

14 2013
5. desember 2013
101. årgang

Sykepleien

59 år og for gammel? **20**

Stille rapport best **22**

Barn som sliter **26**



Kjemper for de minste

Anne Waagan advarer mot at nyfødte på intensiv ikke får bra nok faglig oppfølging. **84**

Klar for en ny dag?



C-preparat til bruk ved insomni

Circadin® er et C-preparat som har vist seg å gi kortere innsøvningstid og bedre søvnkvalitet hos pasienter med insomni. ¹⁾

Som eneste søvnmedikament i Norge er Circadin® godkjent for bruk i inntil 13 uker. ¹⁾
Tradisjonelle hypnotika er kun indisert for korttidsbruk i 2-4 uker ²⁾

- Circadin® er det eneste godkjente legemiddelet i Norge som inneholder melatonin ¹⁾
- Circadin® er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmønsteret ³⁾
- Circadin® forbedrer søvnkvalitet og gjør at pasienten føler seg utvilt og opplagt om dagen ³⁾



Depottablett melatonin

circadin®
Klar for en ny dag

Referanser:

1. SPC Circadin
2. SPC Imovane, SPC Stihnot
3. Aging Health 2008 4(1), 11-21

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 hereditær laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyporalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som melatoninivået 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-benzodiazepinhypnotika, som zolpidem, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiordazin kan føre til en økt følelse av uillemhet 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. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystsmerte. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfje: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blømer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Hettetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritis utslett, neglesykdommer. Kjønnorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi.

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

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av 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 søvnrulering. Pga. den aldersrelaterede reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsøvningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvn sammensetningen 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 (Tmax = 3 timer og Cmax = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Bindes hovedsakelig til albumin, alf1-syre glykoprotein 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 01.08.2013: Enpac: 30 stk. 198,30 kr.



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**





Pneumovax «Sanofi Pasteur MSD»
Pneumokokkpolysakkaridvaksine.
ATC-nr.: J07A L01
Står ikke på WADAs dopingliste
C

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning: 0,5 ml inneholdende: 25 µg av hver av pneumokokkserotypene: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F og 33F. Fenol, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokkserotypene som inngår i vaksinen. Vaksinen anbefales for personer >2 år, som har økt risiko for morbiditet og mortalitet som følge av pneumokokkinfeksjon. Personer i risikogrupper som bør vaksineres, fastsettes på grunnlag av offisielle retningslinjer. Vaksinen forebygger ikke akutt betennelse i mellomøret, bihulebetennelse og andre vanlige øvre luftveisinfeksjoner. **Dosering:** Primærvaksering: Voksne og barn >2 år: 1 dose à 0,5 ml. Anbefales ikke til barn <2 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert og antistoffresponser kan være dårlig. Revaksinerings: 1 dose à 0,5 ml. Tidsintervall og behovet for revaksinerings bør avgjøres på grunnlag av offisielle retningslinjer. Revaksinerings med <3 års mellomrom frarådes pga. økt fare for bivirkninger. Friske voksne og barn bør ikke revaksineres rutinemessig. Voksne: Revaksinerings anbefales ved økt risiko for alvorlig pneumokokkinfeksjon, >5 år siden forrige pneumokokkvaksinerings, eller ved raskt synkende pneumokokkantistoffnivåer. Revaksinerings etter 3 år kan vurderes for personer i høyrisikogrupper for fatal pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten milt). Barn: 2-10 år: Revaksinerings etter 3 år bør vurderes ved høy risiko for pneumokokkinfeksjon (f.eks. barn med nefrotisk syndrom, sigdcelleanemi eller barn uten milt). ≥10 år: Revaksinerings kan vurderes som for voksne. Spesielle pasientgrupper: Vaksinen bør om mulig gis minst 2 uker før planlagt splenektomi eller igangsetting av kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling. Hos personer i behandling med kjemo- eller stråleterapi, må vaksinerings unngås. Etter fullføring av kjemo- og/eller stråleterapi for neoplastisk sykdom, oppnås muligens ikke tilstrekkelig immunrespons ved vaksinerings og vaksinen må derfor ikke gis før minst 3 måneder etter fullført behandling. Ved intensiv eller forlenget behandling, kan det være nødvendig å øke denne tiden. Personer med asymptomatisk eller symptomatisk hiv-infeksjon må vaksineres så snart som mulig etter bekreftet diagnose. **Administrering:** Injiseres s.c. eller i.m. Vaksinen må ikke injiseres intravaskulært eller intradermalt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Vaksinerings må utsettes ved akutt infeksjon med feber, annen aktiv infeksjon eller når systemisk reaksjon vil utgjøre betydelig risiko, med mindre ev. utsettelse innebærer en enda større risiko. Ved vaksinerings av pasienter med nedsatt immunrespons er det mulig at forventet antistoffrespons ikke oppnås etter 1. eller 2. dose. Det er derfor mulig at slike pasienter ikke er like godt beskyttet mot pneumokokksykdom som immunkompetente personer. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. For pasienter som får immunsuppressiv behandling, vil den nødvendige tiden for å gjenopprette immunresponsen variere iht. sykdom og behandlingsform. Det er observert betydelig bedring i antistoffresponsen hos noen pasienter i løpet av 2 år etter fullført kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling (med eller uten stråling), særlig når intervaller mellom behandlingsslutt og vaksinerings økes. Egnede utstyr til behandling av en ev. akutt anafylaktisk reaksjon, inkl. adrenalin, bør være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk. Nødvendig forebyggende antibiotikabehandling mot pneumokokkinfeksjon må ikke stoppes etter vaksinerings. Pasienter som er spesielt utsatte for alvorlig pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten milt eller personer som har fått immunsuppressiv behandling), må i tillegg få informasjon om at det kan være nødvendig med tidlig antimikrobiell behandling ved alvorlig og plutselig febersykdom. Pneumokokkvaksinen er muligens ikke effektiv for forebygging av infeksjoner som skyldes basalt kraniebrudd eller ekstern kontakt med cerebrospinalvæske. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med influensavaksine, men i separate sprøyter og på forskjellige injeksjonssteder. Immunogenisitet for Zostavax kan reduseres, og skal derfor ikke brukes samtidig. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ukjent om vaksinen forårsaker fosterskader eller har innvirkning på reproduksjonsevnen når den gis til gravide. Vaksinen må bare gis til gravide hvis absolutt nødvendig (potensiell fordel må veies opp mot potensiell fare for fosteret). Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Vaksinen må gis med forsiktighet til ammende. Fertilitet: Ikke evaluert. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet i form av smerte, ømhet, erytem, varme, hevelse og lokal indurasjon og feber (≤38,8°C). Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfe: Hemolytisk anemi hos pasienter som har hatt andre hematologiske sykdommer, leukocytose, lymfadenitt, lymfadenopati, trombocytopeni hos pasienter med stabilisert idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hud: Utslett, urticaria. Immunsystemet: Anafylaktoide reaksjoner, angionevrotisk ødem, serumsykdom. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artritt, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, hodepine, parestesi, radikulonevropati, feberkrampes. Undersøkelser: Økt CRP. Øvrige: Cellulittlignende reaksjoner rundt injeksjonsstedet kort tid etter vaksinerings, asteni, feber, illebefinnende, nedsatt bevegelighet i lemmer og perifer ødem i den injiserte ekstremiteten, frysninger. **Egenskaper:** Klassifisering: Rensede pneumokokkapselpolysakkaridantigener isolert fra de 23 vanligste serotyper av Streptococcus pneumoniae, som forårsaker ca. 90% av invasive pneumokokkinfeksjoner. Virkningsmekanisme: 85-95% av vaksinererte utvikler antistoffer mot alle de 23 antigenene. Beskyttende antistoffnivå vises vanligvis 3. uke etter vaksinerings. Ukjent hvor lenge vaksinerens beskyttende virkning varer. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. **Andre opplysninger:** Må ikke blandes med andre vaksiner/legemidler. Pakninger og priser: 0,5 ml (hettegl.) kr 191,70. **Sist endret:** 06.03.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag) Basert på SPC godkjent av SLV: 16.01.2013



Vaxigrip «Sanofi Pasteur MSD»
Influensavaksine (splittvirus, inaktivert).
ATC-nr.: J07B B02
Står ikke på WADAs dopingliste
C

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml inneholdende: Splittet influensavirus, inaktivert, inneholdende antigener tilsv. type A (H1N1 (avledet stamme NYMC X-179A), H3N2 (avledet stamme IVR-165)) og/eller type B (lignende stamme NYMC BX-39), 15 µg hemagglutinin pr. stamme, natriumklorid, kaliumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot influensa, spesielt for personer med økt risiko for assosierte komplikasjoner til personer ≥6 måneder. Vaksinerings skal baseres på offisielle anbefalinger. **Dosering:** Voksne og barn fra 36 måneder: 0,5 ml. Barn 6-35 måneder: Kliniske data er begrenset. Doser på 0,25 ml og 0,5 ml har vært brukt. Dosen bør være i samsvar med nasjonale anbefalinger. Barn som ikke tidligere er vaksinert, bør gis en ny dose etter et intervall på minst 4 uker. Barn <6 måneder: Ingen data foreligger. **Administrering:** Injiseres s.c. eller dypt i.m. Må ikke gis intravaskulært. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene eller egg, hønseproteiner, neomycin, formaldehyd og octoxynol-9 (spor kan finnes i vaksinen). Vaksinerings skal utsettes hos pasienter med febersykdom eller akutt infeksjon. **Forsiktighetsregler:** Siktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Antistoffresponsen hos pasienter med endogen eller iatrogen immunsuppresjon kan være utilstrekkelig. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med andre vaksiner. Vaksinasjonene bør i så tilfelle gis på separate injeksjonssteder (i hver sin ekstremitet). Ev. bivirkninger kan bli forsterket ved samtidig administrering av andre vaksiner. Immunologisk respons kan bli redusert hos pasienter som behandles med immunsuppressiver. Falske positive resultater i serologiske tester med bruk av ELISA-metoden for å finne antistoffer mot hiv-1, hepatitt C og spesielt HTLV1, er blitt observert etter influensavaksinasjon. Slike resultater motbevises ved bruk av Western Blot-teknikken. De midlertidige falske positive reaksjoner kan ev. skyldes IgM-respons framkalt av vaksinen. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Data fra vaksinerings av gravide viser ingen skadelig innvirkning på foster eller mor. Bruk av vaksinen kan vurderes fra 2. trimester. Amming: Vaksinen kan gis til ammende. Fertilitet: Informasjon foreligger ikke. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Svetting. Neurologiske: Hodepine. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Øvrige: Feber, malaise, skjelving, utmattelse, lokale reaksjoner på injeksjonsstedet (rødhet, hevelse, smerte, ekkymose, indurasjon). Disse reaksjonene forsvinner vanligvis innen 1-2 dager uten behandling. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfe: Forbigående trombocytopeni, forbigående lymfadenopati. Hjerne/kar: Vaskulitt, i sjeldne tilfeller forbundet med forbigående nyrepåvirkning. Hud: Generelle hudreaksjoner inkl. pruritt, urticaria eller uspesifisert utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner, som i sjeldne tilfeller fører til sjokk, angioødem. Neurologiske: Nevralgi, parestesi, feberkrampes, neurologiske sykdommer (f.eks. encefalomyelitt, nevritt og Guillain-Barrés syndrom). **Egenskaper:** Klassifisering: Inaktivert influensavaksine, inneholdende antigener fra splittet influensavirus dyrket i befruktete hønseegg. Vaksinerens sammensetning av virusstammer er i samsvar med WHOs anbefalinger for den aktuelle influensasessong. Virkningsmekanisme: Beskyttende antistoffnivå oppnås vanligvis innen 2-3 uker. Immunitetens varighet etter vaksinasjon varierer, men er vanligvis 6-12 måneder. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Vaksinen bør ha romtemperatur før bruk. Ristes før bruk. Bør ikke blandes med andre legemidler da uforlikeligheter ikke er undersøkt. Pakninger og priser: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/kanyler) kr 91,60. 10 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/kanyler) kr 658,40 **Sist endret:** 08.03.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)

Basert på SPC godkjent av SLV: 09.08.2012



Nye anbefalinger fra FHI*

Husk vinterens vaksiner!

- **Pneumovax[®]** mot invasiv pneumokokkinfeksjon.
- **Vaxigrip[®]** mot sesonginfluensa.
- For personer over 65 år og utvidede risikogrupper.



sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Helsedirektoratet anbefaler mer bruk av langtidsvirkende prevensjon!¹

Faktisk størrelse:
4cmx2mm

En prevensjonsstav i armen kan være løsningen!

Tilby henne langtidsvirkende, østrogenfri og brukeruavhengig 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

Før forskrivning av Nexplanon® vennligst se preparatomtalen

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 preparatomtalen for ytterligere informasjon.

Nexplanon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, bariumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes 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 innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekonsultasjon 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 legekonsultasjon. 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. 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 langtidshandling 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, 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. Kjønnorganer/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerne/kar: Høretokter. Hud: Alopeci. Kjønnorganer/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøstet, 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. Kjønnorganer/bryst: Genital utflod, vulvovaginalt ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskelskjelettsmerter. Nevrologiske: Migræne, sømnløshet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, sømnløshet. **Øvrige:** Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, seboré, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arrdannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller fortytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgentett, ikke nedbrytbar, bøyeleg implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhåndsledet i en steril engangsapplikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsningshastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og redusering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Andre opplysninger:** Implantatet bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsetnings/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Leger som har liten erfaring med teknikken rådes til å tegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangsapplikator) kr 1145,60. **Sist endret:** 28.02.2013

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 lovdata.no/all/hl-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.

 **Nexplanon**[®]
68 mg etonogestrel



Tema:

Psykiske helse hos barn og unge

- 26 ... ti kniver i hjertet
- 28 – De er alltid i alarmberedskap
- 31 Kognitiv førstehjelp
- 32 Barn som velger døden



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Innhold

26

14 | 2013 | Sykepleien

«Hast synes den nye helseministeren ikke å ha.» Fungerende redaktør Bjørn Arild Østby i Aksjonisten side 8.

Hva skjer

- 8 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – smånytt
- 13 Vi bare spør Aina Skar
- 14 Kan kreve full jobb
- 16 Kutter røykesuget før operasjon
- 19 Marie Aakre nytt æresmedlem
- 20 Er Christine (59) for gammel?
- 22 Stille rapport er best
- 34 Vil følge opp demente

Der ute

- 36 Nytt fra utlandet
- 38 – Fint å ha på cv-en
- 42 Nye operasjonssykepleiere på vent
- 46 Øyeblikket
- 48 Tar med seg erfaringene etter bilulykken
- 50 Kvalitet i 13 punkter
- 52 Min jobb: Tine Elisabeth Slang

Fag og bøker

- 54 Hva er narkolepsi?
- 58 Gir for mye næring
- 60 Mestring før kreftoperasjon
- 64 Fagnyttig
- 66 Forfatterintervju: Torbjørg Søyland Hopen
- 68 Bokanmeldelser
- 70 Morgendagens overgripere sitter i klasserommet
- 72 Etik: Per Nortvedt
- 74 Kryssord og quiz

Mennesker og meninger

- 76 Eli Gunhild By om arbeidstidsreglene
- 77 Meninger fra leserne
- 80 Kronikk: Reidun Hov og Kari Johanne Kvigne
- 82 Innspill: Carina Strømme
- 84 Tett på Anne Waagan
- 89 Stillingsannonser
- 92 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



38 Vellykket traineeordning i Bergen.

20 Christine Isaachsen fikk 75 000 kroner.

«Hvorfor får vi ikke fast jobb?»

42



AKSJONISTEN

Bjørn Arild Østby

Stilling: Fungerende ansvarlig redaktør i Sykepleien
E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Helsepolitisk timeout!

«Vi vil merke at det nå er noen nye som styrer i Helsedepartementet» lover den nye helse- og omsorgsministeren. På hvilke måte, og når vil vi merke forskjellen?

Valgekamp er en krevende verbal konkurranse. Høstens utgave var intet unntak. Politikere dro landet rundt i et tempo som Ursin Bolt ville fått problem med å følge. Budskapet fra de blå var at mye skulle endres i norsk helsevesen hvis landet fikk ny regjering.

Nå har Høyre og Fremskrittspartiet fått mandat fra velgerne til å begynne endringsprosessen. Brått er sprinttempoet slått over til å bli noe som mer ligner maratontempo.

Helseminister Bent Høie (H) har overfor Dagens Næringsliv innrømmet at han «blir litt svett» av alle løftene som ble gitt i løpet av valgkampen. Ett av mange løfter er å legge ned de fire regionale helseforetakene.

Storingsrepresentant Bent Høie har vært en av de skarpeste kritikerne av dagens regionale helseforetak. Han har vært tydelig på at tiden er ute for det han kaller «ansiktsløse» byråkrater om Høyre bare får lagt sine helbredende hender over norsk helsevesen. Og

ansiktsløse byråkrater finnes det visst mange av i de regionale helseforetakene.

Budskapet ble stadig gjentatt under valgkampen. De fire regionale helseforetakene er en klamp om foten, fikk vi høre, et unødvendig byråkratisk mellomledd som hindrer at sykehusene kan fungere bedre. Derfor skal de legges ned.

Det er fortsatt målet, får vi høre. Men helseminister Bent Høie har ikke lenger hast med å få det gjennomført. I regjeringserklæringen til Høyre og Fremskrittspartiet framstår en ny, framtidig nasjonal helse- og sykehusplan som selve grunnlaget for regjeringens nye helsepolitikk. Det er denne planen som en gang i framtida skal føre til avvikling av de regionale helseforetakene.

– Jeg vil ikke sette noen tidsfrist på arbeidet, nettopp fordi jeg er opptatt av at det foregår på en god måte og involverer mange, sier Høie til NTB. Han må først tenke ferdig hva han vil ha i stedet for de regionale helseforetakene.

Mer konkret ønsker ikke Høie & co å være. Ingen ting er sagt om innholdet. Heller ikke hvem som skal utarbeide den store planen. Målet er at den skal være ferdig før neste stortingsvalg. Ofte gjennomfører politikerne reformer for raskt. Høie kan imidlertid fort ende i den motsatte grøfta. Han skal planlegge i årevis innenfor et system han lenge kraftig har kritisert.

Det blir opp til den neste regjeringen å



starte avviklingen av de regionale helseforetakene. Hvis ikke planen da blir lagt i den velkjente skuffen merket «Nasjonale helseplaner».

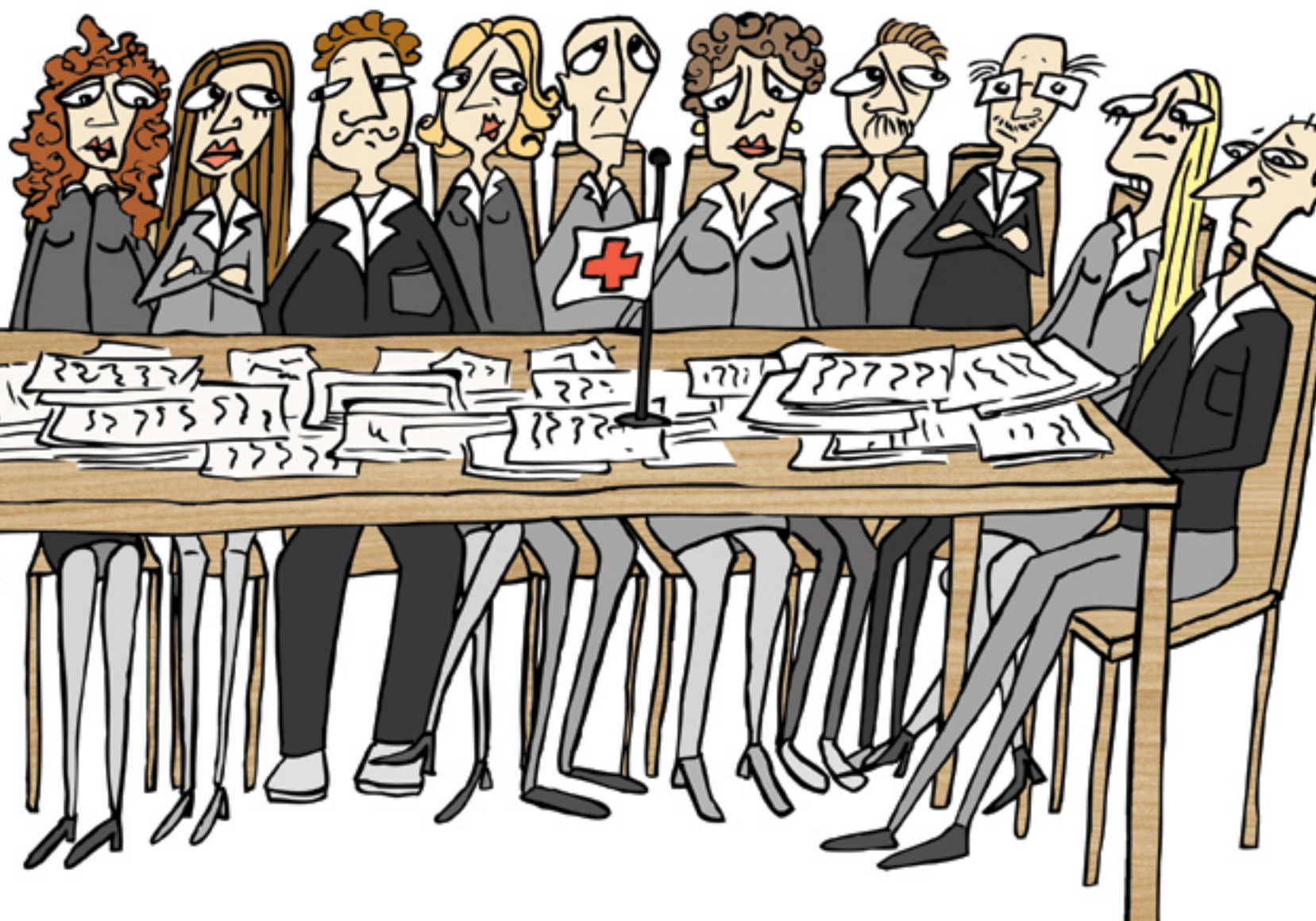
I mellomtida fortsetter de regionale helseforetakene som i dag. Bare med flere økonomiske midler.

Noe vil de regionale helseforetakene imidlertid merke med Høyre og Fremskrittspartiet i styringa. Regjeringen lover at det i oppdragsdokumentet for 2014 vil bli stilt krav om at de regionale helseforetakene i større grad gjør bruk av private aktører.

Hvis ikke et sykehus klarer å holde den behandlingsfristen som er satt, skal pasienten kunne legge seg inn på en privat klinikk og

Sagt & ment

«Sykepleierne trenger et lønnsbuss på lik linje med lærere og ingeniører, for dette er ryggraden i det velferdssamfunnet vi har», sier helse- og sosialdirektør i Kristiansand kommune Lars Dalen til NRK Sørlandet.



sende regningen til sykehuset. På denne måten vil helseministeren få ned køene. Å sette i gang å behandle enda flere enda raskere, som er det ønskede resultat av fritt behandlingsvalg, vil koste. Det blir svindyrt. Det som ligger i regjeringens budsjett for 2014 vil ikke strekke til. Da får ministeren et stort prioriteringsproblem. Hvilke pasientgrupper skal settes på vent?

Og er det nok fagfolk til både de private og de offentlige helseinstitusjonene? Mange frykter at det vil bli konkurranse om de beste fagfolkene. Og tappes det offentlige for fagfolk blir det færre pasienter som får behandling ved de offentlige sykehusene. Uten at det er noen garanti for at de private klarer å øke

kapasiteten tilsvarende.

Høie snakker om «å utnytte ledig kapasitet». Hvilke ledig kapasitet? Utstyr ok. Men leger og sykepleiere?

Regjeringens politiske plattform preges av mange gode intensjoner. I forhold til velferd heter det for eksempel: «Regjeringen vil bygge sin politikk på offentlig finanserte velferdsløsninger. Omsorgen for eldre og pleietrengende må bygges videre ut for å gi alle som trenger det et tilbud med kvalitet og aktivitet. Regjeringen vil ta i bruk alle gode krefter for å sikre pasientene helsetjenester med høy kvalitet til rett tid, mer valgfrihet og større mangfold i tilbudet.»

Gode intensjoner. Men igjen: På hvilken

«Jeg vil ikke sette noen tidsfrist på arbeidet.»

Helseminister Bent Høie.

måte, og når vil vi merke forskjellen? Hast synes den nye helseministeren ikke å ha. Det minner mer om en helsepolitisk timeout etter en hektisk valgøst. ■■■

Bjørn Arild Østby

Hashtager stolthet

Mange sykepleiere har hashtaget bilder med #stoltsykepleier på Instagram. NSF oppfordrer sykepleiere til å skrive tagen på bilder som viser jobbglede og stolthet over sykepleierfaget. Bildene blir da også vist på NSF's Facebook-side.

nsf.no



Bifile kvinner har størst helseproblemer

I en undersøkelse om levekår blant homofile, lesbiske og bifile i Norge, er det bifile kvinner som kommer dårligst ut. De skiller seg negativt ut både når det kommer til selvvalgt helse, psykisk helse, selvmordsforsøk, skadelig alkoholforbruk, kronisk sykdom og ensomhet. Generelt sett er levekårene for homofile, lesbiske og bifile på de fleste områder sammenlignbare med hetrofiles. Rapporten er laget på oppdrag fra barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet og heter «Seksuell orientering og levekår».

uni.no

«Medisinske vafler»

På Hamar sykehus serveres det to ganger i uken kaloririke vafler til dem som ligger på medisinsk avdeling. Pasientene her har ofte dårlig matlyst og får i seg for lite næring.

– Dette er en ordentlig vaffelrøre med masse sukker og masse fett. Vi tilsetter gjerne ekstra olje, fløte, egg og seterrømme til de som er syke og som trenger ekstra næring, sier seksjonsleder på sykehuset Hilde Austeng Andreasen til NRK Hedmark og Oppland.

Det var en sykepleier som kom på ideen med å servere vafler. Hvert vaffelhjerte med rømme og syltetøy inneholder omtrent 300 kcal. Og vaflene er blitt populære.

nrk.no/ho

Hva skjer

Les mer om:

- 14 Kan kreve full jobb ›
- 16 Den beste røykesluttmetoden ›
- 19 Nytt æresmedlem ›
- 20 Er Christine (59) for gammel?
- 22 Stille rapport er best ›

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

sykepleien.no

Helsenyheter hver dag på sykepleien.no



Foto: Stortinget.no



Endring for styrene i helseforetakene

Regjeringen har besluttet å fjerne kravet om at et flertall av styremedlemmene i helseforetakene skal oppnevnes blant politikere. Bent Høie sier på regjeringen.no at dette «begrenser handlingsrommet

til eier i forhold til å utnevne styremedlemmer med annen nødvendig kompetanse som trengs for å lede de største og mest komplekse virksomhetene vi har».

I tillegg vil regjeringen kutte ned tallet på styremedlemmer, både i de regionale helseforetaksstyrene og sykehusstyrene.

– Størrelsen på styrene har i flere sammenhenger vært til hinder for gode prosesser og grundige diskusjoner, sier Høie på regjeringen.no

Endringene trer formelt i kraft ved oppnevning av nye styrever i 2014.

regjeringen.no

Helse Førde vurderer å fjerne ambulansébåt

I disse dager kartlegger Helse Førde behovet for prehospitaltjenester for de neste ti årene. Solun og Askvoll har to ambulansébåter og bruken av disse har gått mye ned siden 2005. Nå vurderer Helse Førde å fjerne en av de to båtene. Dette skal om kort tid diskuteres med kommunene.

– Jeg skjønner ikke hvordan Helse Førde har tenkt å sikre beredskap og trygghet for øyfolket, sier SP-politiker Heidi Kjempenes, som selv bor på øya Bulandet, til Firda.

firda.no

Røyking og operasjon

I Sverige ber kirurgene om røykfrihet åtte uker før og etter operasjon.

På sykepleien.no stilte vi spørsmålet: Bør vi i Norge be om røykfrihet 8 uker før og etter planlagte operasjoner? Slik fordelte svarene seg:

Ja: 50

Nei: 7

Vet ikke: 0



Hjemmesykepleier reddet eldre par fra brann

Hjemmesykepleier Camilla Mørken (27) reddet et eldre ektepar ut fra et kjøkken i brann i Andebu. Hun var ute på ruten sin da hun så det komme store mengder røyk ut fra et vindu. Mørken fikk kvinnen, som fremdeles var på kjøkkenet da hun kom, ut av boligen. Hjemmesykepleieren fikk satt ekteparet i bilen sin, før hun gikk inn igjen og fikk slukket brannen før Brannvesenet kom. Mørken ble ferdig utdannet sykepleier i juni i år.

tb.no



Norsk kreftmedisin godkjent av EU

Radium-223 er en norsk medisin mot prostatakreft. Den ble i november godkjent av EU-kommisjonen, og har dermed markedsføringstillatelse. Medisinen ble i mai godkjent av den amerikanske legemiddelmyndigheten U.S. Food and Drug Administration (FDA), og det ventes at den blir godkjent av Norge i løpet av året. Produksjonen er den første storskalaproduksjonen av slike legemidler i verden.

dagensmedisin.no

Bill Gates roser Norges bistand



– TRENGER SYKEPLEIERE: Bill Gates mener utviklingsland trenger flere sykepleiere.

