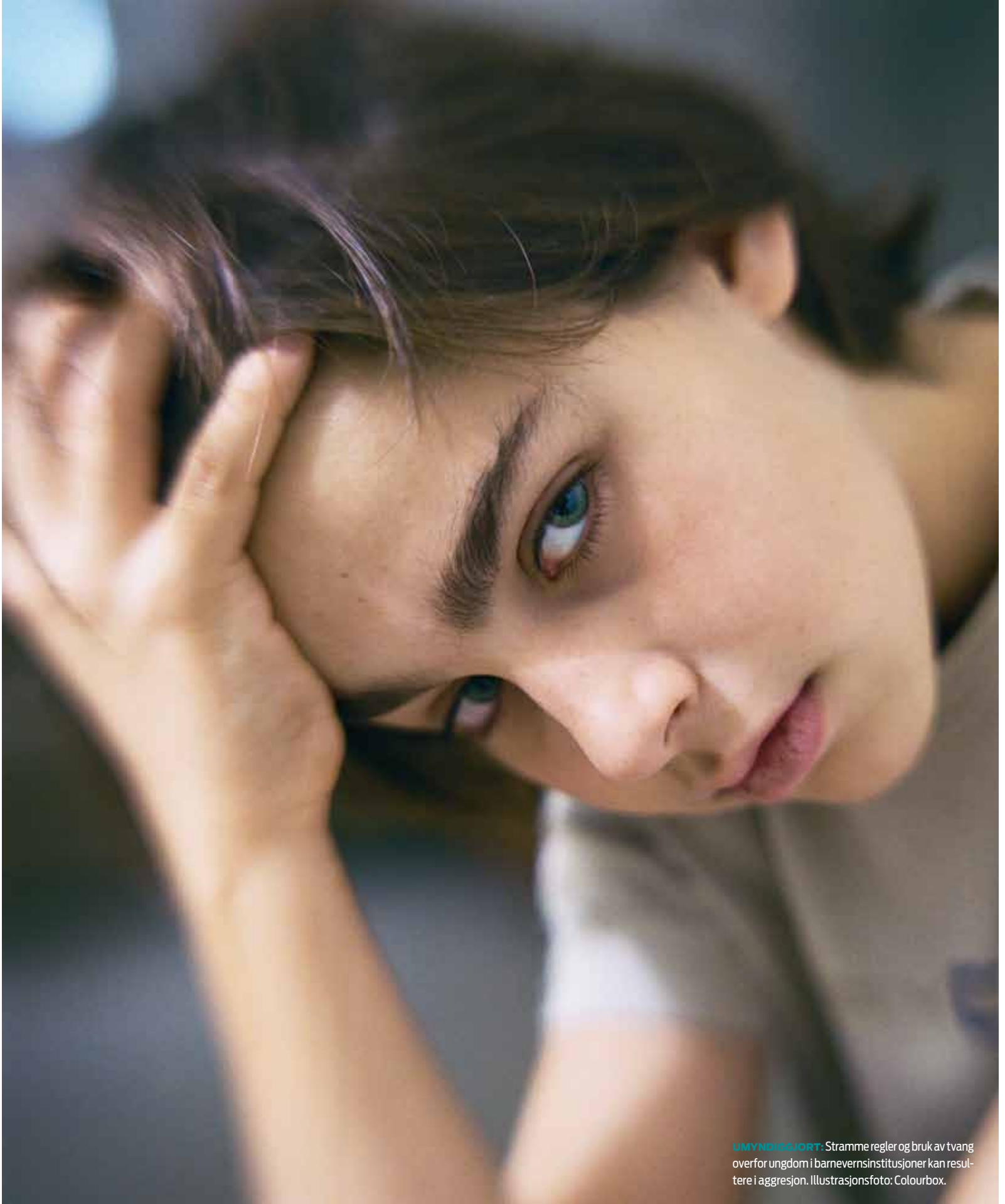
Hovedbudskap

Artikkelen setter søkelys på miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold i barnevernsinstitusjoner. Den peker på betydningen av å være sensitiv når det gjelder tidlige signaler på frustrasjon, å hjelpe ungdommen til å finne utveier i vanskelige situasjoner og å arbeide med å skape læring etter episoder med aggresjon og vold.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Vold
- › Forebygging
- › Arbeidsmiljø
- › Barn
- › Ungdom



UMYNDIGSIORT: Stramme regler og bruk av tvang overfor ungdom i barnevernsinstitusjoner kan resultere i aggresjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Tidlige signaler på at frustrasjonsnivået kan være på tur oppover merker man på selve samspillet i miljøet mer enn som tegn på frustrasjon hos en enkelt ungdom. I motsetning til våre informanter, som beskriver at tidlige tegn på uro ofte merkes i samspill i miljøet, peker Myles og Simpson (4) på at det er hos det enkelte individ aktivering kan

«En viktig årsak til frustrasjon og aggresjon er opplevelsen av avmakt.»

merkes. De beskriver hvordan tidlige tegn på aggresjon viser seg som små, nesten umerkelige tegn på frustrasjon hos ungdom, som muskelspenning, biting i leppen eller på negler, dempet stemme, eller at ungdommen sier de ikke føler seg vel. I en tidligere studie fant vi at miljøterapeuten mener at ungdommens uro og aggresjon er meningsbærende, og terapeuten er nysgjerrig og utforskende på denne meningen. Denne holdningen bidrar til å forebygge eskalering av aggresjon (6). Miljøsensitiviteten rettes mot kvaliteter i samspillet i preindividualisert frustrasjonsfase.

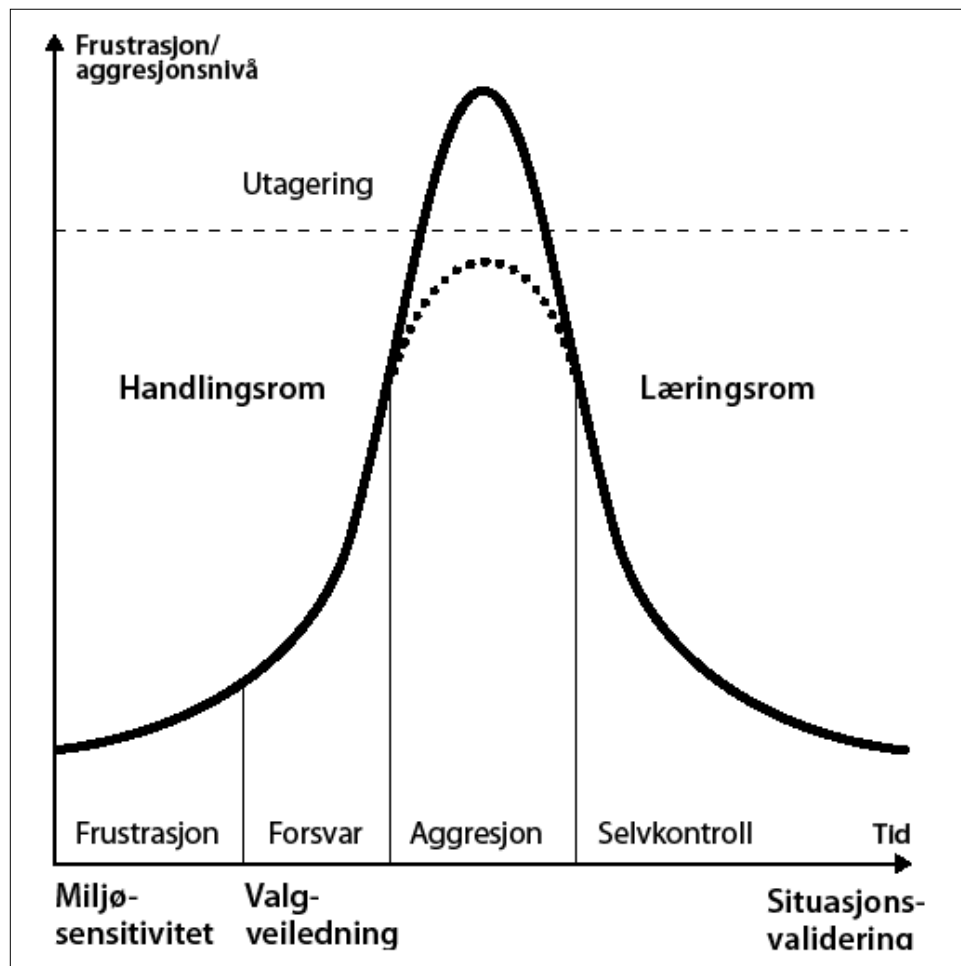
Atmosfæren viktig

I tidlig fase kan terapeuten spille på for eksempel humor eller avledning, og kan lettere gå inn og påvirke stemningen blant dem som er i miljøet. Hjelperens bidrag kan enten dempe eller trigge frustrasjon og aggresjon (6). Forskning innenfor psykisk helsearbeid antyder at atmosfæren i en avdeling kan ha innvirkning på klientenes aggresjon (7). Det kan derfor gi mening når informantene bruker stemningen eller atmosfæren i avdelingen som indikator på risiko for aggresjon eller vold. Når miljøterapeuten tar ansvar for å «sette stemning», og ikke lar seg rive med av konflikter blant ungdommen, bidrar dette til å forebygge eller hindre eskalering.

En effektstudie gjennomført blant voksne utviklingshemmete, viser at når personalet er trent på konsentrert oppmerksomhet og tilstedeværelse, reduseres aggresjon blant brukerne (8). Uten at vår studie kan bekrefte akkurat dette, er det et interessant poeng at ansatte som vi har snakket med, som oppleves av kolleger som gode til å forebygge vold, er opptatt av nettopp å være oppmerksomt til stedet.

Valgveiledning

Når aktiveringen går over i forsvarsfasen, og ungdommens reaksjoner bærer preg av åpen konflikt,



FIGUR 1: Miljøterapeutisk praksis i ulike faser av aggresjon.

minker handlingsrommet. I denne fasen er det ikke så lett å bruke for eksempel avledning eller humor. Her må man møte ungdommen med dialog som bidrar til konkret konfliktløsning, og hjelp til å se ulike valgmuligheter. Jo tidligere ungdommen er i stand til å bli oppmerksom på egen aktivering, dess større vil handlingsrepertoaret av ulike valg være.

En viktig årsak til frustrasjon og aggresjon er opplevelsen av avmakt. Et asymmetrisk maktforhold mellom hjelper og klient er en betydelig faktor når det gjelder aggresjon og vold fra klienter (9). Avmakt kan betegnes som en mangeltilstand og kan handle om mangel på forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse, det å bli sett, det å bli hørt og mangel på alternativer (5). I en slik situasjon ser man få eller ingen utveier eller muligheter til å endre situasjonen (10). Makt og avmakt trenger ikke å være eksplisitt og synlig i samhandlingen mellom terapeut og ungdom.

Richard Emerson viser til at makt ligger nedfelt i rutiner og institusjonelle strukturer, og dette legger igjen føringer for våre tanker og handlinger. Makten finnes derved ikke bare i handlingene, men den kan også ligge der som en mulighet (11). I barneverninstitusjonen vil for eksempel muligheten til å bruke tvang ligge der som en maktfaktor i seg selv.

Myndiggjøring

Omstrukturering eller omfordeling av makt i relasjoner handler om å myndiggjøre den andre (12). Dersom terapeuten antar at ungdommen selv ikke vet sitt eget beste, og selv mener å vite best, vil dette være å møte ungdommen med en paternalistisk holdning. Myndiggjøring er det motsatte av paternalisme (13). Balansen mellom autonomi og tvang blir særlig synlig i barnevernsinstitusjoner hvor det er plassert ungdommer etter barnevernlovens tvangsparagrafer (14), slik tilfellet er der

våre informanter arbeider. Når miljøterapeuten møter ungdommen med myndiggjøring, bidrar det til å gjeninnføre autonomi og makt.

Ungdommer som ikke blir møtt med en myndiggjørende holdning, kan oppleve dette som krenkende. Selve kjernen i krenkelsesopplevelsen ligger i å ikke få anerkjent sin egen selvforståelse (15). Avmakten vil øke, og det kan føre til en opptrapping snarere enn en nedtrapping av aggresjon. Når en terapeut opptrer anerkjennende i relasjonen til den andre, skapes grunnlaget for å kunne hjelpe. Det å være anerkjennende innebærer at terapeuten er lyttende, aksepterende, bekreftende og har innlevelsesevne (16,17).

Avmakt

Måten informantene vurderer og møter ungdommen på er ikke styrt av manualer og regler, men snarere av en holdning til ungdommen som enkeltindivider. Det handler om å forstå og møte ungdommenes behov. Dersom skjønnnet skal ugyldiggjøres, må det erstattes med regler og prosedyrer. Det vil redusere individuelle hensyn og øke avmakt og frustrasjon.

Når ungdommens integritet og autonomi blir truet, for eksempel gjennom stramme regler og bruk av tvang, vil de få behov for å gjenvinne kontroll over sin egen situasjon. Avmakt er en naturlig konsekvens når identitet og verdighet trues, og botemidlet kan bli aggresjon eller vold (5). Reime og Fjær (14) peker på hvordan ungdommer under barnevernets omsorg kan bruke opprør mot regler og systemer for å gjenopprette en viss grad av autonomi. Hummelvoll (18) sier at opprøret mot hjelpesystemet kan forstås som individets forøk på å gjenopprette egen integritet og autonomi. Informantene i vår studie legger vekt på at ungdommen ikke skal tape integritet og verdighet i en konflikt.

Refleksjon

Studien viser at miljøterapeuten har en eller flere samtaler med ungdommen etter episoder med frustrasjon og aggresjon. Både i forbindelse med de situasjonene som ikke førte til vold, og de som gjorde det. Dette bidrar til læring og senere mestring og virker derfor forebyggende. Sammen med ungdommen reflekterer miljøterapeuten over det som har skjedd. I tillegg reflekterer miljøterapeuten over sin egen rolle og bruker dette til å mestre framtidige utfordringer. Schibbye (19) sier at forståelse vokser fram gjennom refleksjon. Vilje og evne til å betrakte seg selv og hendelsen i et retrospektivt perspektiv er en forutsetning for utvikling og endring.

Hvis ikke voksenpersonene i etterkant av en

episode tar den opp som tema overfor ungdommen, vil resultatet ofte være reaksjoner som nedtrykthet, tilbaketrekking eller benekting av at hendelsen har funnet sted (4). Resultatet vil være overhengende fare for gjentatte episoder med aggresjon og vold. Noen av informantene påpeker at ungdommen har en tendens til å bagatellisere det som har hendt når det ikke blir tatt opp som tema av de voksne i etterkant. Det er derfor viktig at miljøterapeuten bruker denne fasen til å hjelpe ungdommen til å lære selvkontroll.

Aggresjonstrening

Aggression Replacement Training (ART) er et program for trening av sosial kompetanse, som først og fremst ble utviklet for å redusere atferdsproblemer i skolen. Programmet brukes også i noen barnverninstusjoner. Behandlingen hviler på en kognitiv terapeutisk tradisjon. Først arbeider man med å lære sosiale ferdigheter, dernest med sinnekontrolltrening for så å jobbe med moralsk resonnering (20).

Betydningen av situasjonsvalidering underbygges i det våre informanter formidler om etterarbeidet med ungdommer som har vært involvert i episoder med vold. Ved å snakke om det som skjedde, bidrar de til å bevisstgjøre ungdommene på deres eget reaksjonsmønster. Ungdommen får hjelp til å identifisere egen sinnereaksjon og slik finne strategier som kan hjelpe dem til selvkontroll.

Intervensjonen foregår ikke systematisk, men miljøterapeuten jobber med en målsetting om å hjelpe ungdommen til å mestre sinnet, og å utvikle sinnekontrollferdigheter. Skal dette ha effekt, må ungdommen, slik vi ser det, utvikle sosiale ferdigheter som de kan ta i bruk som alternativ til utagering. Troen på at ungdommene kan lære å kontrollere sinnet sitt, og det arbeidet våre informanter gjør med hensyn til dette, er også viktig for å forebygge nye situasjoner med vold.

Konklusjon

Artikkelen viser hvordan miljøsensitivitet, valgveiledning og situasjonsvalidering anvendes i ulike faser av frustrasjons- og aggresjonsaktivering hos ungdommen, og at disse er viktige miljøterapeutiske virkemiddel for å forebygge vold. Terapeutene er oppmerksomme på tidlige tegn på uro og frustrasjon i avdelingen og går aktivt inn og hjelper ungdom til å finne en vei ut av vanskelige situasjoner de står i. Forebyggende praksis inngår som en del av den generelle miljøterapien. Informantene arbeider med myndiggjøring innenfor rammer som i seg selv fratar ungdommene autonomi. Det er en miljøterapeutisk utfordring

å arbeide med myndiggjøring innenfor rammen av umyndiggjøring.

Artikkelen er basert på en studie som ble gjennomført i 2010–2011. Resultatene fra denne studien er tidligere publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (3), og er tatt inn i teorigrunnet for opplæringsprogrammet Terapeutisk Mestring av Aggresjon, som er i

«Det handler om å forstå og møte ungdommenes behov.»

bruk ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (21). Programmet er rettet mot ansatte i helse- og sosialsektoren som opplever trusler og vold i arbeid med brukere. ■■■

LITTERATUR

1. Statistisk sentralbyrå (2010). Levekårsundersøkelsen 2009 – arbeidsmiljø, from <http://www.ssb.no/emner/06/02/arbmi/lo/> (hentet 08.11.2010)
2. Svalund J. Vold og trusler om vold i offentlig sektor. Oslo: Fafo-rapport 2009:30.
3. Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk praksis i forebygging av. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2012; 3: 207–217
4. Myles BS, Simpson RL. Aggression Among Children and Youth Who Have Asperger's Syndrome: A Different Population Requiring Different Strategies. Preventing School Failure 1998;42(4): 5.
5. Isdal P. Hva er vold? I: Isdal P, Andreassen SMN, Thiesen R, red. Vold i skolen. Otta: Kommuneforlaget, 2003: 15–34.
6. Lillevik OG, Øien L. Kvaliteter hos hjelperen som kan bidra til å forebygge trusler og vold fra klienter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2010; 6(2): 85–96.
7. Duxbury J, Björkdahl A, Johnson S. Ward culture and atmosphere. I: Richter D, Whittington R, red. Violence in mental health settings. Causes, consequences, management. New York: Springer Science, 2006: 334.
8. Singh NN, Lancioni GE, Winton ASW, Curtis W J, Wahler RG, Sabaawi M, et al. Mindful staff increase learning and reduce aggression in adults with developmental disabilities. ScienceDirect 2006; 27: 14.
9. Shepherd M, Lavender T. Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. Journal of Mental Health 1999; 8(2): 159–70.
10. Mathiesen T. Makt og motmakt. Oslo: Pax, 1982.
11. Emerson RM. Power – Dependence Relations. American Sociological Review 1962; 27(1): 31–41.
12. Vik LJ. Makt og myndiggjøring – utfordringer for helse- og sosialarbeidrar. I: Ekeland TJ, Heggen K, red. Mestring og myndiggjøring. Reform eller retorikk? Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007: 83–101.
13. Slettebø T. Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. Nordisk sosialt arbeid 2000; 20 (2): 75–85
14. Reime MA, Fjær S. Å tilhøre, å bli, å delta. Medvirkning i overgangen fra barneverninstusjon til voksenliv. Fontene Forskning 2010; 2: 27–38.
15. Honneth, A. Behovet for anerkendelse. København: Hans Reitzels Forlag, 2003.
16. Schibbye ALL. Anerkjennelse. En terapeutisk intervensjon? Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1996; 33(6): 530 – 537.
17. Aamodt LG. Den gode relasjonen – støtte, omsorg eller anerkjennelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
18. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
19. Schibbye ALL. Å bli kjent med seg selv og den andre. I: Andersen AJW, Karlsson B, red. Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Gjøvik: Gyldendal Akademisk, 2003: 163–83.
20. Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC. Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth. New York: Research Press, 1998.
21. Lillevik OG. Trusler og vold på arbeidsplassen. Terapeutisk Mestring av Aggresjon (TeMA). Tromsø: Universitetssykehuset i Nord – Norge HF, 2010.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Tone Knudsen Oddvang, førstelektor
Universitetet i Nord-
land, fhv. avdelingssy-
kepleier Gruben Syke-
hjem, Rana kommune.

Fra kardex til projektor

Innføring av projektor i rapportsituasjoner førte til bedre kvalitet på pleien og økt dokumentasjon.

For to år siden begynte jeg å jobbe på sykehjem igjen, etter 20 år i sykepleierutdanningen. Min tidligere erfaring fra sykehjemmet var høy faglig standard, god pleie, gode rapporter og høy kontinuitet og kvalitet. Da jeg kom tilbake opplevde noe jeg anså som et stort tilbakeskritt når det gjaldt dokumentasjon. Mitt inntrykk var at de ansatte ikke hadde funnet ut hvordan de skulle implementere dataverktøyet i sin hverdag, og gjøre det til et allemannseie i avdelinga.

Mangelfull rapportering

Datamaskinene sto på avdelinga og rapportene ble skrevet inn. Det var stort sett sykepleiere som skrev, og som oftest bare når det var store forandringer hos pasientene. Det kunne gå uker mellom hver nedtegnelse som ble gjort av enkelte ansatte. Det var mange

ulike forklaringer. Begrunnelse kunne være at «jeg har ikke passord», «jeg vet ikke hva jeg skal skrive», «jeg vet ikke hvordan jeg skal skrive dette», «dette kan vi ikke skrive» og så videre. Så da var det bedre å la være. I rapportsituasjonene satt man med «dolista» (liste over alle pasientenes avføringsvaner) for å ha en huskeliste slik at alle navnene skulle bli nevnt, men ellers var rapporten basert på en muntlig overføring av det som var relevant, og lite av det som ble sagt ble skrevet ned. Personalet noterte ned på egne blokker.

Rapport på lerret

Tilfeldighetene førte meg til et møte på politistasjonen, der de fortalte om hvordan de hadde endret sine rapportsituasjoner for å bedre informasjonsflyten. De hadde begynt å bruke projektor og lerret for å dele informasjonen i rapporter og fellesmøter. Tilbake på sykehjemmet hengte vi opp et laken i taklista på vaktrommet og koplete opp en bærbar projektor til datamaskinen. Så gikk vi gjennom rapporten på lerretet. «Dette var bra!» var den umiddelbare reaksjonen fra de ansatte. Vi kunne lese på skjermen i fellesskap og ble oppmerksomme på hvor mangelfullt det var og hvor lite som sto der. Deretter kunne vi i fellesskap gjennomgå hva som burde stå der. Vi underviste hverandre i å skrive inn informasjonen, hvor den skulle plasseres og hvordan vi kunne bygge den opp. Terskelen for å prøve og spørre sank fort. Det ble mange gode diskusjoner.

Redusert datafrykt

Ledelsen støttet ideen, vi fikk fastmontert projektor i taket på vaktrommet og senkbart lerret på veggen. Frykten for å logge seg inn på data ble overraskende fort redusert. Alle fikk pålegg om å skaffe seg passord og måtte lære å logge seg inn. Vi hadde fagdag for hele avdelinga der vi fokuserte på dokumentasjon og jobbet med oppbygging og systematisering av dokumentasjon på data. Det ble etter hvert stor iver blant personalet. Og med støtte og hjelp, mildt press og oppmuntring, kom alle etter hvert i gang med å dokumentere eget

«Det kunne gå uker mellom hver nedtegnelse.»

arbeid. Vi diskuterte mye rundt viktigheten av dette og at det faktisk ikke er lov til å dokumentere for andre eller låne en id. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven stiller klare krav til dette (1,2).

Bedre oversikt

Etter hvert steg motivasjonen. Personalet kunne følge med på rapporten som ble gitt og lese den selv samtidig. Ble ikke alt nevnt, fanget de likevel opp mye. For deltidsansatte ble det enklere å følge med på hva som hadde skjedd etter friperioder, fordi rapporten fra flere dager tilbake også sto på skjermen. Det

Hovedbudskap

Artikkelen handler om å bruke projektor i rapportsituasjon i sykehjemsavdeling. Dette virket samlende, økte dokumentasjonsfrekvensen og førte til en bedre kontinuitet i pleien på vår avdeling.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Dokumentasjon › Informasjonsteknologi
- › Informasjon › Sykehjem › Fagutviklingsprosjekt



BEDRE PLEIE: Kontinuiteten i pleien økte ved sykehjemmet etter at de ansatte gjennomgikk rapporten med projektor. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

ble enklere å holde oversikten, og kontinuiteten i pleien ble bedre. Uttaleleser fra personalet som: «Dette er kjempebra», «Nå føler jeg at jeg får oversikten selv om jeg har hatt fri noen dager», «Det beste som har skjedd oss siden kardexen forsvant» sier jo sitt. Motivasjon utvikles gjennom å reflektere over egne behov og ønsker for læring (3).

Forskning viser at også hukommelsen blir påvirket av å få inntrykk gjennom flere sanser. Når man både hører og i tillegg ser det som blir sagt i rapporten, aktiveres både korttidshukommelse og langtidshukommelse, og informasjonen lagres bedre i hjernen. Det har vist seg at mennesket lærer generelt bedre av bilder enn av ord, både ved gjenkjenning og gjenkalling av informasjon (4).

Økt dokumentasjon

Projektor og datamaskin har blitt en sentral del av vår hverdag, og vi utnytter den også i andre sammenhenger. I internundervisning, for eksempel, er det lett å slå opp en prose-

dyre, en videosnutt fra nettet eller en dvd som kan instruere eller gi grunnlag for diskusjon. Skjermen virker samlende og engasjerer og gir et godt utgangspunkt for felles refleksjon over egen praksis. Vi er fremdeles bare i startgropa, og kommer til å utnytte dette mer og mer ettersom vi blir mer fortrolig med mediet. Vi har også kjøpt ekstern høytaler for å bedre lyden.

Som avdelingsleder ser jeg hvordan fag og dokumentasjon atter er blitt sentralt i arbeidsdagen. Kjeden i sykepleieprosessen med datasamling, tiltak, vurdering og evaluering er igjen blitt komplett, arbeidet er blitt mer kunnskapsbasert (5).

Vi har fått en merkbart heving av kvaliteten i pleien, og datavegvingen blir sjelden nevnt. En kort stikkprøve av rapporteringsmengde viser at avdelinga for et år siden hadde cirka 11 sider dokumentasjon på en måned, i dag har vi 81 sider. Dette har jo ikke bare en entydig årsak, men viser i hvert fall en stor økning.

Avslutning

Avdelinga vår er stor, det er mellom 40 og 50 ansatte med alle deltidsbrøker, og gjennomsnittsalderen er rundt 48 år. Erfaring med data var svært varierende hos hver enkelt ansatt, mange har beveget seg inn i en verden de før ikke var så komfortable med. Men jeg er virkelig stolt av hvordan personalet har taklet dette, og ser optimistisk på framtida. Erfaringene med bruk av projektor var så gode, at Rana kommune besluttet å kjøpe inn lerret og projektor til alle sine avdelinger i sykehjem og hjemmetjenesten. ■■■

REFERANSER

1. <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html> (24.11.12)
2. <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html> (24.11.12)
3. Steinsholt K. "Paulo Freire: Håpets pedagogikk" i Steinsholt og Løvlie, Pedagogikkens mange ansikter. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
4. Torgersen GE. Læring med IT. Teori og metode for undervisning med informasjon og kommunikasjonsteknologi. Oslo: Næringslivets Forlag, 1998.
5. Nortvedt MW, m.fl. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.