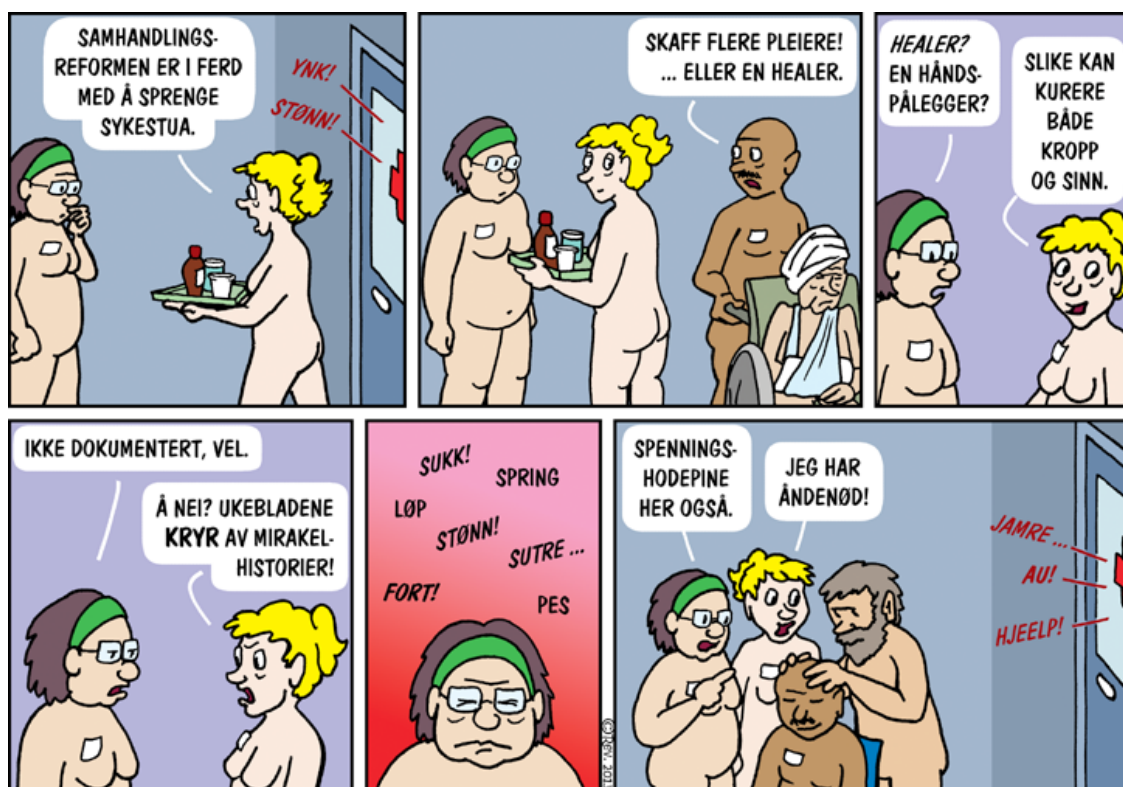
Bill Gates skrotet av Norges bidrag til utvikling av helsesituasjonen i u-land da han fredag 15. november var i Norge. Gates har viet mange milliarder dollar til bistandsarbeid gjennom Bill og Melinda Gates Foundation. Han møtte Erna Solberg for å drøfte Norges samarbeid med stiftelsen. I tillegg møtte han helseminister Bent Høie og rektor Ole Petter

Ottersen i Universitetet i Oslos festsal. Her la han blant annet vekt på enkle grep som kan gi mange et bedre liv:

– Det som trengs er det vi tenker på som sykepleie, ikke leger og sykehus. Sykepleie, som kan gi vaksiner og sørge for enkel, men livsviktig, informasjon.

side2.no og dagbladet.no

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Færre tvangsinnleggelser i psykiatrien

” Tvangspsykiatri må ikke bare reduseres, tvangspsykiatri må ekstremt strengt forbyes! Uansett hvor stadig færre som utsettes for tvangspsykiatri, så vil det være like ille for dem som likevel utsettes for det! Tvangspsykiatri og andre former for psykiatri påfører oss mye mer elendighet enn det som denne verden forstår, for å si det mildt!

Jan Olaf Ellefsen

” Jeg er litt nysgjerrig på dine begrunnelser for ditt standpunkt, Jan Olaf Ellefsen? Hvorfor må dette forbyes, annet enn at, quote:deg: «det påfører mer elendighet?»






Linn

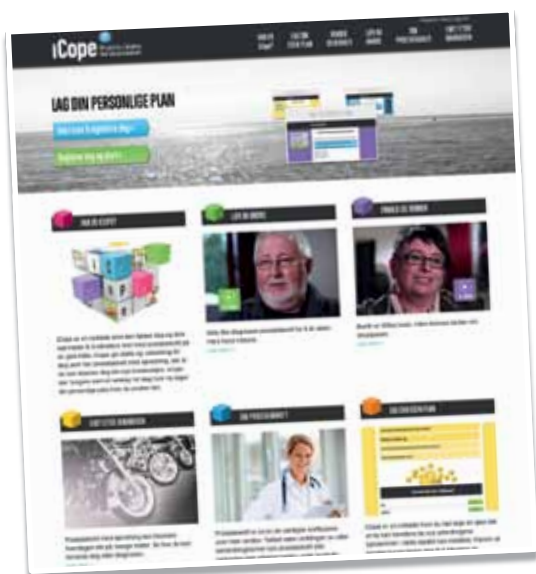
iCope

HJELPER MENN OG PÅRØRENDE Å HÅNDTERE LIVET MED AVANSERT PROSTATAKREFT






iCOPE-TJENESTEN ER GRATIS OG TILBYR

-  grunnleggende informasjon om avansert prostatakreft og tilgjengelige behandlinger
-  iCope-verktøyet, som hjelper menn med prostatakreft å lage sin egen personlige plan
-  videoer fra pasientens og omsorgspersonens perspektiv
-  informasjon om mulige fysiske og emosjonelle konsekvenser avansert prostatakreft kan medføre
-  tips for pasienter og omsorgspersoner om hvordan de kan snakke med hverandre



Den digitale tjenesten iCope inneholder et personlig verktøy, Min plan, som kan hjelpe menn med avansert prostatakreft å tilpasse seg bedre sin nye livssituasjon.

"MIN PLAN" KAN HJELPE MENN MED AVANSERT PROSTATAKREFT

-  å forstå og bearbeide sin situasjon på en best mulig måte
-  å formidle sine ønsker og behov på en bedre måte til sine kjære og til helsepersonellet
-  å komme raskere på beina igjen etter diagnosen

www.icope.me

Aina Skar

Aktuell som: Sykepleier som brukte ferien på nødhjelp

Alder: 41 år

BAKGRUNN:

Aina Skar og samboer Geir skulle på ferie på Filippinene. I september opprettet hun en facebook-gruppe og samlet inn penger, så de kunne dele ut litt mat. 8. november herjet tyfonen øylandet. Dagen etter gikk flyet fra Oslo. Ferieturen ble til nødhjelpsarbeid.

En spesiell ferie på Filippinene

Det skulle være ferie?

– Jeg skulle ha 100 prosent fri. Jeg har en veldig hektisk hverdag. Jobber mye ekstra.

Når dro dere?

– Da uværet slo til fredagen, satt vi hjemme og fulgte med på pc-en og CNN. Få timer før vi skulle på Gardermoen lørdagen kunne ingen gi oss svar på hva vi burde gjøre. Ikke UD heller.

Hva avgjorde saken?

– Vi kommer kanskje ikke til Filippinene, tenkte vi, kanskje blir vi stoppet i Bangkok. Men vi finner ute av det, vi bare reiser. Vi pakket eget reiseapotek, tok med bandasjer og det vi hadde og begynte på reisen.

Dere hadde allerede samlet inn penger?

– Målet før vi ante noe om tyfonen var at vi skulle bruke én dag til å dele ut ris.

Er samboeren helsearbeider også?

– Nei, han har bare fått dette tredd nedover ørene.

Dere ble ikke stoppet i Bangkok?

– Vi kom helt fram. På Cebu var det ikke så ille. Det hadde gått relativt få menneskeliv, velta noen trær. Målet vårt var øya Bantayan. Den var blitt rasert. Der ville vi ut, uansett.

Det var ikke uansvarlig, synes du?

– Føler ikke det, jeg tenkte på sikkerheten vår. Det ble spådd ny tyfon og tre nye jordskjelv. Da ble Geir igjen på hotellet, mens jeg dro ut for å skaffe ris og hermetiske sardiner. De kan jo ikke bare spise ris, fisk i feit olje gir næring.

Hvor er du nå?

– Vi kom tilbake til Cebu i dag. Har jobbet i drøye to uker.

Hva har dere gjort?

– Ute på øyene var det helt tomt for mat. Vi tømte hjelpekontoen og fant ris og hermetikk i Cebu, en stor by. Vi fikk det over på en lastebåt, vi selv måtte vente til dagen etter. Så kom enda mer penger på grunn av facebook-gruppen. Så dro vi til Doong, en liten flat øy enda lenger ut. Vi handlet på apotekene, alt vi klarte å skaffe av strips og bandasjer. Vi fikk uhorvelig mye med oss ut. Jeg er stolt av at 700 familier har fått mat av oss.

Har du behandlet folk?

– Mange.

For hva?

– Mest sår- og kuttskader. Fjernet ting som hadde gått gjennom huden. Flygende objekter, biter av bølgeblikk. Sårskader er noe annet her enn hjemme. Et lite sår – etter tre døgn er det kjempeinfisert på grunn av insekter og varme. Sårene blir betent. Et lite sår på foten gjør vondt fra kneet og ned. Noen ga jeg antibiotika. Legehjelp fantes ikke.

Du fikk brukt kunnskapene dine?

– I høy grad. Takk for elleve år i akutt-mottak!

Var samboer Geir stolt av deg?

– Han kjenner meg, så jeg tror ikke det. Jeg har alltid vært rufsete av meg. Men jeg ble veldig imponert av ham. Han bandasjerte og la på kompresser. Gjorde en god jobb.

Pengene kom fram?

– Hver bidige krone. Vi kom lenge før andre organisasjoner. Det er litt stas, da. Folk var ganske desperate. Vi fikk ikke lov til å gå uten væpna politi. To fulgte oss. Jeg ba dem si at folk måtte forholde seg rolig, alle skulle få mat. Det gikk fint.

Er dere friske og raske selv?

– Ja, helt til nå. Men nå har vi litt magekramper og oppkast. Vi hadde sikra oss med medisin som stabiliserer magen. Dårlig mage var jeg forberedt på. Og da passer bare bikinien bedre etterpå, haha.

Og nå har hjelpeorganisasjonene kommet?

– Tyskere har satt opp en stor vannstasjon. De renser vannet og deler ut gratis drikkevann. Jeg har sett noen frivillige filippinere også. Men det er ikke lett å nå fram, dette er et veldig korrupt land.

Hvordan er tilstanden blant folk?

– Det var en enorm apati. Folk var som zombier. De satt helt stille med en unge i fanget. Huset hadde klappa sammen. Men så endret de seg: De begynte å rydde, så hva de kunne ta vare på. De begynte å bygge opp husene igjen. Daglig deles nå ut mat og vann. Hjulene ruller, andre kan ta over.

Hva nå?

– Vi tar fly til Boracay. Skal bare sitte stille i vannkanten i tre døgn. Med litt ettertanke. Så hjem til Norge.

Hva har gjort ekstra inntrykk?

– Jeg er fryktelig rørt av alle de som satt inn penger på kontoen. Det ble 40 000 til sammen.

Hvor mange sekker ris?

– Godt over tre tonn. Det ble ordentlige treningsøkter. Og 50 brett med hermetikk, 100 bokser på hvert brett. Det ble mengder.

Intervjuet ble gjort på telefon 25. november. 30. november landet Aina Skar på Gardermoen.

Tekst Marit Fonn Foto Privat



Kan kreve full jobb

Deltidsansatt? Merk deg en viktig lovendring fra nyttår. Tekst Bjørn Arild Østby

Flere virksomheter, særlig innen helse og omsorg, har mange deltidansatte. Ofte har deltidansatte en avtalt stillingsbrøk som er lavere enn det de faktisk arbeider. Det har sammenheng med at arbeidsgiver ønsker deltidansatte som kan ta ekstravakter og arbeide overtid, enten det er på grunn av økt arbeidsmengde, sykefravær eller permisjoner.

Tidligere har dette vært praktisert uten at det har medført rett til økt stillingsbrøk. Det vil endre seg fra årsskiftet. Da vil deltidansatte som de siste 12 måneder jevnlig har jobbet utover avtalt arbeidstid ha rett på en stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i denne perioden.

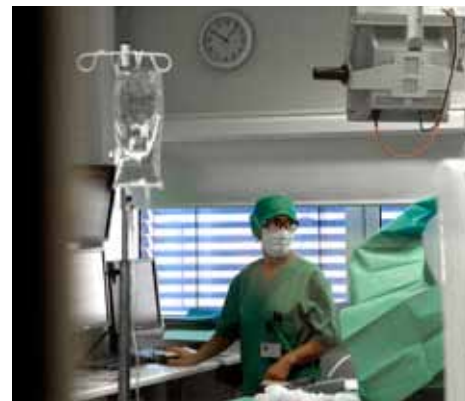
Har virksomheten en deltidansatt i eksempelvis 50 prosent stilling, men som det siste året jevnlig har tatt ekstravakter eller jobbet overtid

slik at faktisk arbeidstid har vært 100 prosent, har den deltidansatte i utgangspunktet rett på 100 prosent stilling.

De nye reglene gjelder uavhengig av om det er økt arbeidsmengde, sykefravær eller andre forhold som begrunner virksomhetens behov for merarbeid. 12-månedersperioden beregnes bakover i tid med utgangspunkt i det tidspunkt arbeidstaker fremmer krav om økt stilling.

Det finnes noen enkeltunntak fra hovedregelen. Virksomheten kan for eksempel motsette seg krav om økt stillingsprosent dersom den kan dokumentere at behovet for merarbeid ikke lenger er tilstede.

Etter lovendringen vil det imidlertid ikke være tillatt å konstruere ekstravakter som enkeltstående midlertidige ansettelse for å omgå regelverket.



LOVENDRING: Med loven i hånd kan flere kreve 100 prosent stilling. Illustrasjonsfoto: Ann-Kristin B. Helmers.

For å avtale midlertidig ansettelse må arbeidsgiver i utgangspunktet ha et midlertidig behov. IIII
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Diabetes på andre språk

Har du pasienter som trenger diabetesinformasjon på andre språk enn norsk?

Diabetesforbundet har utviklet ny brosjyre om betydningen av fysisk aktivitet og diabetes type 2. Den finnes på 12 ulike språk, og alle brosjyrene har i tillegg norsk tekst på slutten. Brosjyrene er også lest inn som lydfiler, og vil i løpet av desember kunne høres via våre nettsider (diabetes.no).

Kortfattet og enkel informasjon finnes på 11 av språkene som faktaark. Det er 6 ulike temaer per språk. Temaene er:

- Diabetes type 2 og fysisk aktivitet
- Diabetes og middelhavskost
- Diabetes og tobakk
- Diabetes type 1
- Diabetes type 2
- Står jeg i fare for å utvikle diabetes type 2?

Faktaarkene kan lastes ned fra nettsiden vår www.diabetes.no/innvandrere

Brosjyrene kan bestilles ved å ringe **23 05 18 00**, sende e-post til post@diabetes.no eller i nettbutikken <http://dia.diabetes.no/diabetes/nettbutikk>

Diabetes-
informasjon på
12 ulike språk



Utviklet med støtte fra:
Helsedirektoratet

diabetesforbundet
www.diabetes.no

«Jo takk – jeg går bedre nå!»

- FAMPYRA® (fampridin) er en tablett indisert for å bedre gangfunksjonen hos pasienter med alle typer MS (EDSS 4-7)¹
- FAMPYRA kan øke ganghastigheten med 25 %¹⁻³
- FAMPYRA kan gi klinisk relevant bedring av gangfunksjonen¹⁻³
- FAMPYRA kan brukes samtidig som sykdomsmodifiserende behandling for MS^{1,4}



Praktisk eske med 28 eller 56 tabletter i ny blisterpakning (foliepakkede tabletter).

Referanser:

1. Preparatomtale for FAMPYRA, august 2013.
2. Goodman A, et al. Lancet 2009; 373:732-738.
3. Goodman A, et al. Ann Neurol 2010; 68:494-502.
4. Brown et al Abstract P06.136, American academy of neurology (AAN) congress 2010.

C1

**Fampyra «Biogen Idec»
Kaliumkanalblokker.**
ATC-nr.: N07X X07

DEPOTTABLETTER 10 mg: Hver tablett inneholder: Fampridin 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).1

Indikasjoner: Indisert for bedring av gangfunksjonen hos voksne pasienter med multipel sklerose (MS) og problemer med å gå (EDSS 4-7).

Dosering: Behandling er begrenset til forskrivning og overvåking av leger med erfaring fra behandling av MS. Anbefalt dose er 10 mg 2 ganger daglig med 12 timers mellomrom (1 tablett morgen og kveld). Bør ikke administreres hyppigere eller med høyere doser enn anbefalt. Innledende forskrivning bør begrenses til 2 ukers behandling. En tidskontrollert gangtest, f.eks. «Timed 25 Foot Walk» (T25FW) anbefales for å evaluere forbedring etter 2 uker. Ved uteglemt dose skal vanlig doseringsregime følges. Dobbel dose skal ikke tas som erstatning for en glemt dose. **Eldre:** Nyrefunksjonen bør undersøkes før behandlingsoppstart. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt nyrefunksjon:** Se Kontraindikasjoner. **Barn og ungdom < 18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Bør tas uten mat. Må svelges hel. Må ikke deles, knuses, suges eller tygges.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Samtidig behandling med andre legemidler som inneholder fampridin (4-aminopyridin). Tidligere epileptiske anfall eller epilepsi. Lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <80 ml/minutt). Samtidig bruk av legemidler som hemmer organisk kationtransportør 2 (OCT2), f.eks. cimetidin.

Forsiktighetsregler: Preparatet bør seponeres dersom det ikke sees forbedring eller hvis pasienten ikke rapporterer noen nytte. Ved redusert gangetevne bør legen vurdere å avbryte behandlingen for å reevaluere nytten. Reevalueringen bør omfatte seponering og gjen-

nomføring av gangtest. Preparatet bør seponeres hvis pasienten ikke lenger har noen nytte i forbindelse med gange. Fampridinbehandling øker risikoen for epileptiske anfall. Bør gis med forsiktighet ved faktorer som kan senke anfallsterskelen. Bør seponeres hos pasienter som får et epileptisk anfall under behandling. Nedsatt nyrefunksjon kan gi høyere plasmakonsentrasjoner og økt bivirkningsgrad, særlig neurologiske effekter. Undersøkelse av nyrefunksjon før behandling og regelmessig overvåking under behandling anbefales hos alle pasienter, særlig eldre. Bør gis med forsiktighet ved symptomer på arytmi og sinoatriell eller atrioventrikulær ledningsforstyrrelse pga. begrenset sikkerhetsinformasjon. Den økte insidensen av svimmelhet og balanseforstyrrelse som sees de første 4-8 behandlingssukene, kan gi økt risiko for fall. Pasienter som bruker gånghjelpemidler bør fortsette å bruke disse etter behov. Økt infeksjonshyppighet og nedsatt immunrespons kan ikke utelukkes. Preparatet kan gi svimmelhet og dermed påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner.

Interaksjoner: Se Kontraindikasjoner. Forsiktighet må utvises ved samtidig bruk av legemidler som er substrater for OCT2, f.eks. karvedilol, propranolol og metformin.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Data fra bruk hos gravide mangler. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter, og som et forsiktighetstiltak anbefales det å unngå bruk under graviditet. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Anbefales ikke under amming.

Bivirkninger: **Svært vanlige (f1/10):** Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. **Vanlige (f1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, obstipasjon, dyspepsi. Luftveier: Dyspné, faryngolaryngeal smerte. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine, balanseforstyrrelse, parestesi, tremor. Psykiske: Insomni, engstelse. Øvrige: Asteni. **Mindre vanlige (f1/1000 til <1/100):** Neurologiske: Epileptisk anfall.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Akutt overdosering: Forvirring, skjjelving, diforese, epileptisk anfall og amnesi. Bivirkninger i sentralnervesystemet ved høye doser er forvirring, krampeanfall,

fampyra® 10 mg
depottablett
fampridin



vedvarende epileptisk aktivitet, ufrivillig og koreoatetoid bevegelser. Andre bivirkninger ved høye doser er hjertearytmier (f.eks. supraventrikulær takykardi og bradykardi) og ventrikulær takykardi som følge av potensiell QT-forlengelse. Hypertensjon. **Behandling:** Støttende. Gjentatte epileptiske anfall bør behandles med benzodiazepin, fenytoin eller annen egnet behandling mot akutte anfall.

Egenskaper: **Klassifisering:** Kaliumkanalblokker. **Virkningsmekanisme:** Kaliumkanaler blokkeres slik at ionelekkasjen reduseres og dannelsen av aksjonspotensialet i demyeliniserte aksjoner og neurologisk funksjon forsterkes. Det antas at flere impulser da kan ledes gjennom sentralnervesystemet. Smal terapeutisk indeks. **Absorpsjon:** Rask og fullstendig. Absolutt biotilgjengelighet for depottabletter er ikke fastslått, men relativ biotilgjengelighet sammenlignet med vandig mikstur er 95%. C_{max} og AUC øker proporsjonalt med dosen. C_{max} øker ved samtidig matinntak. **Proteinbinding:** 3-7%. **Fordeling:** Krysser raskt blod-hjernebarrieren. Distribusjonsvolum ca. 2,6 liter/kg. **Halveringstid:** Ca. 6 timer. **Metabolisme:** Oksideres til 3-hydrokxy-4-aminopyridin via CYP 2E1, og konjugeres videre til 3-hydrokxy-4-aminopyridinsulfat. **Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene. Ca. 90% av dosen gjenfinnes i urin som uendret substans i løpet av 24 timer. <1% via feces.

Pakninger og priser: 28 stk. (blister) 056308. 56 stk. (blister) 086142.

Sist endret: 20.12.2012

© 2012 Biogen Idec
Norway A/S

biogen ideo™

Kutter røyksuget før operasjon

Et dansk utdanningsprogram er den eneste røykesluttmetoden som halverer komplikasjonene hos operasjonspasienter. Tekst Eivor Hofstad

I forrige utgave skrev Sykepleien om hvor viktig det er at operasjonspasienter er røykfrie åtte uker før og etter operasjon. Det må til for å minimere risikoen for komplikasjoner. Men det er bare Levanger sykehus som rutinemessig informerer om og hjelper pasientene med dette.

– Når sykepleiere skal støtte pasienters

motivasjon til å klare den langvarige røykepausen, er det superviktig at de kjenner til den eneste intervensjonsmetoden som er evidensbasert: Det danskutviklede gullstandardprogrammet, sier professor Hanne Tønnesen.

Hun er direktør av WHO-Collaborating Centre i København og har et internasjonalt ansvar for evidensbasert helseforebygging i sykehus og helsetjenester. Hun er også kirurg og forsker, og har vært med på mange av de toneangivende studiene innen livsstilsfaktorer og operasjonskomplikasjoner.

80 prosent slutter

– Det holder ikke bare å informere pasienten om risikoen før og etter operasjon. Det hjelper heller ikke bare å gi dem et telefonnummer, eller drive kort intervensjon. Studier har vist at det eneste som nytter er langvarig, intensiv intervensjon med grundig undervisning av pasientene og innslag av motiverende samtale, sier Tønnesen.

En slik metode er det danske gullstandardprogrammet (GSP) (Se faktaboks). På de beste klinikkene i Danmark klarer 80 prosent å slutte å røyke i seks uker, 60 prosent klarer

Dette er GSP:

- › Et pasientutdanningsprogram på fem-seks møter fordelt på opptil åtte uker. Sykepleierne som holder kursene har selv blitt kurset i tre dager, inklusiv praksis, erfaringsutveksling og feed-back.
- › Resultatene er stort sett like for gruppemøter og entil-én-sesjoner.
- › Noen av temaene er: Fordeler og ulemper ved å slutte sammenlignet med å fortsette. Abstinenssymptomer og medisinsk støtte. Ulike risikosituasjoner der de kan få lyst på eller bli tilbudt røyk. Planer for fremtiden.
- › En røykeprofil angir avhengighet, hvor lenge og hvor mye de har røykt samt hvilken dose de bør ha dersom de vil bruke et nikotinsubstitutt.
- › Nikotinpreparater som plaster, tablett, spray eller tyggegummi følger gratis med, og pasientene kan fritt velge det de ønsker.
- › De kan ringe en røyketelefon på dagtid.
- › Oppfølging etter seks måneder på operasjonspasienter. For andre pasienter etter et år.

Mer informasjon kan fås på e-post: education@WHOC.C.dk

Modellen er utviklet for å kunne brukes på alkoholreduksjon både før og etter operasjon også, og har vist lovende resultater. Studiene ventes publisert rundt årsskiftet.

«Andre metoder er sløsing med tid og pasientsikkerhet.»

Hanne Tønnesen, professor ved WHO-Collaborating Centre i København.

et halvt år og pasienttilfredsheten er på over 90 prosent. Studier har vist at over halvparten av pasientene som har vært gjennom GSP klarer å ta en røykepause, mens mellom 22 og 35 prosent fortsatt er røykfrie et år etter operasjon.

– Det er en stor ny tradisjon å dokumentere effekt av intervensjoner. Foreløpig er GSP den

eneste evidensbaserte metoden som halverer operasjonsrisiko hos operasjonspasienter. Mange andre metoder, som motiverende samtaler, uansett type, varighet og nikotinerstatning, er derfor sløsing med tid og pasientsikkerhet, sier Tønnesen.

– Blir det ikke ressurskrevende for sykehusene å drive med dette?





FAKSIMILE: Sykepleien nr. 13/2013. Temaet i nr. 13 handlet om at det i Sverige er vanlig å be pasientene være røykfrie i forbindelse med planlagte operasjoner.

– Nei, ikke hvis vi beregner operasjons- og komplikasjonskostnadene pris. En vanlig ankeloperasjonspasient koster 5 000 euro. En ankeloperert som røyker, koster mye mer. En ankeloperert som drikker 21 enheter alkohol i uka eller mer, koster tre ganger så mye.

Gratis nikotinerstatning

GSP har vært standard metode for røykeavvenningskurs siden 2001 i Danmark. Den har mye til felles med standardmetoden som brukes i Norge og Sverige, men GSP legger mer vekt på pasientundervisning og har tatt opp i seg elementer av motiverende samtale. Standardmetoden i Sverige og Norge baserer seg mer på motiverende samtale, og er altså ikke evidensbasert i forhold til komplikasjoner og langtidseffekt hos operasjonspasienter.

– Begge deler er viktig, men pasienten bør ha kunnskapsgrunnet for vi kan sette i gang med motiverende samtaler. Den viktigste forskjellen i mine øyne er at med GSP får pasientene nikotinerstatningspreparatene gratis, sier Katinka Nordgaard.

Hun er anestesisykepleier og har siden 2010 jobbet med røykavvenning hos operasjonspasienter ved alle opererende avdelinger ved Skåne Universitetssjukhus (SUS) i Malmö. Hun underviser også både leger og sykepleiere i GSP-metoden, som er i ferd med å spre seg i Sverige.

– Alle kjenner til at røyking ikke er bra på lang sikt, men at det er farlig her og nå i forbindelse med operasjon er mindre kjent, også blant helsepersonell, sier hun.

Utfordringen er å få til enkle rutiner slik man har med å sjekke at blodtrykk og blodsukker er i orden før en operasjon.

– Det skal være like naturlig å sende en pasient til oss på røykesluttklinikken som å sende en pasient til røntgen før operasjon.

Og SUS har bra tall å vise til:

Av 100 pasienter klarer 57 å slutte å røyke,

mens 14 hopper av. 29 kommer ikke på GSP-kursene i det hele tatt, men Nordgaard aner ikke om noen av dem klarer å slutte på egen hånd.

Kontroversielt med gratis preparater

– Jeg er den eneste i Sverige som gir ut disse medisinske hjelpemidlene gratis til operasjonspasienter. Det er nok kontroversielt å gjøre det, men da jeg så på tallene mine, så jeg at jeg ikke klarte å matche studienes gode tall på røykeslutt, sier Nordgaard.

Da hun begynte med GSP og pasientene måtte betale nikotinerstatningen selv, var det bare 40 prosent som klarte å slutte å røyke i forbindelse med operasjonen. Hun tok studiene med til divisjonslederen sin og sa «Her er evidensen. Den eneste forskjellen er at de ga nikotinerstatningspreparatene gratis i studiene.» Dermed satt region Skåne av penger til å dekke preparatene og tallet steg til 57 prosent.

– I Malmö-regionen er det mye smugling og høy arbeidsledighet. Folk har ikke 300 kroner på lomma til nikotinerstatningsmidler, men 20 kroner til en pakke smuglersigaretter har de alltid, sier Nordgaard.

Hun legger til at sykehuset betaler mindre enn det pasienten må gjøre, og dessuten er gevinsten betydelig større enn utgiftene.

– Gratis nikotinerstatningsmidler koster omtrent det samme som et lungerøntgen.

– *Hva vil du si til norske kolleger som kunne tenke seg å innføre dette?*

– Det må gjøres så enkelt som mulig. Man trenger ingen nye program eller henvisninger. Legene skriver bare inn pasientens navn og dato for operasjon i journalen, og så får jeg en elektronisk beskjed som jeg følger opp med en telefon til vedkommende. Det er bare å ta kontakt, så kommer jeg gjerne til Norge, sier Katinka Nordgaard. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

«Det er bare å ta kontakt, så kommer jeg gjerne til Norge.»

Katinka Nordgaard, anestesisykepleier og røykeavvenningsekspert ved Skåne Universitetssjukhus



Foto: Bruno Clestrom

Ett klikk. Én gang i uka.

Penn foretrekkes fremfor sprøyte¹
Mindre smerte ved injeksjon²
Én gang i uka³



Enkel å
bruke

Referanser:

1. Philips et al. BMC Neurology 2011, 11:126
2. Beer K. et al. BMC Neurology 2011, 11:144
3. Avonex Preparatomtale 2012

AVONEX
(interferon beta-1a)

signatur.no • 120740 AVO-NO-0010 (feb) 2013

C

Avonex «Biogen Idec»

Interferon.

L03A B07

ATC-nr.:

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 30 µg/0,5 ml (6 mill. IE): Hver ferdigfylt sprøyte/penn (0,5 ml) inneh.: Interferon beta-1a 6 mill. IE (30 µg), natriumacetattrihydrat, konsentrert eddiksyre, argininhydroklorid, polysorbat 20, vann til injeksjonsvæsker. Inneholder ikke humant serumalbumin.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 30 µg (6 mill. IE): Hvert sett inneh.: I) Hetteglass med BIO-SET: Interferon beta-1a 6 mill. IE (30 µg), humant serumalbumin 15 mg, dinatriumhydrogenfosfat 5,7 mg, natriumdihydrogenfosfat 1,2 mg, natriumklorid 5,8 mg. II) Ferdigfylt glass-sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Indisert til behandling av pasienter med diagnostert atakkpregnet multipel sklerose (MS). I kliniske studier var dette karakterisert ved 2 eller flere akutte forverringer (atakk) i løpet av de 3 siste årene, uten påvist kontinuerlig progresjon mellom attackene. Interferon beta-1a forsinket progresjon av funksjonsnedsettelsen og reduserer hyppigheten av attackene. Preparatet er også indisert til behandling av pasienter som har hatt én episode av demyelinisering med en aktiv inflammatorisk prosess, hvis denne er alvorlig nok til å kreve behandling med kortikosteroider i.v., alternative diagnoser er utelukket, og det anses at pasienten har høy risiko for å utvikle tydelig klinisk MS. Behandling med interferon beta-1a bør avbrytes hos pasienter som utvikler progressiv MS.

Dosering: Behandling bør initieres under tilsyn av en lege som har erfaring i behandling av sykdommen. **Voksne:** Anbefalt dose er 30 µg (6 mill. IE) i.m. 1 gang pr. uke. Ved bruk av BIO-SET eller injeksjonsvæske i ferdigfylt sprøyte kan dosen ev. titreres ved oppstart, ved å øke med 1 dose pr. uke, slik at full dose (30 µg/uke) oppnås den 4. uken. Alternativt kan ½ dose gis 1 gang pr. uke, før det økes til full dose, som deretter opprettholdes. Manuelt titreringsutstyr til bruk sammen med sprøyten er tilgjengelig for administrering av redusert dose. Så snart full dose er oppnådd kan ferdigfylt penn brukes etter tilstrekkelig opplæring. Før injeksjon og i ytterligere 24 timer etter hver injeksjon, anbefales det å gi et antipyretisk analgetikum for å dempe de influensalignende symptomene som er forbundet med administrering av interferon beta-1a. Symptomene forekommer vanligvis i løpet av de første behandlingsmånedene. Det er ikke kjent hvor lenge behandlingen bør vare. Klinisk evaluering av pasienten bør gjøres etter 2 års behandling, og ytterligere langtidshandling bør avgjøres av behandelende lege på individuelt grunnlag. Behandlingen bør seponeres dersom pasienten utvikler kronisk, progressiv MS. Klinisk erfaring tilsier at MS-pasienter kan få samtidig behandling med interferon beta-1a og kortikosteroider eller ACTH ved attack. **Barn og ungdom: 12-16 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Begrensede data indikerer at sikkerhetsprofilen ved bruk av 30 µg i.m. 1 gang pr. uke ligner den for voksne, men ingen doseringsanbefalinger kan gis. <12 år: Data mangler. Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen dosejustering er nødvendig. **Administrering:** Til i.m.

bruk. Injeksjonsstedet bør endres hver uke. Anbefalt injeksjonssted ved bruk av ferdigfylt penn er øverste del av muskelen på yttersiden av låret. Dette bør også endres hver uke.