Per Nortvedt,
professor ved seksjon
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo.

Empatisk sensitivitet

Erfaringen av andre menneskers mentale og fysiske tilstand, samtidig som man skiller sin egen og andres opplevelse, er grunnleggende i all sykepleie.

I forrige etikkspalte skrev jeg at moralsk sensitivitet dreier seg om å fortolke og forstå andre menneskers opplevelser, sinnstilstander og erfaringer. Jeg skrev at en slik forståelse krever forestillingsevner, men også kunnskaper om personens tilstand. Samtidig mente jeg at også følelser er viktige i en slik andre-orientert forståelse. Men på hvilken måte er følelser viktige i moralsk sensitivitet?

Følelser er redskaper

For det første er følelser viktige fordi de er fortolkende – vi forstår verden og andre menneskers erfaringer også gjennom det vi føler. Som

måten er følelser også subjektive dommer, de er redskaper for vår fortolkning og forståelse av det vi ser og gjør som sykepleiere.

Følelser er kort og godt helt sentrale når det gjelder å forstå den moralske situasjon man mange ganger handler i som sykepleier. Det er for eksempel vanskelig å se hvordan en skulle forstå betydningen av de smertene pasientene har hvis en ikke på en eller annen måte følelsesmessig berøres av pasientens smerter. Og smerter uttrykker seg som vi alle vet ikke bare verbalt, men også kroppslig, som anspenthet, grimaser, rødme på hals og overkropp, kontraksjon av perifere vener osv. Vi forstår smerte

sekundært at man slutter seg til betydningen av den andres smerte via analogitenkning på denne måten. Pasientens smerte er i stedet noe man umiddelbart og inntrykksfullt opplever. Det er i neste omgang du må vurdere og utforske smertene klinisk, observere og trekke relevante terapeutiske slutninger.

Et eksempel:

En pasient er ikke bevisst, han har metastaser til skjellet og du skal skifte på ham og snu ham i sengen for å forebygge sår og gi ham et bedre leie i sengen. Idet du skal snu ham, grimaserer pasienten, kroppen spenner seg og du stopper opp.

Du stopper opp fordi du også umiddelbart opplever pasientens kroppslige ubehag. Generelt kan vi si at andre menneskers erfaring og opplevelse på denne måten spontant er tilgjengelig for oss som en følelsesmessig og kognitiv erfaring. En slik erfaring av andre menneskers tilstand som mange vil kalle empati, er grunnleggende for å forstå andre menneskers mentale liv, deres følelser og erfaringer. En slik følelsesbasert kunnskap er andreorientert, men vi snakker likevel ikke her om en imitasjon eller kopiering av andre menneskers mentale liv. Pasientens opplevelse vil alltid være pasientens opplevelse, pasientens smerter vil alltid være pasientens smerter. Når vi føler andre menneskers sorg eller blir bekymret på grunn av deres engstelse, så betyr ikke det at vi må være triste eller engste-

«Følelser er helt sentrale når det gjelder å forstå den moralske situasjon man handler i som sykepleier.»

et eksempel er bekymringen vi opplever ved et annet menneskes frustrasjon eller engstelse et følelsesmessig svar på denne personens aktuelle sinnstilstand og situasjonsopplevelse. Tankene du som sykepleier gjør deg ved å måtte plassere en syk pasient i korridoren om natten fordi det ikke er plass nok, er også et resultat av at du ser hvor belastende situasjonen er for pasienten, hvor plaget han eller hun er. Følelser er på den måten ikke bare passive svar på en situasjon, de er også en måte å forstå situasjonen på og den betydning den aktuelle situasjon har for pasienten. På denne

spontant som noe betydningsfullt via slike kroppslige uttrykk. Å forstå at smerter på en eller annen måte har betydning for pasienten, at de medfører former for ubehag og lidelse, er derfor ikke noe man simpelthen slutter seg til, eller noe som man først forstår via refleksjon. Det er ikke slik at man først ser bestemte uttrykk for smerte hos en pasient for deretter å slutte seg til at dette er uttrykk for smerte. Eller at man tenker; smerte har jeg selv følt, jeg vet hva det er og derfor må jeg også bry meg om denne pasienten smerte. Det er eventuelt



lige eller at vi må være lykkelige for å se andres lykke. Men det betyr heller ikke at vi for alltid bare er lukket i vår egen verden.

Grunnleggende i all sykepleie

Nei, det er heller slik at andre menneskers mentale og kroppslige tilstander i utgangspunktet uttrykker seg ekspressivt og gir umiddelbar psykologisk mening for oss. Det er på denne måten vi kan leve innenfor en felles verden med hverandre, samtidig som andres mentale og fysiske tilstander likevel aldri er fullt ut tilgjengelig for vår egen opplevelse og forståelse. Denne umiddelbare erfaringen av andre menneskers mentale og fysiske tilstand, samtidig som forskjelligheten i ens egen og andres opplevelse opprettholdes, er grunnleggende i all sykepleie og i alt terapeutisk arbeid.

Det neste spørsmålet blir imidlertid: Er dette bare en spesiell form for erfaringskunnskap eller er det en form for moralsk kunnskap som bidrar til omtanke og medfølelse for andre mennesker? Er det at vi kan se og berøres av andre menneskers situasjon bare en spesiell form for åpenhet mot verden som er forutsetning for vår generelle orientering i verden som mennesker, eller er det noe spesifikt moralsk ved denne formen for empatisk sensitivitet? Hvis så, hva er det spesifikt moralske og hvilke konsekvenser får det å se på slik kunnskap som noe spesifikt moralsk? Dette skal vi diskutere neste gang. ■■■

😊	VEKST	BOLIG	SMÅ-DYR	▼	BYGE	FANGST-MANN	PREP.	LIK	SVIDD	😊	SJARM	GRÅT	▼	DE-HYDRERT	😊	SYKD.	INSEKT-ENE SKOR-PEN	▼	NAKEN-BADER-NE
FLÅTTEN	▶	▶			▶	▶		▶	▶		▶					▶	▶		▶
LIKE	▶		JAMRA	▶			GLISTE UTSIKT	▶		LYD SOMMER-PLAGE	▶			PLAGE	FORST-GLASSET	▶			
IDR-ARR.	▶				UVEL	▶					VÅGER	▶			UVANE FASE	▶			
GLUPING	▶				NESTE OVER-FALL	▶		STAD	▶		FUGL-ENE SKUESP.	▶					ORG.	▶	
OBS! LAND-KUNNE	▶		KRY VANDRE	▶			SINTE	▶					VEER	▶			PLASS.	▶	
▶								HØNE-PROD. FISK	▶				ØKI	▶		REAL	▶		
DENGE	▶			TALL	▶		MÅL DYRE-LYD	▶					DRIKK SÅ	▶		SØLV		YTTER-LIGERE	GUD
😊			MYT. FUGL	UFØR	VÅT	▶							YTRET DANS	▶			BRAVHET KJENT	▶	
SANG-GRUPPE	▶								VEKST		UFØRE	▶							
😊		ORG.	▶		ORG.	▶		GREIT	▶		HOLDEN	▶				VÆSKE	▶		
PLAG-ENE	▶																		

Se løsning på kryssord side 88

Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Fødes det flest menn eller flest kvinner?

- A Flest kvinner
- B Flest menn
- C Like mange

2 Hvor mange flere kvinner enn menn er det blant 85-åringene?

- A 10 prosent flere
- B Dobbelt så mange
- C Tredobbelt så mange

3 Hvor mange kromosomer er det i en kjønnscelle?

- A 23
- B 46
- C 92

4 Hvilke kjønnsceller er størst?

- A Eggcellen
- B Sædcellen
- C De er like store

5 Hvor mange kjønnskromosomer har kvinner?

- A 1
- B 2
- C 3

6 Hvor mange kjønnskromosomer har menn?

- A 1
- B 2
- C 3

7 Hvem er gjennomsnittlig eldst i heterofile parforhold?

- A Mannen
- B Kvinnen
- C De er like gamle

8 Hvem vurderer oftest sin egen helse som god?

- A Det er ingen forskjell mellom menn og kvinner
- B Kvinner
- C Menn

9 Hvem lever statistisk flest år med redusert helse?

- A Det er ingen forskjell mellom menn og kvinner
- B Kvinner
- C Menn

10 Hva skjer med forskjellene i levealder for kvinner og menn?

- A De øker
- B Det er ingen forskjell
- C De jevner seg ut



10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)



SVAR: 1B, 2B, 3A, 4A, 5B, 6B, 7A, 8C, 9C, 10C

ER DET FORSKJELL: Hvem av disse vurderer oftest helsen sin som god? (Illustrasjonsfoto: Colourbox)



VERV OG VINN



Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon! Norsk Sykepleierforbund arbeider både nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du få hjelp av tillitsvalgte, fylkeskontor og jurister. I tillegg har vi gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB, mobilavtale med Telenor og mye mer. Alle medlemmer får også fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

Du finner oversikt over alle fordeler og vervepremier på www.sykepleierforbundet.no. Bruk kupongen nedenfor, eller logg inn på våre websider for å verve et nytt medlem.



VERVENINGSPRUK ELEKTRONISERT

Ververs navn: _____ Vervingsstedet: _____

Nær sagt medlem _____

Har du vært medlem tidligere? _____ Tidspunkt _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Adresse _____

Postboks _____ Poststed _____

E-post _____

Telefon privat _____ Mobil _____

Utdanningsnivå _____

Sykepleierutdanning _____

Arbeidsgiver _____

Arbeidssted _____

Arbeidstid _____

Avdeling _____

Stillingstittel _____

Medlemmer i lønnet arbeid betaler kringpenge ved månedlige trekk i lønn

Du får ett poeng for hver verving. For å bestille premie må du logge på www.sykepleierforbundet.no og gå til "min side".

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

KOMPRESJONSSTRØMPE



Øker blodsirkulasjonen!

Inntil 30% hurtigere restitusjon!

Xwear.no

Vi ønsker våre lesere en
riktig god sommer!

Hilsen Sykepleien

Sykepleien

VERVEKUPPONG



VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Vi er kanskje ikke så like-
stilte som vi liker å tro? Side 87

Bratten skyver pasi-
enten foran seg. Side 87

Jeg har aldri sagt at sykepleiere skal
jobbe annenhver helg. Side 88

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo



KRONIKK LARS LIEN

«Det er økonomisk
lønnsomt å satse
på en psykisk frisk
befolkning.»

90

INNSPILL RAGNHILD ESE

«Begrepet lavterskeltilbud gir folk assosia-
sjoner om en mindreverdige tjeneste.»

92



NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Når totalbelastningen blir for stor

Arbeidsminister Anniken Huitfeldt undrer seg over at kvinner har et langt høyere sykefravær enn menn. Vi er kanskje ikke så likestilte som vi liker å tro?

Fikk du ikke jobben fordi du er gravid? Får du lavere lønn enn din mannlige kollega fordi du er kvinne? Da kan du være utsatt for kjønnsdiskriminering, noe som ikke er lov. Tilhører du en yrkesgruppe som systematisk får lavere lønn fordi den er kvinnedominert, eller må du jobbe deltid fordi arbeidslivet ikke tilbyr hele stillinger, kan du være utsatt for strukturell diskriminering. Det er heller ikke lov, men du verden så vanskelig å få slutt på.

Det er politiske myndigheter, arbeidsgiverne og partene i arbeidslivet som har ansvaret for å endre de strukturelle forholdene som fører til diskriminering i arbeidslivet. Det er ikke gjort i en fei å endre samfunnsstrukturer, og vi møter stadig på manglende innsikt og vilje til å forstå hvordan disse strukturene former kvinner og menn inn i svært forskjellige liv og livsløp.

Det er ikke grunnlag for å si at kvinner har dårligere helse enn menn. Selv om forskere ikke kan bekrefte at verken arbeidsmiljø- eller dobbeltarbeidshypotesen forklarer den voldsomme økningen i kvinners sykefravær, betyr ikke dette at hypotesen er feil. Forskerne viser til at de ikke vet nok og antakelig heller ikke har hatt de rette metodene for å studere dette.

«Først når vi har god nok kunnskap, kan vi finne gode løsninger.»

Veksten i kvinners sysselsetting har kommet i deler av arbeidsmarkedet som generelt er preget av høyt sykefravær. Menn har mer selvbestemmelse i jobbsituasjonen, og mens tungt arbeid langt på vei er eliminert i mannsdominert industri, er kvinnedominert arbeid fortsatt preget av tunge løft og ubekvemme stillinger. Menn kan i større grad enn kvinner gå over i lettere arbeid med årene, og har oftere enn kvinner tjent opp pensjonsrettigheter. Dette kan også forklare eldre kvinners økede behov for sykefravær. For 30 år siden var det vanlig at kvinner sluttet å arbeide



BELASTENDE: Er kvinners arbeidsplasser eller kvinners privatliv, eller begge deler, mer belastende enn menns? Og er det eventuelt mulig å finne ut hvorfor? Arkivfoto fra Ullevål: Erik M. Sundt. (Arbeidsplassen på bildet er kun en illustrasjon.)

når de ble gravide; i dag er de fortsatt en del av arbeidsstyrken, samtidig som arbeidslivet i liten grad tar høyde for gravidens behov for tilrettelagt arbeid. Nyere forskning tyder også på at kvinner og menn håndterer stress forskjellig.

Deltid var i sin tid en forutsetning for å få kvinner ut på arbeidsmarkedet. I dag jobber mange kvinner deltid for å få tidskabelen til å gå opp. Fortsatt har ofte kvinner hovedansvaret for det ulønnede omsorgsarbeidet og familielogistikken, noe som ikke framkommer i de tradisjonelle timerregnskapene. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er familieomsorgen på størrelse med spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenestene målt i antall årsverk. Dette sier noe om omfanget av kvinners ulønnede innsats og forholdet mellom arbeidsliv og familie. Ifølge Statistisk sentralbyrå er halvparten av alle kvinner som mottar pleiepenger for å pleie syke slektninger i livets slutfase, ansatt i helsesektoren! En stor andel av de pårørende utvikler selv helseplager som følge av lang tids omsorg for andre.

«For å redusere sykefraværet i Norge, kreves en helhetlig tilnærming som ivaretar både arbeids- og familieaspektet ved den sykmeldtes tilværelse»,

hevdes det i en nyere norsk undersøkelse. I denne kvalitative studien fant man at mens menn hovedsakelig forklarte årsaken til egen sykmelding med forhold knyttet til arbeidet, begrunnet kvinnene dette med den totale belastningen over tid. Vi må derfor fokusere mer på menn og deres arbeidsplasser og oppfølging av familie- og omsorgsforpliktelser. Samtidig er disse funnene alarmerende i forhold til krav om at kvinner skal arbeide mer, være mindre syke og ta på seg mer ulønnet omsorg for pårørende. Dette handler om en grunnleggende gjennomgang av den kjønnsmessige måten vi organiserer samfunnet på.

Norsk Sykepleierforbund har sammen med Unio tatt flere initiativ overfor arbeidsministeren for å få satt i gang et forskningsprogram om kvinners arbeidshelse og sykefravær. Et av målene med dette er å utvikle bedre metoder for å fange opp virkningene som manglende likestilling i samfunn, arbeidsliv og familie har på kvinners sykefravær. Først når vi har god nok kunnskap, kan vi finne gode løsninger. ■■■

Eli Gunhild By

Kvinner er gode på rette valg

Det er 100 år siden kvinner i Norge fikk stemmerett. Det feirer Gerd Kristiansen med å sende en kalddusj til norske kvinner – dere jobber for lite, dere tar dere for mye av barna, dere glemmer dere bak det å være mor.

LO-lederens utspill om at kvinner bruker morsrolen som en unnskyldning for å slippe å jobbe, har vakt harme hos mange, inkludert meg, LO som er opp-tatt av å innføre 6-timersdag med full lønn, har nå en leder som mener at kvinner ikke arbeider nok, og mener de tar feil veivalg når det gjelder å ha omsorg for sine barn.

Gerd Kristiansen, som selv er hjelpepleier og kommer som tillitsvalgt fra Fagforbundet, viser tydelig at hun ikke har respekt for sine medsøstre. Som sykepleier og firebarnsmor kjenner jeg godt til utfordringene

med å få hjulene til å gå rundt med familie og arbeid. De valgene jeg har tatt opp igjennom årene har vært til det beste for både meg og min familie. Jeg trenger ikke LO-lederens pekefinger mot meg, jeg vet hva jeg står for, og jeg vet hva jeg er god for, og resultatet av mine valg ser jeg gjennom fornøyde og tilfredse barn og en helhetlig familietrivelser.

Kampen om at flere kan jobbe heltid handler vel så mye om tilrettelegging innen turnusordningen, insentiver opp mot fleksibilitet i arbeidslivet og gjennom lønnsutvikling og gode velferdsordninger.

Dessuten viser statistikk at det er flere som ikke har småbarn som jobber deltid. En må kanskje da spørre om hva som skal til for at en kan og vil jobbe mer? Her er fleksibilitet, tilrettelegging, lønn og andre velferds-

ordninger stikkordet. Man må heller ikke glemme at mange ikke har helse til å jobbe mer, derfor må vi si takk for innsatsen uansett stillingsstørrelse. Det skal lønne seg å arbeide, og man skal inkludere alle uansett størrelse på arbeidsbidraget.

Kvinner skal ikke behøve å kjenne på at det de gjør ikke er godt nok. Det er ikke lett å forstå hva som er riktig, for i det ene øyeblikket er kvinner for opptatt av karrieren, i det andre øyeblikket er man for lite sammen med barna, i det neste øyeblikket arbeider kvinner for lite, for så å arbeide for mye.

Fremskrittspartiet er for valgfrihet, og det er ikke systemet som skal bestemme for deg, men du selv.

Glem aldri at du er god nok.

Laila Marie Reiertsen, stortingsrepresentant for Fremskrittspartiet

Den evinnelige helgedebatten fra Bratten

På DN's nettsider går Spekters leder Anne-Kari Bratten, 10/6, på nytt i strupen på den norske måten å organisere arbeidslivet på. Som alltid er det hennes anliggende, sykehusene og sykepleierne, som får unngjelde. Som alltid er det helgejobbing som er temaet, og som alltid er medisinen å påtvinge enda flere ansatte enda mer ubekvem arbeidstid. Litt nede i artikkelen sier hun at hun forstår at de fleste ikke vil jobbe oftere helg, ja da har hun i alle fall forstått noe. Det er jo fint! De fleste av oss husker godt Brattens famøse treningsutspill i forbindelse med arbeidsgiveres ukultur hva angår deltid. Også der privatiserte Bratten ansvaret ned til den enkelte sykepleier. Forskjellen er at hun da

appellerte til dugnadsånden. Denne gangen er «den gode gamle» pisker tilbake. Nå er det ikke dugnad, men mer diktatur som er løsningen. «Alle» må forstå at det ikke går an å drive helsevesen basert på frivillighet. Det forstår vi, og det er heller ikke realiteten i dag. Det som er realiteten er at de fleste av oss jobber helg, de fleste av oss jobber ubekvemme vakter relativt ofte, og de fleste av oss har, gjennom vår fagforening, sagt at vi ikke aksepterer å kun jobbe når resten av familien og vennegjengen har fri.

Bratten skyver også pasienten foran seg og sier at NSF og vårt arbeid gjør det vanskeligere enn noen gang å sikre forsvarlighet i sykehusene. Det er altså

ikke et ansvar en fagforening har, det ansvaret er godt plassert på arbeidsgivers skrivebord! Jeg kan heller ikke forstå hvordan det å smøre en allerede skviset bemanning utover enda flere dager og helger skal sikre forsvarligheten bedre. Om det er noe man kan lese ut av forskning, så er det at slitne, trøtte og overarbeidete sykepleiere gjør flere og større feil enn uthvilte, våkne og skjerpete kolleger. Om det er slik at Bratten mener det mangler folk i helsevesenet og at det dermed er uforsvarlig å drive, ja så får hun sørge for at de hun har under seg i sykehusene ansetter flere! Det er vi alle jublende glade for!

Kenneth Sandmo Grip, hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund, St. Olavs Hospital

Ahus overser brukerorganisasjonene

Åpent brev til psykiatrisk divisjon på Ahus:

Mental Helse Stovner beklager på det sterkeste nedleggelse av seks kriseplasser på Distriktpsikiatriske senter i Nittedal, (viser til avisoppslag 24/5). Ekstra kritikkverdige er det at beslutningen om dette er tatt i all stillhet og uten at brukerorganisasjonene i psykisk helsevern er blitt involvert.

Er brukermidvirkning ukjent for Ahus-ledelsen? En

av Mental Helses hjertesaker er retten til brukermidvirkning som i praksis betyr «Brukernes rett til å bli hørt og til å påvirke i viktige saker som gjelder brukernes liv og helse.» Det er en stor skam at ikke Mental Helse i bydelene Alna, Grorud og Stovner (bydelene i Oslo som sokner til Ahus) er blitt informert om nedleggingsplanene. Og derved blitt fratatt mulighetene til å bidra med innspill i beslutningsprosessen.

Jeg oppfordrer Ahus psykiatrisk divisjon til å invitere helseministeren, bruker-, pårørende- og fagorganisasjonene i Ahus opptaksdistrikt til å komme sammen og drøfte situasjonen. Sammen kan vi kanskje finne løsninger som kan erstatte de seks nedlagte kriseplassene.

En stor honnør til Inger Lise Nystuen som stod frem med dette i avisen.

Gunn Pound, leder Mental Helse Stovner

Oppsiktsvekkende fra By

Det er med forundring jeg leser forbundsleder Eli Gunhild Bys innlegg i Sykepleien nr. 7/2013. Tidligere i vår understreket jeg i et intervju med Sykepleien at jeg snakker godt med forbundslederen i NSF, selv om vi har ulike politiske posisjoner på en del områder. Jeg tar til etterretning at By åpenbart ikke oppfatter det på samme måte.

Samtidig er det sterkt beklagelig at lederen i en av Norges største arbeidstakerorganisasjoner velger å informere om dette i media i stedet for å ta det opp direkte med meg. Det er også overraskende at hun velger å gå til angrep på meg som person, og ikke på mine og Spekters synspunkter. Hun tar spilleren, ikke ballen. I sum blir dette en uvanlig kommunikasjonsform. I den norske modellen har vi tradisjon for å tåle konfrontasjoner, samtidig som vi sikrer samarbeidet med gode relasjoner.

Jeg merker meg også at Eli Gunhild By mener Spekter, og dermed Spekters medlemmer i helsefor-etakene, jobber på tvers av helseministerens oppdrag til sykehusene. Dette er en svært grov påstand som hun ikke underbygger. Jeg vil derfor be By komme

med dokumentasjon og eksempler på hva hun legger til grunn for uttalelsen.

For øvrig kan jeg ikke annet enn å registrere at NSF holder fast ved et landsmøtevedtak fra 1986 og fortsatt har ambisjoner om å tariffeste et prinsipp om arbeid tredjehver helg. Det er lov å ønske, men samfunnet ser annerledes ut i dag enn for snart 30 år siden. Det bekrefter også NSF i sitt nylig utformete debattnotat som skal danne grunnlag for diskusjoner foran neste års tariffoppgjør. Der minner forbundet selv om at behovet for sykepleierkompetanse er økende og at vi må gjøre noe for å få bukt med deltidsproblemet. Flere offentlige utredninger og forskning har imidlertid dokumentert at hvis ingen skal jobbe oftere enn tredjehver helg, er dette en uløselig likning.

Jeg har for øvrig aldri sagt at jeg mener sykepleierne skal jobbe annenhver helg, slik Eli Gunhild By mot bedre vitende hevder at jeg mener. Det er mange nyanser mellom tredjehver helg og annenhver helg, og det er verdt å minne om at mange sykepleiere ikke jobber helger i det hele tatt.

Som jeg har sagt tidligere, er Spekter mer enn klar for å finne tiltak som kan gi flere sykepleiere hele stillinger og arbeidsgiverne sårt tiltrengt sykepleierkompetanse. Foreløpig har vi sett liten reell vilje fra NSF sentralt til å vurdere tiltak som kan hjelpe. Når de i debattnotatet nå slår fast at «Tredjehver helg-problematikken lar seg i de fleste tilfeller løse», håper jeg det kan bli starten på en god dialog og vilje til å prøve nye løsninger når det gjelder arbeidstid. Det er en tilleggsutfordring for partene at bare vel 6 prosent av de deltidsansatte i sykehusene ønsker full stilling.


By må heller ikke overse at Spekter henter sitt mandat fra sine medlemmer, akkurat som NSF gjør. Jeg kan love at vi vil fortsette med saklige og faktabaserte innspill for å sette viktige problemstillinger på dagsorden. Jeg er alltid åpen for konstruktive prosesser med både NSF og de andre arbeidstakerorganisasjonene om hvordan vi kan sikre helsetjenester i verdensklasse også i fremtiden.

Anne-Kari Bratten,
administrerende direktør i Arbeidsgiverforeningen Spekter

Løsning på kryssord i nr. 8/2013 (se side 82)



Fra Sykepleiens Facebook-side

 En god leder skaper gode arbeidsdager for de ansatte og er til stede der medarbeiderne er, sier forfatterne av boka «Sykt bra».



Mai-Britt Pedersen: Den største feilen er at det ikke stilles krav om ledelsesutdanning. Her henter de bare tilfeldige personer fra personalgruppa til å være over-sykepleier- og avdelingssykepleier. Det hadde ikke gått i andre etater eller privat næringsliv.

Åse Neset: Nå vet man snart bare navnet på nærmeste leder, og vedkommende er oppspist med en uendelighet av møter og seminarer av ymse slag. Har mistet tellingen på ledernivåer, og de forskjellige lederne har aldri vist seg eller hilst på sine «laverestående» medarbeidere. Tror vi er på ville veier.

Gunn Gihle Riisehagen: Så mangler det bare at de dårlige lederne blir gitt en overdose selvinnsikt så de kan se seg selv med andres øyne... Kanskje vi skulle innføre Marte Meo som en obligatorisk del av lederopplæringen eller noe sånt?



Historiens første Frirom

Pårørende ved Barneklivikken i Trondheim har fått et eget rom å slippe følelsen løs i.

Tekst og foto **Lena Knutli**

Rommet er tiltenkt foreldre og andre pårørende som et sted å finne trygget og ro i en sårbar situasjon. Et sted å søke innover i seg selv og være alene med tanker og følelser. Frirom er en frittstående spiralformet paviljong på ni kvadratmeter, tegnet av arkitektene Maren Storihle Ødegård og Sunniva Huus Nordbø. Hele konstruksjonen består av tre og er kledd med flettet osp.

– Åpningen av Frirom er realiseringen av en stor drøm som jeg mener er helserevolusjonerende, sier trivselssykepleier og initiativtaker Mads Bøhle. ■■■

Les mer om Frirom på <http://frirom.no/>



KRONIKK

Psykiske lidelser

Lars Lien, leder Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet.

Bare utgifter med psykisk helse?

Det nytter og er økonomisk lønnsomt å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Samfunnet kunne spart store summer på sykmeldinger, uførhet, kriminalitet og sykehusopphold ved å satse på dokumentert, effektiv behandling av psykisk lidelser.

Det finnes en forestilling i de fleste av oss om at psykiske lidelser er uhelbredelige og noe som verken kan forebygges eller behandles. Psykisk helse er kun en utgiftspost i det store nasjonale regnskapet. Denne forestillingen skyldes delvis en lang historie med mye feilslått behandling, mye nedarvet stigmatisering og seiglivet fordommer, samt at det psykiske helsefeltet ikke har vært flinke nok til å fortelle om sine suksesshistorier.