Kontraindikasjoner: Oppstart av behandling under graviditet. Tidligere overfølsomhet for naturlig eller rekombinant interferon beta eller noen av hjelpestoffene. Pågående alvorlig depresjon og/eller selvmordstanker. **Pulver og væske til injeksjonsvæske:** Overfølsomhet for humant albumin.

Forsiktighetsregler: Interferon beta-1a bør gis med forsiktighet ved tidligere eller pågående depressive lidelser, spesielt ved tidligere selvmordstanker. Depresjon og selvmordstanker forekommer hyppigere hos MS-pasienter og i forbindelse med bruk av interferon. Pasienten bør rådes til øyeblikkelig å rapportere alle symptomer på depresjon og/eller selvmordstanker til legen. Pasienter som viser tegn på depresjon bør overvåkes nøye under behandlingen og gis adekvat behandling. Seponering bør vurderes. Interferon beta-1a bør gis med forsiktighet ved tidligere krampeanfoll, og ved behandling med antiepileptika, spesielt hvis epilepsien ikke er tilstrekkelig kontrollert. Forsiktighet bør utvises og nøye oppfølging vurderes ved bruk av interferon beta-1a ved alvorlig nyre- og leversvikt, og ved alvorlig benmargssuppresjon. Leverskade, inkl. forhøyet nivå av leverenzymer, hepatitt, autoimmun hepatitt og leversvikt er observert, i noen tilfeller ved samtidig bruk av andre legemidler som er forbundet med leverskade. Pasienten bør overvåkes mht. tegn på leverskade, og forsiktighet utvises ved bruk sammen med andre legemidler som er forbundet med leverskade. Pasienter med hjertesykdom, stik som angina, kongestiv hjertesvikt eller arytmi, bør overvåkes nøye mht. forverring av klinisk tilstand under behandling med interferon beta-1a. Influensalignende symptomer som er forbundet med behandlingen, kan være belastende for pasienter med underliggende hjerte-problemer. Unormale laboratorieverdier er forbundet med bruk av interferoner. Foruten vanlige laboratorieprøver ved kontroll av pasienter med MS, anbefales måling av totalt antall leukocytter med differensialtelling, blodplattell og blodkjemi inkl. leverfunksjonstester. Pasienter med benmargssuppresjon kan ha behov for ekstra overvåking mht. totalt antall blodceller, inkl. differensialtelling og blodplattell. Pasienter kan utvikle antistoffer mot interferon beta-1a. Hos noen av disse kan antistoffene redusere aktiviteten av interferon beta-1a in vitro (nøytraliserende antistoffer). Nøytraliserende antistoffer er forbundet med en reduksjon av de biologiske effektene av preparatet in vivo, og det kan ev. være forbundet med redusert klinisk effekt. Det er anslått at maks. indens for dannelsen av nøytraliserende antistoffer når etter 12 måneders behandling. Data fra pasienter som har vært behandlet med preparatet i opptil 3 år tyder på at ca. 5-8% utvikler nøytraliserende antistoffer. **Interaksjoner:** Interferoner reduserer aktiviteten av hepatisk cytokrom P-450-enzym. Forsiktighet bør derfor utvises når interferon beta-1a administreres i kombinasjon med f.eks. antiepileptika og noen typer antidepressiver.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i placenta:** Begrenset erfaring. Data tyder på økt risiko for spontanabort. Kvinner i fertil alder må bruke sikker prevensjon. Pasienter som blir gravide eller planlegger graviditet bør informeres om risiko for skadelige effekter, og seponering bør vurderes. Ved høy anfallshyppighet før oppstart av behandling, bør risiko for alvorlig anfall etter seponering, veies mot mulig økt risiko for spontanabort. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Pga. faren for alvorlige bivirkninger bør amming unngås eller behandlingen avbrytes.

Bivirkninger: De hyppigste er influensalignende symptomer, slik som myalgi, feber, frysninger, svetting, asteni, hodepine og kvalme. Disse er hyppigere i starten av behandlingen. Dosejustering ved oppstart reduserer intensitet og indens av influensalignende symptomer. Forbigående neurologiske symptomer som kan ligne forverring av MS kan forekomme etter injeksjon. Forbigående episoder av hypertoni og/eller alvorlig muskelsvekkelse som hindrer frivillige bevegelser kan forekomme når som helst under behandlingen. Episodene er av begrenset varighet, tidsmessig relatert til injeksjonene og kan oppstå igjen ved senere injeksjoner. I noen tilfeller er disse symptomene forbundet med influensalignende symptomer. Bivirkningsfrekvensen er uttrykt som pasientår. **Svært vanlige (≥1/10 pasientår):** Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Influensalignende symptomer, feber, frysninger, svetting. **Vanlige (≥1/100 til <1/10 pasientår):** Gastrointestinale: Oppkast, diaré, kvalme. Hjerne/kar: Flushing. Hud: Utslett, økt svetting, kontusjon. Luftveier: Rhinoré. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkrampe, nakkesmerter, myalgi, artralgi, smerter i ekstremiteter, ryggsmarter, muskeltivhet, stivhet i muskler og skjelett. Neurologiske: Hypostesi, muskelpastisitet. Psykiske: Depresjon, søvnløshet. Stoffsifte/ernæring: Anoreksi. Undersøkelser: Redusert antall lymfocytter, leukocytter og nøytrofile, redusert hematokrit, økt kalium i blodet, økt blodurea-nitrogen. Øvrige: Smerte, rødhet og blåmerker på injeksjonsstedet, asteni, smerte, fatigue, sykdomsfølelse, nattesvette. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100 pasientår):** Hud: Alopeci. Kjønnorganer/bryst: Metrorragi, menoragi. Undersøkelser: Redusert plattell. Øvrige: Svie på injeksjonsstedet. **Sjeldne (≥1/10000 til <1/10000 pasientår):** Luftveier: Dyspné. Bivirkninger med ukjent frekvens: Pancytopeni, trombocytopeni, hypotyreooidisme, hypertyreoidisme, selvmord, psykose, angst, forvirring, emosjonell labilitet, neurologiske symptomer, synkope (vanligvis enkeltepisode ved behandlingsstart som ikke skjer igjen ved påfølgende injeksjoner), hypertoni, svimmelhet, parestesi, kramper, migræne, kardiomyopati, kongestiv hjertesvikt, palpitasjoner, arytmi, takykardi, vasodilatasjon, leversvikt, hepatitt, autoimmun hepatitt, angionevrotisk ødem, pruritus, vesikuløst utslett, urticaria, forverring av psoriasis, systemisk lupus erythematosus, muskelsvekkelse, artritt, anafylaktisk reaksjon, anafylaktisk sjokk, hypersensitivitetsreaksjoner (angioødem, dyspné, urticaria, utslett, kløende utslett), brystmerter, vektapp, vektøkning, unormale leverfunksjonstester. På injeksjonsstedet: Reaksjon, inflammasjon, cellulitt, nekrose, blødning og abscess.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Ved overdosering skal pasienten midlertidig legges inn på sykehus til observasjon og gis egnet understøttende behandling. Se Giftnormasjonens anbefalinger for Interferon L03A B side d. **Oppbevaring og holdbarhet:** Injeksjonsvæske: Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Må ikke fryses. Kan oppbevares ved romtemperatur (15-30°C) inntil 1 uke. Beskyttes mot lys. **Pulver og væske til injeksjonsvæske:** Oppbevares ved høyst 25°C. Bør administreres så snart som mulig etter oppløsning. Ferdig oppløsning kan oppbevares i inntil 6 timer ved 2-8°C (i kjøleskap). Må ikke fryses hverken før eller etter tilberedning.

Pakninger og priser: **Injeksjonsvæske:** 4 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) 017234. 4 × 0,5 ml (ferdigfylt penn) 412547. **Pulver og væske til injeksjonsvæske:** 4 sett (ferdigfylt sprøyte + hettegl.) 019692.

Sist endret: 29.08.2012

Marie Aakre nytt æresmedlem

– Hun har fått oss til å snakke om etikk, sier fylkesleder i NSF Sør-Trøndelag, Knut Jørgen H. Rotabakk. Tekst **Nina Hernæs**



Foto: Privat

Marie Aakre er utnevnt til æresmedlem i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– Hun er en godt profilert sykepleier, sier fylkesleder Rotabakk.

– Hun har blant annet vært med å starte en egen kreftavdeling i Trondheim, har sittet i Verdikommisjonen og ledet rådet for sykepleieetikkk.

Rotabakk sier Aakre gjennom sin integritet som fagperson har satt etiske dilemmaer på dagsorden.

– Min påstand er at sykepleiere snakker mye

om etikk, men jeg er usikker på hvor mye vi reflekterer over den i praksis. Marie Aakre har fått oss til å snakke om etikk. Hun har tatt tydelige standpunkter og synliggjort dilemmaer i sykepleien. På den måten har hun også legitimert behovet for et eget råd for sykepleieetikkk, i en tid da det var truet av nedleggelse.

Han peker på at ikke alle har vært enige i Aakres utspill, men hun har turt å åpne for diskusjon.

– De senere år har hun nesten inntatt en posi-

sjon som en slags nasjonal sjefsykepleier, sier han.

Forbundsleder i NSF, Eli Gunhild By, sier Aakre er en person sykepleiere alltid har sett opp til.

– Marie Aakre har satt etikk, verdighet og barmhjertighet på dagsorden. Hun er en tydelig og synlig sykepleier.

Hun er takknemlig, men synes også det er litt krevende.

– Jeg har problemer med å kjenne meg igjen i at jeg har gjort noe spesielt, sier hun. ■■■



TELEFONRÅD

- Elektronisk beslutningsstøtteverktøy for håndtering av pasienthenvendelser til legevakter og allmennlegekontorer.
- Dekker rådgivning ved generelle allmennmedisinske problemstillinger, samt tidskritiske henvendelser med krysshenvisning til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.
- Kan også brukes i opplæring.
- Gratis tilgjengelig fra **www.helsebiblioteket.no**. Her finner du også hefte med opplæringsoppgaver.


uni Helse
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
legevaktmedisin.no




Health+Workers
www.HealthWorkers.com

NY KOLLEKSJON!

Revolusjonerende innenfor arbeidstøy og igjen viser vi hvordan det er mulig å kombinere "good looking" med perfekt komfort.

THE FEEL OF THE FABRIC
MIRACLE

WHO IS SMITTEN?
REVOLUTION
YOU GO

Smitten
wear it out!

Er Christine (59) for gammel?

Psykiatrisk sykepleier Christine Isaachsen (59) ble aldersdiskriminert, klaget, fikk medhold og oppreisning på 75 000 kroner. Tekst Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt

Christine Isaachsen (59) er psykiatrisk sykepleier fra Gjerdrum kommune i Akershus. Hun har 20 års erfaring fra psykiatrien, der hun har jobbet med alt fra pasientkontakt til ledelse.

Da Isaachsen så at hjemkommunen lyste ut en stilling som psykisk helsearbeider, bestemte hun seg for å søke. Hun hadde tross alt hatt mye å gjøre med oppbyggingen av psykiatritilbudet i kommunen noen år tidligere.

– Jeg visste at de fremdeles nøt godt av det arbeidet jeg var med å gjøre den gang, sier hun.

I tillegg var hun trygg på at hun var mer enn nok kvalifisert for jobben.

«Det første de sa var at dette ville bli et kort intervju.»

Christine Isaachsen.

Isaachsen ble innkalt til intervju, men reagerte litt på måten hun ble møtt på.

– Det første de sa var at dette ville bli et kort intervju. Jeg syntes det var rart, men tenkte ikke over det før etterpå at de nok allerede hadde bestemt seg for å ansette en annen i stillingen, sier hun.

Nummer 2

Etter to dager fikk Isaachsen følgende sms:

«Vi har nå tatt en avgjørelse i forhold til vår ledige stilling. Du blir innstilt som nr. 2. Det er ikke tvil om at du ville gjort en utmerket jobb hos oss, men med en gjennomsnittsalder på 56 år hos oss som jobber med voksne brukere er det hensiktsmessig for brukergruppen å innstille en yngre kvalifisert søker som nr. 1.»

– Først ble jeg oppgitt, så gikk det over i sinne. «Dette her går ikke an», tenkte jeg. Hadde jeg vært mindre sikker på meg selv og egen kompetanse, kunne jeg fort bare bøyde hodet, latt saken ligge og tenkt at jeg ikke var bra nok. Men jeg visste at jeg var bedre kvalifisert enn hun som fikk jobben. Jeg tenkte videre at alderen min er noe de ikke kan bruke mot meg.

Hvordan klage?

Isaachsen hadde lyst å gjøre noe med saken. Hun kontaktet NSF for å få hjelp og kom i kontakt med Mette Høiland. Rådet hennes var å etterspørre søkerlisten til stillingen og å melde saken til Ligestilling- og diskrimineringsombudet (LDO).

LDO tok saken og ba Gjerdrum kommune svare på beskyldningene om aldersdiskriminering.

Kommunen sier i sin forklaring at alder ikke var avgjørende for at Isaachsen ikke fikk stillingen. Kommunen sier at vurderingen ble gjort ut fra utdanning, erfaring og skikkethet. Kommunen skriver også i sin redegjørelse at Isaachsen manglet faglig ydmykhet og fremsto mer som en

hvor jeg sa at jeg ikke var interessert i et møte med de som intervjuet meg, men med beslutningstakere i kommunen som kunne ta stilling til mitt oppreisningskrav, sier hun.

Oppreisning

Advokat i NSF, Marit Gjerdalen, ble involvert i saken og hjalp til med å finne aktuell dokumentasjon og størrelsen på oppreisningskravet som burde stilles ut fra andre dommer i lignende saker.

– Kommunen svarte ikke på vårt krav innen forvaltningslovens frist på tre uker, så NSF hjalp nok en gang til. Denne gangen med å purre, sier hun.

– Til slutt fikk vi et møte med rådmannen som startet med å beklage. Vi leverte krav om 150 000 kroner i oppreisning, kommunen tilbød 30 000. Det sa jeg nei til.

Kommunen kom med nytt tilbud på 50 000 kroner som Isaachsen også sa nei til.

– Jeg kom med et motkrav på 100 000. Vi tok kontakt og sa at vi ville ta med advokat på neste møte før vi eventuelt tok saken til retten. Kommunen kom med nytt tilbud på 75 000. Det sa jeg ja til. Jeg merket også at jeg ikke orket en rettssak. Saken har tatt ett år, men jeg er glad for utfallet. Selv om jeg fremdeles er skuffet over min hjemkommune, sier hun.

Det nytter å klage

Mette Høiland i NSF Akershus får mange henvendelser fra medlemmer som føler seg diskriminert på en eller annen måte.

– Endelig var det noen som fulgte rådene våre og sendte inn en klagesak. Det er også gledelig at Isaachsen fikk medhold. Det viser at det nytter å klage, sier Høiland.

Ifølge henne er det mange som ikke går videre med sakene sine fordi de frykter represalier.

– Mange er redde for hva arbeidsgiver kan gjøre, og at det vil bli for tøft, sier hun.

Høiland understreker at diskriminering kan handle om så mangt.

– Kjønn, etnisk bakgrunn, hudfarge, religion, seksuell orientering, alder, funksjonsevne eller lignende, sier hun. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Klage til ombudet

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) kan vurdere om du har blitt diskriminert etter loven.

Innholdet i klagen:

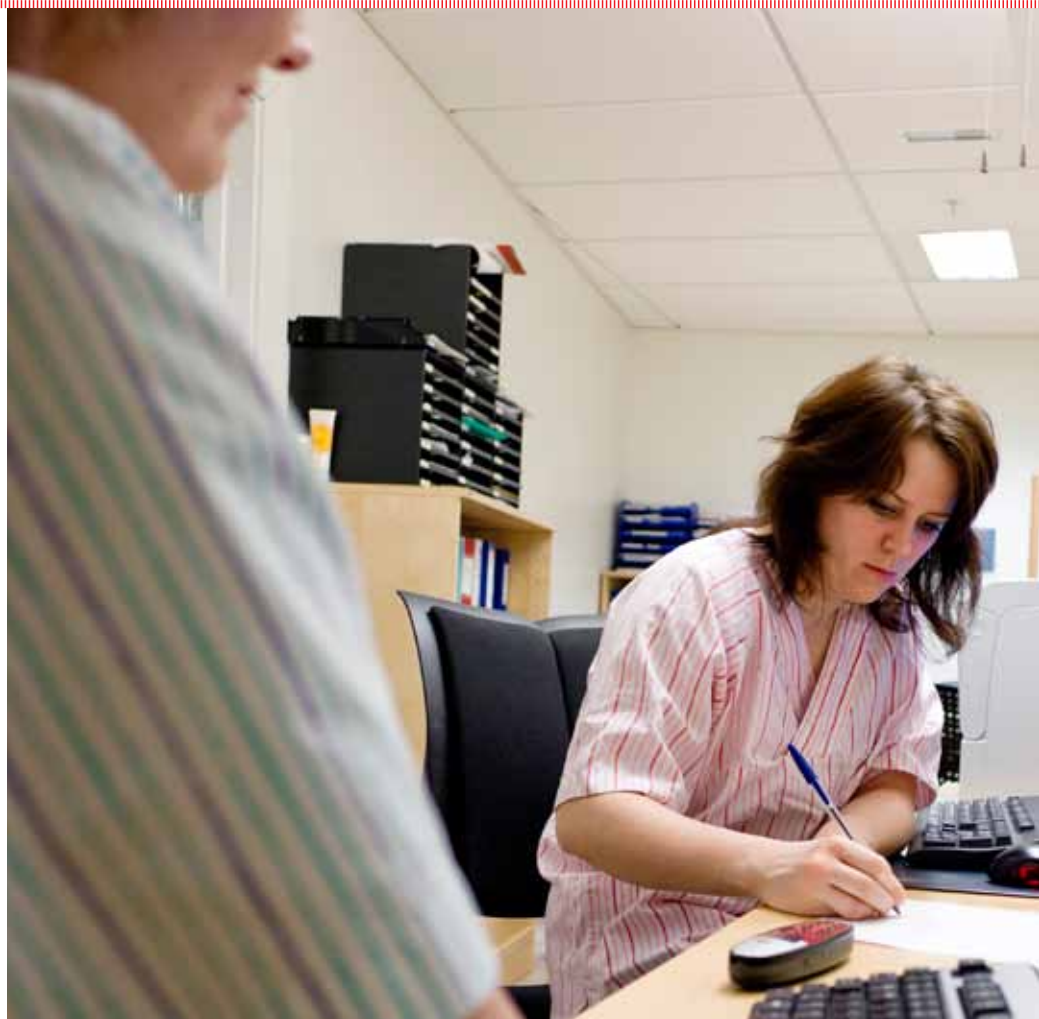
- › Skriv kort om hva som har skjedd.
- › Fortell hvorfor du mener at du er blitt diskriminert på grunn av kjønn, etnisk bakgrunn, hudfarge, religion, seksuell orientering, alder, funksjons-evne eller lignende.
- › Send gjerne med dokumenter som du mener er viktige.
- › Oppgi helst navn og adresse til den du klager på.
- › Send klagen på epost til post@ldo.no, eller til Likestillings- og diskrimineringsombudet, postboks 8048 Dep, 0031 Oslo.
- › Mer informasjon finner du på www.ldo.no

FOR GAMMEL? LDO gav Isaachsen medhold i at hun var aldersdiskriminert. Gjerdrum kommune måtte betale 75 000 kroner i oppreisning.

Stille rapport er best

Stille rapport er bedre enn felles rapport ut fra undersøkelser sykepleierstudenter i Bergen har gjort i hjemmetjenesten.

Tekst **Ingrid Kvitrud**



FORAN SKJERMEN: Undersøkelse av sykepleierstudenter i Bergen konkluderer med at stille rapport tar kortest tid og gir best

Stille rapport

En stille rapport er en skriftlig rapport om pasientene. Den leses uforstyrret i vaktskiftet av de som kommer på neste vakt.

Kilde: *ndla.no*

Sykepleierstudenter fra høyskolene i Bergen har gjort observasjoner fra morgenrapportene i hjemmesykepleien i to soner: Sentrum, hvor det brukes felles, tradisjonell rapport, og Sandviken, hvor det brukes stille rapport.

Målet var å finne ut hvilken effekt de to ulike rapporteringsmetodene hadde. Studentene svarte på åtte spørsmål etter observasjonene. Resultatet er at stille rapport er best både når det gjelder tidsbruk på rapporteringen og kvaliteten på opplysningene.

Store forskjeller i tidsbruk

Undersøkelsen viser at den muntlige rapporten i de fleste tilfellene tok over 25 minutter, mens den stille rapporten aldri tok så lang tid. Her lå tidsbruken vanligvis mellom ti og femten minutter.

Så godt som alle studentene svarer at stille rapport ga dem «mye» eller «en god del» nødvendig informasjon for å gjennomføre gjøremålene de hadde den dagen. I tillegg ga den bedre oversikt over dagen, høyere grad av nøkkelopplysninger og få eller ingen irrelevante opplysninger, i motsetning til den tradisjonelle, felles rapporten.

Resultatene viser også at pasientens personvern

og integritet blir bedre bevart ved stille rapport.

– Man får ikke informasjon om andre pasienter enn de man skal til, sier soneleder ved hjemmesykepleien i Sandviken, Mette Revne.

Overrasket over forskjellene

– Vi regnet nok med at stille rapport ville komme litt bedre ut en tradisjonell rapport. Men det var overraskende at det var så klare forskjeller, sier Per Waardal fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Utviklingssenteret har bistått i planlegging og tilrettelegging av prosjektet. De har i tillegg hjulpet med gjennomføring, evaluering og rapportering.

Waardal synes det var interessant at stille rapport tok mye mindre tid, samtidig som kvaliteten ble bedre. Men han legger vekt på at det er studenter som har gjort observasjonene og svart på spørsmål.

– Hvis undersøkelsen hadde blitt gjort av de ansatte, tror jeg de ville sagt at tradisjonell rapport er bedre. De ser også det sosiale aspektet som antakelig er viktig, sier Waardal.

Har ikke helt tradisjonell rapport

Sone Sentrum har to grupper i hjemmesykepleien: Den ene har felles rapport på tradisjonelt vis. Den andre går igjennom huskeliste i fellesskap i ti til femten minutter, før de deler seg i primærgrupper og har rapport for brukerne sine i disse.

– Det vil si at gruppene er mindre, slik at det blir enklere å utveksle viktig informasjon før man går ut til brukerne, forklarer soneleder i Sentrum, Kjersti Vindheim, som er fornøyd med metoden.

– På sikt ønsker man at gruppe én skal gå over til å bruke metoden til gruppe to, fortsetter hun.

Vindheim forteller at de så langt ikke har planlagt å gå over til stille rapport.

– Stille rapport er veldig interessant, men undersøkelsen alene er ikke nok til at vi umiddelbart vil gå over til det, sier Vindheim.

Likevel synes hun det er viktig å utvikle rapportsituasjonen for å finne ut hvilken praksis som fungerer best.

«Man får ikke informasjon om andre pasienter enn de man skal til.» *Mette Revne*

Fornøyd med stille rapport

Sonelederen i Sandviken, Mette Revne, sier at hun ikke er overrasket over at stille rapport kom bedre ut enn tradisjonell rapport både tidsmessig



kvalitet på informasjon. Arkivfoto: Erik Sundt

og kvalitetsmessig. Tilbakemeldingene fra studentene som gjorde undersøkelsen, viser likevel at ikke alt er perfekt. De har sagt at diagnosene ikke alltid er oppdatert, at de savner en sammenfatning av pasienten, og at rapporteringen noen ganger ikke er presis nok, forteller Revne.

– Vi er sikre på at vi skal fortsette med stille rapport, men vi vil gjøre justeringer ut fra tilbakemeldingene fra undersøkelsen, sier Revne.

Hun sier at det også er en svakhet når det er vikarer som trenger grundigere opplysninger og som ikke er så godt kjent med datasystemet.

– Synes du de som bruker tradisjonell rapport bør gå over til stille rapport?

– Ja, svarer Revne klart og tydelig. ■■■

ingrid.kvitrud@sykepleien.no

Fakta om undersøkelsen

- » Fra 2012 til 2013 har 30 studenter som hadde praksis i 3. år, to ganger hver gjort registreringer av morgenrapporter. Studentene har svart på åtte spørsmål med gradering.
- » Prosjektet eies og ble utført i hjemmesykepleien i sone Sandviken, i samarbeid med sone Sentrum. Samarbeidspartnere var Haraldsplass diakonale høgskole (HDH), Høgskolen Betanien og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland (USHT).

Kilde: bergen.kommune.no



Kan hjelpe mot lette kramper i bena!



Du trenger kanskje magnesiumtilskudd?

Et veldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium® er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium® er velsmakende og lett å svelge! Floradix Magnesium® kan hjelpe for blodsirkulasjonen og mot lette kramper i bena.

Floradix Magnesium® kjøpes hos:



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



apotek
SPESIALUTVALG

ENKLERE VEI TIL SYKEPLEIEARTIKLER

SYKEPLEIEFAGLIG KOMPETANSE

BREDT PRODUKTSORTIMENT

FRI LEVERING RETT HJEM

HJEMMEBESØK

Gode råd er dyre – hos Boots er de gratis!

Visste du at Boots apotek har over 70 sykepleiere? De er der for å hjelpe alle som trenger det med å bruke sykepleieartikler riktig og kommer gjerne på hjemmebesøk for å tilpasse utstyr. Uansett utfordringer innen inkontinens, stomi, kateter, sår, vansker med ernæring eller lignende, så finner vi rett utstyr for deg. Vi er landets største leverandør av sykepleieartikler og har derfor et svært godt utvalg. Boots apotek finner du på 150 steder i Norge og vi kan tilby alt innen helse og velvære. I tillegg kan du bestille alt du trenger av sykepleieartikler over telefon og mange apotek leverer produkter på døren uten ekstra kostnad.

BOOTS APOTEK SPESIALUTVALG: Boots apotek Alta 78 44 41 50 • Boots apotek Arendal 37 00 42 00 • Boots apotek Askim 69 81 72 00
• Boots apotek Elverum (Mar'n senteret) 62 41 91 40 • Boots apotek Fredrikstad 69 39 65 10 • Boots apotek Hamar (Maxi storsenter) 62 55 53 60
• Boots apotek Kristiansand (Bandagisten) 38 17 18 00 • Boots apotek Kvaløysletta (Tromsø) 77 75 89 90 • Boots apotek Lande (Sarpsborg) 69 10 25 70
• Boots apotek Larvik 33 13 24 40 • Boots apotek Moa 70 17 80 50 • Boots apotek Molde 71 25 92 00 • Boots apotek Moss 69 20 46 20
• Boots apotek Orkla, Orkanger 72 48 38 50 • Boots apotek Samarit, Sandnes 51 60 97 60 • Boots apotek Spelhaugen (Bergen) 55 17 60 10
• Boots apotek Stjørdal 74 83 31 00 • Boots apotek Tynset 62 47 18 88 • Boots apotek Ullensaker 63 97 01 01 • Boots apotek Ørnen, Haugesund (Helseleveranser) 52 70 35 80

SPESIALUTVALG*: Boots Spesialutvalg HomeCare 800 30 411 • Medicus sykepleiesenter, Skien 35 50 28 80 • Stavanger Helsehus 51 52 35 31 • Trondheim 73 53 37 20

*Leverer ikke legemidler.



Hent din e-Resept hos oss!

boots.no /bootsapotek

Det **er** forskjell på sondeløsninger...

Nye Nutrison med **dokumentert** raskere ventrikkeltømming^{1,2,3} for **bedre toleranse**

p4 En **patentert** proteinblanding fra **Nutricia**:

- Animalske og vegetabilske proteinkilder*
- En forbedret aminosyreprofil⁴
- Påvist å gi raskere ventrikkeltømming

Nye Nutrison med **p4** sammensetning for **bedre toleranse!**



* 35% myse, 25% kasein, 20% soya og 20% ertre

Referanser: 1. Abrahamse E et al. Gastric non-coagulation of enteral tube feed yields faster gastric emptying of protein in a dynamic in vitro model. PP239, Clin Nutr 2012; 7, Suppl 1; 119. 2. Nutricia Advanced Medical Nutrition. Data on file 2012. 3. van den Braak C et al. A novel protein mixture containing vegetable proteins renders enteral tube feeds non-coagulating after in vitro gastric digestion. Clin Nutr 2012; 31, 11:1016-1021. 4. FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition (2002: Geneva, Switzerland). Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. 2007; WHO technical report series; no 935.

Tema **Psykisk helse hos barn og unge**

- 28 – De er alltid i alarmberedskap ›
- 31 Kognitiv førstehjelp ›
- 32 Barn som velger døden ›



...ti kniver i hjertet →

Den ferske UNGDATA-undersøkelsen forteller at mange norske barn og unge sliter psykisk. I 2011 var selvmord den nest viktigste dødsårsaken hos unge under 15 år i Norge.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers og Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt

HEI JEG OG KJÆRESTEN MIN LURER PÅ
NKER TIL HVÆRANDRE - PAPPAN MIN
CA. 1 1/2 ÅR SIDA.. SÅ BLE HAN FRISK..
ER I FERD MED OG FÅ MEG TYPE, OG HAR
AR, MEN MAMMA OG PAPPA VIL IKKE AT
MMEN MED HAN PGA HAN ER UTLENNING.
DET SÅ MYE HETS RUNDT Å IKKE SVELGE
ER 14 ÅR Å HAR ALLTID FÅTT MASSE KOM
TER MEG FORDE AT FORELDRENE MINE ER
R LIXM FYSISK MOBING MER VONDERE EN
ER?? FORTELL MEG !!! - BESTEVENNEN MIN
I MEG, OG DET PLAGER MEG SYKT. - JEG ER
LITT...JÆVLIGE PROBLEMER. JEG ER
HEISAN! JEG HAR JET
HER BARE LES
ERT U



ENKLERE HJELP: – Vi må hjelpe ungdom til ikke å tro at de må skade seg selv eller gjøre seg selv sykere for å få hjelp, sier Nelli Kongshaug, leder for samtaletilbudet Kors på halsen. Hun ser at dagens unge har fått en tilleggsbelastning i kravet om alltid å være «på».

«De er alltid i alarmberedskap

Kors på halsen får daglig henvendelser fra barn og ungdom i krise.

Tekst **Ann-Kristin B. Helters** og **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Det jeg brenner mest etter er å skrike til jeg ikke har mer pust igjen. Skrike at alt ikke er bra. At grensene mine snart ikke tåler mer. Jeg tør ikke og det spiser meg opp innenfra. Hva faen skal jeg gjøre?»