Mens den kroppslige, somatiske, delen av helsevesenet i liten grad har hatt behov for å dokumentere effekten og nytten av sin behandling, og i stor grad har kunnet øke budsjettet i takt med teknologiske nyvinninger, har det psykiske helsefeltet – inkludert rus – i stor grad vært avhengig av å bli oppfattet mer som en omsorgstjeneste. Vi gir midler til dette fordi vi ønsker å framstå som en human stat og ikke fordi vi har tro på at folk blir friske.

WHO har dokumentert at depresjon og angst er blant de største folkesykdommer både i rike og fattige land og at betydning for den

med kroppslige symptomer ville hatt stort utbytte av effektiv psykologisk behandling. Psykologisk behandling er så effektiv og billig, også for kroppslige lidelser, at hver krone investert gir mer igjen i besparelser for den somatiske delen av helsevesenet. I motsetning til mesteparten av kronisk somatisk sykdom kan psykisk sykdom kureres (3).

Psykisk sykdom står for nesten halvparten av alt fravær i arbeidslivet og er den betydeligste årsaken til fattigdom; viktigere enn dårlig økonomi og somatiske plager til sammen. Mer enn halvparten av pasienter med angst og depresjon vil kunne bli friske etter 10 behandlinger med kognitiv atferdsterapi, og forskning viser at du bare trenger å behandle to-tre pasienter for at én skal bli frisk. For flere intervensjoner innenfor somatisk helse må ofte 20 til 90 pasienter behandles for at en skal ha nytte av tiltaket (4).

Mye å spare

Samfunnet kunne også spart massivt med penger på sykmeldinger, uførhet, kriminalitet og sykehusopphold ved å satse på dokumentert, effektiv behandling av psykiske lidelser. I motsetning til de fleste vanlige somatiske sykdommene som øker med økende alder, er debutalderen for psykiske lidelser rundt 15 år. Psykisk sykdom har like stor betydning for oppnådd livslengde som røyking, og langt større betydning enn fedme. I snitt dør pasienter som i løpet av livet har vært innlagt i psykiatriske avdelinger 15 til 20 år tidligere enn snittet i resten av befolkningen.

Det vil ikke nytte «bare» å bygge ut tilbud til mennesker med psykisk sykdom. Minst like viktig er det at psykiske lidelser og rusmisbruk oppdages tidlig og at pasientene motiveres til å motta virksom behandling. For de aller dårligste pasientene er det ofte andre tiltak sammen med tradisjonell behandling, som meningsfullt arbeid og en bolig, som har størst betydning for bedring.

En gruppe som ofte får langvarige psykiske skader er mennesker som har vært utsatt for ulike former for traumer. Vi vet at for denne gruppen kan funksjonstapet komme mange år etter selve traumat. Disse menneskene trenger bedre oppfølging over tid, og det må satses på forebyggende tiltak som kan forhindre fremtidig marginalisering fra jobb, familie og sosialt. Vi mangler en helhetlig plan for oppfølging av grupper vi vet har vært utsatt for traumer, som for eksempel veteraner og asylsøkere.

Et av problemene innen psykisk helse, i tillegg til at det ikke bevilges nok ressurser, er at de ressursene vi har til rådighet ikke

«Det vil ikke nytte «bare» å bygge ut tilbud til mennesker med psykisk sykdom.»

totale byrden av sykelighet og død er økende. For mennesker under 65 år er halvparten av all sykdom psykisk sykdom. Disse sykdommene er også minst 50 prosent mer invalidiserende og ødeleggende for livskvaliteten enn vanlige somatiske sykdommer som angina, artritt, astma og sukkersyke (1).

God effekt – manglende tilbud

Til tross for den store andelen mennesker med psykisk sykdom, er det ifølge tall fra England bare 25 prosent av de til enhver tid psykisk syke som får behandling. Av disse igjen er det 14 prosent som fikk medikamenter og 10 prosent en form for samtaleterapi. Bare 2 prosent fikk kognitiv atferdsterapi. Den samme undersøkelsen viste at to tredeler av dem som trengte psykisk helsehjelp hadde ventet seks måneder, mot tre uker for dem som ventet på somatisk behandling (2).

Det er også godt dokumentert at nesten halvparten av pasienter



BO: En god bosituasjon kan bidra til bedring for psykisk syke pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

benyttes til å gi pasientene den best tilgjengelige behandlingen. Det er ofte store gap mellom den evidensbaserte behandlingen og det pasientene får. Dette er særlig tydelig innenfor gruppen av pasienter som har samtidige lidelser i form av rusmisbruk og psykisk lidelse. Her er dessverre pasientene fortsatt kasteballer i systemet.

Det har vært mye forskning på hvordan gammel kunnskap kan avlæres og ny kunnskap vinne fram både på politisk, administrativt og direkte til behandlere. En av de mest effektive måtene å endre dagens praksis er at pasienter og pårørende etterspør den beste behandlingen. Om brukerorganisasjonene kan påvirke det politiske og administrative nivået og pasienter og pårørende behandlere i konsultasjonen, vil det ha store ringvirkninger for endring og også være en effektiv måte å få fram behovene i psykisk helsevern.

Forebygging nytter

Også innenfor forebygging av psykiske lidelser er det funnet fram til virksomme strategier som er prøvd ut i utallige forsøk. Det er derfor tid for å gå fra forsøk til fullskala handling. Den gode nyheten er at det som er sunt for kroppen også ser ut til å ha god innvirkning på psyken. Derfor er et variert kosthold, mosjon, frisk luft, god søvnhygiene og et stabilt familie- og sosialt liv viktige ingredienser for forebygging av psykisk sykdom på linje med kroppslig.

Det litt mer spesielle med psykiske plager og ruslidelser er at grunnlaget for en sunn utvikling legges tidlig i livet. Det er derfor behov for å starte med foreldrene slik at de blir i stand til å gi barna en sikker tilknytning tidlig i livet. Det bør inngå som et ledd i all

informasjon og opplæring av foreldre helt fra svangerskapskurs til tidlige møter med helsestasjonen.

For ungdom som kommer skjevt ut er det viktig at disse fanges opp tidlig. Nedbygging av helsesøstertjenesten i skolen er ikke noen vintersak med tanke på å sekundærforebygge skadelig utvikling. Vi har også etter hvert god dokumentasjon på at, som for alle kroppslige sykdommer, det å komme tidlig til undersøkelse er viktig for senere prognose. Det må derfor mer opplysning til både ungdom og fagfolk knyttet til hvilke symptomer som kan indikere mulig risiko for utvikling av sykdom.

Et eksempel på hva som kan spares er hentet fra en studie av barn med atferdsproblemer som ble fulgt til de var 28 år. Samfunnets kostnader til gruppen med atferdsproblemer var 70 000 pund sammenliknet med 7400 pund for de uten. De høyeste kostnadene var knyttet til kriminalitet, fulgt av økte ressurser til opplæring, foster og annen plassering utenfor hjemmet, trygdeutbetalinger og til slutt helsekostnader. Det betyr at forebygging av atferdsproblemer hos barn vil kunne spare samfunnet for cirka 63 000 pund eller 630 000 kroner. Om bare 100 tilfeller kan forebygges hvert år, er den samla gevinsten på 63 millioner kroner (5).

Potensialet er stort for at alle med psykiske vansker skal kunne få et bedre liv, og at det er mulig å forebygge utvikling av psykiske lidelser. Den gode nyheten for Sigbjørn Johnsen og andre politikere med sans for økonomiske kalkyler er at å satse på en psykisk frisk befolkning er økonomisk lønnsomt i tillegg til alle andre goder det fører med seg. ■■■

LITTERATUR

1. World Health Organisation. Global Burden of Disease: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/
2. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy group. How mental health loses out in the NSH. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/cepsp26.pdf>
3. Moussavi, S., S. Chatterji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel and B. Ustun (2007). «Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet 370(9590): 851-858.
4. Clark, D., S. Pilling and D. Richards. (2007). The effectiveness of psychological therapy. http://cep.lse.ac.uk/_new/research/wellbeing/default.asp
5. Scott, S., M. Knapp, J. Henderson and B. Maughan (2001). «Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood.» British Medical Journal 323(28th July): 1-5.



Ragnhild Ese, kommunepsykolog i Molde kommune.

Lavterskel = mindreverdige?

Som kommunepsykolog opplever jeg at tilbudet vårt blir undervurdert fordi det kalles et lavterskeltilbud.

Lmøte med fagfolk som leger, helsesøstre og andre psykologer opplever jeg stadig å bli spurt om jeg jobber med behandling, eller om jeg driver rådgiving og systemarbeid. Mange forventer ikke at jeg som kommunepsykolog i et lavterskeltilbud behandler omfattende psykiske problemer.

Min erfaring er at begrepet «lavterskeltilbud» gir folk assosiasjoner ikke bare om tjenestens tilgjengelighet, men også om en mindreverdig tjeneste. Jeg kan oppleve mangel på anerkjennelse av at håndtering av mindre omfattende psykologiske problemstillinger også krever spesifikk psykologisk metodekompetanse. Det virker også ukjent for mange at jeg er underlagt samme lovverk og forpliktelser som psykologer som jobber andre steder enn i lavterskeltilbud.

Fordi innholdet i kommunepsykologenes lavterskeltilbud i liten grad er gjort kjent, opplever jeg ofte forvirring om hva samarbeidspartnerne våre tenker vi skal gjøre. Distriktspsykiatriske sentre forventer ofte at vi som kommunepsykologer burde behandle flere av de brukerne de får henvist fra fastlegene. I samarbeid med helsesøstre kan jeg oppleve det motsatte: At de som henvises oss heller burde fått behandling ved Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).

«Lavterskeltilbud gir folk assosiasjoner om en mindreverdig tjeneste.»

Dette er noen eksempler på de utfordringene som oppstår når det bygges opp lavterskel kommunepsykologtjenester uten å si noe om at lavterskelbegrepet kan ha flere betydninger. I mitt arbeid jobber jeg tett sammen med helsesøstre. De jobber ofte forebyggende. Lavterskeltilbud blir for dem forebyggende tiltak rettet mot å unngå at ulike vansker oppstår i befolkningen. Tilbudene skal blant annet gis til grupper som lever på en slik måte at de står i fare for å utvikle ulike vansker, for eksempel de som faller ut av skolegang.

Mange fastleger ser annerledes på det. De som oppsøker fastlege har i utgangspunktet et problem som de ønsker hjelp til. Hvis legen tar kontakt med kommunepsykologen, ligger det en konkret forventning om hjelp til å løse utfordringer og hindre at eksisterende utfordringer blir større. For fastlegen er et lavterskeltilbud et behandlingstilbud rettet mot et problem som allerede har oppstått.

Helsedirektoratet sier om lavterskeltilbud at dette er tilbud som

skal være tilgjengelig for grupper som har store utfordringer med å oppsøke hjelpeapparatet og på den måten ikke får den hjelpen de trenger. Lavterskeltilbud betyr i denne sammenheng aktivitet med så lave krav til deltakelse at alle skal kunne mestre det.

Jeg er også kjent med at det er opprettet lavterskeltilbud i akuttpost i spesialisthelsetjenesten. Begrepet benyttes altså på alle nivåer, og tilbudene er rettet mot flere ulike målgrupper. Personlig liker jeg best begrepet brukt i sammenheng med forebyggende tjenester slik helsesøstertjenesten bruker det.

I et tilbud som skal nå ut til hele befolkningen høres det riktig ut med lavterskeltilbud. I forbindelse med kommunepsykologtjenesten blir begrepet etter min oppfatning for lite tydelig og oppfattes forskjellig alt etter hvilket ståsted man har. Noen av de samme utfordringene ser en også knyttet til begrepet «psykisk helsearbeid». Innen fagmiljøene er det mange som ikke skiller det fra begrepet psykiatri. Jeg tenker at det i dag er nok kunnskap om at både medisinske og sosiale faktorer påvirker helse. For meg er begrepet psykisk helse tilstrekkelig. Det setter helsetilstanden i sentrum i stedet for å angi arbeidsform først. En kan så lete etter det perspektivet som gir størst nytte for den enkelte.

Som vi ser reflekterer forskjellen i navn også forskjeller i verdi grunnlag. På samme måte som mange som jobber i spesialisthelsetjenesten vil argumentere for at de ikke jobber ut ifra en sykdomsmodell alene, vil mange kommunalt ansatte ikke være så nøye med hva de legger i begrepet psykisk helsearbeid. Det er ikke gitt at rådhus, sentralbord, samarbeidspartnere og tjenesten selv konsekvent bruker psykisk helsearbeid framfor psykiatri.

For å møte de utfordringer jeg i dag opplever knyttet til begrepet lavterskeltilbud som beskrivelse av kommunepsykologtjenesten, ønsker jeg en mer presis benevnelse av tilbudet velkommen. Jeg opplever det unaturlig å skille ut en yrkesgruppe og gi den tjenesten et eget navn. Psykologer jobber tverrfaglig og inngår derfor i en psykisk helsetjeneste på linje med andre.

Jeg tror heller ikke det er viktig i navnet på helsetjenester å si om de har lav eller høy terskel. For den som skal benytte seg av tjenesten er det tilgangen og kvaliteten som teller. For samarbeidspartner er det viktig å kjenne målgruppe og tilgjengelighet av et tjenestetilbud. Kommunal psykisk helsetjeneste viser til et nivå i hjelpeapparatet og at det handler om faktorer innen psykisk helse. Ettersom vi jobber tverrfaglig, kan vi godt også ha felles benevnelse på tjenesten vi yter. ■■■

Sykepleien øker!

100 000
medlem-
mer



UTGIVELSESPLAN

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	9. januar	17. januar
2	Sykepleien	30. januar	7. februar
3	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	20. februar	28. februar
4	Sykepleien Annonsetest	13. mars	21. mars
5	Sykepleien	10. april	18. april
6	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	30. april	9. mai
7	Sykepleien	22. mai	30. mai
8	Sykepleien	12. juni	20. juni
9	Sykepleien	7. august	15. august
10	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	28. august	5. september
11	Sykepleien	18. september	26. september
12	Sykepleien	9. oktober	17. oktober
13	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	30. oktober	7. november
14	Sykepleien	27. november	5. desember

ANNONSEPRISER/FORMATER

Format	4-farger	Sort	Høydeformat	Breddeformat	Satsspeil	Utfallende inkl 5 mm skjærekant
Helside	33 000	25 600			210 x 275	240 x 307
2/3 side	24 300	17 700	138 x 275	210 x 182		
1/2 side høyde	19 900	15 400			102,5 x 275	122,5 x 307
1/2 side bredde	19 900	15 400		230 x 146	210 x 135	240 x 156
1/3 side	14 700	9 700	67 x 275	210 x 88		
1/4 side	12 900	9 300	102,5 x 135	210 x 65		
1/8 side	9 300	4 700		102,5 x 65		
2. omslag	36 000	28 200	lik helsidemål			
3. omslag	35 000	27 000	lik helsidemål			
Bakside	37 000	29 400	230 x 237			240 x 247
2/1 side	53 600	46 000			440 x 275	470 x 307

Målene er i mm i bredde x høyde

Medieplan 2013

En annonse i Sykepleien gir 218.000 eksponeringer (GEP som står for det antall en side i snitt genererer.

Kilde: Ukepresse-undersøkelsen/
TNS Gallup

Bekreftet opplag:
94 663 eksemplarer!

Prøv oss på nett!

Nå følger våre nettsider opp bladets suksess! Sykepleien.no har over 160 000 sidevisninger i måneden, og dette øker.

Velg mellom 3 formater:

- 180 x 500 pixler: 3 300,- per uke
- 180 x 300 pixler: 2 900,- per uke
- 468 x 200 pixler: 5 000,- per uke

Bilag er effektivt!

Kontakt Lise for et tilbud.

Bladformat: 230 x 297

Satsspeil: 210 x 275

Kontakt oss!

Ta kontakt for informasjon om målgruppen, eller bestilling av annonse plass.

Maud P. Kaino
Produktannonser
Maud.kaino@sykepleien.no
Tlf 97 74 2120



Lise Dyrkoren
Bilag/produktannonser
lise.dyrkoren@sykepleien.no
Tlf 99 50 40 05



Ingunn Roald
Markedssjef
Ingunn.roald@sykepleien.no
Tlf 91 60 38 12



Sykepleien

Sykepleiernes særaldersgrense

Må jeg si opp når jeg fyller 65 år? Advokat **Marit Gjerdalen** i NSF's forhandlingsavdeling svarer.

? Er det slik at jeg plikter å si opp min stilling ved fylte 65 år? Har jeg mulighet til å stå lengre, eller er det bare mulig hvis arbeidsgiver gir samtykke?

Slik det ser ut nå får jeg 30 års opptjening, men det er ikke 30 år i full stilling, så det blir ca 90 prosent av 66 prosent av sluttlønn.

§ Svar: Når du har særaldersgrense på 65 år innebærer dette som hovedregel en plikt til å fratre når aldersgrensen nås. Mulighet for å arbeide ut over aldersgrensen forutsetter enighet med arbeidsgiver eller at bestemmelsene i Hovedtariffavtalens kap 2, pkt 2.4 er oppfylt. Denne bestemmelsen er aktuell for sykepleiere som ikke har opptjent fulle pensjonsrettigheter. Da kan man kreve å jobbe til 67 år. Med fulle pensjonsrettigheter i denne sammenheng siktes det til full opptjening i form av opptjeningsår. Full opptjening i pensjonsordningen er 30 år. Deltid kan ikke påberopes i forhold til dette punkt selv om deltid også bidrar til å redusere pensjonsopptjeningen – men altså ikke i forhold til antall år.

Arbeidsmiljølovens § 15-13 a har bestemmelser om fremgangsmåten for arbeidsgiver når arbeidsforhold skal avvikles på grunn av aldersgrense. Arbeidstaker har krav på skriftlig varsel om tidspunktet for fratreden og den ansatte kan tidligst pålegges å fratre 6 måneder etter den første dag i måneden etter at varselet er kommet frem til arbeidstaker. Før arbeidsgiver sender slikt varsel til arbeidstaker, skal arbeidstaker innkalles til en samtale – med mindre

arbeidstaker ikke ønsker dette. I en slik samtale er det naturlig å fremsette et ønske eller krav om å fortsette å jobbe ut over aldersgrensen.

? **Ekstra ferieuke**
Jeg er 62 år og har en uke ekstra ferie. Kan jeg selv bestemme når jeg vil ta denne uken? Det jeg lurer på er om jeg kan ta den i forbindelse med påske/mai-pinse/eller juleturnus?

§ Svar: Ferielovens § 5 sier at den som fyller 60 år i løpet av ferieåret, skal gis ekstraferie på 6 virkedager. Deles ekstraferien, kan du bare kreve å få fri så mange dager som du normalt arbeider i løpet av en uke.

Ferielovens § 6 sier at arbeidstaker over 60 år bestemmer selv tiden for avvikling av ekstraferien med mindre annet er avtalt. Ekstraferien kan tas samlet eller med en eller flere dager om gangen. Arbeidstaker over 60 år skal gi arbeidsgiver minst 2 ukers varsel før avvikling av ekstraferie. Dette er et unntak fra ferielovens øvrige bestemmelser som gir arbeidsgiver styringsrett over når ferien skal avvikles etter drøfting med de tillitsvalgte. Da har den enkelte krav på varsling minst 2 måneder før ferien tas.

? **Spørsmål om familieplanlegging i jobbintervju?**
Jeg søkte på en stilling gjennom et bemanningsbyrå og ble kalt inn til intervju. På intervjuet ble jeg spurt om jeg hadde planer om å få barn snart. Han som intervjuet meg, for-

talte at en tidligere ansatt kvinne i den aktuelle stillingen ikke hadde taklet kombinasjonen med jobben og situasjon som mor. Jeg ble også spurt om jeg var en typisk «jentejente» eller en «guttejente», og det var her tydelig at det ville være en fordel om jeg var en «guttejente» eller kanskje aller helst mann. Jeg fikk beskjed senere om at stillingen var besatt av en annen søker. Hva kan jeg gjøre med dette?

Svar: Arbeidsgiver kan ikke spørre om eventuell graviditet eller om du har planer om å få barn i et jobbintervju, jf. likestillingsloven § 4 tredje ledd. Formålet med denne bestemmelsen er nettopp at en skal unngå det du har opplevd.

Slik du fremstiller denne saken, virker det også som at arbeidsgiver i utgangspunktet ønsket en mann til denne stillingen. Det vil som en klar hovedregel være i strid med likestillingsloven § 3, som forbyr forskjellsbehandling av kvinner og menn. Det er kun tillatt å vektlegge kjønn i en ansettelsesprosess helt unntaksvis, der behovet for dette er åpenbart.

Dersom du ønsker det, kan ombudet vurdere om du har blitt diskriminert da du ikke fikk denne stillingen. Ombudet kan også vurdere om du har blitt diskriminert ved at arbeidsgiver stilte spørsmål om graviditet/familieplanlegging under intervjuet, ettersom dette i seg selv er ulovlig. Da må du sende oss en skriftlig klage. Vi oppfordrer deg til å be fagforeningen din om å bistå deg i klagesaken.

(Kilde: Likestillings- og diskrimineringsombudet).

Passer på paragrafene:





sykepleien.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til følgende stilling:

Sykepleier, Rehabiliteringsklinikken

Fast stilling og vikariat ved Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk avdeling.

Kontakt: Arne Wilhelmsen, tlf. 948 78 185 / 77 62 80 43 eller Birgit Helene Henriksen, tlf. 941 49 080 / 77 66 97 29.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU



Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

OPERASJONSSYKEPLEIERE

AIO operasjon, Bærum sykehus

Referansnr. 1803883319 Søknadsfrist: 04.07.2013

4 x 100 % stillinger ved operasjonsavdelinga fra 02.09.13. Tredelt turnus med jobb hver 4. helg. Vi har flere fagfelt i avdelingen, så det er en allsidig jobb. Uro, gastro, orto, og gyn. Ta kontakt for nærmere informasjon om stillingen.

Kontaktinfo: Nanna Strengenhagen, ass. avd.spl., tlf. 67 80 93 31 eller Trude Rosvold, avd.spl., tlf. 67 80 96 40.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg

Kirurgisk klinikk søker

SPESIALSYKEPLEIER OPERASJON

Operasjonsavdelingen har ledig vikariat for operasjonssykepleier.

Kontaktpersoner: Turid Petlund tlf. 23 22 64 19, eller Marit G. Johnsen tlf. 23 22 57 70.

Søk via www.LDS.no, innen 11.08.2013, referansenummer 2013-079.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Geriatrisk Sengepost

Spesialsykepleiere og sykepleiere

- Faste stillinger og vikariater (100 %).

Geriatrien i UNN er i stadig utvikling og vi står overfor spennende oppgaver i fremtiden.

Kontakt: Seksjonssykepleier Inger-Lise Høgtun, tlf. 77 62 68 82.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



franz.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til følgende stillinger:

Sykepleier/vernepleier

Vi søker motiverte og engasjerte medarbeidere til følgende stillinger: Sykepleier/vernepleier til faste stillinger og vikariater.

For nærmere info om stillingene er du velkommen å kontakte Beathe Fridfeldt, tlf. 76 96 89 30 / 911 35 182.

Refnr: 1776672135/1773766920

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



franz.no



Intensiv, Hamar – Hamar

Spesialsykepleier/sykepleier

Det er ledig 2x100 % fast stilling, fra dags dato. (Ref.nr. 1798990869)

Kontakt: Beate Vik, tlf. 62 53 71 85 / 906 70 815.

Søknadsfrist: 03.07.2013

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

HELSE SØR-ØST

franz.no



MHH
1936

Martina Hansens Hospital

Martina Hansens Hospital er et ortopedisk, revmatologisk og revmakirurgisk sykehus.

SYKEPLEIER TIL INNTAKSKONTORET, 100 % STILLING

Vi søker etter engasjert medarbeider som vil være med å ivareta og videreutvikle et høyt faglig og godt arbeidsmiljø. Inntaket er en svært viktig faktor for operasjonsaktiviteten ved hospitalet.

Kvalifikasjoner:

- Spesialutdannelse innen fagfeltet operasjon
- Klinisk erfaring innen kirurgisk sykepleie
- Tidligere erfaring fra inntaksenhet vil være en fordel

Vi vektlegger evne til å:

- Jobbe selvstendig og strukturert
- Kommunisere og samarbeide godt på tvers av yrkesgrupper
- Arbeide i team
- Arbeide konstruktivt med pasienter

Arbeidsoppgaver:

- Planlegging av inntak av pasienter til ortopedisk og revmatologisk avdeling og tilrettelegging av operasjonsvirksomheten, inklusivt dagkirurgi.
- Arbeidet medfører tett samarbeid med kirurger, operasjonsavdelingen, sengeavdelinger og mye telefonkontakt med pasienter.

Martina Hansens Hospital ønsker å være et førstevalg for pasienter og ansatte.

Nærmere opplysninger om stillingen fås hos sjefsykepleier/personaldirektør, tlf. 67 52 17 10.

Søknad sendes: Personaldirektør, Martina Hansens Hospital, postboks 23, 1306 Bærum Postterminal. www.mhh.no



MHH
1936

Martina Hansens Hospital

Martina Hansens Hospital er et ortopedisk, revmatologisk og revmakirurgisk sykehus.

Vi søker etter engasjert medarbeider som vil være med å ivareta og videreutvikle et høyt faglig og godt arbeidsmiljø.

NATTSYKEPLEIER 50 % STILLING, VED SENGEAVDELING

Vi kan tilby:

- Utfordrende arbeidsoppgaver i et krevende og høykompetent miljø med stort engasjement og arbeids glede.
- Introduksjonsprogram m/kontaktsykepleier
- Pensjonsordning i KLP
- Fri gruppe- og ulykkesforsikring
- Velferdstilbud for alle ansatte
- Personalbarnehage
- Subsidierte boliger

Vi vektlegger gode samarbeidsevner i et tverrfaglig miljø.

Martina Hansens Hospital ønsker å være et førstevalg for pasienter og ansatte.

Nærmere opplysninger om stillingen fås hos sjefsykepleier/personaldirektør, tlf. 67 52 17 10.

Søknad sendes: Personaldirektør, Martina Hansens Hospital, postboks 23, 1306 Bærum Postterminal. www.mhh.no



Gáivuona suohkan
Kåfjord kommune
 – kulturkommunen i Troms

Kåfjord kommune har ca 2.200 innbyggere, ligger ved siden av Lyngsalpene og ca to timer fra Tromsø. Kåfjord Helsecenter har sykehjem, kontor hjemmebasert omsorg, legekantor, fysikalsk behandling, helsesøster og behandlingsbasseng i samme bygg, lokalisert i Birtavarre. Kommunen har gunstige vilkår for skatt, nedbetaling av studielån m.v.

Uante muligheter – også kor mange – JOBB TIL AKKURAT DEG:

RUSKONSULENT/PYSKIATRISK SYKEPLEIER

i fast stilling ved hjemmebasert omsorg. Gjerne med videreutdanning eller erfaring innen psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie.

For fullstendig utlysningstekst, se www.kafjord.kommune.no eller kontakt Helse- og omsorgssjef Kristian Eldnes på mobil tlf 90916121.

Du kan søke elektronisk med søknad og CV.