«Foreldrene mine spør hver dag når jeg kommer hjem fra skolen: «Hvem har du vært med i friminutene i dag, da?» og jeg lyver og sier «mange» men egentlig så er jeg bare ensom!!! Jeg har prøvd å ta livet mitt altfor mange ganger, men jeg har ikke klart det.»

Dette er to innlegg fra ungdommer på det åpne forumet til Røde Kors' samtaletilbud «Kors på halsen». De er to av de 30 000 som henvender seg via forum, telefon, chat eller e-post hvert år. 10 prosent av barna og ungdommene forteller ting som tyder på at de lever i en krisesituasjon.

UNG-rapport

I undersøkelsen UNGDATA har forskningsinstituttet Nova spurt mer enn 40 000 ungdommer i alderen 13 til 16 år. Konklusjonen

er at de unge i det store og det hele er veltilpasset og trives på skolen. Men Nova-forskerne mener det er grunn til bekymring når det gjelder barn og unges psykiske helse:

- » Mange opplever stress og slit i hverdagen
- » Mange har søvnproblemer og føler håpløshet
- » Over 10 prosent har høyt nivå av depressive symptomer

Helt ufiltrert får Kors på halsen nærkontakt med det som oppleves som vanskelig blant barn og unge.

– Vi ser at det er et enormt press på mange. Dagens unge har en tilleggsbelastning: Kravet om å være «på» hele tiden. De skal lykkes i sosiale medier – chatte, kommentere, like, dele bilder – døgnet rundt – og det sliter på mange. Både de som tilsynelatende lykkes og de som ikke klarer det, sier Nelli Kongshaug, leder for samtaletilbudet.

En av fire som kontakter Kors på halsen på chat forteller om psykiske problemer. Selvskading, selvmordstanker og depresjon går igjen.

Forbigående plager vanlig

Det er ikke unormalt å ha hatt en psykisk lidelse en gang i løpet av

barndommen. Undersøkelser viser at mer enn hver tredje 16-åring på ett eller flere alderstrinn har hatt så mange symptomer at det oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose som for eksempel en angstlidelse, en depresjon eller en atferdsforstyrrelse, ifølge Folkehelseinstituttet. I de fleste tilfellene er likevel de psykiske symptomene forbigående.

Men om lag 70 000 barn har så alvorlige symptomer at det tilfredsstillende kravene til en psykiatrisk diagnose. De aller fleste av disse trenger behandling.

Får ikke nok hjelp

Får barn som sliter den hjelpen de trenger? Minst 30 000 barn og unge mellom 4 og 18 år har en atferdsforstyrrelse. Tiltak som man vet virker, blir mange steder ikke tatt i bruk, viser en kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet, utført på oppdrag fra Barn-, ungdom- og familiedirektoratet.

Barn og unge som ikke har blitt syke – ennå – har mangel på steder å henvende seg. Da Sykepleien tidligere i år spurte 566 helsesøstre om å fortelle om de vanskeligste prioriteringene de måtte gjøre, var det å gi god nok hjelp til barn og unge som sliter psykisk et svar som gikk igjen.

En av helsesøstrene i undersøkelsen beskriver en arbeidsuke slik:

– Jeg kommer i kontakt med flere elever som skader seg selv, strever med dårlig selvbilde, har angst. Jeg ønsker at vi kunne få til grupper for disse. Mange elever ønsker samtale, de har for eksempel opplevd at en av foreldrene har forsøkt å ta livet sitt, at de blir slått hjemme, de lurar på om det er noe galt med dem fordi de hører stemmer, de blir mobbet, de forteller at mor og far som er skilt samarbeider dårlig, noen opplever at ingen ser dem og lytter til dem om hvordan de egentlig har det.

Videre forteller hun:

– Det er ungdommer som lurar på hvorfor Norge ikke vil ha dem: Ungdom på asylmottak som venter og venter på oppholdstillatelse. Noen har stort lidelsestrykk. Noen har altfor mye ansvar hjemme når mor eller far er psykisk syk eller drikker for mye alkohol, noen har blitt voldtatt og helsesøster kan være den første som får denne informasjonen, noen får for lite omsorg hjemme selv om barnevernet har vurdert omsorgen som god nok, forteller hun og avslutter:

– Dette er glimt fra en arbeidsuke.

Vil bryte sirkelen

Eli Anne Willard er psykiatrisk sykepleier og jobber ved Kompetansesenter rus og psykisk helse, med lavterskeltilbud for barn og unge i Sarpsborg.

Hun har lang erfaring med å jobbe i førstelinje med barn og unge som er eller står i fare for å bli psykisk syke.

– Mange barn som har foreldre med psykiske problemer og eller rusproblemer utvikler egne problemer dersom forebyggende tiltak ikke settes inn. Kompetansesenteret rus og helse her i Sarpsborg har som visjon at generasjonsoverføringer skal brytes, forteller hun.

Allerede i graviditet og spedbarnstiden satses det på tett samarbeid og oppfølging. Trygg tilknytning og godt samspill er det viktigste å få på plass. Som et pilotprosjekt får mødre med psykiske problemer og mødre med rusproblemer tilbud som består av mor-barn-gruppe, kveldskurs i «trygghets sirkelen» og individuell oppfølging ved behov.

– Større barn tilbys «barn av»-gruppe. Vårt motto er er at trygge barn blir trygge voksne, som blir trygge foreldre som får trygge barn, sier hun.

Sammensatte problemer

Hos Kors på halsen handler samtalen ofte om å finne ut hvem andre som kan hjelpe videre:

– Det viktigste vi kan gjøre er å lytte og forsøke å finne ut om barnet har noen i sitt nærmiljø de kan snakke med. Ofte lander

vi på helsesøster. Det er et problem mange steder at helsesøster ikke er der når behovet er størst. På små steder kan det også være vanskelig å snakke med helsesøster fordi «alle kjenner alle», helsesøster inkludert.

Hvor kommer så det økende presset ungdommene opplever fra? Det er et stort spørsmål med mange svar. Nelli Kongshaug i Kors på halsen forteller en typisk historie fra sin arbeidsplass:

«Visjonen er at generasjons-overføringer skal brytes.

Eli Anne Willard, psykiatrisk sykepleier, lavterskeltilbud i Sarpsborg kommune



– Det kan være en ung jente som ringer inn, og forteller at hun skader seg selv. Når vi nøster opp, får vi vite at hun føler seg ensom. Hun blir mobbet, både på skolen og digitalt. Hun får ikke sove, fordi hun hele tiden må sjekke mobilen og se om noen har skrevet noe stygt om henne, sier hun og legger til at mange ungdommer har et aktivt nattliv på nett. Det er viktig at foreldre og andre voksne vet dette.

Økende antall

Kongshaug har merket at det er vanskeligere å komme unna mobbesituasjonene. Før foregikk mobbing på et spesifikt sted – i skolegården, klasserommet eller på hjemmeveien. Det var for mange mulig å finne et geografisk sted som var trygt. Hjemme, for eksempel.

– Digital mobbing rammer annerledes. De fleste har mobilen med seg hele tiden. De tar den med inn på rommet, opp i senga, under puta. De har den på hele natten. Sover med den i hånda. Da er det ingen fristeder. Mobbingen kan ramme når som helst



ÅPENT FORUM: Selvskading, selvmordstanker og depresjon er det som går igjen blant unge som sliter psykisk.



DEPRESSIVE UNGE: I den ferske UNGDATA-rapporten forteller over ti prosent av ungdommene mellom 13 og 16 år om depressive symptomer. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

og hvor som helst. Mange av de som blir utsatt for digital mobbing går i konstant alarmberedskap: Har det kommet noen flere kommentarer? Hvem har «liket» hva?

Kongshaug er ikke overrasket over at de år for år ser en økning av henvendelser fra barn og unge som sliter psykisk. Noe mener hun skyldes at det er enklere å ta kontakt på chat enn telefon. En

«Barn og unge vet ikke hvor de skal gå med problemene.» *Nelli Kongshaug, leder Kors på halsen*

annen forklaring på økende henvendelser er at det for noen blir for mye, at presset om å være vellykket og tilstede på alle arenaer hele tiden gjør ungdommer syke.

– En tredje forklaring er at vi er mer åpne om psykiske problemer enn før, og terskelen for å snakke om dem er lavere. Dette er flott, samtidig kan det også åpne opp for at vi lettere tror at vi er psykisk syke. Ungdomstida i seg selv er utfordrende, og det forteller ofte barn og ungdom til Kors på halsen. Det mange da trenger er å få vite at det de sliter med er normalt, at de ikke er alene i

verden i å føle seg for eksempel annerledes. Å få den bekreftelsen samtidig med å bli tatt på alvor, kan for mange være forebyggende.

– Det vi voksne også må forstå er at det å føle seg ensom, eller det å være redd for ikke å være god nok, oppleves som veldig alvorlig når du er ung. Vi må hjelpe ungdom til ikke å tro at de må skade seg selv eller gjøre seg selv sykere for å få hjelp. Det handler ofte om behovet for å bli sett og hørt og tatt på alvor, enten det er kjærlighetssorg eller selvskading. Det er utrolig viktig å bli sett av en voksen som bryr seg, sier hun.

Vil ha lavterskel og tverrfaglighet

Etter å ha jobbet så tett på barn og ungdom i flere år, er ikke Kongshaug i tvil:

– Jeg mener det er stor mangel på lavterskeltilbud der barn og unge er. Barn og unge vet ikke hvor de skal gå med problemene. 3000 av dem som kontakter oss er i en krisesituasjon.

– Som psykiatrisk sykepleier har jeg ofte undret meg over at ikke vår kompetanse er mer etterspurt når det kommer til tverrfaglig arbeid overfor barn og unge, sier Eli Anne Willard. ■■■

aknbh@sykepleien.no

Hvilke barn blir syke?

Barn og unge har størst risiko for å utvikle psykiske lidelser i familier hvor foreldrene selv har psykiske vansker som varer over lang tid, er rusmiddelmisbrukere eller voldelige, eller hvor familien eller barna selv er kommet som flyktninger og har traumatiske erfaringer med krig, tortur, vold og tap av nære relasjoner, ifølge Folkehelseinstituttet. Likevel kommer de fleste barn som får psykiske plager fra vanlige familier hvor det gjennomgående er få risikofaktorer.

Det er også høy risiko hvis barna blir utstøtt fra vennegruppen, er sosialt isolerte, dårlig integrert i nabolaget og blir mobbet på skolen.

Vanlige psykiske lidelser hos barn:

De vanligste lidelsene hos barn og unge er angst, depresjon, atferdsforstyrrelser, ADHD, autismelignende forstyrrelser, spiseforstyrrelser og psykoser.

Angst: Barnet viser engstelse som er atypisk for alderen, oppleves skremmende intenst og påvirker barnets funksjon hjemme, på skolen eller

blant venner. Symptomene kan være forbundet med bestemte objekter eller situasjoner eller opptre i en mer ubestemt form preget av vedvarende bekymringer, motoriske spenninger eller panikkanfall.

Depresjon: Kjentetegnes av nedstemt humør, passivitet og mangel på glede

Kognitiv førstehjelp

– Ofte handler det om å endre tankesett.

Leder for faggruppen av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, mener helsesøstrene kan bruke kognitiv tilnærming i sitt forebyggende arbeid med barn som sliter psykisk.

– Vi skal ikke drive behandling eller terapi. Vi er ikke ute etter å overta arbeidsoppgaver fra terapeuter, men ofte handler det om å endre tankesett. Å bruke kognitiv metode forebyggende egner seg godt, sier Ersvik.

Barnepsykologspesialist Solfrid Raknes har sammen med andre fagfolk utviklet et psykologisk førstehjelpsskrin rettet mot barn og unge.

– Mange helsesøstre har tatt kurs i dette, sier hun.

Røde og grønne tanker

«Psykologisk førstehjelp» er utviklet i tråd med hovedprinsippene i kognitiv terapi og i samarbeid med en bred faglig referansegruppe. Det er tilpasset to ulike målgrupper: Barn mellom 8 og 12 år og ungdom mellom 12 og 18 år.

I skrinet finner brukeren en bok med korte tekster og fargerike illustrasjoner, en rød og en grønn figur og et hefte med «hjelpenhender». Skrinene kan enten brukes alene eller sammen med jevnaldrende eller voksne. Gjennom konkrete historier gis det eksempler på situasjoner der «Rødtankene» blir sterke og ødeleggende og hvordan vi kan gi makt til «Grøntankene» for å bli mer glade og mindre sinte, triste eller redde.

Hjelp i tide

– For å få hjelp i tide – før problemene vokser seg store – må tjenestene være reelt tilgjengelige. Helsestasjonen må ha langt mer enn 20 minutter til en konsultasjon der alt fra vaksiner, helseundersøkelse og veiledning skal foregå. Det betyr at vi må kunne tilby langt flere hjembesøk, og kunne tilby foreldrestøttende tiltak. Skolehelsetjenesten må være tilgjengelig hver dag for skolens elever, slik at man både kan gi avtalte konsultasjoner og åpen dør. Helsestasjon for ungdom må ha en åpningstid og en bemanning som gjør den faktisk i stand til også å jobbe med psykiske problemstillinger, ikke bare prevensjonsveiledning.



IKKE NOK: 180 millioner kroner holder ikke til å jobbe forebyggende med psykiske problemer hos barn, slik behovet er, mener Astrid Grydeland Ersvik. Foto: Marit Fonn

«Helsesøstre og psykologer må komme inn på helsefremming og tidlig forebygging mer enn reparasjon.»

Astrid Grydeland Ersvik

– Forebygging koster

– Kommunene må utvikle kompetanse på barn og unge innenfor psykisk helsevern, for eksempel gjennom psykiatriske sykepleiere, slik at ikke alle må sluses til BUP. BUP må ivareta veilederansvaret de har overfor kommunene, mener Ersvik.

– Kommunepsykologer er viktig, men da må de ikke bli sittende som behandlere slik evalueringene så langt tyder på – både helsesøstre og psykologer må komme inn på helsefremming og tidlig forebygging mer enn reparasjon. 180 millioner kroner holder ikke til det, sier hun og sikter til den ekstra bevilgningen til kommunene som kommer i 2014. ■■■



aknbh@sykepleien.no

og interesse for de fleste aktiviteter. Hos barn og unge kan depresjon uttrykkes gjennom irritabelt humør i stedet for tristhet. Også søvnproblemer, manglende matlyst, konsentrasjonsproblemer, tilbaketrekking og opplevelse av verdiløshet, skyld eller skam kan være symptomer på depresjon hos barn og unge.

Atferdsforstyrrelser: Vid betegnelse. Vanligvis skiller man mellom mønstre av alvorlig problematferd som oppfyller kravene til en diagnose, og mer enkeltvise normbrytende handlinger. «Alvorlig atferdsforstyrrelse» (conduct disorder – CD) kjennetegnes av brudd på vesentlige sosiale normer. For eksempel aggressiv atferd mot mennesker eller

dyr eller alvorlig ødeleggelse av eiendom. «Opposisjonell atferdsforstyrrelse» (Oppositional defiant disorder, ODD) innebærer et mønster av negativ, fiendtlig og aggressiv atferd rettet mot autoritetspersoner.

ADHD og autisme er nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser. Kjennetegn

ved ADHD er blant annet vansker med konsentrasjon, impulsivitet og hyperaktivitet. Nylig har barn som ikke fullt ut oppfyller kriteriene for en autisme eller Aspergers syndrom blitt inkludert under betegnelsen «autismespekterforstyrrelser.»

Kilde Folkehelseinstituttet

Barn som velger døden

I 2011 var selvmord den nest hyppigste dødsårsaken til barn på 15 år og yngre, bare slått av kreft.

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

Anne Freuchen disputerte nylig med dette som tema. Så hva er det som gjør at unge gutter og jenter føler at å ta sitt eget liv er eneste utvei? Hvem er de?

Freuchen skriver i sin doktorgrad at det er en generell oppfatning at barn som tar sitt eget liv har en psykiatrisk diagnose.

– Det er ikke tilfellet i mitt materiale, sier Freuchen.

Hun viser frem noen historier i sitt doktorgradsarbeid:

En jente ble tatt for å stjele godteri. Hun ble fortalt at det hun hadde gjort var i konflikt med loven og at de ville ringe moren hennes. Jenta svarte at hun ville ta livet av seg om de gjorde det.

«Det var få eller ingen tydelige signaler på at barna hadde problemer.

Anne Freuchen

Uttalelsen førte til at butikkeieren umiddelbart ringte jentas mor for å fortelle om hendelsen. Da moren kom hjem en stund senere, var ikke datteren hjemme» Jenta ble senere funnet ikke langt fra huset, hun hadde tatt sitt eget liv.

En annen gutt tok livet sitt og etterlot et selvmordsbrev med detaljert informasjon om hva han hadde stjålet fra en butikk. Han hadde lagt ved penger som dekket tyveriet. Det var rundt 30 kroner.

En jente tok sitt eget liv etter at foreldrene nektet henne å dra ut på byen, fremgår det i Freuchens materiale.

Alle disse barna var 15 år og yngre.

Barna tar sitt liv på denne måten:

- › 66 prosent av barna i studien tok sitt eget liv ved kvelning
- › 24 prosent brukte skytevåpen
- › 5 prosent hoppet fra høyder
- › 5 prosent druknet seg

Freuchen fant i sin studie at de fleste barna som tok sitt liv gjorde det i mørketiden. Med unntak av ett barn, tok alle sitt liv når de visste det ikke var andre i huset eller nærheten.

– Det kan være en indikasjon på at de var fast bestemt på å gjennomføre selvmordet, sier hun.

– Vær interessert!

De fleste av barna hadde aldri vært i kontakt med hjelpeapparatet og ble oppfattet som vanlige, velfungerende barn.

Under disputasen fikk Freuchen spørsmål om dette er friske barn.

– Å kalle et barn som tar sitt eget liv friskt er kanskje litt drøyt. Men det var få eller ingen tydelige signaler på at barna hadde problemer selv om foreldrene i intervjuer beskrev mange av dem som følsomme.

Den nybakte doktoren poengterer at materialet er lite og at det derfor er vanskelig å komme med klare konklusjoner på årsaker.

– Men det kan virke som om selvmordsignalene hos barn er vagere og vanskeligere å oppdage enn hos eldre ungdom og voksne som sliter. Jeg vil derfor benytte anledningen til å sitere en av fedrene som deltok. Han understreket viktigheten av å være interessert i det barna driver med, ikke nysgjerrig, men interessert. Hans egen datter hadde gått fra å være en fargerik kledd ungdom til i løpet av kort tid bare å kle seg i sort. Han hadde tenkt at dette var teit og ble mest irritert. Han sa at dersom han hadde vært mer interessert og åpen på hvordan han møtte datteren rundt dette, tror han han kanskje hadde nådd inn, sier hun.

Selvmordsbrev

I sin studie har hun gått igjennom de 23 selvmordsbrevene som 18 av barna hadde etterlatt seg.

– Jeg ble overrasket over hvor lite brevene avvirket fra selvmordsbrev skrevet av voksne. De var rasjonelle, og det var lite som tydet på at barna var forvirret da de skrev dem, sier hun.

Selvmordsbrevene inneholdt for det meste forklaring for hvorfor de valgte å ta sitt eget liv, de fortalte at de var glad i dem de forlot, de påtar seg skyld for handlingen, og instruksjoner om hva som skulle gjøres med tingene de etterlot seg.

Sitater fra brevene:

«Jeg skal aldri stjele mer, det er sikkert.»

«Du var alltid snill mot meg»

«Dette smerter meg, slik det vil smerte deg».

«Jeg kommer til å savne deg».

«Gi Playstation 2 til Peter»

«1000 kroner til kattermat til Bessie»

Tøft forskningsfelt

Å forske på barn som tar sitt eget liv vil av mange beskrives som et tøft forskningsfelt.

– På fest prøver jeg å unngå å snakke om hva jeg gjør. Når jeg sier jeg holder på med doktorgrad, blir mange interessert og vil vite mer. Helt til jeg sier jeg forsker på barn som har tatt sitt eget liv. Da blir det fort stille.

– Hvordan har det vært for deg å møte foreldrene?

– De har vært veldig imøtekommende og åpne. Jeg trodde kanskje



Selvmord blant barn

Antallet barn som tar sitt eget liv varierer fra år til år. I 2011 var dette den nest viktigste dødsårsaken hos barn under 15 år. Andre år har antallet vært null.

På verdensbasis er selvmord den dødsårsaken blant barn og unge som øker mest, ifølge **Anne Freuchen** (bildet). I sitt arbeide har hun sett på selvmord som skjedde i perioden 1993 til 2004. 91 barn tok sitt eget liv i perioden. Foreldre til 42 av disse barna har bidratt i doktorgradsarbeidet.

Foto: Sykehuset Sørlandet

Krisehjelp

- › Barn og unge som tenker på å ta livet sitt og trenger krisehjelp, kan foruten helsesøster, fastlege eller legevakt kontakte Kirkens SOS hele døgnet: 815 33 300. Mental Helse har nummer 116 123 og er også åpent hele døgnet.
- › Kors på halsen er åpen hverdager mellom 14.00 og 20.00: 800 333 21
- › Helsebiblioteket har samlet faglige retningslinjer for selvmordsforebygging på sine hjemmesider.



INGEN DIAGNOSE: De fleste av barna hadde aldri vært i kontakt med hjelpeapparatet og ble oppfattet som vanlige, velfungerende barn, sier Anne Freuchen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

flere av dem ville at jeg skulle komme med en forklaring på hvordan dette kunne skje, men det gjorde de ikke. De forventet ikke at jeg skulle komme med svarene etter at de hadde fortalt sin historie. Det kan muligens skyldes at det er noen år siden selvmordene skjedde. Da jeg jobbet i klinikken, var jeg veldig bevisst på at jeg lukket døra til kontoret og klientene klokken 17.00. Jeg tok ikke problemer med meg hjem. Det har nok vært vanskeligere i dette arbeidet, men jeg har klart å distansere meg, sier hun.

Anne Freuchen tror at dersom andre skulle se på selvmord i samme aldersgruppe senere enn 2004, ville de finne mer materiale.

– Sosiale medier og det å dele tanker og følelser har hatt en enorm utvikling de siste ti årene. Det finnes egne chattersider for folk som ønsker eller tenker på å ta sitt eget liv. Dette er noe man burde se på hvis det skal gjøres nye studier, sier Freuchen. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

I barnas tegn

I 2013 har Sykepleien sett nærmere på barn og unges helse og tilgang til helsehjelp.

Dette arbeidet fortsetter vi med i 2014. Vi har fått gode tips om hva vi bør skrive mer om, men vi trenger fremdeles din hjelp til å peke på eksempler hvor helsevesenet er spesielt godt tilpasset barn og unge – og motsatt: Hvor er det mangler i helsehjelpen?

Vi har blant annet skrevet om søskentilpassning på nyfødttintensiv, mangelen på helse-søstre, selvskadende ungdommer med dår-

lig opplevelser på legevakta og bekymringer rundt samarbeid mellom skole og spesialist-helsetjeneste. Disse og flere saker får du ved å gå inn på www.sykepleien.no/tema eller scanne QR-koden.

Send oss gjerne en e-post: kari.anne.dolonen@sykepleien.no eller aknbh@sykepleien.no



Herceptin® subkutan

Alle Herceptins egenskaper, bare raskere¹

1. Preparatomtale (SPC) Herceptin SC 26.08.2013 www.legemiddelverket.no

Herceptin, Roche
Antineoplastisk middel. ATC-nr.: L01X C03 C

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 600 mg: Hvert hetteglass inneh.: Trastuzumab 600 mg, L-histidinhydroklorid monohydrat, L-histidin, alfa, alfa-trehalosedihiydrat, polysorbat 20. **Indikasjoner:** **Injeksjonsvæske og pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** Behandling av voksne pasienter med HER2-positiv metastatisk brystkreft: a) Som monoterapi i behandling av pasienter som har fått minst to kjemoterapiregimer mot metastasert sykdom. Tidligere kjemoterapi må ha omfattet minst et antracyklinderivat og et taxan, med mindre slik behandling er uegnet. Hormonreseptor-positive pasienter må også ha vist negativ respons på hormonterapi, med mindre slik behandling er uegnet. b) I kombinasjon med paklitaksel til behandling av pasienter som ikke har fått kjemoterapi mot metastatisk sykdom og når antracyklinbehandling er uegnet. c) I kombinasjon med docetaxel til behandling av pasienter som ikke har fått kjemoterapi mot metastatisk sykdom. d) I kombinasjon med en aromatasehemmer for behandling av postmenopausale pasienter med hormonreseptorpositiv metastatisk brystkreft som tidligere ikke er behandlet med trastuzumab. **Behandling av voksne pasienter med HER2-positiv brystkreft i tidlig stadium:** a) Etter kirurgi, kjemoterapi (neoadjuvant eller adjuvant) og stråleterapi (hvis aktuelt). b) Etter adjuvant kjemoterapi med doksorubicin og syklofosamid, i kombinasjon med paklitaksel eller docetaxel. c) I kombinasjon med adjuvant kjemoterapi som består av docetaxel og karboplatin. d) I kombinasjon med neoadjuvant kjemoterapi etterfulgt av adjuvant Herceptinbehandling, for lokalavansert (inkl. inflammatorisk) sykdom eller tumor >2 cm i diameter. Ved metastatisk brystkreft eller brystkreft i tidlig stadium skal Herceptin kun brukes hos pasienter der tumor enten har HER2-overuttrykk eller HER2-genamplifisering, bestemt med en nøyaktig og validert målemetode. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** **Metastatisk ventrikkelkreft:** Herceptin i kombinasjon med capecitabin eller 5-fluorouracil og cisplatin er indisert til behandling av voksne pasienter med HER2-positiv metastatisk adenocarcinom i ventrikkelen eller den gastrosofageale overgangen, som tidligere ikke har fått behandling for sin metastatiske sykdom. Ved metastatisk ventrikkelkreft skal Herceptin kun brukes hos pasienter der tumor har HER2-overuttrykk, definert som IHC2+ og med et bekreftende SISH eller FISH-resultat, eller med et IHC3+ resultat. Nøyaktige og validerte analysemetoder skal benyttes. **Dosering:** HER2-testing er obligatorisk for behandling startes. Behandling bør bare igangsettes av lege med erfaring fra behandling med cytostatisk kjemoterapi, og bør kun administreres av helsepersonell. Det er viktig å kontrollere preparatmerkingen for å sikre at riktig formulering (i.v. eller s.c. fast dose) administreres til pasienten, slik det er foreskrevet. Begrenset informasjon om bytte fra den ene formuleringen til den andre. **Metastatisk brystkreft:** Pasienter med metastatisk brystkreft bør behandles til sykdomsprogressjon. **Injeksjonsvæske:** Anbefalt dose er 600 mg/5 ml uavhengig av pasientens kroppsvekt. Ingen høyere startdose er nødvendig. Dosen skal administreres s.c. over 2-5 minutter hver 3. uke. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** Dosering hver 3. uke: Anbefalt startdose er 8 mg/kg kroppsvekt. Anbefalt vedlikeholdsdose hver 3.

uke er 6 mg/kg kroppsvekt, med start 3 uker etter startdosen. Ukentlig dosering: Anbefalt startdose er 4 mg/kg kroppsvekt. Ukentlig ukentlig vedlikeholdsdose er 2 mg/kg kroppsvekt, med start 1 uke etter startdosen. Kombinasjonsbehandling: Paklitaksel eller docetaxel kan gis dagen etter 1. dose og umiddelbart etter de påfølgende doser, dersom foregående dose ble godt tolerert. Anastrozol kan administreres på samme dag som Herceptin. Se Felleskatalogteksten for paklitaksel, docetaxel og anastrozol, eller andre aromatasehemmere, for informasjon om dosering. **Brystkreft i tidlig stadium:** Pasienter med brystkreft i tidlig stadium bør behandles i 1 år eller til sykdomsresidiv, alt etter hva som inntreffer først. **Injeksjonsvæske:** Dosering hver 3. uke: Anbefalt dose er 600 mg/5 ml uavhengig av pasientens kroppsvekt. Ingen høyere startdose er nødvendig. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** Dosering hver 3. uke: Anbefalt startdose er 8 mg/kg kroppsvekt. Anbefalt vedlikeholdsdose gitt hver 3. uke er 6 mg/kg kroppsvekt, med start 3 uker etter startdosen. Ukentlig dosering: Startdose er 4 mg/kg kroppsvekt, etterfulgt av 2 mg/kg kroppsvekt hver uke i kombinasjon med paklitaksel, eller doksorubicin og syklofosamid kjemoterapi. **Metastatisk ventrikkelkreft:** Pasienter med metastatisk ventrikkelkreft bør behandles til sykdomsprogressjon. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** Dosering hver 3. uke: Anbefalt startdose er 8 mg/kg kroppsvekt. Anbefalt vedlikeholdsdose gitt hver 3. uke er 6 mg/kg kroppsvekt, med start 3 uker etter startdosen. **Tilberedning:** **Injeksjonsvæske:** Oppløsningen er klar til bruk og skal ikke blandes eller fortynnes med andre preparater. Skal kontrolleres visuelt for å sikre at det ikke finnes partikler eller misfarging for administrering. Etter overføring av oppløsningen til sprøyten, anbefales det å erstatte overføringsnålen med lukkehette for sprøyte, for å unngå at oppløsningen ikke tørker i nålen, og for ikke å kompromittere kvaliteten av legemidlet. En hypoderm injeksjonsnål må festes til sprøyten umiddelbart før administrering, etterfulgt av justering av volum til 5 ml. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** Hvert hetteglass løses opp i 7,2 ml vann til injeksjonsvæske. Bruk av andre oppløsningsmidler må unngås. Dette gir 7,4 ml oppløsning. Oppløsningen har en konsentrasjon på ca. 21 mg/ml trastuzumab og pH er ca. 6. Et overskuddsvolum på 4% sikrer at den angitte dosen på 150 mg kan trekkes ut fra hvert hetteglass. Preparatet bør håndteres forsiktig ved tilberedningen, må ikke ristes. Må ikke fortynnes eller blandes med andre legemidler. Tilberedt oppløsning må ikke fryses. For ytterligere informasjon, se pakningsvedlegg. **Administrering:** **Injeksjonsvæske:** Skal kun administreres via s.c. injeksjon over 2-5 minutter. Injeksjonsstedet bør veksle mellom venstre og høyre lår. Nye injeksjoner bør gis minst 2,5 cm fra det gamle stedet og aldri i områder der huden er rød, skadet, øm eller hard. I løpet av behandlingen bør andre legemidler til s.c. bruk injiseres andre steder. Pasienten skal observeres i 6 timer etter 1. injeksjon, og i 2 timer etter senere injeksjoner, for tegn eller symptomer på administringsrelaterte reaksjoner. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** Startdose skal administreres som i.v. infusjon over 90 minutter. Skal ikke administreres som i.v. støtdose eller bolus. Skal administreres av helsepersonell som er forberedt på å håndtere anafylaksi, og nødvendighetstutstyr skal være tilgjengelig. Pasienten skal observeres i minst 6 timer etter start av 1. infusjon, og i 2 timer etter start av senere infusjoner, for symptomer som feber og frynsing eller andre infusjonsrelaterte symptomer. Opphold eller nedsatt infusjonshastighet kan hjelpe med å kontrollere slike symptomer. Infusjonen kan fortsette når symptomene avtar. Dersom startdosen tolereres godt, kan de etterfølgende infusjonene administreres som 30-minutters infusjoner. **Kontraindikasjo-**

ner: Overfølsomhet for trastuzumab, murine proteiner eller noen av hjelpestoffene. Alvorlig hvile-dyspné pga. komplikasjoner ved alvorlig fremskredet sykdom, eller ved behov for oksygentilskudd. **Kun for injeksjonsvæske:** Overfølsomhet for hyaluronidase. **Forsiktighetsregler:** Testing av HER2 må utføres ved spesiallaboratorium som kan vise til adekvat validering av testprosedurene. Pasienter behandlet med Herceptin har større risiko for å utvikle kongestiv hjertesvikt (CHF, NYHA klasse II-IV) eller asymptomatisk nedsatt hjertefunksjon. Disse hendelsene er observert hos pasienter behandlet med Herceptin alene eller i kombinasjon med paklitaksel eller docetaxel, særlig etter behandling med et antracyklinderivat (doksorubicin eller epirubicin). Hendelsene kan være moderate til alvorlige og er blitt forbundet med dødsfall. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter med økt hjertesvikt, f.eks. hypertensjon, dokumentert kranarteriesykdom, CHF, LVEF <55% og høy alder. Før behandling bør anamnese og hjertefunksjon kartlegges vha. fysisk undersøkelse, EKG, MUGA-scan eller magnetisk resonanstomografi. Hjertefunksjonen bør overvåkes under behandlingen (f.eks. hver 12. uke). Dette gjelder særlig pasienter som er behandlet med et antracyklinderivat og syklofosamid. Overvåkning kan bidra til å identifisere pasienter som utvikler hjerteproblemer. Vurdering av hjertet, som utført ved baseline, bør gjentas hver 3. måned under behandling, og hver 6. måned etter avsluttet behandling inntil 24 måneder fra siste administrering. En nøye avveining av nytte og risiko må gjøres før beslutning om Herceptinbehandling tas. Halveringstiden for trastuzumab er ca. 28-38 dager, og trastuzumab kan forbli i sirkulasjon i opptil 27 uker etter avsluttet behandling. Pasienter som får antracykliner etter avsluttet Herceptinbehandling kan muligens ha økt risiko for nedsatt hjertefunksjon. Hvis mulig bør leger unngå antracyklinbasert behandling i opptil 27 uker etter avsluttet Herceptinbehandling. Dersom antracykliner blir brukt, skal pasientens hjertefunksjon overvåkes nøye. Halveringstiden for antracykliner oppfølging bør vurderes hos pasienter hvor kardiovaskulære forhold påvises ved baseline-screening. Hjertefunksjonen bør overvåkes under behandlingen for alle pasienter (f.eks. hver 12. uke). Overvåkning kan bidra til å identifisere pasienter som utvikler hjerteproblemer. Pasienter som utvikler asymptomatisk hjertesvikt kan ha nytte av hyppigere kontroller (f.eks. hver 6-8. uke). Dersom funksjonen i venstre ventrikkel fortsatt avtar, men ennå uten å gi symptomer, samtidig som ingen klinisk effekt av Herceptinbehandlingen kan observeres, bør legen vurdere å seponere Herceptin. Hvis venstre ventrikkel ejsjonsfraksjon (LVEF) faller ≥ 10 ejsjonsfraksjons (EF) punkter fra baseline og i tillegg kommer under 50%, bør behandlingen holdes tilbake og en ny LVEF-måling foretas innen ca. 3 uker. Seponering av Herceptin bør sterk vurderes dersom LVEF ikke er forbedret, LVEF er ytterligere redusert, symptomatisk CHF er utviklet, eller hvis ikke individuelt nytteverdi er vurdert til å veie opp for risikoen. Alle slike pasienter bør henvises til kardiolog og følges opp. Hvis symptomatisk hjertesvikt utvikles under behandling, bør standard behandling for dette formål gis. (FK tekst fortsetter på neste side)

er ute



Les mer om:

38 – Fint å ha på cv-en ›

46 Nye operasjonssykepleiere på vent ›

48 Tar med seg erfaringene ›

Tekst **Eivor Hofstad** og **Ingrid Kvitrud**
eivor.hofstad@sykepleien.no



Foto: Colourbox

USA trenger utenlandsk helsepersonell

Helsearbeidere fra utlandet er viktige for helsesektoren i USA fordi de fyller store hull i arbeidsstyrken. Det viser en ny studie av RAND Corporation. Utenlandsk-fødte sykepleiere står for 12 til 15 prosent av det totale antallet sykepleiere i USA. Forfatterne av studien sier at amerikanske politikere bør vurdere å gjøre endringer i innvandringspolitikken for å gjøre det lettere å rekruttere nok helsepersonell. I tillegg sier de at innenlandske helseorganisasjoner må forbedre rekrutteringspraksisen og arbeidsforholdene for innvandrere.