Søknadsfrist 01.07.13

Rådmannen

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Barne- og ungdomsklinikken

Seksjon for medisin

Spesialsykepleier

Ledig 100 % fast stilling som spesialsykepleier med funksjon som 50 % kontaktsykepleier for barn og ungdom med sammensatte lidelser og 50 % stilling i turnus, 35,5 t. pr. uke. Stillingen er nyopprettet.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til avdelingssykepleier Ann Kristin Strømsnes, tlf. 72 57 37 61.

Søknadsfrist: 4. august 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.



frantiz.no



Intensivsykepleiere

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Thoraxkirurgisk avd., Intensiv

5 faste stillinger og 3 vikariater med mulighet for forlengelse. Tiltredelse ønskes snarest, eventuelt etter avtale.

Kontaktinfo: Ildri Myrseth, seksjonsleder, tlf. 23 07 28 55 / 23 07 28 52.

Ref. TKAI/06/2013

Søknadsfrist: 07.07.2013

frantiz.no

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.





Båtsfjord kommune

- kommunen der du vil trives!

www.batsfjord.kommune.no

Kreftsykepleier

Båtsfjord kommune har ledig pr. omgående en nyopprettet 50 % stilling som kreftsykepleier. Kreftsykepleier / kreftkoordinator vil være underlagt seksjon for åpen omsorg.

Kontakt: Pleie-, rehabilitering og omsorgsleder Rita Nilsen, tlf. 78 98 54 40 Epost: rita.nilsen@batsfjord.kommune.no
Seksjonsleder åpen omsorg Hege A. Nilsen, tlf. 78 98 54 00 Epost: hege.anita.nilsen@batsfjord.kommune.no

Søknad med CV sendes elektronisk via www.jobbnorge.no - her finnes også fullstendig annonsetekst.

Søknadsfrist: 30.06.2012

jobbnorge.no

Klinikk Hausken

OFFENTLIG GODKJENT SYKEPLEIER

Klinikk Hausken avd. Bergen

Vi søker etter offentlig godkjent sykepleier med minimum 2 års erfaring til vår IVF avdeling i Bergen.

Du må kunne jobbe selvstending i en travel hverdag.

Mer informasjon angående stillingen får du ved å ringe tlf.nr.: 52702172 eller 52702179 (mellom 09.00 – 15.00)

CV med referanser sendes til Klinikk Hausken, PB 4113, 5506 Haugesund.

Søknadsfrist 7. juli 2013

FERIEVIKARER OG EKSTRAHJELPERE

Tåsenhjemmet

Tåsenhjemmet sykehjem er et riktig sted for deg som vil lære å bygge opp sin kompetanse og erfaring gjennom ulike allmenmedisinske metoder i eldreomsorgen. Det kan være en god start for å styrke og videreutvikle din faglige kompetanse.

Kontakt oss på tlf 23 43 57 00.



AVDELINGSSYKEPLEIER

I hjemmetjenesten har vi ledig 100 % fast stilling som avdelingssykepleier.

Kontaktperson: Eirunn Bjørkheim, tlf. 906 04 645.

Elektronisk søknad sendes via: www.nord-aurdal.kommune.no - ledig stilling. Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

Søknadsfrist 4.juli 2013

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene

Statens helsetilsyn har det overordna ansvaret for tilsynet med og klager som gjeld sosiale tenester i Nav, barneverns-, helse- og omsorgstenester, og har tilsyn med helsepersonell og verksemdar i helse- og omsorgstenestene. Statens helsetilsyn styrer tilsyn og klagehandsaming som blir utført av Fylkesmannen. Statens helsetilsyn skal utvikle tilsynsverksemda, drive jamleg kompetanseoppbygging og medverke til at erfaringar frå tilsyn blir tilgjengelege for dei politiske oppdragsgjevarane, for dei som har ansvar for tenestene og personellet der, for brukarar av tenestene og for befolkninga.

Statens helsetilsyn har eit sterkt og aktivt fagmiljø, med helsefagleg, barnevernsfagleg, sosialfagleg, juridisk og samfunnsfagleg kompetanse.

Ledige leiarstillingar

Statens helsetilsyn har ledig fire leiarstillingar:

- Avdelingsdirektør for barnevern og sosiale tenester i Nav
- Avdelingsdirektør for kommunale helse- og omsorgstenester
- Avdelingsdirektør for undersøking i spesialisthelsetenester
- Juridisk direktør

For fullstendig utlysning, sjå <http://www.helsetilsynet.no> (Ledige stillingar).

Søknadsfrist: 10. juli 2013



Jobber du med rekruttering?

Velg mediet som når alle!

Rekruttering er viktig. Personen som ansettes skal fungere både faglig og samarbeidsmessig. Trenger du sykepleiere er det lurt å velge mediet som når alle, og som også de passive leser. På den måten har du gjort ditt for å få et godt resultat.

Velg mellom kombinasjonsproduktet blad og nett eller kun nett. Lever gjerne annonsen i god tid, så får din annonse ekstra lang utlysningstid på nett. Fordi vi daglig legger ut på nettet.

Vi har søkergaranti og konkurransedyktige priser. Så har du stillingsannonser – bruk Sykepleien.

Kontakt Ingunn Roald.
E-post: Ingunn.roald@sykepleien.no
Tlf: 22 04 33 70

Sykepleien

Sykepleiere søkes til Norge – til en veldig attraktiv lønn

**Kirurgiske sykepleiere
Medisinske sykepleiere
Anestesisykepleiere
Dialysesykepleiere
Intensivsykepleiere
Neonatalsykepleiere
Kreftsykepleiere
Operasjonssykepleiere
Jordmødre**

Vi er din partner, vi betaler
og arrangerer alt som har med
din reise, logi og vaktplan.

Telefon: **(+45) 45 540 540**
Mail: rekruttering@powercare.dk

Søknad kan utfylles på
vår hjemmeside:
www.powercare.dk

POWERCARE A/S
Sønderhøj 16
DK-8260 Viby J
Tlf.: (+45) 45 540 540

POWERCARE A/S agerer i store
deler av verden - med primært fokus
på det skandinaviske marked
samt Mellom Østen og Australia.



MEDIC STAFF BY
POWERCARE®

SYKEPLEIERE 3 X 100 % FAST STILLING Tåsenhjemmet

Tåsenhjemmet sykehjem er et riktig sted for deg som vil lære å bygge opp sin kompetanse og erfaring gjennom ulike allmenmedisinske metoder i eldreomsorgen. Det kan være en god start for å styrke og videreutvikle din faglige kompetanse.

Vi tilbyr:

- Jobb innenfor et viktig samfunnsmessig område
- Helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø
- Utfordrende arbeidsoppgaver, høyt faglig nivå og flotte kolleger

Nyutdannede sykepleiere oppfordres til å søke!

Se hele utlysningsteksten og søk på stillingen på sykepleien.no
Søknadsfrist er 28.06.13



Intensiv, Hamar – Hamar
Spesialsykepleier/sykepleier
Det er ledig 75 % fast stilling, fra dags dato. (Ref.nr. 1799027586)

Kontakt: Beate Vik, tlf. 62 53 71 85 / 906 70 815.

Søknadsfrist: 03.07.2013

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no
for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

HELSE  SØR-ØST



Tjøme kommune

Tjøme er en øykommune, og ligger ytterst i Oslofjorden. Med flotte rekreasjonsområder, naturstier, friluftsområder, skog, glattskurte svaberg og fine strender er Tjøme et fascinerende sted å bo.

Tjøme sykehjem - Sykepleier lønn 405.100 direkte plassert

50% FAST STILLING

Saksnr 2013000914

Stillingen er ledig august 2013, men ta kontakt.

Hovedarbeidsoppgaver for stillingen:

Stillingen er en fast ansettelse fra 22.07.2013 men det kan være muligheter for sommervakter før denne tiden. Stillingen er knyttet til avdeling C, en avdeling for pasienter med behov for rehabilitering og generell pleie. Stillingen kan fint økes med ekstra vakter, da vi stadig har behov for økt kompetanse. Det er 9 pasienter i denne avdeling. Turnusarbeid dag / kveld med hver tredje helg. Vi trenger deg med stort engasjement for faglige utfordringer og handlekraft til å styrke avdelingen hvor pasientene alltid er i fokus!

Kvalifikasjoner for stillingen:

- Søker må ha godkjent autorisasjon som sykepleier.
- Det er ønskelig med spesialutdanning innen demens.
- Datakunnskap er en forutsetning.
- Norsk muntlig og skriftlig er en forutsetning.
- Personlig egnethet.
- At du er selvstendig, besluttsom og handlekraftig.
- At du har evne til å samarbeide, er positiv og arbeidsglad.

Lønnsvilkår:

405.100 i 100 % stilling direkte plassert.

Tjøme kommune kan tilby:

- Varierte og utfordrende arbeidsoppgaver i et godt faglig miljø.
- En dynamisk arbeidsplass i omstilling og utvikling.
- Uformelt og trivelig arbeidsmiljø.
- Interne og eksterne kurs.
- Fleksibel arbeidstid og medlemskap i KLP.

Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse:

Høisæther, Sissel Irene tlf: 33 06 79 02,
e-post: sho@tjome.kommune.no.

Tjøme kommune har elektronisk søknadsskjema for stilling ledig, og vi oppfordrer våre søkere til å søke ledige stillinger hos oss elektronisk. Du må benytte 13/914 som referanse i feltet «Arkivsaknummer» og Sykepleier 50% fast stilling i feltet «Stillingstype» når du søker.

Har du problemer/ikke mulighet til å sende elektronisk søknad, vil service-torget kunne hjelpe deg. Vennligst ring tlf. 33 06 78 00.

Søknadsfrist: 3 uker etter publisering



Tjøme kommune

Tjøme er en øykommune, og ligger ytterst i Oslofjorden. Med flotte rekreasjonsområder, naturstier, friluftsområder, skog, glattskurte svaberg og fine strender er Tjøme et fascinerende sted å bo.

Tjøme sykehjem - Sykepleier lønn 405.100 direkte plassert

65,7% FAST ANSETTELSE

2013000441

Stillingen er ledig august 2013!

Hovedarbeidsoppgaver for stillingen:

- Sykepleier på natt i team med hjelpepleier.
- Sykepleiefaglig ansvarlig for sykehjemets 33 pasienter.
- Sykehjemmet yter sykepleie på et høyt faglig nivå.
- Nye og spennende utfordringer etter Samhandlingsreformen.
- En dynamisk arbeidsplass i omstilling og utvikling som fordrer:
Interne og eksterne kurs

14 nattevakter på 6 uker og arbeide hver 3 helg

Kvalifikasjoner for stillingen:

- Autorisasjon som sykepleier.
- Datakunnskap er en forutsetning.
- Norsk muntlig og skriftlig er en forutsetning.
- Personlig egnethet.
- Du må være fleksibel, engasjert og motivert.

Lønnsvilkår:

Lønn direkte plassert 405.100 kr.

Tjøme kommune kan tilby:

- Varierte og utfordrende arbeidsoppgaver i et godt faglig miljø.
- Uformelt og trivelig arbeidsmiljø.
- Fleksibel arbeidstid og medlemskap i KLP.

Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse:

Høisæther, Sissel Irene tlf: 33 06 79 02,
e-post: sho@tjome.kommune.no.

Tjøme kommune har elektronisk søknadsskjema for stilling ledig, og vi oppfordrer våre søkere til å søke ledige stillinger hos oss elektronisk. Du må benytte 13/914 som referanse i feltet «Arkivsaknummer» og Sykepleier 50% fast stilling i feltet «Stillingstype» når du søker.

Har du problemer/ikke mulighet til å sende elektronisk søknad, vil service-torget kunne hjelpe deg. Vennligst ring tlf. 33 06 78 00.

Søknadsfrist: 3 uker etter publisering



**Landstinget
DALARNA**

**Bild- och funktionsmedicin
söker
Röntgensjuksköterskor
till Röntgenkliniken Falu lasarett**

Heltid tillsvidareanställning

Upplysningar:
Platschef Marie Pettersson +46(0)23 492780

Sista ansökningsdag 2013-08-31

**Läs mer om tjänsten och sök via
www.offentligajobb.se**



AKUTTDAGENE 2013 holdes på Quality Hotel Panorama, Trondheim 16.-17. oktober.

Konferansen er rettet mot personer som jobber innenfor det akuttmedisinske feltet som akuttmottak, ambulanse, AMK eller legevakter, eller har interesse innenfor området.

Vi har flere interessante temaer å tilby. Bl.a. "Abdominal Aorta-Aneurismer": hvordan å gjenkjenne en pasient med aortaneurysme i ambulanse og hva bør gjøres? Og "Prehospital Fødsler": førstehjelp ved "fødsel i bilen" med mange tips og mulighet til praktisk simulering. Hvordan håndtere konflikter i forhold til psykisk syke og utagerende? "Motivasjon" av Nils Arne Eggen. HjerTESTans hos unge, Medisinsk Best, Hypotermi, Anafylaxi.

Til ledere og fagutviklingssykepleiere har vi bl.a. en interessant ledersesjon med temaet: "Fagutvikling på arbeidsplassen"

Se www.nlas.no for mer utfyllende fagprogram, samt sosialt program. Priser for konferansen og overnatting finner dere også der. Redusert pris for medlemmer av NLAS.

Håper vi ses i Trondheim!



STEIGEN KOMMUNE
Kyst som gir lyst

Bogruppeledere

Så du «Oppdrag Nord-Norge» på NRK?
Da vet du litt mer om Steigen!

Vi har spennende lederstillinger i pleie- og omsorg.
For fullstendig annonse og elektronisk søknadsskjema se www.jobbnorge.no

Jobbnorge.no

Medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BODØ
TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

mediyoga.com +46 85 40 882 80



Bowen Akademiet

Bowen Teknikken balanserer kroppens muskel- og skjelettsystem, samt stimulerer blod- og lymfesirkulasjonen. Gir raske resultater for kroniske og akutte lidelser.

Teknikken er skånsom både for klient og terapeut.

Det ultimate innen manuell helhetsterapi.