Kilde: medicalnewstoday.com

BRITISKE sykepleiere har dårligere råd

Nursing Standard har gjort en leserundersøkelse blant 1200 sykepleiere.

Svarene viser at i løpet av de to siste årene har:

- 77 prosent klipt håret og/eller hatt skjønnhetsbehandlinger færre ganger
- 70 prosent ikke vært på ferie
- 54 prosent tatt ekstravakter for å spe på økonomien
- 10 prosent tatt ekstrajobb utenom sykepleien for å spe på lønnen
- 49 prosent ikke kunnet kjøpe ting de kunne før
- 34 prosent spurt familie og/eller venner om et lån til lønnsdag
- 32 prosent spart på fyringen
- 24 prosent unnlatt å betale kredittkortgjeld
- 16 prosent blitt hovedforsørger i hjemmet som et resultat av at partneren har mistet jobben
- 46 prosent vurdert å forlate sykepleieryrket til fordel for en jobb med bedre lønn



MINDRE LUKSUS: Det blir mindre av dyre hårklipper og ansiktsbehandlinger på britiske sykepleiere i finanskrisetider. Foto: Colourbox



Foto: Colourbox

NORDISKE sykepleiere støtter Filippinene

Vårdforbundet gir 100 000 svenske kroner for å støtte Filippinene etter tyfonen Haiyans herjinger. Halvparten går til Läkare Utan Gränser og resten til Röda Korset. Dansk Sygeplejeråd Solidaritetsfond gir 25.000 danske kroner til Dansk Folkehjælp. Norsk Sykepleierforbund støtter også det kriserammede landet ved å gi 100 000 kroner gjennom Leger uten grenser.

Via Sykepleierens Samarbeid i Norden (SSN) har alle de nordiske sykepleierorganisasjonene sendt en støtteerklæring til den filippinske søsterorganisasjonen PNA.

Kilde: dsr.dk, vardforbundet.se, nsf.no

BRITISK varslers utgir bok

Sykepleier Graham Pink fikk sparken for over 20 år siden da han uttrykte bekymring for den dårlige behandlingen geriatriske pasienter fikk ved Stepping Hill Hospital, hvor han jobbet. Det handlet om dårlig bemanning. Han mente de trengte tre til fire sykepleiere for å gi de 26 pasientene god pleie, men de fikk bare én.

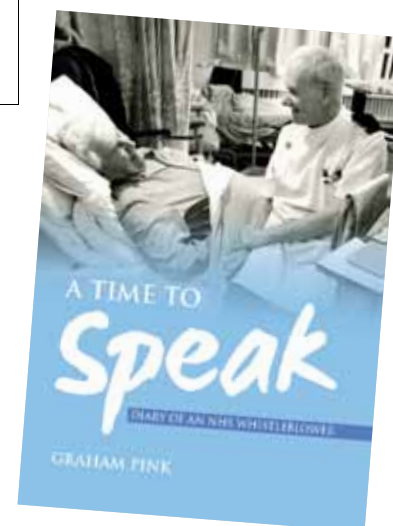
Pink skrev brev til ledelsen ved sykehuset, for det offentlige helsevesenet (NHS), politisk ledelse og til og med statsminister Margaret Thatcher. Han ble intervjuet i The Guardian, og kolleger sa at det ikke var før de leste det svart på hvitt i avisen at de forstod at systemet hadde bedøvet dem og fått dem til

å glemme standardene de opprinnelig hadde lært.

Nå har han utgitt bok om hans versjon av det som skjedde da han forsøkte å stå opp for sårbare pasienter.

– Jeg håper min historie vil minne alle sykepleiere om hvor viktig det er å være våken og unngå å bli så brutt ned av kravene på jobben at de slutter å legge merke til den dårlige pleien, sier Pink til bladet Nursing Standard.

Bladet skriver at det alarmerende med boken er at mye av det Pink var bekymret for den gangen, fremdeles er like aktuelt. Boken «A time to speak» er utgitt av sykepleierforlaget RCN Publishing Company.



Frykter epidemier fra SYRIA

Meslinger, tuberkulose, leverbetennelse, tyfus og polio brer seg raskt blant de over 6 millioner syriere som befinner seg i flyktningeleire i og utenfor Syria. Sykdommene kan raskt spre seg videre fra Istanbul til Europa, og nå skjerper Statens Serum Institut i Danmark kravet til foreldre om at de følger barnevaksinasjonsprogrammet.

Kilde: Ugeskriftet.dk

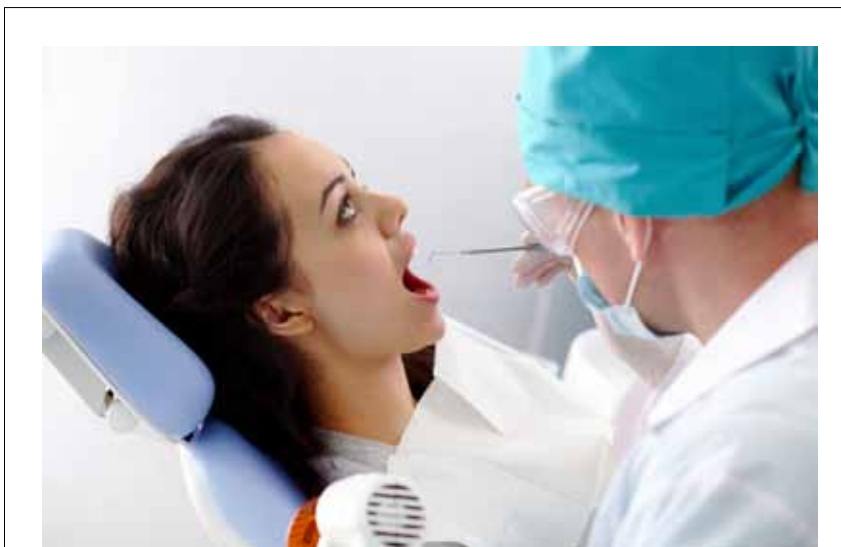


Foto: Colourbox

AMERIKANSK lysstudie

Sykehusrom og korridorer er gjerne dårlig opplyst, og nå har en studie vist at pasienter ved et stort amerikansk sykehus sover dårligere og opplever mer utmattelse (fatigue) og humørsvingninger jo mindre lys de får om dagen. Smerte viste en sammenheng med fatigue, men ikke med lys. Dagbelysningen hadde en gjennomsnittlig intensitet på 108,80 lux. Gjennomsnittlig søvn på nattestid var under fire timer (236,35 minutter).

Kilde: Journal of Advanced Nursing



STØTTES: Svenske sykepleiere kan få hjelp av fagforbundet sitt til å betale tannlegeregningen. Foto: Colourbox

Brille- og tannhelsestøtte til SVENSKE sykepleiere

Svensk sjukskoterskeforening deler i høst ut 600 000 svenske kroner til sykepleiere som har behov for økonomisk støtte. Sykepleierne har blant annet fått bidrag til å betale tannlegeregningen og kjøp av briller. I løpet av høsten deler foreningen i tillegg ut 50 000 kroner til sykepleiere som har søkt reise- og videreutdanningsstipend.



Foto: Colourbox

Flere vil bli sykepleiere i SVERIGE

Søknadsfristen for høyere utdanning for vårsemesteret i Sverige er nå gått ut. Tallene viser at 5 prosent flere søker sykepleierutdanningene som førstevalg sammenlignet med vårsemesteret i fjor. Totalt har antallet søkere til utdanningen økt med 9 prosent. Dette vil si at 9724 har satt utdanning som førstevalg og 14 255 har den som et av alternativene på søkelisten.

Kilde: dagenssjukoterska.se



Foto: Colourbox

Kutter sykepleierstillinger i ENGLAND

Ifølge Royal College of Nursing blir én av seks stillinger stående ledige ved offentlige sykehus (NHS-sykehus) i England. Nesten 20 000 heltidsstillinger er ledige, og sykehusene har 34 000 sykepleiere for lite når man regner med deltidsansatte. Dette er resultatet av at regjeringen har bestemt å spare 20 milliarder pund innen 2015. Royal College of Nursing har advart ministrene i en ny rapport om at dette kan gå utover pasientsikkerheten.

Kilde: theguardian.com

Riskhospitalet



Jørgen Hovlandsdal er sykepleier og trainee på andre året.

Tekst og foto Marit Fonn

– Fint å ha på cv



UTVALGT: Da Jørgen Hovlandsdal søkte, ville 81 bli trainee. 20 fikk plass.

Han har visst hvilket yrke han ville ha siden han begynte på videregående :

– Jeg har hatt null pauser i utdanningen, sier 23-åringen fornøyd.

Jørgen Hovlandsdal utdannet seg som sykepleier i Førde, og var ferdig i juni 2012. Sommerjobb var i boks; på kirurgen på Haukeland sykehus i Bergen. Han visste også at han fra august

«Vi ble testet i multitasking, regning og hukommelse.»

Jørgen Hovlandsdal, trainee

skulle være trainee på samme sykehus.

Da han var ufaglært på sykehjemmet hjemme i Høyanger, drømte han om å kjøre ambulanse.

– Men det har jeg gått vekk fra. Jeg liker meg så godt på sykehus, forteller han på sitt nåværende arbeidssted.

Det er hjertepost 4.

Ble testet mange ganger

Trainee-ordningen startet som et prøvprosjekt for to år siden – utløst av et-



terspørselen etter fulle faste stillinger for ferske sykepleiere. Bare nyutdannede kan søke disse praksisstillingene.

Da Hovlandsdal søkte i fjor vår, var han en av 81 – til 20 plasser. Alle søkerne ble først bedt om å ta en test på nett.

– Vi ble testet i multitasking, reg-

ning og hukommelse, forteller han kledd i hvitt på et ledig kontor på hjer-teposten.

Morgenstellet er gjort unna, og Hovlandsdal har akkurat de samme oppga-vene som de andre sykepleierne på vakt.

Han forteller videre: 33 av søkerne

-en



LÆREVILLIG: Pasient Bernhard Øye har fått stelt sårene han har på leggene etter at venene er brukt for å få skikk på hjertet. Trainee Jørgen Hovlandsdal håper han kan få jobbe her igjen etter neste praksis, som er på kreftavdelingen.

fikk fortsette i prosessen og ble intervjuet. Deretter løste de gruppeoppgaver og fikk så individuell test med pasient-case. I juni fikk han svar.

– Jeg ble veldig glad. Du føler deg privilegert når du er en av de utvalgte og måtte gjennom så mye for å få plassen.

Begynte i akuttpsykiatrien

Traineesykepleierne skal helst prøve seg på tre ulike avdelinger i løpet toårsperioden. De som ikke får full stilling på avdelingen, har reststilling i bemanningscenteret, men maksimum i 25 prosent. Hovlandsdal er heldig;

så langt har han jobbet 100 prosent på avdelingene.

Psykiatrisk akuttmottak på Sandviken sykehus ønsket seg sykepleiere av hankjønn. Hovlandsdal ble spurt om han ville ta første praksisperiode der og sa ja. Der jobbet han bak låste dører og brukte mekaniske tvangsmidler, som transportable belter. Han fikk opplæring i unnvikelsesteknikk og ble drillet i hvordan han skulle kommunisere.

– Poenget er å passivisere aggressive pasienter. Mange er rusa og blir plutselig psykotisk. Da kan de bli veldig redde og dermed voldelige. De kan gå løs på inventaret. Vi måtte hindre dem i å skade seg selv og møbler.

I begynnelsen bare observerte han, men nå har han ikke tall på hvor mange pasienter han har behandlet. Underveis fikk han tilbud om full jobb.

«Vi har 42 traineesykepleiere nå.»

Wibeke Krokås, prosjektleder

– Men jeg hadde lyst å ha traineeerfaringen på cv-en. Det er ikke så mange som har dette.

Søkte seg til godt arbeidsmiljø

I april var han ferdig i psykiatrien. Her på hjerteposten liker han seg så godt at tror han vil tilbake når traineeperioden er over. Det var hit han ønsket seg, han hadde hørt at arbeidsmiljøet var godt her.

Etter et par uker var han kjent med rutinene. Nå føler han seg som en av alle andre.

– Minuset er å skifte arbeidsplass når man trives. Man må begynne på nytt igjen, skaffe nye relasjoner. Men vi vet at det bare er for en periode.

I januar vil han igjen være nybegynner. Han peiler seg inn på kreftavdeling neste gang.

Trainee

En nyutdannet med høyere utdanning som har praksis i flere avdelinger i en tidsbestemt periode for å gjøre seg kjent med bedriften, normalt med veiledning. Oversatt fra engelsk: Praktikant, lærling, elev, aspirant.

Kilder: Student Torget.no, Wikipedia og ordnett.no



Trainee i Helse Bergen:

- › Får arbeidserfaring fra ulike enheter, som kirurgi, medisin og psykiatri.
- › Seks fagsamlinger per år.
- › Jobber i vanlig turnus, med vanlig lønn og arbeidsvilkår.
- › Er sikret full fast jobb.
- › Ingen bindingstid.



TRIVES: Tina Marie Sæle og Jørgen Hovlandsdal er enige: Et godt arbeidsmiljø teller mye når de skal velge arbeidssted.

– Det har vært en del kreft i familien, derfor er jeg nysgjerrig. Men jeg er også litt redd jeg skal assosiere jobben med familien.

Han satser på å bli i Bergen. Han og samboeren, som også er sykepleier, har nettopp kjøpt seg leilighet.

«Minuset er å skifte arbeidsplass når man trives.»

Jørgen Hovlandsdal, trainee

– Jeg tror jeg traineesykepleierne stiller sterkere enn vanlige sykepleiere. Vi kan vise til variert erfaring. Jeg anbefaler dette til alle nyutdannede.

Lærer fort

Inne på et firesengsrom setter Hovlandsdal veneflon på en bypassoperert pasient. Det går smidig denne gangen. Da han kom hit etter åtte måneder i

psykiatrien, følte han seg hjelpeløs med nålen. Han trengte noen forsøk før han traff.

Bernhard Øye, også bypassoperert, venter i sengen tvers over rommet. Han trenger sårskift på leggene. Der har han lange, røde striper etter at venene i beina er brukt i hjertet. Hovlandsdal sjekker bandasjene:

– Det væsker litt. Men dette skal gå bra, konstaterer han.

Øye har lagt på seg seks kilo. Hovlandsdal vet at det skyldes væskeoverskudd fordi pasienten har brukt hjertelungemaskin. Detalj etter detalj har han tilegnet seg om hjertefaget.

Han trekker støttestrømper på pasientens lange bein, som må ha dem på seg i to-tre måneder til venene har funnet seg nye veier å gå.

Blant damer

På vaktrommet bekrefter sykepleierkollega Tina Marie Sæle at trivselen er

stor. Hun har småbarn og er fornøyd når lederen spør: Er det noen kvelder som er verre for deg enn andre? Og Hovlandsdal, som liker å reise hjem til Høyanger i helgene, får sein vakt på mandagen.

– Det gjør at vi trives på lang sikt, mener de.

Hovlandsdal synes det går bra å være mann i et kvinnemiljø.

– Men det er annerledes enn å være blant menn.

– Hva er forskjellig?

– Menn kan sitte ned og bare være stille. Og vi snakker om andre ting enn når vi snakker med damer.

– Hva da?

– Om damer. Og øl og fotball, ler han.

Og understreker at han koser seg i dameselskap også.

Fra skepsis til aksept

– Trainee-sykepleierne er veldig motiverte. De opplever nok at de er

håndplukket og vil leve opp til forventningene, sier foretakstillitsvalgt Brita Tarberg.

Hun var skeptisk da prosjektideen ble lansert.

– Jeg tenkte: Hva med opplæring? De er helt ferske og trenger å bli trygge i faget. Da er det ikke det beste å bli kasta rundt i mange ulike avdelinger. Men så lenge opplæring og oppfølging er på plass, er det akseptabelt.

Tarberg opplever at det er noe misnøye blant dem som har en del av stillingen i bemanningssenteret.

– De risikerer å bli sendt på mange ulike avdelinger. Dette kan oppleves stressende, og gir lite læringsutbytte. Jeg forutsetter nå at rutinene blir forbedret. Heldigvis får de fleste fulle stillinger i avdelingene, så alt i alt er jeg veldig positiv. Ideen er utmerket, først og fremst fordi den garanterer fulle stillinger. Det er bra at de nytdannede ikke venner seg til å jobbe deltid. Å shoppe rundt etter vakter er uheldig.

Hun liker at de får fagdager innimellom.

– Men første kull er ikke ferdig ennå. I hvilken grad de får jobb der de ønsker, gjenstår å se. Forhåpentlig finner arbeidsgiver gode løsninger. Det er jo stort behov for arbeidskraft, sier den tillitsvalgte.

Bruker vikariater

Wibeke Krokås på bemanningssenteret er prosjektleder for trainee-sykepleierne:

– Vi har 42 av dem nå. Lederne er godt fornøyd, sier hun.

– Vi har organisert dette ved å bruke stillinger som ellers blir utlyst som vikariater.

25 avdelinger er involvert.

– Vi har mange søkere, også fra andre deler av landet.

De nytdannede får prøvd seg på flere felt og jobber på avdelinger de sannsynligvis ikke ville ha søkt seg til ellers.

– Noen skrinlegger fagområder de hadde tenkt seg før, noen oppdager nye.

Fast ordning – sannsynligvis

Før jul blir det avgjort om prosjektet blir til en fast ordning. Med så gode erfaringer er sannsynligheten stor, mener hun.

– I så fall vil vi lyse ut for et fjerde

– Hva synes du om testene dere bruker i utsilingen?

– Vi bruker såkalte evnetester, fordi vi fikk så mange søknader. Vi bruker ikke personlighetstester.



«Ideen er utmerket, fordi den garanterer fulle stillinger.»

Brita Tarberg, foretakstillitsvalgt

kull til sommeren. Jeg håper andre sykehus og kommuner også setter i gang.

Krokås viser til at Bergen kommune har begynt med fem trainee-sykepleiere i høst. Hun kjenner ikke til at andre sykehus har tilbud i samme skala som dem.

– Er det mye arbeid for å få det til?

– Det er en jobb i starten med å ansette og sy sammen det faglige programmet, men så går det av seg selv, mener hun.

Krokås ønsker trainee-sykepleiere som har mange kvaliteter, siden de skal takle å arbeide på forskjellige plasser:

– Derfor er det fint at de får vist seg på flere måter. Det er ikke alle som håndterer intervju situasjonen like godt. Å skryte av seg selv er ikke så lett. Men med praktiske øvelser kan de få vist at har et godt lag med pasienten. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



ANTIBIOTIKA: Hjerterpasient Rita Eikum synes hun får god pleie av Jørgen Hovlandsdal, selv om hun må tåle hard behandling.

Det trengs flere operasjonssykepleiere. Likevel venter nesten bare vikariater etter endt utdanning.

Tekst og foto Ingrid Kvitrud

Nye operasjonssykepleiere går på vent

Stipendordninger

Sykehuset Telemark HF: Totalt 248 000 kroner i stipend. Har hatt tre års bindings-tid, men kommer nå antageligvis til å gå over til ett det kommende året.

Vestre Viken HF: Stipend på totalt 285 000 kroner. Bindingstid to år.

Sykehuset i Vestfold HF: Alternativ 1: Stipend på totalt 375 000 hvor studenten plikter å jobbe minst tre uker i sommerferieperioden. Alternativ 2: Stipend på totalt 412 500 totalt. Her inngås en egen arbeidsavtale som innebærer arbeid ved helseforetaket hver tredje eller hver fjerde helg, samt minimum tre uker i sommerferien. Begge stillingene er i utgangspunktet 100 prosent, og bindingstiden er to år ved begge alternativene.

Ved Høgskolen i Vestfold (HiVe) har 13 operasjonssykepleierstudenter siste dag på skolen før avsluttende eksamen i enden av november. Det feires med kaker og kaffe. Feiringen av snart å være ferdigutdannet, har likevel en bitter ettersmak: Ni av studentene går ut i vikariater, bare fire får faste stillinger.

– Overalt hører vi om at det mangler operasjonssykepleiere, men dette samsvarer ikke med hva vi møter. Vi tok det som en selvfølge at vi skulle få fast stilling som nyutdannede, sier en frustrert Monica Lilja Håland.

Hun er en av dem som går ut i et vikariat som fersk operasjonssykepleier.

Skuffet over stipendordningene

De kliniske studiene ved videreutdanningen på HiVe gjennomføres enten ved Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF eller Vestre Viken HF. Hos disse helseforetakene kan studentene søke om stipend. Ordningene varierer, men alle avtalene har bindingstid.

– Helseforetakene viser at de vil legge til rette for videreutdanning, men det stopper der, sier Håland og spør:

– Hvorfor gir de ut stipend når de

ikke har noen faste stillinger til oss?

Alle studentene har stipend eller lønn fra sitt sykehus. Videre forteller Håland med hendene i kors at studentene synes stipendene er for lave og ordningene for dårlige.

– Nå har vi lagt familieliv og økonomisk velferd på hylla i ett og et halvt år for å ta en utdanning som gagnar sykehusene. Jeg trenger en fast stilling for økonomisk trygghet. Hadde jeg visst at jeg ikke fikk det, så, ja ..., sukker Håland, som er mor til to.

Hun legger til at de mister pensjonspoeng og trygdeordninger under utdanningen, samt at de må skatte av stipendet. Differanselønnen på en sykepleier og en spesialsykepleier ligger på litt over 30 000. Dermed mener Håland at når studentene ofrer så mye økonomisk under utdanningen, må de få igjen den økonomiske tryggheten i form av fast stilling.

Går fra sine faste stillinger

Ni personer i kullet har hatt fast stilling, seks av dem går nå over i vikariater. Håland er en av disse. Hun har hatt stillingen sin på kirurgisk klinikk i fem år.

– Faste stillinger kjemper syke-



KUN VIKARIATER: Alle på bildet går ut i vikariater med va

pleiere generelt for. Jeg har selv hatt vikariat i tre år før jeg fikk fast. Nå som jeg har tilegnet meg mer kunnskap, får jeg på en måte en straff for det ved å måtte gå tilbake til køen, sier Håland.

Hun forklarer at de som tar videreutdanningen ofte er på et annet sted i livet enn nyutdannede sykepleiere: Med familie og økonomiske forpliktelser. Og at de derfor ikke lenger synes vikariater er godt nok, selv om de antakelig vil få fast stilling på sikt.

– Hadde vi bare tatt utdanningen



riighet på omtrent ett år. Fra venstre: Vidar Hansen, Eleanor Holm Nilssen, Hege Bye Lerum, Monica Lilja Håland (fremst i midten), Åse Gundersen, Gry Jeanette Pettersen, Karina Andreassen. I tillegg til to til som ikke er til stede.

for vår egen del, hadde det vært én ting, men det er et skrikende behov for oss, sier Håland.

Vanligvis må man ha to års arbeids-erfaring som sykepleier før man kan begynne på videreutdanningen, men HiVe har satt ned kravet til ett år.

Muntlig lovnad

Håland har vært på Sykehuset Telemark HF sammen med to medstudenter. De fikk alle stipend med tre års bindingstid, men ingen av dem får fast stilling. De har imidlertid, i

likhet med de andre studentene, blitt lovet at det skal de få etter hvert. Gjennomsnittsalderen blant operasjonssykepleiere er høy, så Håland har tro på

Det er ikke noe trygghet i det, plutselig blir det omstillinger. Vi har det ikke skrevet på papir, så det er ikke verdt noen ting. Vi blir brukt i beman-

«Vi tok det som en selvfølge at vi skulle få fast stilling.»

Monica Håland, operasjonssykepleierstudent

at de kommer til å få faste stillinger med tiden.

- Hva er da problemet?
- At de bare sier «det ordner seg».

ningskabelen og stående på vent til noen går av med pensjon, sier Håland.

- Det er en prinsippsak, konkluderer en medstudent.





SYKEPLEIEN 3/13: Håland forteller at hun og resten av kullet jublet da Sykepleien i vår satte søkelys på stipendordningene for operasjons-sykepleieutdanningen.



VERDSATT? Det trengs flere av dem. Men blir de satt pris på? Arkivfoto: Marit Fonn

Flere tar til orde. Dette er tydelig en sak som stikker dypt.

Utdanner de som trengs

– Studentene er ikke lovet faste stillinger i avtalen, men de er sikret jobb her i de tre årene de har bindingstid. Det er en risiko man tar ved å videreutdanne seg, sier konsulent i HR-avdelingen på Sykehuset Telemark HF, Marit Hægg.

Hun legger også til at studentene har signert avtalene før studieoppstart, så avtalebetingelsene er kjent for dem tidlig i prosessen.

Hægg sier at hun forstår at studentene tenker at det er usikkert, men at de mest sannsynlig ikke har noe å føle seg utrygge for.

– Det er ikke slik at kabalen med faste stillinger går helt opp akkurat når vi ønsker det. Tanken er at de skal ta over stillingene etter hvert som de blir vakante. Det vil jo være å kaste penger ut av vinduet å utdanne folk vi ikke trenger, sier Hægg.

Omtrent det samme sier avdelings-sjef for kirurgisk sykepleieavdeling ved Sykehuset i Vestfold HF, Marit Karlsnes:

– Vi rekrutterer etter det behovet vi har for å tette turnoveren. Alle er fast

ansatte på sykehuset, og vi sikrer at de får relevant praksis under bindingstiden. Jeg har aldri opplevd at noen må slutte etter bindingstiden på grunn av manglende jobb.

Vestre Viken HF har startet arbeidet med å utvikle «Strategi for å rekruttere og beholde og utdanne anesthesi-, inten-

helst vil ha det, men det er dyrt. Vi satser heller på stipender slik at vi har råd til å utdanne flere så vi ikke plutselig sitter der og ikke har nok folk innen de ulike fagfeltene, sier Hægg fra Sykehuset Telemark HF.

Vestre Viken HF gir fra januar 2014 studentene utdanningsstillinger i ste-

«Det er et skrikende behov for oss.»

Monica Håland, operasjonssykepleierstudent

siv-, og operasjonssykepleiere», forteller Elisabeth Kaasa som er helsefaglig sjef ved Vestre Viken HF.

– Vi vil blant annet se på om det er mulig å opprette flere faste stillinger slik at det overlapper litt til noen av de andre operasjonssykepleierne for eksempel går av med pensjon, sier Kaasa.

Lønn under utdanning

Håland og kullet fra HiVe sier at det beste hadde vært å få grunnlønn under videreutdanningen. De tror lønn under utdanning hadde gjort det lettere å rekruttere flere til yrket, og også mer erfarne sykepleiere.

– Vi skjønner godt at studentene

det for stipend, som de har hatt for Håland sitt kull. De får altså et ansetelsesforhold.

Studentene hos Sykehuset i Vestfold HF har fått 75 prosent av lønna under sin utdanning, men de nye søkerne får stipend. Avdelingssjef for kirurgisk sykepleieavdeling, Karlsnes, kunne ikke kommentere denne avgjørelsen.

I klasserommet står pappkoppene klare og lokket blir tatt av kaken. 18. desember er det avslutning.

– Vi angrer ikke på utdanningen vi har tatt og gleder oss til å begynne. Selv om det har en bismak, sier Håland. ■■■

ingrid.kvitrud@sykepleien.no

Antall stillinger til operasjonssykepleiere

Sykehuset Telemark HF: 56 stillinger (utenom Notodden). Ingen ledige.

Vestre Viken HF: Ca.140 stillinger. 10 ledige.

Sykehuset i Vestfold HF: 73 stillinger. Ingen ledige.

Kilde: Helseforetakene

Fordelingen av faste stillinger i kullet

Sykehuset Telemark HF: 3 i praksis, 0 har fått fast stilling

Vestre Viken HF: 7 studenter, 2 har fått fast stilling

Sykehuset i Vestfold HF: 3 studenter, 2 har fått fast stilling



KUN PÅ NETTI



tanum.no

Eksklusivt juletilbud!

**25% rabatt på årets beste julegaver.*
Bruk rabattkoden: NSFJUL**

**Rabatten er gyldig ut 15 desember for alle norske bøker, bortsett fra årets utgivelser som vi etter Bokavtalen ikke har tillatelse til å rabattere.*





TYFON: En filippinsk militær sykepleier bærer en sju dager gammel baby, mens moren ligger i bakgrunnen. De venter på å bli evakuert etter tyfonen som herjet landet. Bildet er fra Tacloban city, i Leyte-provinsen på Filippinene.

Foto: Scanpix/AP Photo/Wong Maye-E



Å ligge på intensivten inspirerte Silje Gangnes. Hun vil bli akutt- eller intensivsykepleier.

Tekst og foto Ingrid Kvitrud

Tar med seg erfaring

«Jeg har sett hvor mye det kan ødelegge en dag om noen er avvisende.»

Silje Gangnes

I mars 2012, da Silje Gangnes (20) gikk siste året på videregående, havnet hun i en alvorlig front-kollisjon. Hun ble fløyet til Oslo universitetssykehus med punktert lunge, ribbeinsbrudd, rift i leveren, brudd i lårbein og leggbein. I tillegg var begge helene og knærne knust. I to døgn lå hun i respirator. Senere ble hun overført til Sunnaas. Til sammen tilbrakte hun fire måneder på sykehus.

Gangnes fikk i løpet av oppholdet god tid til å se hvordan hverdagen er, og hvilke utfordringer man møter, på intensivavdelingen. Det fristet.

– Jeg har alltid visst at jeg vil bli sykepleier, men det var her jeg fant ut hvilken retning jeg skal velge, sier Gangnes.

– Kastet ikke ut vennene mine

I dag går Gangnes andre året på sykepleierutdanningen på Høyskolen i Oslo og Akershus. Og hun er sikker på at hun har valgt riktig.

Gangnes trekker litt på skuldrene og forteller at mange sykepleiere har vært overrasket over at hun vil bli akutt- eller intensivsykepleier etter å ha ligget på intensivten selv.

– De tenker kanskje at det er rart at jeg hver dag skal gå rundt og se pasienter som er slik jeg en gang var. Men jeg vet hvor viktig disse sykepleierne var for meg og mine pårørende. Derfor vil jeg også bety noe for andre i samme situasjon, sier Gangnes.

Det som var viktigst for Gangnes da hun var pasient, var at sykepleierne var interessert i henne og viste omsorg. Slike sykepleiere møtte hun mange av.

– De ordnet enerom til meg og trengte dermed ikke å følge besøkstidene. De kastet heller ikke ut vennene mine om de skulle skifte på sårene mine. Av og til trillet de meg ut på fine dager, slik at jeg kunne få en halvtime med sollys, ler Gangnes.

– Noen sykepleiere satte seg også



SYKEPLEIERSTUDENT:

Silje Gangnes kan kanskje tenke seg å jobbe på Sunnaas sykehus, der hun selv var pasient.

sammen med meg på kvelden og så på tv. Bare det betydde mye, fortsetter hun.

Ser begge sidene

Pasienttilværelsen har satt spor i hvordan Gangnes er som sykepleierstudent.

– Vi vet jo at man alltid skal ha respekt for pasienten, men når man har vært en selv så tror jeg man får en annen type respekt overfor dem. Jeg hører mange sykepleiere sier til pasienten «jeg

skjønner hvordan du har det». Men da tenker jeg, nei, det vet du ikke.

Erfaringene som pasient bruker Gangnes i praksisen, og ønsker å ta den med seg videre inn i yrket.

– Jeg opplever at jeg ofte forstår pasienten bedre enn det sykepleierne jeg går med gjør. Jeg bruker mye tid på å spørre og forstå, antakeligvis mer tid enn jeg ville brukt om jeg ikke hadde vært pasient, innrømmer Gangnes.

ene etter bilulykken



Hun forklarer at som pasient ville hun gjerne bli kjent med sykepleieren, og likte at de gjerne var litt «kompis».

– Jeg kan nå se begge sidene, både pasientsiden og sykepleiersiden. Jeg håper at det gjør meg til en bedre sykepleier, sier Gangnes mens hun ser forsiktig ned i hendene sine.

Deler gjerne erfaringene

Flere av Gangnes sine medstudenter

har spurt henne om pasientrollen når de jobber med oppgaver.

– Vil du dele erfaringene dine med pasienter?

– Hvis pasienten ønsker det, men man skal være forsiktig med å snakke for mye om seg selv.

Gangnes forteller om en sykepleier som delte sine erfaringer med henne. Sykepleieren hadde vært i en båtulykke og fått mange av de samme ska-

dene Gangnes lå med, for eksempel et knust kne. Sykepleieren snakket om hvordan hun opplevde det og viste Gangnes sine arr.

– Man mister etter hvert motivasjonen når man ligger så lenge uten å kunne gå. Men hennes erfaringer hjalp meg med å få tilbake gnisten, for jeg så jo at hun løp rundt omkring i gangene. Én er ting å høre at alle sier at «du blir bedre», men dette hjalp meg til å forstå det, sier Gangnes.

– Man føler seg liten

– At jeg har vært pasient har gjort at jeg ser betydningen av å vise omsorg. Vi leser jo om det i teorien og lærer om det i praksisen. Men jeg har sett hvor mye det kan ødelegge en dag om noen er avvisende, sier Gangnes.

Hun er bevisst på at hun ikke vil bli en slik sykepleier som avviser spørsmål i kvasse tonelag.

– Da føler man seg veldig liten. Og det gjør man fra før når man trenger hjelp til nesten alt, sier Gangnes.

En morgen kom det en mannlig sykepleier som snakket litt dårlig norsk inn på Gangnes sitt rom. Hun skjønte at han skulle vaske henne.

– Han bare dro av meg dyna og begynte å vaske meg. Han var veldig brå og hilste nesten ikke engang. Det synes jeg var ubehagelig, både fordi han var mann og fordi han ikke informerte om hva han skulle gjøre, sier Gangnes.

Hun legger til at det hjelper mot å føle seg liten det å få hele tiden vite hva sykepleierne skal gjøre.

– Å være pasient er jo en erfaring jeg skulle vært foruten, men nå som jeg har den vil jeg bruke den for alt den er verdt til å gjøre det bedre for pasienter, sier Gangnes mens hun kniper igjen et smil. ■■■

ingrid.kvitrud@sykepleien.no

«Jeg opplever at jeg ofte forstår pasienten bedre.» Silje Gangnes

NSF Student vil at alle praksissteder skal godkjennes før de kan ta imot studenter.

Tekst og foto Kari Anne Dolonen

Kvalitet i 13 punkter



UTFORDRER: NSF Student har laget en liste på 13 punkter med krav til hvordan et godt praksissted skal være, forteller studentleder Stian Aasoldsen.

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) studentleder, Stian Aasoldsen, vil utfordre landets helseinstitusjoner. NSF Student har laget en liste på 13 punkter med krav til praksisstedene.

– Praksissteder som oppfyller kravene i denne listen, er et godt praksissted, sier han.

Årets beste

Å sikre studenter gode praksisplasser er en av de viktigste sakene de jobber for.

– Vi jobber i disse dager med å utarbeide en pris – årets praksissted – som vi håper å få til i år eller neste år. Dette

stedene. Det er et krav i rammeplanen, sier han.

Avtalene bør ifølge NSF Student sørge for:

- › En klar ansvarsfordeling mellom skolen og praksisstedet
- › At rammeplanens bestemmelser blir fulgt opp
- › At praksisstedet er relevant for studenten i henhold til hans eller hennes krav om progresjon
- › At studentene utsettes for relevante lærings situasjoner
- › At praksisstedet har en klar bestilling på hva de skal tilby studentene.

tansen bør bestå i blant annet:

- › At kontaktsykepleieren vet hvor studenten befinner seg i studiet og tilpasser veiledningen sin til det.
- › At kontaktsykepleieren kjenner de formelle og uformelle kravene som settes til studenten i studiet og dermed kan bistå med relevante lærings situasjoner og påfølgende veiledning.
- › At kontaktsykepleieren kan sin didaktikk – at han eller hun forstår hva det er som gjør at et menneske lærer – slik at han eller hun kan tilpasse veiledningen av studenten til det.

Må observere

Det tredje grepet er ifølge Aasoldsen todelte.

– Lærerveilederne på utdanningsinstitusjonene må reise ut og observere studenten i sitt kliniske virke. Samtidig må praksisstedet legge til rette for at lærerveileder får anledning til nettopp dette.

I rammeplan for sykepleierutdanning fra 2008 står det at det er utdanningsinstitusjonen som har ansvar for å vurdere og evaluere studenten. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Sjekk om din arbeidsplass oppfyller NSF Students krav til praksisplasser. Listen vil bli lagt ut på www.sykepleien.no

«Kontaktsykepleier må være motivert og ønske å ha studenter.» Stian Aasoldsen

vil være en pris som skal gjøre ære på steder som arbeider aktivt for å skape et godt læringsmiljø for studentene når de er i praksis.

Må få en god avtale

Aasoldsen sier det er tre områder som er spesielt viktige for at praksisplasser skal fungere etter planen.

– Det første grepet er å opprette gode avtaler mellom studiestedene og praksis-

Kontaktsykepleier er forbilde

Det andre punktet han trekker frem er veiledning.

– Kontaktsykepleier må være motivert og ønske å ha studenter. Det må også settes av tid til oppgaven. Kontaktsykepleieren er studentens mentor og forbilde og er i så måte avgjørende for studentens progresjon i studiet på veien mot det å bli sykepleier, sier Aasoldsen.

NSF Student mener at veilederkompe-

Støttestrømper

Til jobb og fritid

Våre komprimerende strømper er utviklet for å øke blodsirkulasjonen i fot og ben. Det økede trykket virker forebyggende mot blodpropper, åreknuter og motvirker også hovne og trette ben. Samtidig gir kompresjonsstrømpene inntil 30% hurtigere restitusjon!



xwear.no

Gi en trygg fødsel til jul!



Jane og John har fått en liten gutt! Han ble født på Kamyana helseklinikk kl. 02:13 og veide 3 200 gram. Både mor og barn overlevde!

Hver dag dør 800 mødre og mer enn 5000 barn i forbindelse med fødsel. 99 prosent av dødsfallene skjer i fattige land. Mangel på helsepersonell og utstyr er dødsårsaken.

Kirkens Nødhjelp bygger og utstyrt helseklinikker og fødestuer og utdanner sykepleiere og jordmødre.

Sammen ga vi Jane og sønnen en trygg fødsel.

Send **GAVE** på sms til **2468** (200 kr)
eller bruk konto 1594 22 87248



FRIELE

Kaffehuset Friele ønsker å tilby kaffe som er produsert på en kvalitativ, miljøvennlig og sosialt ansvarlig måte. Kaffehuset Friele kjøper kaffe som er sertifisert gjennom Utz Certified, og andelen sertifisert kaffe øker stadig.

DET ER BEDRE Å ARBEIDE MED NATUREN.

Bevaring av miljø, biologisk mangfold og klima er sentralt i retningslinjene til Utz Certified som tilbyr opplæring i effektivt jordbruk som samtidig skåner miljøet. Kaffebonden Alejandro bruker for eksempel ikke kunstgjødsel. Han bruker en kompost av restene av kaffebærene som er igjen etter kaffebønnene er fjernet. Det er billigere enn kunstgjødsel, og bedre for både miljøet og Alejandro.



Lær mer om Utz Certified på friele.no/samfunnsansvar

www.utzcertified.org



Better farming
Better future

Tine Elisabeth Slang

Alder: 56

Yrke: Lærer på helse- og oppvekstlina i den vidaregåande skulen

Arbeidssted: Vinstra vidaregåande skule i Nord-Fron kommune

Tid til augne- blinkane

Det ligg noko fint i å kunne sjå både elev og pasient.

Fortalt til Ingrid Kvitrud Foto Bjørn Sletten/Dølamedia

Etter å ha jobba lenge på sjukehus, følte eg meg ferdig med det. Men arbeidet med bevisstgjerjing, pedagogikk og førebbyggjande helsearbeid ville eg halde fram med, berre på ein annan måte. Det får eg gjort som lærar.

Undervisninga er veldig yrkesretta og variert. Eg lærer elevane om anatomi, fysiologi, sjukdomslære, etikk og korleis dei skal kommunisere med ulike brukarar. I tillegg får eg vore med ute i det verkelege liv når elevane er i praksis. Då er eg med elevane til pasientar og brukarar, og lærer dei om stell og pleie. Her får eg god bruk for sjukepleiarutdanninga mi. Eg trur elevane ser på meg som ein fagperson som høyrer til ute i felten, og ikkje berre som ein lærar.

Det fine med å vere lærar på helse- og oppvekstlinja er at eg får vere til stades i dei augeblinkane der elevane og pasientane får god tid til å gjere noko hyggjeleg saman. Eg hugsar den gongen vi var med dei eldre frå sjukeheimen på kino. Slike stunder er det ikkje alltid at ein får tid til å skape som sjukepleiar.

Det blir også mange fine augeblink mellom elev og pasient eg er stolt over å få vere med på. Eg hugsar til dømes Ingvild på 17 år som sit med armen ikring ei lita kvinne med kvitt hovudtørkle på ein alders- og sjukeheim. Ingvild hadde stelt kvinna tidlegare på dagen. Det var så fint å sjå ein velstelt pasient sitje saman med eleven i daglegstova. Dei to – stille saman – mens dei ventar på kaffi.

Fellesskapet og mangfaldet som finst på ein skule verdsett eg også høgt. Ikkje berre får eg kommunisert med ungdom i 16–18-års alderen, men også kollegaer med forskjellig bakgrunn og utdanning. Arbeidskvardagen blir aldri einsformig eller kjedeleg.

Eg liker godt teorikunnskap, men eg vil heller ikkje gå bort frå det praktiske som eg har lang erfaring med. Faget er delt i to – ein praktisk og ein teoretisk del. Derfor er denne jobben perfekt for meg. Eg kjenner meg like mye som helsearbeidar som lærar. ■■■

ingrid.kvitrud@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:
Narkolepsi hos barn
og unge. Side 54

FAGARTIKKEL:
Venter på brystkreft-
operasjon. Side 60

FAGNYHET:
For mye næring til
nyfødte. Side 58

Om livet rett
før døden.
**Se bokan-
meldelser**
side 68

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur

INTERVJUET:
«Det gis mye
sykepleie på
operasjons-
stua». Side 66



NULLTOLERANSE: Lærere og helsepersonell må ikke tolerere vold i skolen, men ha bevisste holdninger og snakke med elevene om vold i nære relasjoner. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Side
70

Side
72

«Helsetjenestens tid er i dag nyttemaksimeringens tid.» **PER NORTVEDT**



Knut Hallvard Bronder, spesialsykepleier i psykiatri/rådgiver Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi, Avdeling for sjeldne funksjonshemninger og diagnoser, Oslo universitetssykehus HF.

Hva er narkolepsi?

Massevaksinasjonen mot svineinfluensa i 2009 førte til en økning av narkolepsi blant barn og unge.

Etter massevaksineringen mot influensa AH1N1 i 2009 har mer enn 80 barn og unge fått en kronisk søvnsykdom, narkolepsi. I artikkelen gir jeg en kort omtale av narkolepsi, hvilke behandlingsformer man gir og hva som kan forventes av en sykepleier som møter disse barna. Narkolepsi tilhører diagnosegruppen hypersomni og kjennetegnes av fire hovedsymptomer:

1. Påtrengende søvnighet på dagtid: Ekstrem søvnighet er kardinalsymptomet på narkolepsi og oftest det første symptomet som melder seg. Søvnigheten er mest påtrengende ved monotone eller stillesittende aktiviteter, samt i varme og lite opplyste rom. En fjerdedel faller plutselig i søvn, helt uten forvarsel. Automatiske handlinger og mikrosøvn er vanlige utslag

av ekstrem søvnighet på dagtid. Mikrosøvn er kortvarige episoder med søvn, av få sekunders varighet, men tilstrekkelig til at man mister tråden i en samtale eller kan kjøre av veien. Noen opplever også en mellomtilstand mellom å sove og være våken.

2. Katapleksi: Katapleksi er forbigående tap av muskelkraft i den viljestyrte muskulaturen uten at bevisstheten er svekket. Grad av muskellammelse kan variere fra en følelse av svakhet, ved at haken for eksempel faller ned, til fullstendig lammelse slik at personen faller om. Et katapleksianfall kan opptre spontant, men provoseres vanligvis fram av sterke og overraskende emosjonelle opplevelser, særlig episoder som framkaller latter eller sinne. Anfallet varer som regel 5–20 sekunder, men kan også vedvare i flere minutter. Forekomst av katapleksi er det sikreste tegnet på at en person har narkolepsi. Cirka 70 prosent av dem som har narkolepsi, har katapleksi, og kan hos enkelte være det første symptomet som viser seg. Vanligvis inntreffer katapleksi fra måneder til år etter at søvntrangen har manifestert seg.

3. Søvnparalyse: Søvnparalyse er tap av muskelkraft ved innsovning eller oppvåkning. Personen blir liggende våken og er bevisst, men uten å kunne bevege seg eller snakke. Som ved katapleksi varer muskeltapet fra noen sekunder til flere minutter. Det antas at søvnparalyse forekommer hos vel halvparten av dem som har narkolepsi.

4. Hypnagog hallusinasjoner: Hallusinasjoner er livaktige og ofte uhyggelige sanseopp-

levelser som forekommer i en tilstand mellom våkenhet og søvn. Hypnagog betegner det som skjer idet man sovner eller døser. Syns- og hørselsopplevelser er vanlige, og noen opplever lukt og berøring. Lignende opplevelser kan forekomme idet man våkner, og da kalles det hypnagog hallusinasjoner. Hallusinasjoner ved narkolepsi kan inntreffe både ved innsovning om kvelden og ved sterk søvnighet og overgang til søvnanfall om dagen. Symptomet forekommer hos vel halvparten av dem som har narkolepsi og opptrer gjerne sammen med søvnparalyse.

Massevaksinasjon

Høsten 2009 ble det gjennomført en massevaksinasjon i Norge mot svineinfluensa. Et mulig pandemutbrudd av svineinfluensa førte til en mediestorm med beregninger som anslo at vi kunne ha opptil 13 000 døde ved en pandemi, nye respiratorer ble kjøpt inn til sykehus for å øke beredskap, og det ble kjøpt inn vaksiner slik at en kunne vaksinere befolkningen. Man antar at spanskesyken, som tok cirka 15 000 liv i Norge (1), er lik H1N1.

Man satte i gang en massevaksinasjon i hele Norden, bortsett fra i Danmark. Man fokuserte på spesielle risikogrupper samt barn og unge. Cirka 45 prosent av barn og unge i Norge ble vaksinert med Pandemrix. Vaksinasjonsgraden var høyere i Finland, Island og Sverige, mens meget få ble vaksinert i Danmark.

Vinteren 2010 rapporterte svenske og finske søvneksperter at de hadde hatt en uventet økning i henviste barn med nyoppstått hypersomni, og

Hovedbudskap

Norske barn og unge som i 2009 ble vaksinert med Pandemrix® mot svineinfluensa fikk nærmere ti ganger høyere risiko for å få en sjelden, kronisk søvnsykdom enn uvaksinerte. Narkolepsi er en av flere hypersomni diagnoser og kan for enkelte være invalidiserende. Målet med artikkelen er å gi en kort innføring i noen av de vanskene disse pasientene møter, hva de sliter med og hvordan de kan hjelpes til en bedre hverdag.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Vaksine › Influensa › Barn › Kronisk sykdom

Illustrasjon: Mona Skard Heier



flere hadde katapleksi. Disse barna hadde vært vaksinert med Pandemrix vaksine. En større kaskontrollundersøkelse ble igangsatt i åtte europeiske land for å se om det kunne være en sammenheng mellom vaksine og narkolepsi hos barn og unge.

Folkhelseinstituttet (FHI) overvåker vaksinesikkerhet og sammen med Nasjonalt Kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK) startet vi et samarbeid der jeg skulle søke opp og registrere alle nye tilfeller av narkolepsi, vaksinerte og uvaksinerte i alle aldre.

Årsak

I 1996 identifiserte overlege Kaare Gautvik ved Ullevål sykehus et protein i hypothalamus som fikk navnet Hypokretin. I enkelte andre land kalt Orexin. Hypokretin produseres i et lite område med cirka 70 000 celler og måles i cerebrospinalvæsken. Verdier under 137 pg/ml anses som patologisk i Norge.

Man kan kort si at hypokretin regulerer søvn og våkenhet og ser ut til å innvirke på enkelte hormoner som regulerer stoffskifte. Over 95 prosent av de som har narkolepsi med katapleksi har vevstypen HLA DQB*602, men denne vevstypen har cirka 30 prosent av befolkningen i Europa. Det arbeides med hypoteser om at narkolepsi kan være en immun betinget reaksjon, men dette er på ingen måte bevist. En norsk undersøkelse (2) fant en prevalens på 0,022 prosent, mens nye tilfeller i Europa anslås til 0,7–0,9 prosent per 100 000 år. Før svineinfluensavaksinasjon var debutalder for økt søvnighet rundt 15 år, og med katapleksisymptomer år senere. Gjennomsnittsalder for sykdomsdebut var 10,5 år i vårt materiale (2). Tidligere tok det i snitt rundt 15 år fra symptomdebut til diagnosesetting.

Diagnosesetting

Ved samtidig forekomst av ekstrem søvnighet og sikker katapleksi, er det egentlig ikke nødvendig

med en omfattende søvnutredning for å stille diagnosen. Man anbefaler imidlertid likevel å gjøre en søvnutredning på et klinisk nevrofysiologisk laboratorium med polysomnografi (PSG), Multiple sleep latency test (MSLT) og en blodprøve for bestemmelse av HLA-vevstypen. Når forekomst av katapleksi er usikker, skal en slik søvnutredning alltid gjøres (4). Vanligvis vil utredningen vise klart om personen har narkolepsi eller ikke. Lavt konsentrasjon av hypokretin 1 i Cerebrospinalvæske underbygger diagnosen.

Søvn mønster

Ved PSG registreres forskjellige parametere under søvn. Et vanlig søvnmønster innehar sykluser med forskjellige søvnfaser, og hos pasienter med narkolepsi er denne forandret. Det er

«Redselen barn med narkolepsi kan vise for å legge seg er høyst reell.»

tidkrevende arbeid, og det er få søvnlaboratorier i Norge, og man har liten erfaring med barn. Dagen etter at barnet har sovnet på søvnlaboratoriet gjennomfører man MSLT. Pasienten skal da legge seg for å sove fem ganger i løpet av neste dag, til bestemte tider og lengde. På grunn av åpningstider og så videre, blir det ofte bare fire innsovninger og så inkluderer man søvnlatens-tiden fra PSG-testen.



De færreste klarer å sovne et par timer etter at de har våknet etter en hel natts søvn. Perioden fra man legger seg til å sove inntil man sovner kalles søvnlatens. En vanlig søvnlatens er rundt 20–30 minutter. Barn med ADHD har i enkelte undersøkelser vist en søvnlatens på over 70 minutter. For å dekke kriteriene til narkolepsi skal pasienten i gjennomsnitt ha en søvnlatens på åtte minutter eller mindre. Flere av barna hadde søvnlatens i snitt på rundt et minutt.

REM-søvn

Man registrerer også hvor raskt drømmesøvn (REM-søvn) inntreffer. Ofte kommer REM-søvn etter 60–90 minutters søvn, mens pasienter

man er våken, men lammet. Man klarer ikke å rope på foreldrene sine, klarer ikke å røre på seg. Hallusinasjonene kan inntre ved innsovning og kalles da hypnagoge hallusinasjoner, og hypnopompe hallusinasjoner ved oppvåkning.

Lakenskrekk

Barnet får «lakenskrekk», det gjør masse for å holde seg våkent, og atferden kan lett forveksles med hyperaktivitet. På grunn av «lakenskrekken» er det mange av barna som ikke tør legge seg alene. At barn blir skremt når de våkner opp etter en drøm der de angripes av et monster og er lammet, forstår vi som foreldre, men klarer vi å forstå hvor sterkt barna opplever dette? Det er derfor viktig at spesielt helsesøstre, som ofte veileder foreldre i søvnhygiene, er kjent med narkolepsi og hvordan disse barna skiller seg fra barn som trenger trening på gode søvnvaner. Redselen barn med narkolepsi kan vise for å legge seg er høyst reell, og verken kan eller skal bortforklares. Barn har ofte vansker med å uttrykke hva de opplever, avhengig av alder.

Katapleksi

Som følge av arbeidet med svineinfluensavaksine og narkolepsi har man blitt mer oppmerksomme på katapleksi hos barn. Voksne rapporterer ofte om tap av muskelkontroll i hode, nakke og ekstremiteter, mens man hos barn ofte kan se symptomer som innsettende slapphet i munn og kjeveregion, åpenstående munn, fremadstikende tunge, øyerulling og så videre. Foreldre som har videoopptak av sine barn under slike anfall, bør vise disse til legen. Disse ansiktsforandringene er beskrevet av Plazzi (5). Det er viktig å huske at selv om pasienten ikke har kontroll over muskulatur ved katapleksianfall er han eller hun fullt bevisst.

Barn som får katapleksianfall må ha ekstra tilsyn. Katapleksianfallene opptrer oftest etter sterke positive opplevelser som glede, latter, kiling, å uventet møte noen man kjenner godt og så videre. Vi har møtt barn som fikk akutte anfall med muskelsvakhet i badebasseng fordi det var så gøy, eller når presanger skulle åpnes. Foreldre som har kronisk syke barn kan søke om utvidet rett til fravær på grunn av sykt barn. Oftest har ikke disse foreldrene behov for hele dager, men at de kan komme en time senere hvis barnet har vansker om morgenen, eller gå hjem litt tidligere slik at barnet ikke sovner mens det lager seg litt varm mat. Dessverre har mange foreldre slitt med å få slikt fravær godkjent av NAV.

Misbruk

Redselen for narkolepsianfall kan fort føre til at man isolerer seg og ikke går ut med venner. Mange opplever det som flaut å få katapleksianfall for eksempel på fest. Informasjon til venner blir viktig slik at de passer på sin venn med narkolepsi. Ungdommer kan i ubetenksomhet framkalle katapleksianfall fordi det ser rart ut, men da må voksne gripe inn og stoppe slik atferd. Dessverre har vi hørt om flere tilfeller der ungdom stimuleres slik at de får et katapleksianfall og opplever å være gjenstand for uønsket seksuell berøring under anfallet.

Sårbare

Sebastian Overeem har i en interessant artikkel intervjuet pasienter med katapleksi for å se hva som utløser katapleksi og graden av dette (6). En voksen leser kan lett forstå hvor vanskelig det oppleves når man mister muskelkontroll under latter, eller at orgasme utløser katapleksianfall. Dette gjør at personer med narkolepsi blir mer sårbare psykisk og fysisk, men kan være et vanskelig tema for ungdommer å ta opp med voksne når de er i ferd med å bli kjent med sin egen seksualitet.

Overeem så også at flere opplevde å få katapleksi når de ammet eller holdt sitt eget barn. Nybakte foreldre som holder sitt barn kjenner beskyttelsestrang, ømhet og stolthet, og for enkelte blir det en så sterk opplevelse at de får katapleksianfall. Helsesøster og jordmor bør instruere mødre med narkolepsi og katapleksi i å amme liggende i seng eller sofa. De bør skifte klær og bleier på gulvet og unngå å bære barnet, men bruke barnevogn for å ta barnet fra rom til rom.

Narkolepsi hos gravide

Av 249 graviditeter hos narkolepsipasienter er det rapportert at kun 1 prosent hadde katapleksianfall under forløsning, men 19 prosent ble forløst med keisersnitt. 60 prosent hadde problemer under svangerskapet som følge av økt søvnighet på dagtid. 10 prosent rapporterte katapleksi under amming. Kvinner med narkolepsi har dermed et økt behov for faglig oppfølging og bistand fra familie før og etter fødsel (7).

Feiltolkning

Barn med narkolepsi er ikke trette eller late, men de har en ekstrem, oftest uimotståelig, søvntrang på dagtid. Informasjon til lærere og andre voksne blir viktig slik at barnet ikke blir stigmatisert, og helsepersonell tilknyttet sko-

«Redselen for narkolepsianfall kan fort føre til at man isolerer seg og ikke går ut med venner.»

med narkolepsi ofte går rett inn i REM-søvn. Minst to episoder av Sleep Onset REM-søvn (SOREM) skal være registrert. Når man hopper over søvnfasene og går rett inn i drømmesøvnfasen, opplever mange pasienter meget kraftige mareritt før de egentlig har sovnet. Disse hallusinasjonene er ofte meget sterke og livaktige og omfatter flere sanserområder som hørsel, berøring og så videre.

Det anslås at 20 prosent av befolkningen vil oppleve søvnparalyse minst en gang i livet. Man våkner, ofte etter et mareritt, og opplever at

Fakta

Diagnostikk: «International Classification of Sleep Disorders» fra 2004 skiller mellom narkolepsi med katapleksi og narkolepsi uten katapleksi:

Narkolepsi med katapleksi: Påtrengende søvnighet om dagen i minst tre måneder. Sikker forekomst av katapleksi, utløst ved emosjonell påvirkning. Ingen annen sykdom som kan forklare symptomene. Det anbefales søvnutredning, alternativt at man tar prøve av CSF hypokretin-1.

Narkolepsi uten katapleksi: Påtrengende søvnighet eller søvnanfall i minst tre måneder. Typisk katapleksi forekommer ikke. Det er påkrevd med positivt svar fra søvnutredning, alternativt fra prøve av CSF hypokretin.



et eget rom der de usjenert kan sove. Her bør fagfolkene finne de beste løsningene i samarbeid med foreldrene.

Vektøkning

Flere av dem som har fått narkolepsi etter svineinfluensavaksinen hadde kraftig vektøkning, åtte til ti kilo i løpet av noen uker, som et tidlig symptom. Det er usikkert hvorfor dette skjer, men kliniske undersøkelser viser senket metabolisme. Kaloriinntaket er uendret, men vekten stiger. Sykepleiere som arbeider med spiseforstyrrelser bør være klar over at mange pasienter med narkolepsi også har spiseforstyrrelser som følge av sin søvnlidelse. Spesielt ser man overspising og behov for søtsaker, noe som også forekommer hyppig ved en annen sjelden søvnsykdom, Kleine-Levin Syndrom, eller tornerosesøvn syndrom.