Tel. 922 10 451, www.bowen-akademiet.no
e-post: vibek@bowen-virker.no



22. OUS-SYMPOSIUM (tidligere Ullevål symposium)

7. og 8. november 2013

Endokrinologi og diabetes. Fra forskning til praktisk medisin.

Kursarrangør ved Oslo universitetssykehus: Avd. for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, Barnemedisinsk avdeling og Avdeling for medisinsk biokjemi (faglig ansvar), Stab forskning, innovasjon og utdanning/Stab medisin, helsefag og utvikling Oslo universitetssykehus (teknisk arrangør).

Symposiet er godkjent av: Norsk sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med 15 timer. I tillegg er kurset godkjent av Den norske legeforening.

Målgruppe: Sykepleiere, Allmennpraktikere, leger under utdanning og medisinske spesialister og andre med interesse for temaet.

Læringsmål: Gi oppdatert kunnskap om temaene. Foredragene vil søke å gi praktisk relevant informasjon, men også å presentere relevant ny forskning og belyse kontroverser innen feltet.

Program: www.oslo-universitetssykehus.no/ullevalsymposiet

Påmelding til: symposium@ous-hf.no

Deltakeravgift: kr.1.500

Påmeldingsfrist: 24. oktober 2013

Sted: Oslo universitetssykehus, Ullevål, Bygg 6, Kirkeveien 166, 0407 OSLO



Det medisinske fakultet

Videreutdanning i ultralyddiagnostikk for jordmødre

UL6000

Ultralydutdanningen er et modulbasert ettårig heltidsstudium som gir 60 studiepoeng.

Det undervises i obstetrisk ultralyddiagnostikk og praktisk utførelse i faget.

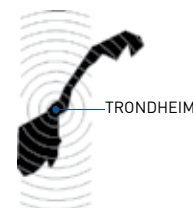
Studietiden er fordelt på utdanningssted og hjemsted, og det forutsettes at studenten prioriteres å kunne jobbe med ultralydundersøkelser i alle periodene studenten har hjemmepraksis.

Søker må være offentlig godkjent jordmor med generell studiekompetanse og inneha minimum 1 års klinisk erfaring som jordmor.

Studiestart:
6. januar 2014

Søknadsfrist:
1. september 2013

Søknadsskjema og ytterligere informasjon finner du på:
www.ntnu.no/lbk/ulstudie
eller ved henvendelse til:
Hilde Viviann Eriksen, tlf. 72 57 49 18
E-post: hilde.v.eriksen@ntnu.no



Nasjonalt senter
for
fostermedisin



WHO Collaborating
Center

NTNU
Det skapende universitet

Kultur

Geriatrici

Mørketids konferanse om Eldre og psykisk helse

Tromsø 28. og 29. november 2013 på Radisson Blu.

Pleie

Psykisk

Faggruppe

Sykepleie

Identitet

Rus

Fag

Eldreølge

Demens

Forskning

Livslykke

Livskvalitet



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



NORSK
SYKEPLEIERER FORBUND



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus



Vi har lansert

Nye nettsider for sykepleierstillinger på sykepleien.no!

Vi har nå lansert nye og bedre nettsider. Nettsidene er godt besøkt og vi ønsket å skape en tydeligere møteplass for sykepleiere som vil vurdere ny jobb, eller rett og slett bare følge med.

Som bruker kan du få varsling på sms eller e-post.

Som annonsør tilbyr vi fremdeles å legge ut jobbene på nettsidene for deg.
-Fordi vi ønsker å være best på service.

Besøk de nye sidene i dag!

Sykepleien



Fordi det er **FORSKJELL!**

Når du bruker rene rekrutteringskanaler, treffer du kun de som er på aktiv jobb jakt. I Sykepleien når du ut til ALLE sykepleiere i Norge, og du får gode og motiverte søkere. Velg mellom blad og nett, eller en kombinasjon.

Det er forskjell på jobbsøkere.

Sykepleien er medlemsbladet til Norsk Sykepleierforbund. Med 234.000 eksponeringer (GEP) når du ut til Norges utdannede sykepleiere og studenter. Les mer på sykepleien.no eller ring **02409**.

Sykepleien



www.hials.no

AUGUST 2013 – JANUAR 2014

ENKELTEMNE PÅ MASTERNIVÅ

Høgskolen i Ålesund tilbyr kompetanseoppbygging via enkeltemne på masternivå henta frå master i avansert klinisk sjukepleie – den kritisk sjuke.

FRA AUGUST 2013 :

Avansert sjukepleie
Avansert sjukepleie – psykisk helsearbeid
Medisinsk perspektiv
Medisinsk perspektiv – psykisk helsearbeid.

Søknadsfrist: **1. august**

FRÅ JANUAR 2014

Samhandling og etikk i pasientforløpet
Valfri fordypning – fagleg skriving og metode

Søknadsfrist: **1. desember**

For meir informasjon: www.hials/enkeltemne



Høgskolen i Ålesund har 2000 studentar og 200 tilsette. Vi er eit sentralt kompetansmiljø i ein region prega av ein sterk industri og eit mangfaldig arbeidsliv.

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness»

– Kurs i Oslo, 2013 - 2014

UTDANNING SOM INSTRUKTØR I OT (3 X 2 DAGER + EGEN DAGLIG TRENING)

Høst 2013: 30 – 31 august, 27 – 28 sept. og 1 – 2 nov.

Vinter 2014: 10 – 11 jan., 14 – 15 febr., 7 – 8 mars

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

INTRODUKSJONSKURS

4 – 5 oktober, 2013

OT: En selvutviklingsmetode gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress) energien på en positiv måte.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., forfatter av flere bøker om OT, utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

For mer informasjon kontakt:

ajkroese@online.no, tel. 90151734 eller www.scat.no



Avdeling for kompleks epilepsi – SSE ønsker velkommen til kurs om:

EPILEPSI OG UTVIKLINGSHEMMING

Sandvika 10. og 11. september 2013

Sted: Avdeling for kompleks epilepsi - SSE, G. F. Henriksensvei 23, 1337 Sandvika.

Målgruppe: Helsepersonell som jobber i habiliterings- pleie- og omsorgstjenesten eller skolehelsetjenesten.
Pris: 2 500,-

Bindende påmelding innen 1. september

Kurset er søkt godkjent av Norsk sykepleieforbund som 12 timer for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie

For mer informasjon eller tilsendelse av program telefon: 67 50 13 27.

Påmelding sendes på e-post:

AKEundervisning@ous-hf.no

Programmet ligger også på:

www.oslo-universitetssykehus.no/sse



VI TILBYR
UTDANNELSE
INNEN HUDPLEIE OG
KOSMETISK DERMATOLOGISK
HUDBEHANDLING

I samarbeid med Høgskolen i Buskerud er vi de eneste som tilbyr utdanning for sykepleiere innen:

- **Hudpleie og dermatologi, 15 studiepoeng**
Grundig basis hudpleieutdanning. Du lærer om hudtyper, stell av hud, diverse hudbehandlinger og om hudproblemer.
- **Kosmetisk dermatologi og hudbehandling, 15 studiepoeng**
Du lærer om injeksjoner og fillers, laser, kjemiske peeling og hud og ernæring. Du får også undervisning i etikk, kroppsbilde og idealer. Vi bruker anerkjente leger og sykepleiere som forelesere.



senzie
akademiet

Mer info finner du på www.senzie.no eller ring tlf: 911 00 799.
Du finner oss på Papirbredden kunnskapspark i Drammen.



Alt av utstyr til helsepersonell
AKTROMMET

UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER

Vi leverer det meste av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner. Besøk www.vaktrommet.no

PENHYGIENIC

Ta en titt på Vaktrommets egenproduserte PenHygienic! Navnskilt og organisator i ett.



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



Lik oss og vær med i trekninger!



INKLUDERT
JULESHOPPING



KINA FRA NORD TIL SØR

ORIENTENS DRONNING SHANGHAI, KEISERBYEN BEIJING
OG SPENNENDE TOGREISE
– MED ALBATROS-REISELEDER, 9 DAGER

Besøk Kinas to største og mest spennende byer.

I Beijing venter store opplevelser: Oppfyll drømmen om å gå på Den kinesiske mur, tre inn i Den forbudte by og stå på Den himmelske freds plass. Hils på Mao i Maos mausoleum. Stå ansikt til ansikt med de hellige Ming-gravene. Og gjør et kupp på de spennende kinesiske markedene. Opplev det ekte Kina på en spennende togreise. Ta pulsen på hypermoderne Shanghai. Speid utover byen fra 88. etasje i Jin Mao-bygningen. Seil på Huangpu-elva og besøk byens gamle fascinerende basar. La deg fortrylle av idylliske kanalbyer.

Informasjon og påmelding

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
info@albatros-travel.no
Vennligst opplys reisekode LR-SYK

EKSTRATUR!

DAGSPROGRAM

- Dag 1 Avreise fra Norge
- Dag 2 Ankomst til Beijing og Himmelens tempel
- Dag 3 Beijing. Den himmelske freds plass, Maos mausoleum, Den forbudte by og Kullhøyden
- Dag 4 Beijing. Cloisonné-fabrikk, Ming-gravene og Den kinesiske mur
- Dag 5 Beijing - Shanghai. Hutong-besøk, Sommerpalasset og hurtigtog til Shanghai
- Dag 6 Shanghai. Jinmao, Yuyan-basaren, The Bund og seilas på Huangpu-elva
- Dag 7 Utflukt til tradisjonell kanalby og akrobatikshow
- Dag 8 Tid på egen hånd og avskjedsmiddag
- Dag 9 Shanghai – Norge

EVENTYRPRIS!

AVREISE 14. NOVEMBER 2013

KUN KR. 12.998,-

Tillegg for enkeltrom: kr. 1.698,-



PRISEN INKLUDERER

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo – Beijing og Shanghai – Oslo med SAS
- Utflukter og entreer ifølge program
- Innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom
- Hurtigtog Beijing – Shanghai
- Helpensjon unntatt lunsj dag 8
- Skatter og avgifter



LANGTIDSFERIE VED LISBOAKYSTEN

VEND RYGGEN TIL DET NORSKE HØSTMØRKET
OG UNN DEG SELV FIRE HERLIGE UKER UNDER
PORTUGALS SOL

– MED ALBATROS REISELEDER, 29 DAGER

**FORLENG SOMMEREN
I HERLIGE PORTUGAL!**

AVREISE 4. NOVEMBER 2013

3. FEBRUAR 2014

KUN KR. 16.998,-

Tillegg for enkeltrom: kr. 5.908,-



Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!

Besøk oss på www.albatros-travel.no

Man-fre 8:30-17:00



Faktisk størrelse:
4cmx2mm

Helsedirektoratet anbefaler mer bruk av
langtidsvirkende prevensjon!¹

En prevensjonsstav i armen kan være løsningen!

Tilby henne langtidsvirkende, østrogenfri og
brukeravhengig prevensjon i opp til 3 år!

Nexplanon må bli fjernet etter 3 år og kan da samtidig bli erstattet av et
nytt Nexplanon implantat, hvis ønskelig.

Helsesøstre og jordmødre kan sette inn p-stav som en delegert oppgave
fra legen, basert på helsepersonelloven §5. Kun lege har forskrivningsrett.²

For mer informasjon og video se nettside: www.nexplanon.no

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Det er viktig med opplæring i innsetnings- og uttaksprosedyrer før metoden tas i bruk. Slik opplæring kan gis i regi av MSD. Kontakt ingunn.teigen@merck.com.
- Det er viktig å informere om at blødningsmønsteret vil kunne endre seg etter at metoden er tatt i bruk.

Se preparatmtalen for ytterligere informasjon.

Før forskrivning av Nexplanon®
vennligst se preparatmtalen

Nexplanon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, baryumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes før implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subdermalt mellom 1. og 5. dag i menstruasjonssyklus. Ved bytte fra annen prevensjon eller etter abort/fødsel, se SPC/pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive ondartede tilstander. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekontroll inkl. blodtrykksmåling og kartlegging av ev. bivirkninger anbefales 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på anti-hypertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Endret blødningsmønster (uregelmessige blødninger/endringer i blødningsintensitet eller varighet) er sannsynlig under bruk. Amenoré er rapportert hos ca. 1 av 5 kvinner, mens 1 av 5 andre kvinner rapporterte om hyppig og/eller forlenget blødning. Evaluering av blødning bør foretas ved behov og kan inkludere undersøkelse for å ekskludere gynekologisk sykdom eller graviditet. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chiasma kan forekomme. Implantatet kan støtes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør vurderes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnsormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, neflavin, nevirapin, efavirenz og muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin og naturlegemidlet johannesurt. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet oppstår skal implantatet fjernes. **Overgang i morsmelk:** Skilles ut i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amming. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsfrekvens, intensitet eller varighet)

må forventes. **Svært vanlige** ($\geq 1/10$): Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønsorganer/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige** ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerter/kar: Hørdetokter. Hud: Alopeci. Kjønsorganer/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Smerter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige** ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt, urinveisinfeksjon. Kjønsorganer/bryst: Genital utflod, vulvovaginalt ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskel-skjelettsmerter. Nevrologiske: Migrene, sømnløshet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, sømnløshet. Øvrige: Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, sebore, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arrdannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/ Forgiftning:** Se Giftnormasjonsanbefalinger G03A. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgentett, ikke nedbrytbar, bøyelig implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhåndslandet i en steril engangssappikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsnings-hastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og redusering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Andre opplysninger:** Implantatet bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsetnings/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Leger som har liten erfaring med teknikken rådes til å tilegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangssappikator) kr 1145,60. **Sist endret:** 28.02.2013

WOMN-1081649-0000(apr-2013)

1) Statusrapport juni 2012. Handlingsplan Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010 - 2015 strategier for bedre seksuell helse. Utgitt av Helsedirektoratet juni 2012.

2) LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://www.lovdاتا.no/all/11-19990702-064.html>



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no
Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.