Medikamenter

Medikamentell behandling av narkolepsi bør rette seg mot de symptomene som gir mest plager. Mot søvnlidelse og tretthet på dagtid er sentralstimulerende medikamenter som metylfenidat (for eksempel Ritalin, Concerta) vanlig. Internasjonal litteratur anbefaler oftest Modafinil (Modiodal) som førstevalg da det spesielt stimulerer våkenhet, men det har ikke forhåndsgodkjent refusjon i Norge. Et relativt nytt preparat er natriumoxybat (Xyrem). Dette preparatet gir bedre søvnmønster hos pasienter med narkolepsi og har god effekt på katapleksi. Preparatet krever god informasjon til pasient og pårørende, blant annet må man avstå fra alkohol og føre et regelmessig liv. Preparatet tas når man legger seg og oftest en gang til i løpet av natten. Man er meget restriktiv med å forskrive dette til barn på grunn av manglende erfaring. Sommeren 2012 er det publisert to artikler på til sammen 42 barn med narkolepsi, behandlet med Xyrem (8,9).

Hvordan blir fremtiden for disse barna?

Tidligere tok det i snitt mellom 11 og 15 år fra symptomdebut til diagnose ble satt. Man har liten erfaring med tidlig diagnostiserte barn, men erfaringer fra Norge viser at de kan ha en normal akademisk karriere. Ungdom intervjuet i boken Zzznork (11) beskriver det å ta utdanning som positivt, men dette er ungdom som har hatt et godt nettverk. En artikkel fra Danmark (12) viser at danske pasienter med narkolepsi har økt behov for helsehjelp, høyere arbeidsledighet, og at deres ektefeller eller samboere også

hadde større behov for helse- og sosialtjenester.

Der vaksinerings med Pandemrix er en sannsynlig årsak kan noen av disse barna ha rett til erstatning gjennom Norsk Pasientskadeerstatning, siden de deltok i et anbefalt vaksinasjonsprogram (13). Det er derfor viktig at alle pasienter blir kjent med sine rettigheter før foreldelsesfristen trer inn.

Disse pasientene planlegges fulgt opp gjennom kvalitetsregister og oppfølgingsundersøkelse. Man samarbeider på tvers av landegrensene, og funn fra Irland, der de fant to voksne pasienter som utviklet narkolepsi etter vaksinasjon, er interessante for oss sykepleiere. Disse var helsepersonell, og i medlemsbladet til Foreningen for Søvn sykdommer (14) er det omtalt en fastlege som har søkt yrkesskadetrygd etter å ha utviklet narkolepsi etter vaksinasjon. Vi har hatt kontakt med flere helsepersonell som har utviklet hypersomni.

Hva var det i vaksinen som ga økt risiko? Lenge trodde man at det var adjuvansen i vaksinen, men den mest sannsynlige årsak er i prosessen med å svekke viruset. Det er det eneste som skiller Pandemrix fra Arepndrix. De som ønsker mer informasjon kan få dette gjennom vårt gratis tidsskrift som finnes på www.innsikt.org ■■■

REFERANSER

1. Borza T. Spanske sykden i Norge 1918–19 Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:3551–4.
2. Heier MS, Evsiukova T, Wilson J, Abdelnoor M, Hublin C, Ervik S. Prevalence of narcolepsy with cataplexy in Norway. Acta Neurol Scand 2009 Oct; 120:276–80.
3. Heier MS, Gautvik KM, Wannag E, Bronderr KH, Midtlyng E, Kamaleri Y, Storsæter J. Incidence of narcolepsy in Norwegian children and adolescents after vaccination against H1N1 Influenza A. Sleep Medicine 2013 Sep; 14:867–71.
4. Retningslinjer for utredning og behandling av narkolepsi hos barn og unge Utgitt juli 2013 av Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi med finansiering fra Helsedirektoratet ISBN: 978-82-93264-98-9 (trykt utgave).
5. Plazzi et al. Complex movement disorders at disease onset in childhood narcolepsy with cataplexy Brain 2011;134 (12); 3477–89.
6. Overeem S, van Nues S, van der Zande W, Donjacour C, Mierlo P, Lammers G. The clinical features of cataplexy: A questionnaire study in narcolepsy patients with and without hypocretin-1 deficiency. Sleep Medicine 2011 Jan; vol. 12: 12–18
7. Maurivic-Horvat et al Narcolepsy and pregnancy: a retrospective European evaluation of 249 pregnancies. J Sleep Res 2013; Oct 22:496–512.
8. Mansukhani MP, Kotagal S. Sodium oxybate in the treatment of childhood narcolepsy-cataplexy: a retrospective study. Sleep Med 2012 Jun; 13(6): 606–10. ePub 2012 Mar 24.
9. Lecendreau M, Poli F, Oudiette D, Benazzouf F, Donjacour CE, Franceschini C, Finotti E, Pizze F, Bruni O, Plazzi G. Tolerance and efficacy of sodium oxybate in childhood narcolepsy with cataplexy: A retrospective study. Sleep 2012 May 1;35:709–11.
11. Yumans M. Zznork. Foreningen for Søvn sykdommer/Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi 2012. Eget forlag.
12. Jennum P, Ibsen R, Petersen ER, Knudsen S, Kjellberg J. Health, social, and economic consequences of narcolepsy: A controlled national study evaluating the societal effect on patients and their partners. Sleep Med 2012 Sep; 13:1086–93. ePub 2012 Jul 25.
13. LOV 2001-06-15 nr. 53: Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).
14. Mathisen G. Lege måtte vaksinere seg, fikk narkolepsi. Somnus 2013;110–13.

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

ler vil ha en særskilt oppgave med å gi korrekt informasjon.

Mikrosøvn kan vise seg som ustødig tale og gange, mange har opplevd å bli mistenkt for å være ruset. Mange med narkolepsi har behov for «powernaps», små korte søvnperioder. Brukerorganisasjonens talsmenn understreker at slike små søvnpauser ikke bør overskride ti, eller maks 15 minutter. Varer de lenger går barna inn i en dypere søvn og kan være vanskelige å vekke, samt at de da ofte kan være litt søvndrukne og aggressive når de vekkes.

På skolen

Mange av disse barna vil ha nytte av pedagogiske prinsipper som ved ADHD. De trenger å få beskjeder gjentatt og har ofte kort konsentrasjonsspenn. Dette gjør at de bør ha muligheter for variasjon; å kunne bevege seg gjør at de kvikner til. Noen barn og unge synes det er greit å sove på pulten og ha en forsiktig vekking, andre foretrekker å trekke seg tilbake til

Gir for mye næring

Mette Dokken trodde barna på intensiv fikk for lite næring. Men det var motsatt: De fleste fikk for mye.

Tekst og foto **Nina Hernæs**

Jeg ble veldig overrasket, sier Mette Dokken. I sin ferske masteroppgave viser hun at det er en fare for at man overernærer barn på intensiv. Resultatene er nylig publisert i *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*.

Frustrasjon

– Ernæring er et grunnleggende behov, påpeker hun.

– Jeg opplevde en frustrasjon i praksis fordi vi var usikre på om vi klarte å ivareta dette behovet hos barn på intensiv.

Dokken har lang erfaring med kritisk syke barn og nyfødte, og jobber i dag som ledende spesialsykepleier på barneintensiv på Rikshospitalet.

– Det var nok en oppfatning om at vi er for lite flinke til å tenke ernæring og at barn «sulter» på sykehus.

Men da hun gikk gjennom litteraturen, fant hun ikke det hun forventet.

– Vi gir disse barna oftere for mye næring enn for lite. Derfor mener jeg det er nødvendig å måle kaloriinntaket og tilpasse mengden til hvert enkelt barn.

Sårbare

Barn har små energireserver og når de blir kritisk syke er de sårbare for både underernæ-

ring og overernæring. Både for lite og for mye proteiner, fett og kalorier kan føre til redusert immunrespons ved infeksjoner, redusert sårtilheling, nedsatt tarmfunksjon, lengre tid på respirator og lengre sykehusopphold. Forskning viser at adekvat ernæring synes å bedre utfallet for disse pasientene.

Vanligvis beregnes energibehov ut fra høyde og vekt, men ifølge Dokken viser flere studier at standardiserte beregninger ikke er nøyaktige nok.

– Det viser seg at energibehovet hos kritisk syke barn er veldig ulikt, sier hun.

Målinger

I artikkelen *Indirect Calometry Reveals That Better Monitoring of Nutrition Therapy in Pediatric Intensive Care is Needed* konkluderer Mette Dokken med at indirekte kalorimetrimåling gir et bedre utgangspunkt for å beregne ernæringsbehovet til hvert enkelt barm.

– Vi måler puls, blodtrykk, respirasjon og temperatur på disse barna hele tiden, sier hun.

– Hvorfor ikke også måle kaloriforbruk? På barneintensiv er nøyaktighet stikkord i alt vi gjør.

I artikkelen beskriver hun hvordan hun målte kaloriinntaket til 30 barn. De var mellom tre måneder og 14 år, og var innlagt ved to ulike intensivavdelinger for barn på Rikshospitalet.

Alle barna lå på respirator. Målingene ble gjort når de var stabilisert og gjentatt hver dag i inntil fem dager. Dokken gjorde selv alle målinger, totalt 104.

Greit

Ved indirekte kalorimetri måles forbruket av oksygen og produksjonen av karbondioksid.

Dokkens erfaring er at målingene gikk greit å gjennomføre.

Hun brukte det samme bærbare apparatet til alle målingene.

Justerer

I 60 prosent av målingene viste det seg at barna fikk for mye ernæring, i 18 prosent ble det gitt adekvat ernæring, og i 22 prosent for lite. Funnene samsvarer med andre studier som er gjort.

– Hva slags konsekvenser får dette i praksis?

– Jeg har publisert funnene mine. Frykten nå er at vi skal bli for redde for å overernære, så barna i stedet blir underernært.

– Utfordringen i forhold til ernæring er ikke de som ligger på intensiv noen dager og så kommer av respiratoren, men de som blir liggende på respirator lenge. Da må vi passe på at ikke for lite eller for mye ernæring bidrar til å forlenge oppholdet.



STUDERTE ERNÆING: Mette Dokken mener kaloribehovet til barn på intensiv må måles mer nøyaktig.

Nøyaktig

Da hun begynte å studere ernæring, hadde hun en antakelse om at barna fikk for lite. Derfor kartla hun også årsakene til at tilførsel av ernæring blir avbrutt. Fasting for prosedyrer var den hyppigste årsaken til slike avbrudd, og mange fikk ikke de kaloriene som var forordnet.

– Selv om mange av barna fikk for mye ernæring, fikk de ikke forordnet mengde. Studien min viser at forordningene ikke var nøyaktige nok. Målet må være at det forordnes mest mulig nøyaktige mengde, og da må vi sørge for at den faktisk blir gitt. Spørsmålet er om vi kan samarbeide bedre og unngå at avbrytelser gjør at de får for lite.

Etterpå

De 30 barna som inngikk i studien, var av ulik alder, hadde ulike diagnoser, fikk forskjellig

type ernæring og var på forskjellige stadier i sykdomsforløpet. Dokken påpeker at det er sann virkeligheten på intensiv er.

«På barneintensiv er nøyaktighet stikkord i alt vi gjør.»

Hun har ikke undersøkt hvordan det gikk med barna etterpå.

– Det hadde vært interessant å undersøke, men et altfor stort arbeid for en masteroppgave.

Ansvar

Å ivareta pasientenes behov for ernæring på intensiv er ikke sykepleiernes ansvar alene.

– Men vi har også et ansvar for å forske på områder som er tverrfaglige. Når vi ser forhold som kan forbedres, kan vi gjøre noe med det. Jeg oppfatter at leger og ernæringsfysiologer er positive til det jeg har gjort.

Hun er også glad for å bli antatt i et tverrfaglig tidsskrift.

– Mange mener at sykepleiere må publisere

i sykepleietidsskrifter, men da er det mange som ikke vil få lese artikkelen. Når man jobber tverrfaglig, kan man ikke bare publisere i sykepleietidsskrifter, mener hun.

Utstyr

Dokken håper nå indirekte kalorimetri kan bli en av rutinemålingene på barneintensiv.

– Foreløpig mangler vi utstyr, sier hun.

– Det er et tankekors at vi ikke har utstyr til å gjøre målinger som ville vært viktig for pasientene. ■■■

nina.hernes.@sykepleien.no



Sigrunn Drageset,
førsteamanuensis og
anestesisykepleier,
Institutt for sykepleie-
fag, Videreutdanning
i anestesisykepleie,
Høgskolen i Bergen.

Mestring før kreftoperasjon

Det er viktig at kvinner med brystkreft som venter på operasjon får gradvis tilpasset informasjon og lever et så normalt liv som mulig.

Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvordan kvinner med nylig diagnostisert brystkreft som venter på operasjon, mestrer sin situasjon. Artikkelen er basert på funn fra mitt doktorgradsprosjekt hvor 21 kvinner med nylig diagnostisert brystkreft ble individuelt intervjuet dagen før operasjon (1,8):

«Det er lettere for meg hvis jeg tar det steg for steg. Det gjør meg roligere. Jeg prøver å skyve vekk de verste muligheter». «Når jeg har fått den beskjeden, så må jeg fordøye den og så får jeg neste beskjed og så må jeg fordøye den». «I begynnelsen, brukte jeg mye tid på internett, men jeg bestemte meg for å stoppe. Det var lite å finne som er positivt. Jeg liker å ha kontroll, og plutselig fant jeg ut at alt er utenfor min kontroll».

Sitatene ovenfor illustrerer noen av kvinnes mestringforsøk i den vonde ventetiden mellom diagnose og operasjon. Mestring kan defineres på ulike måter. Lazarus (9) definerer mestring som «kontinuerlige skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider ens ressurser».

Bakgrunn

Å bli diagnostisert med brystkreft er for mange kvinner en traumatisk opplevelse som innebærer kaos, usikkerhet, angst og håpløshet og utfordrer mestringsevnen (1,2). Hvert år får hver tiende kvinne i Norge brystkreft og det rammer først og fremst kvinner over 50 år. Cirka 88 prosent av dem som får brystkreft overlever etter fem år. Imidlertid har man også sett at det kan komme tilbakefall etter så lang tid som 20 år (3). Det innebærer at brystkreft er en lite forutsigbar sykdom, og mange pasienter lever i konstant usikkerhet. Hvordan kvinner reagerer og mestrer den usikre ventetiden før operasjonen spiller en vesentlig rolle for hvordan de mestrer sin situasjon senere, og kan også være avgjørende for hvordan de klarer seg gjennom behandlingen (4). Å akseptere at man har fått en brystkreftdiagnose, uten at man tenker på den hele tiden, er viktig for å takle sykdommen best mulig (5). Det viser seg at de kvinnene som mestrer sykdomsperioden dårlig også sliter psykisk flere år senere. Slik manglende mestring har også vist sammenheng med tidlig død og kreft-tilbakefall (6,7).

I møte med et helsevesen preget av effektivisering og markedsøkonomisk tenkning kan pasienten lett bli behandlet som et medisinsk objekt ved at helsepersonell ikke har tid til pasientens personlige bekymringer. Økt poliklinisk behandling og redusert liggetid i sykehus vil også gi helsepersonell mindre tid i møte med pasienten og mindre mulighet til å gi omsorg. Dette gjør det enda viktigere å være til stede i det enkelte møtet og være oppmerksom på pasientens reaksjoner og mestringsopplevelse. Det er viktig å gi individualisert omsorg i behandling og oppfølging slik at pasientens mestringressurser kan styrkes på en god måte.

Forsvarsmekanismer

Funnene viste at «steg for steg» var den mest hensiktsmessige mestringsstrategien for å unngå å bli overveldet av truende tanker og følelser. For mye informasjon om gangen, enten fra sykehuset eller internett, var skremmende. Noen følte de mistet kontrollen fordi informasjonen var så overveldende. Ved å ta det inn over seg litt etter litt kunne de gradvis forholde seg til en endret situasjon, og prosessen med å akseptere hva som ville komme ble lettere. Det ga også en følelse av kontroll over en situasjon de primært oppfattet som utenfor deres kontroll. Ifølge Lazarus (9) innebærer «steg-for-steg» som mestringsstrategi en blanding av følelsesfokust mestring og unngåelsesfokust mestring som fungerer samtidig og som utfyller hverandre i forsøket på å få kontroll over følelsene og en utfordrende situasjon.

Forsvarsmekanismene må vurderes ut fra hvilke funksjon de har i den aktuelle situasjonen. De kan virke beskyttende i en vanskelig situasjon ved å redusere indre spenninger og bidra til å opprettholde stabilitet i følelseslivet slik at optimisme opprettholdes (10). Forsvarsmekanismer kan være bra i en kort periode når man blir stilt overfor plutselige påkjenninger og livstruende sykdom, men over lengre tid kan det gi mer angst og problemer (11,12). Funnene viste at noen av kvinnene distanserte seg følelsesmessig fra sin sykdom og forsøkte, med varierende resultater, å skyve vekk vanskelige, kaotiske tanker og følelser. De visste de hadde kreft, men ingen kjente til hvor alvorlig det kunne være. Mange hadde vansker med å akseptere diagnosen samtidig som de følte seg friske. Skremmende utsikter kunne dominere tankene og følelsene deres. Noen jobbet hardt for å skyve vekk de smertefulle tankene, men uansett hvor hardt de prøvde kom tankene tilbake: «Jeg prøver

Hovedbudskap

Beskrivelser av mestringsopplevelser hos kvinner med nylig diagnostisert brystkreft før operasjon. Det er viktig å være oppmerksom på likheter og variasjoner i kvinnenes mestringsstrategier for å styrke deres integritet og mestringsopplevelse i denne vanskelige ventetiden.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Kreft » Mestring » Kirurgi » Kvinne » Intervju



TØFF TID: Hvordan kvinner som venter på brystkreftoperasjon mestrer ventetiden kan være avgjørende for hvordan de klarer seg gjennom behandlingen og i ettertid. Illustrasjonsfoto: © Lisa F. Young.

å skyve tankene vekk. Uansett hva jeg gjør, kommer disse tankene tilbake». Å holde distanse ved å engasjere seg og være opptatt med andre ting, som hobbyer eller arbeid, var den mest hensiktsmessige mestringsstrategien. Fysisk trening ble opplevd som spesielt nyttig. Det ga dem positive tanker og følelser, men også fysisk og mental styrke. Andre studier har også vist god effekt av fysisk trening hos kvinner med brystkreft (13). Å være sammen med andre var også nyttig – ikke bare som følelsesmessig støtte, men også som en måte å holde truende tanker og følelser vekk på gjennom å engasjere seg i kjekke aktiviteter: «Mine venner hjelper meg til å tenke på andre ting, slik at ventetiden går fortere».

Tap av kontroll

I denne situasjonen handlet mye av usikkerheten om tap av kontroll. Mestring er forbundet med opplevelse av kontroll. Personer som opplever tap av kontroll over sin egen situasjon synes å ha mer stressrelaterte problemer enn de som tror de kan påvirke sin situasjon (9). Mange pasienter med brystkreft nevner tap av kontroll, noe som har vist seg å skape hjelpeløshet og depresjon. Det å få vite datoen for operasjon så fort som mulig var

derfor viktig. Det ga dem en følelse av kontroll og av å tilhøre et pålitelig helsevesen, og lindret angst, usikkerhet og den utholdelige ventetiden. Alle kvinnene var blitt fortalt at de kunne ringe sykepleier for rådgivning, når som helst. Hjelp og støtte fra helsepersonell er uvurderlig, og de kan lette pasientenes usikkerhet ved å gi dem tilpasset medisinsk informasjon og hjelpe dem til å sortere og korrigere den kunnskapen de måtte ha om diagnosen. Dette kan bidra til økt forståelse av situasjonen og gi en opplevelse av å mestre (8). Stress og angst kan midlertidig redusere pasientens evne til kognitiv informasjonsbearbeiding, særlig i krisens akutte fase (14). Funnene viste at informasjonen de hadde fått av legen var vanskelig å huske. Til tross for at mange hadde behov for profesjonell rådgivning og å ha en trygg og tillitsfull dialog for å komme ut av skremmende grublerier, var mange redde for å forstyrre og usikre på sin rolle som pasient, som sitatene illustrer: «Jeg vil ikke forstyrre. Leger og sykepleiere har det travelt. Det er ikke bare meg.» «Jeg føler det er veldig vanskelig å snakke med noen som jeg aldri har møtt.» «Det ville være mye lettere for meg hvis initiativet hadde kommet fra sykehuset.»

Doktorgradsprosjekt
Artikkelen bygger på:
Teori: 50 % Praksis: 50 %
DOI-nummer: 10.4220/sykepleiens.2013.0135

Leve som normalt

At livet fortsatte så normalt som mulig i venteperioden, ga kvinnene en følelse av kontroll. Arbeid ga pusterom og muligheten til å fokusere på andre ting, i tillegg var det å være inkludert i det sosiale fellesskapet på en arbeidsplass også av stor verdi: «Jeg er redd og nervøs for det som skal skje. Men samtidig så holder jeg fast på de tingene jeg vanligvis gjør; går på jobb og synger i kor.» «Det viktig for meg å være i arbeid og ikke å kjenne på redsel. Det gir meg en følelse av å ha kontroll over noe i livet mitt.» De fleste ønsket å bli behandlet som vanlig. Noen kunne bli sårbare og redde av for mye trøst og medfølelse fra bekymrede og sjokkerte famillemmedlemmer, kollegaer og venner: «Hvis noen synes synd på meg, begynner jeg å synes synd på meg selv.» Noen valgte derfor å forholde seg hovedsakelig til personer som behandlet dem som vanlig og som ikke dramatiserte situasjonen.

Finne mening

Kvinnenes eksistens, verdier og grunnleggende behov for mening og forutsigbarhet ble truet, og mange slet med å finne mening i den usikre situasjonen. Noen bearbeidet usikkerheten ved å stille seg spørsmål om meningen med livet, hva som betydde mest og ga dem glede, og positive følelser. Kreftdiagnosen ble en påminnelse om å

«Mine venner hjelper meg til å tenke på andre ting, slik at ventetiden går fortere»

leve i øyeblikket og å sette mer pris på livet. De opplevde hver dag som viktig: «Siden jeg fikk denne meldingen, tror jeg det er en mening. Kanskje jeg skal lære å sette pris på andre ting.» «Jeg kommer til å sette mer pris på de gode dagene.» De som fant mening i å prioritere det som betydde mest for dem oppdaget at dette hjalp dem til å takle usikkerhet og dødsangst. Forskning viser at en slik strategi er hensiktsmessig for å kunne takle traumatiske opplevelser og reaksjoner (15). Noen av kvinnene



klarte å se de positive sidene ved det å ha fått brystkreft og ble overbevist om at de på sikt ville komme styrket ut av det.

Åpenhet

Å holde følelsene på avstand var viktig for noen, mens andre følte det både som en lettelse og som terapi når de fikk snakke om diagnosen og vise følelser: «Jeg var ikke en del av det før jeg klarte å snakke gjennom noen av følelsene og gråte litt.» «Jeg føler jeg har snakket mye, både hjemme og med andre som er nær meg. For meg har det vært en terapi.» Noen følte også det var godt å gråte og «slippe masken» når de var sammen med noen som de oppfattet som støttende og som virkelig

«Jeg vil ikke forstyrre. Leger og sykepleiere har det travelt.»

lyttet. Forskning viser at å uttrykke følelser og sette ord på opplevelser og erfaringer er en god mestringsstrategi for å redusere usikkerhet og angst, spesielt når man kan betro seg til noen man har tillit til (16). Andre skrev dagbok for å rydde opp i kaotiske tanker og følelser: «Jeg kan skrive både om glede og fortvilelse. Ingen kan kommentere det.» Å skrive om traumatiske og stressende hendelser har vist seg å være et godt utgangspunkt for å jobbe med egne tankemønstre og reaksjoner og det bedrer både fysisk og psykisk helse (17).

Imidlertid var åpenhet og følelsesutbrudd et tveegget sverd i denne situasjonen. Det framkalte følelser av svakhet og selvmedlidenhet og reduserte følelsen av mestring: «Det hjelper ikke å gråte, da føler jeg bare selvmedlidenhet.» Teorier om sorg og krise har vist at det er mulig å komme gjennom traumatiske situasjoner uten å gråte (18). Mange undertrykte følelsene sine for å kunne leve så normalt som mulig, men også for å unngå ubehagelige, energitappende spørsmål og reaksjoner fra andre.

Håp

Kvinnene var klar over at de kunne dø, men samtidig håpefulle og optimistiske, et dobbelt fokus som har også blitt rapportert i lignende undersøkelser (19). Kvinnes håp og optimisme var knyttet til en positiv innstilling og tro på egne ressurser og tidligere positive mestringserfaringer: «Jeg har alltid vært en optimist og har trodd at de fleste ting går bra.» «Jeg har vært gjennom tøffe tider før, men jeg har aldri gitt opp.» Tidlig påvisning av kreft, tillit til sykepleiere og leger, men også det

å vite at brystkreft har en god prognose styrket deres mestringsopplevelse og ga dem håp. Håp er nært knyttet til mestring og defineres som den fundamentale kunnskapen om at det er en vei ut av vanskelighetene. Håp kan sees på som motsatsen til håpløshet og hjelpeløshet, og håp hjelper mennesker til å tåle lidelse og usikkerhet. Håp og frykt er både sammenvevde og framtidstrettede følelser (15). I denne situasjonen var frykten for spredning og død skremmende muligheter, kvinnene var klar over at mestring ville være vanskelig og ta tid, men de fleste av dem hadde en sterk tro på fremtiden og positive forventninger til at de på sikt ville bli friske. De fleste var sikre på at de hadde ressurser i seg selv til å møte utfordringen som de sto overfor. Noen hadde i tidligere vanskelige livssituasjoner også opplevd å ha uventet styrke som ga dem forventninger om at de ville klare problemene også denne gangen. Å ha gode venner og være i god fysisk form bidro også til positiv tenkning og mestringsopplevelse.

Tvil

Uansett hvor hardt de prøvde å tenke optimistisk var pessimisme, negativ tenkning og tvil likevel alltid til stede. Noen hadde en generelt pessimistisk holdning til livet, holdninger som også er rapportert blant pasienter med brystkreft (6). Noen forberedte seg mentalt på «det store smellet». Dette kan være en framtidstrettet mestringsstrategi som innebærer å spare krefter til å kunne takle fremtidige vanskelige situasjoner (15). Andre forsøkte å håndtere pessimisme og negativ tenkning ved ikke å tenke så mye på muligheten for spredning og død, og på denne måten unngå uheldige grublerier og selvmedlidenhet. Grublerier og selvmedlidenhet førte til katastrofetanker som truet deres integritet og mestringsfølelse.

Konklusjon

Fra et klinisk sykepleieperspektiv er det viktig å være oppmerksom på både likheter og variasjoner i kvinnes mestringsstrategier. Kvinnes mestringsstrategier viste generelle mønstre slik som: Ta en ting av gangen, leve som før og bli behandlet av andre som vanlig. Behovet for å holde diagnosen på litt avstand var viktig for å unngå å bli overveldet av følelsesmessige reaksjoner. Det er viktig at helsepersonell gir gradvis tilpasset informasjon og anbefaler kvinnene å leve et så normalt liv som mulig. Verdien av å opprettholde et positivt fokus gjennom kjeffe aktiviteter for unngå skadelig grubling, er også viktig i denne sammenhengen. Samtidig må helsepersonell også hjelpe kvinnene til å akseptere sin fortvilelse og depressive reaksjo-

ner når, og om, de måtte komme. Man kan mestre situasjonen med en kreftsykdom både ved å involvere seg og engasjere seg, og ved å prøve å holde distanse og kontroll. Men mestringsmulighetene til den enkelte er likevel begrenset og påvirket av samspillet med familie, venner og kollegaer som også skal mestre situasjonen. Dessuten vil den enkeltes mestringsmuligheter alltid være påvirket av den enkeltes livshistorie, erfaringer, kunnskaper og alder. Funnene i mine undersøkelser gir kunnskap om kvinners mestringsopplevelser i en vond og vanskelig ventetid, og kan gi helsepersonell innsikt som kan brukes til å utvikle tiltak for å lette deres situasjon. Det er viktig med bevissthet om kvinnes individuelle behov i denne vanskelige ventetiden for å styrke deres integritet og mestringsopplevelse. ■■■

Jeg takker alle pasientene som deltok i studien og Avdeling for bryst- og endokrin kirurgi, Kirurgisk klinikk, Haukeland universitetssykehus. Og takk til professor Torill Christine Lindstrøm, UiB for faglig samarbeid og gjennomlesning av artikkelen.

REFERANSER

1. Drageset S, Lindstrøm TC, Underlid K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *J Adv Nurs*. 2010 Jan; 66:149-58.
2. Drageset S. Vond ventetid. *Sykepleien* 2011;99: 52-4.
3. Norwegian Breast Cancer Group. *Brystkreft. Diagnostikk og behandling*. En Veiledning. Oslo. 2011 (hentet 2013-21-01) Tilgjengelig fra: <http://www.nbccg.no/nbccg.blaaboka.html>
4. Schou I, Ekeberg O, Ruland CM. The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*. 2005 Sep; 14:718-27.
5. Roussi P, Vagja, K, Hatzidimitriou, C, Koutri, A. Patterns of Coping, Flexibility in Coping and Psychological Distress in Women Diagnosed with Breast Cancer. *Cogn Ther Res*. 2007; 31:97-109.
6. Schou I, Ekeberg O, Ruland CM, Sandvik L, Kaasen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology*. 2004 May; 13:309-20.
7. Watson M, Homewood J, Haviland J. Coping response and survival in breast cancer patients: a new analysis. *Stress and health*. 2012 Dec; 28:376-80.
8. Drageset S, Lindstrøm TC, Giske T, Underlid K. Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *J Adv Nurs* 2011; 67:1941-51.
9. Lazarus RS. *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer; 1999.
10. Reitan A.M. *Krise og mestring*. I: Reitan AM, Schjølberg TK, redaktører. *Kreftsykepleie pasient-utfordring-handling* Oslo: Akribes AS, 2010:72-102.
11. Drageset S, Lindstrøm TC. Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *J Adv Nurs*. 2005 Aug; 51: 217-26.
12. Jadouille V, Rokbani L, Ogez D, Maccioni J, Lories G, Bruchon-Schweitzer M, & Constant A. Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Bull Cancer*. 2006 Jul 1;93(7): E67-72.
13. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors – a meta-analysis. *Psychooncology*. 2011 Feb; 20:115-26.
14. Roy. *The Roy adaptation model*. London Upper Saddle River, NJ: Pearson. 2009.
15. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*. 2004;55:745-74.
16. Iwamitsu Y, Buck R. *Emotional Distress in Breast Cancer Patients. Suppression of Negative Emotion Social Support*. Clark, Anita V (Ed). 2005; Mood state and health. (pp. 87-119). viii: NY, US: Nova Biomedical Books.
17. Baikie AK, Wilhelm K. Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11:338-46.
18. Stroebe MS, Folkman S, Hansson RO, Schut H. The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci Med*. 2006 Nov; 63: 2440-51.
19. Rustoen T, Wiklund I. Hope in newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2000 Jun; 23: 214-9.



VERV OG VINN



Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon! Norsk Sykepleierforbund arbeider både nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du få hjelp av tillitsvalgte, fylkeskontor og jurister. I tillegg har vi gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB, mobilavtale med Telenor og mye mer. Alle medlemmer får også fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

Du finner oversikt over alle fordeler og vervepremier på www.sykepleierforbundet.no. Bruk kupongen nedenfor, eller logg inn på våre websider for å verve et nytt medlem.



VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:	Ververens medlemsnr.:
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbeidssted:	
Ansatt dato:	
Avdeling:	
Stillingsbenevnelse:	

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Du får ett poeng for hver verving. For å bestille premie må du logge på www.sykepleierforbundet.no og gå til "min side".

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Ung rus

I Norge går voksnes forbruk av alkohol opp, mens færre unge ruser seg. I boken *Ungdom, rus og marginalisering* presenteres funn og resultater fra den store *Ung i Oslo-undersøkelsen 2012*. Forfatter er Tor-mod Øya.



Om menneskeverd

I *Menneskeverdetts politikk – Anerkjennelse av kroppslig krenkbarhet* forankres individets verdighet i kroppen. Odin Lysaker har skrevet boken. Han jobber med etikk, sosialfilosofi og politisk filosofi, og er ansatt ved Universitetet i Agder.



Ny håndbok for å avdekke vold mot barn

– Tør å handle, er barnelege Mia Myhres råd til sykepleiere som lurer på om barn har blitt utsatt for fysisk vold.

Hun er prosjektleder for den nye *Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk mishandling*. Hensikten er å øke kunnskapen, så barn som blir mishandlet kan identifiseres så tidlig som mulig og beskyttes mot nye overgrep.

Håndboken er gratis og tilgjengelig for alle.

Myhre erfarer at helsepersonell er blitt flinkere til å tenke på barnemishandling og å melde fra ved mistanke. Men håper de skal bli enda flinkere.

– Sykepleiere er lydhøre, men ikke så selvstendige, erfarer hun.

– Typisk er det at mange i avdelingen mistenker mishandling, men at legen skriver bekymringsmeldingen. Jeg mener det er en fordel om ulike yrkesgrupper melder bekymring om samme barn, fordi de ser saken fra ulike vinkler. Alle har et selvstendig ansvar for å melde fra.

Håndboken skal være et redskap ved mottak, utredning, diagnostikk og oppfølging av barn som kan ha blitt utsatt for fysisk mishandling. Den retter seg særlig mot dem som jobber i spesialisthelsetjenesten, men ifølge Myhre vil den

Hvor aktive er vi?

Jakten på et bedre liv! Fysisk aktivitet i den norske befolkningen 1985–2011 gir innblikk i utviklingen i fysisk aktivitet i befolkningen de siste 25 årene.

Det fysiske aktivitetsnivået ses i forhold til samfunn, verdier og holdninger. Forfatter er Gunnar Breivik.



bli utvidet til også å gjelde kommunehelsetjeneste og tannhelsetjeneste. Og den vil omfatte også seksuelle overgrep.

– Norge har et godt helsevesen, sier Myhre.

– Men vi glemmer kanskje å tenke på at vold kan være en årsak til barns helseplager. Vi må tørre å tenke tanken, og vi må tørre å snakke om det.

Håndboken ligger på nettsidene til Norsk kompetansesenter om vold og traumatisk stress: nktivs.no

Mia Myhre vil gjerne ha innspill til innholdet. E-post: mia.myhre@nktivs.unirand.no



VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo



Demenskoffert til kommunene

I november fikk alle landets kommuner en koffert med materiell og faglitteratur om utredning av personer med demens. Den gis ut av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og den er utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet. Kofferten om utredning er den tredje av demenskoffertene som gis ut. De to andre koffertene om demens har hatt temaene dagaktiviteter, pårørendeskoler og samtalegrupper. Målet er å bedre kvaliteten i demensomsorgen.

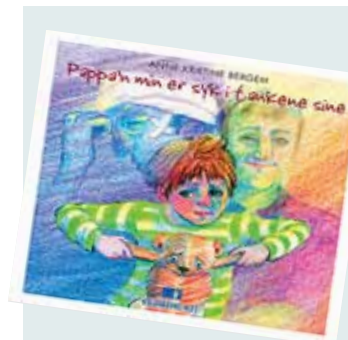
Mutert fugleinflusavirus i Taiwan

Influsaviruset A H6N1 er vanlig blant fugler, men nå har det første menneskelige tilfellet av viruset blitt oppdaget hos en kvinne i 20-åra i Taiwan.



Forskerne som analyserte viruset, fant ut at det er snakk om en genetisk mutasjon slik at det har tilpasset seg mennesker. Kvinnen ble lagt inn på sykehus i mai med influensaliknende symptomer og pustevansker. Etter behandling med Tamiflu, ble hun helt frisk igjen. Hun hadde ikke vært i nærheten av fjærkre før hun ble syk.

Kilde: medicalnewstoday.com



Når pappa har psykose

Pappa er syk i tankene sine er en fagbok for barn. Den er skrevet av psykiater Anne Kristine Bergem, som er opptatt av barns behov og beste og hvordan det kan kombineres med å ivareta den voksne pasienten. Boken handler om Daniel, som har en pappa med psykose. Målet er å gi barn et språk og en forståelse av hva psykose er.

Vil ha behandling uten medisiner

Brukere av psykiske helsetjenester krever legemiddelfrie døgntilbud i alle landets helseforetak. De fem bru-

kerorganisasjonene Aurora, Mental Helse, Landsforeningen innen psykisk helse, We Shall Overcome og Hvite



VIL HA FLERE VALG: Brukere av psykiske helsetjenester vil ha et døgnåpent tilbud der det ikke tilbys medisiner.

Ørn har gått sammen om kravet. De utgjør Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester. Det skriver Kurt Lyngved, leder for Sykepleiere innen psykisk helse og rus i Norsk Sykepleierforbund, i en artikkel i siste nummer av *Psykisk helse og rus*.

I dag er det ingen tilbud om medisinfrie døgntilbud. Ifølge Lyngved handler dette ikke om å være for eller mot medisiner, men at brukerne ønsker valgfrihet.

De ønsker døgntilbud der man ikke driver med tvangsmedisinering, eller opplever at medisiner påtvinges ved press eller overtalelse. Grunnbehandling skal være et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med. Her kan det utvikles gode behandlingsskulturer for ikke-medikamentell behandling.

Dette ses blant annet på som et tvangsreducerende tiltak i en tid der bruken av tvang i psykiske helsetje-

EGET FAGBLAD:

Denne saken er hentet fra en artikkel i siste nummer av *Psykisk helse og rus*, et eget fagblad for medlemmene av faggruppen Sykepleiere innen psykisk helse og rus i Norsk Sykepleierforbund.



nester øker. I lovverket står det også at frivillighet skal forsøkes før tvang iverksettes, mens alternativene til tvang i dag er at medisinene tas frivillig. Brukerne mener de må tilbys alternativer som ikke innebærer medisiner, for at loven skal følges.

Brukerorganisasjonene ønsker en nasjonal strategi for økt frivillighet i behandlingen i psykisk helsevern.

Norsk helseverk

Klemt mellom diverse

reiselitteratur og *Aschehougs konversationsleksikon* i 18 bind sto *Norsk helseverk* i mine foreldres bokhylle. Reiselitteraturen kunne de flykte inn i. Leksikonet ble innkjøpt for å fremme kunnskapstørst og ambisjoner hos husets sønn. Meg.

Likevel var det *Norsk helseverk* som skulle bli den viktigste boken i forholdet mellom mor og meg. På bokens rygg kan jeg fortsatt skimte konturene av en slank, voksen kvinne mellom to barn som strekker armene mot en skinnende sol. Sol er helse – en livgivende kraft. Boken handler om å holde seg frisk og i live. Noen av landets fremste medisinere redigerte boken, som handlet mest om helsefremmende arbeid hos et folk som var betydelig slankere enn i dag.

Likevel var det plass til beskrivelse av kroppens ulike deler, forplantning, bolig og kosthold. Det var en del bilder i farger av sykdommer som kunne ramme en stakkar. Mest inntrykk på meg gjorde bildet av meslinger. Et rødprykkete ansikt innrammet av et hvitt klede. Det skremte meg, men mest interessant i ettertid er mors notater om min helse. Hun skrev inn det meste helt til jeg var tjue; sykehusopphold, sykdommer, diagnoser, høyde og vekt. Det siste hun skrev var om mitt nyresteinsanfall. Her heter det: *Kom på sykehus 12. april 1974 for nyresten, fikk ut en sten, lå der i tre uker. Tre uker med løping i trapper, hoppetauhopping og rikelig med væske før steinen på størrelse med to fyrstikkhoder plasket på plass i urinflasken. Jeg lå for det meste på enerom og oppholdet ble dekket av fylkeskommunen. Det var andre tider det!*



KHMgaard

Setter ord på taus ku

Torbjørn Søyland Hopen har skrevet anestesisykepleiens historie.

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

Jeg måtte skrive ned historien før den ble glemt, sier anestesisykepleier Torbjørn Søyland Hopen.

Sammen med Siv Bergliot Gudmestad Jansen, Terje Engevik og Marit Vassbotten Olsen har hun skrevet *Et historisk blikk på anestesisykepleie i Norge*. Det er ingen akademisk bok, men et forsøk på å beskrive faget med egne ord.

Mye har skjedd siden den første vellykkede narkosen ble gitt i 1846 og kalt «en gave til menneskeheten». Den ble gitt av William Thomas Green Morton i USA.

I Norge ble den første eternarkosen gitt på Rikshospitalet i 1847. Ifølge Hopens bok var det enkelte legers interesse og entusiasme som preget bruken, men få leger kunne gi narkose. Det var operasjonssykepleiere som fikk oppgaven med å bedøve pasientene, og i mange år var de alene om å gjøre det. De mest erfarne og betrodde ble som regel beordret til oppgaven.

Å gi narkose ble regnet som en ferdsighet alle sykepleier skulle kunne. I Rikke Nissens *Lærebok i sykepleie* fra 1877, den første norske læreboken, beskrives det hvordan narkose skal gis.

Torbjørn Søyland Hopen fikk ideen til å skrive bok i 1996. Da var det 150-årsjubileum for den første narkosen, og hun kom i kontakt med mange eldre anestesisykepleiere.

– Jeg ba dem fortelle sin historie, sier hun.

– Det er nesten ikke dokumentert hvordan de utførte jobben. Legene har skrevet sine journalnotater, men ikke beskrevet hva sykepleierne gjorde.

I boken er det bilder av ulike hjelpemidler som etermasker, Ombredannes

maske og moderne anesthesiapparater.

For Hopen er boken en drøm som har gått i oppfyllelse.

– Det er så mye taus kunnskap. På anestesien er vi litt «hemmelige». Vi synes ikke så godt på sykehuset og pasientene husker ofte ikke at de har vært hos oss.

Siden alle forfatterne er fra Vestlandet, dominerer denne landsdelen boken, som i tillegg til mye fakta har med historier om sykepleierne som ga anesthesi. En av dem er Tora Eriksen.

Hun var nærmest enerådende på Haukeland fra 1914 til 1950. Hun gikk under tilnavnet «pulverheksa», fordi hun stadig trengte smertestillende for

jeg sier alltid til studentene at de skal konsentrere seg om pasienten først, datamaskinene etterpå. Det gis mye sykepleie på operasjonsstua. Vi skal ta hånd om nervøse pasienter og ha oversikt over alle parametere. Vi har mange maskiner, men kan ikke gå på autopilot.

Alle maskinene er også et ganske nytt fenomen. Hopen forteller at da hun var fersk anestesisykepleier i 1979, var det ikke alle pasienter som var tilkoplek skop under operasjon, selv ved store mage- og tarmoperasjoner.

– Nå er det standard, sier hun.

Hun har vært anestesisykepleier i 34 år, og skriver i boken at den me-

«De var utrolig flinke klinikere.»

å lindre hodepinen hun fikk av gassene på operasjonsstuen. Avtrekk var ikke tema den gang.

I sine Erindringer fra 1948 skriver Marie Joys: *De hadde et skrekkelig slitsomt arbeid der det ikke fantes noen søstre som kunne løse dem av. De måtte bestandig være tilstede ved alle operasjoner, dag og natt, ja, endog på sine frisdager måtte de komme tilbake når det kom store operasjoner.*

– Jeg er stolt av faget og mine forgjengere, sier Hopen i dag.

– Og jeg er overrasket over motet deres. De var utrolig flinke klinikere, og brukte øyne, ører, nese og fingre til å overvåke vitale funksjoner. De kunne klype pasienten i øreflippen og angi hemoglobinverdien nøyaktig.

– I dag regnes anestesisykepleie som veldig teknisk?

– Vi omgir oss med teknikk. Men

disinsktekniske utviklingen har vært en historiereise. I dag jobber hun som fagsykepleier ved nevrokirurgisk seksjon på Haukeland universitetssykehus.

Etter andre verdenskrig tok legene mer ansvar for anestesien. Utviklingen innenfor kirurgien presset frem mer avanserte metoder, og det ble tydelig behov for en egen videreutdanning for anestesisykepleiere, eller narkosesøstre, som de også ble kalt.

Fra slutten av 1940-årene ble det arrangert fortsettelseskurs for narkotiserer. Og i 1960 startet ett års utdanning av anestesisykepleiere på Haukeland. Da kom også skillet mellom operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne funksjon og utdanning.

I 1965 dannet anestesisykepleierne en landsomfattende faggruppe. Utdanning ble en viktig oppgave for

nnskap

faggruppen, fordi det varierte sterkt hva slags opplæring de ulike sykehuse- sene ga. Først på midten av 1970-tallet ble sykepleierne opplært etter felles rammeplan. I dag er anestesisyke- pleie en toårig videreutdanning, og det utdannes 150 anestesisykepleiere hvert år. De siste årene har de jobbet hardt for å bli godkjent som kliniske spesialister.

Hopen forteller at det varierer fra land til land hvor selvstendig aneste- sisykepleierne jobber.

– I England, for eksempel, styrer legene alt, sier hun.

– I Norge jobber vi ganske selv- stendig. Selv har jeg jobbet på små sykehus, og satt både epidural- og spinalbedøvelse.

– Dere har høy status?

– Vi har flere muligheter. Siden vi kan intubere og håndtere luftveier, har vi vært attraktive innenfor både oljebransje og akuttmedisin.

– De tøffe søker seg til anestesisyke- pleie?

– Tja. Mange menn blir tiltrukket av feltet. Vi kaller det «Røde Kors- syndromet». De har gjerne jobbet en del med akuttmedisin, men kan ikke gi anestesi. Vi må plukke av dem noen unoter.

– Hva er den største utfordringen for faget ditt nå?

– Å holde ved like de praktiske fer- dighetene. Det er konkurranse om for eksempel intuberingene. Både leger og ambulansarbeidere trenger trening, men det gjør vi og. Vi må være tøffe og si fra. Og så må vi ikke glemme det kliniske blikket. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



Torbjørg Søyland Hopen

Aktuell med: Et historisk blikk på anestesisykepleie i Norge



Journalen

Av Per Fugelli
272 sider
Universitetsforlaget, 2013
ISBN 978-82-15-02238-3
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Skriver om livet

ANMELDELSE: Per Fugelli er et over-skuddsmenneske. Selv med langtkomet kreft makter han å holde døden på avstand og formidle sine tanker og refleksjoner over livet.

Journalen er en dagbok fra perioden mai 2010 til mars 2013. Vi følger Fugelli både som inneliggende pasient, som ektefelle, bestefar og foredragsholder.

Journalen handler mer om livet enn om døden, men Fugelli fortrenger ikke. På samme måte som i sin forrige bok, *Døden, skal vi danse?*, formidler han godt allmenne synspunkter på verdien av livet og fellesskapet med mennesker.

Jeg har sansen for Fugellis humor. Smilet og latteren gjennomsyrrer også kapitlene der tristheten over sykdommens framgang omtales. Livsgleden kommer så sterkt frem. Han vet at han snart skal dø. Jeg tar til meg hvordan han gjør dødsbevissthet til livsbevisst-

het. Han lever intenst når han lever og representerer dermed også de mange dødssyke som paradoksalt nok har ment at den lykkeligste tiden i livet var den siste tiden de levde.

Det er lite nytt, men forutsigbarheten i teksten plager meg ikke. Bruken av litterære og filosofiske kilder gir perspektiver til livssyn og verdier. Verdifundamentet til Fugelli er solid og troverdig. Samfunnskritikken og hans negative oppfatning av markedsliberalistiske tendenser i helsevesenet er ikke alltid like saklig, men likevel viktig.

Det er prisverdig at han også nå er de svakestes talsmann, og påpeker den forakten for svakhet som stadig oftere kommer til overflaten i et samfunn som dyrker vinnere og materiell suksess. Når han framhever verdien av fellesskap, familien – flokkene vi er avhengige av – og som holder oss oppe som mennesker, står han både

på solid sosialistisk og darwinistisk grunn. Mennesket var aldri tenkt å stå alene i verden. Det er i den grad vi klarer å bygge gode globale fellesskap – den store flokken – at vi kan overleve som art.

Som vanlig skriver Per Fugelli godt. Den nære og følelsesladete teksten står i kraftig motsetning til den saklige og «kalde» medisinske journalen som avslutter boken. Som leser kommer jeg enda nærmere personen Per Fugelli enn før. Jeg er usikker på livssynet hans, men konkluderer med at han er en mann som vil menneskene vel, som har Jesus som ideal og som er et søkende menneske også på tampen av livet. Han får meg til å tenke at døden tross alt ikke er så farlig.

Dette er sannsynligvis Per Fugellis siste bok. Han avslutter med å vise til at han gir seg nå og at han begynner på en ny bok; *Epikrise – fra himmelen*. ■■■



Verdi og verdighet

Etikk i praksis
Av Eva Skærbæk og Lillian Lillemoen (red.)
168 sider
Cappelen Damm Akademisk, 2013
ISBN 9788202401474
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, professor

Etikk i relasjoner

ANMELDELSE: Redaktørene Eva Skærbæk og Lillian Lillemoen er opptatt av hvordan etikk utspiller seg i praksis. Sammen med seks kolleger ved Høgskolen i Østfold har de utgitt denne antologien. De er alle knyttet til avdeling for helse- og sosialfag.

Relasjoner i samspill mellom helse- og sosialfagarbeider og brukeren står sentralt i boken. Et par kapitler er mer konkret sykepleierrettet, både i forhold til etikk og problematisering av evidensbaserings premisser for helsearbeid.

Nina Jahren Kristoffersen og Inger Tjøstolvsen beskriver samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sykepleierens situasjon blir tydeliggjort ut fra rammeplan og arbeidsoppgaver. I dette kapitlet blir leseren oppdatert på lover og retningslinjer, og hva dette betyr for kravet om mer brukermedvirkning. I tillegg til aktuell teori belyses temaet med egen

forskning i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Her kunne presentasjonen av metode og funn vært bedre pedagogisk tilrettelagt.

To av forfatterne skriver om barnevernfaglig arbeid på en nyttig og innsiktsfull måte. Det er et område som har vært lite berørt i sykepleiefaglig litteratur.

Boken avsluttes med en drøfting av helsefremmende og forebyggende arbeid sett i lys av verdighet og egenverdi. Her legges det vekt på et aktivt samspill mellom individuelt ansvar og sosiale- og helsepolitiske virkemidler. Livsstilssykdommer har ofte et komplekst årsaksbilde. Helse-determinanter (for eksempel livsstil og sosioøkonomiske forhold) som kan forbedres er ofte ikke kontrollert av helsesektoren eller helse- og sosialarbeidere.

Forfatterne beskriver det som trengs av høy, faglig kompetanse og evne til re-

leksjon for å kunne ivareta den enkelte brukers verdier og verdighet. Gjennom denne boka har de klart å formidle betydningen av en profesjonell praksis.

Det er positivt at hvert kapittel avsluttes med tre refleksjonsspørsmål. Men språket i boken kunne med fordel strammes inn. Når setningene kan ha en lengde på 40–50 ord, er det ikke like lett å holde fokus. Enkelte faguttrykk, som nevnte helsedeterminanter, kan også virke noe oppkonstruerte. Noen av kapitlene kunne ha benyttet oppdatert litteratur og boken kunne med fordel hatt et stikkordsregister.

Denne boken føyer seg inn i rekken av prosjekter hvor kollegaer har samarbeidet om en antologi. Det kunne vært hensiktsmessig om slike bøker ble publisert digitalt, da ville kanskje boken og enkeltkapitler bli lest av et større publikum. ■■■

«Å trette med en kvinne er som å prøve å lese en avis i storm.» Fjodor Dostojevskij

Godt innblikk i legers hverdag

ANMELDELSE: Bokens forside gir meg assosiasjoner til ukebladenes legespalter og tv-serier som *Grey's Anatomy* og *Chicago Hope*. Det er forfatteren selv som poserer for fotografen. Den pene legen, med stetoskopet lett henslengt over skulderen, både inviterer og avviser meg som leser. Jeg tar imidlertid imot invitasjonen og oppdager en interessant og godt skrevet bok. Wasim Zahid gjør seg gode refleksjoner over legerollen. Til og med stetoskopet og den hvite legefrakken som symbol, får en mening som jeg aksepterer.

Som lege har Zahid sett ulike nivåer i helsetjenesten. Boken innleder med fortellingen om en fotballspiller som har fått akutt hjertestans og som til tross for gjenopplivningsforsøk dør på akuttmottak. Dramatikken knyttet til gjenoppliving og en ung manns død formidles eksemplarisk. Det samme gjør møtene med alvorlig syke og pårørende som står ansikt til ansikt med døden, og tross dårlige prognoser holder fast ved livet og håpet. Mange av de etiske dilemmaene som leger og sykepleiere møter gis det en rekke eksempler på. Jeg kan ikke bedømme om Zahid er en god lege, men om alt det han skriver om er dypt forankret i hans etiske holdning og faglighet, bør

han være til eksempel for alle.

Dialogen med pasientene står sentralt i hans legegjerning. Han framhever evnen til å kommunisere som bærende i møtene med alle som søker ham. Å være bevisst ordene man bruker i kommunikasjonen med pasient og pårørende er en utfordring for alt helsepersonell. Det skal så lite til å såre eller si noe forkjørt. Disse møtene krever bevissthet, oppmerksomhet, empati og øvelse. Den åpne holdningen og evnen til å innrømme feil gjør ham til en lyttende lege. Det gis det flere eksempler på både i møte med «de nye pasientene» som kjenner sykdommen sin bedre enn legen selv, og de alvorlig syke som søker alternativ medisin som siste vei i kampen mot døden. Han argumenterer, men fordømmer ikke.

Mange sykdomsforløp og diagnoser beskrives i boken. Jeg kjenner de fleste, men noen er nye for meg. Fortellingene om pasientene er knyttet til diagnoser, men vel så mye til de prosesser som den enkelte syke går gjennom. Her er han bevisst sin rolle som følgesvenn gjennom sykdommen uansett om den ender i varig helbredelse, usikkerhet eller død.

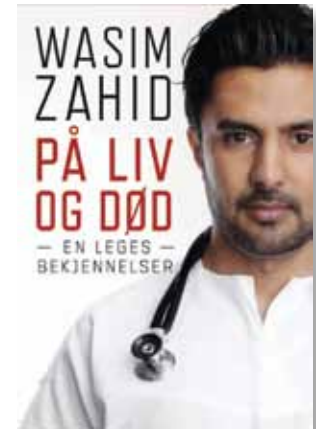
Det er ikke en lege uten feil vi mø-

ter, det er en lege som er bevisst at det er menneskelig å gjøre feil, men at feilene må få minst mulig alvorlige konsekvenser for pasientene. Respekten for den sykes tro og livssyn framheves. Her ligger det både utfordringer og styrke for pasient og helsepersonell

Boken gir et godt bilde av det norske helsevesenet, inkludert fastlegeordningen, samtidig som mange av de store utfordringene vi står overfor kommer godt frem. Her framheves verdier som solidaritet, fellesskap og medmenneskelighet. Zahid framhever sider ved det norske samfunn som gjør meg stolt, men samtidig bevisst at det er tilfeldig at jeg er født her, og at jeg like godt kunne vokst opp i Pakistan der Wasim Zahid har sine egne kulturelle røtter og familie.

Kritikken han reiser mot helsevesenet er velkjent. Den økonomiske tenkningen har tatt overhånd. Han ønsker seg et helsevesen som i enda større grad bygger på de faglige og medmenneskelige verdiene som er forankret i den medisinske tradisjonen.

Jeg leser boken som en hyllest til både legestand og et offentlig drevet helsevesen. Inkludert i denne hyllesten ligger også en påpeking av sykepleiernes viktige rolle, selv om de



På liv og død

En leges bekjennelser

Av Wasim Zahid

224 sider

Kagge forlag, 2013

ISBN 978-82-489-1347-4

Anmeldt av rådgiver Karl-Henrik Nygaard

i denne boken først og fremst framstår som legenes samarbeidspartnere og nødvendige hjelpere.

Boken er særdeles velskrevet og lettles. Den bør leses av alt helsepersonell og andre som vil ha et innblikk i en norsk leges hverdag. Et register som viser til de ulike sykdommene som nevnes kunne vært nyttig. ■■■

Hva leser du nå ?



Liker spenning

– Jeg har akkurat lest trilogien til svenske Jens Lapidus, ser **Hanne Schjelderup-Eriksen**, leder i Jordmorforbundet NSF.

Cash, *Aldri fucke opp* og *Livet deluxe* heter bøkene, som har gjort stor suksess.

– De handler om mafiamiljøet i Sverige og er fryktelig spennende. Jeg klarte ikke legge dem fra meg, sier hun.

– De er intense og troverdige, og

Jens Lapidus skriver utrolig godt. Han får meg til å tenke at virkeligheten godt kan være slik han beskriver den.

Bøkene handler om ulike personer, som involveres i hverandre. De handler også om to separate verdener, Stureplan og Stockholms underverden, som likevel ikke er så separate.

– Det er noen av de beste bøkene jeg har lest, sier Schjelderup-Eriksen.

Jordmorlederen leser mye, og gjerne spenning. Da hun vokste opp, var Herbjørg Wassmo favoritten.

– Skildringene av det nordnorske miljøet og naturen var lett å identifisere seg med, sier hun. ■■■

Tekst **Nina Hernæs**



Siv-Hege Severi, leder
av psykisk helsetjenester
i Målselv kommune

Morgendagens overgripere sitter i klasserommet

Sykepleiere og lærere må tørre å snakke med barn om vold og melde ifra når de møter barn som utsettes for vold i nære relasjoner.

Nova gjennomførte en undersøkelse av vold og overgrep mot barn i år 2007 i videregående skole. Den viser at 2 prosent av barna hadde opplevd vold fra begge foreldrene sine. Hver tiende ungdom hadde sett eller hørt en av foreldrene bli utsatt for fysisk vold i løpet av oppveksten. 22 prosent av jentene og 8 prosent av guttene oppga at de var blitt utsatt for seksuelt overgrep av mildere form. Mange av de seksuelle overgrepene skjer utenfor nær familie, ofte av en venn, kjæreste eller bekjent. Omtrent halparten av de seksuelle overgrepene ble utført når både overgriper og offer var i tenårene (1). Nasjonale studier viser at et sted mellom 10 og 20 prosent av alle jenter utsettes for seksuelle overgrep i oppveksten (2).

For å kunne forebygge vold må man ha en felles forståelse av hva vold er. Isdals definisjon av vold er: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil» (3).

Vold avler vold

Vold og overgrep i nære relasjoner berører hele familien inkludert barn, enten som direkte offer eller som vitne til at andre familiemedlemmer blir

utsatt for vold. Når vold utøves i hjemmet tar barna skade av det. Barna kan ikke beskytte seg i like stor grad som voksne og de kan ikke velge å forlate hjemmet sitt. Barna er fanget av volden i hjemmet. Omsorgspersonen skal vise barnet tillit og omsorg, men når det utøves vold i hjemmet, oppstår det et tillitsbrudd og barnet blir utrygg på omsorgspersonene sine. Barn påvirkes av omsorgspersonene sine og undersøkelser viser at barn som utsettes for vold, har lettere for selv å ty til vold. Årsaken er at barnet har fått opplæring i vold eller mangelfull læring i sosial atferd. Hvis man ikke får stoppet dette vil volden fortsette i generasjoner, og bli et samfunnsproblem. Hjelpeapparatet må se årsaken til og finne måter å hjelpe familier hvor vold utøves på. Å forebygge vold i nære relasjoner, samt finne hjelpetiltak kan bidra til å hindre voldsbruk og forhindre at vold nedarves gjennom generasjoner (3–5).

Samfunnsansvar

Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner tydeliggjør at det er vårt ansvar å sørge for at barn vokser opp i trygge og gode omgivelser. Sykepleiere har et samfunnsansvar og skal være med på å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleie skal bygge på omsorg og respekt for menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring (6). Sykepleiere bør se etter tegn til vold og iverksette tiltak der slik atferd avdekkes. Hvis vi ser, hører eller aner at barn blir utsatt for vold i nære relasjoner uten å gjøre noe med det, bidrar vi til at volden fortsetter (4,7).

Sjumilssteget

Sjumilssteget er en modell for å sette artiklene i FNs barnekonvensjon ut i praktisk handling i kommunene. Bakgrunnen for Sjumilssteget var at Fylkesmannen i Troms i år 2008 registrerte at kommunene hadde behov for å ha et felles utgangs-

punkt for samarbeid og samhandling på tvers av faggruppene, fagenhetene og lovverket. De stilte spørsmål ved om hva som kunne være felles og svaret var FNs barnekonvensjon. FNs barnekonvensjon, eller barnas grunnlov, inngikk i norsk lov fra år 2003. FNs barnekonvensjon består av 42 artikler. Sjumilssteget har tatt utgangspunkt i artiklene og laget sju steg for å gjøre barnekonvensjon mer anvendelig i det kommunale arbeidet for barn og unges beste. De sju stegene er: medbestemmelse, god omsorg, særskilt vern og støtte, vern mot overgrep, et fullverdig liv, god helse og god utdanning (2).

Høsten 2011 arrangerte Fylkesmannen i Troms den tredje sjumilsstegskonferansen, hvor jeg som sykepleier i kommunehelsetjenesten deltok. De politiske ungdomspartiene i Troms var invitert til konferansen og presenterte «ungdommens teser» på bakgrunn av sjumilssteget. En av tesene som ble presentert var: «Sats på seksualundervisning i skolen» (8). Ungdommene forklarte at de ikke ønsket mer av den tradisjonelle seksualundervisningen, men at holdninger og respekt for andres grenser ble vektlagt i stedet. At man ikke skal føle seg presset til å gjøre noe man ikke selv ønsker; lære å si nei, men også respektere at andre sier nei. Dette ønsket ungdommene nettopp fordi morgendagens overgripere sitter i klasserommet. I Norge er alle barn i skolealder pliktig til å gå på skolen. Skolen er den arenaen utenfor hjemmet hvor barna tilbringer den største delen av hverdagen sin (9). Skolen er derfor en viktig arena for å avdekke og forebygge vold i nære relasjoner (4).

Nulltoleranse

Gjennom skolereglene bør det være synlig at skolen har nulltoleranse mot vold. Nulltoleransen bør synliggjøres i alle voldsaker ved skolen, både i de små hendelsene og de mer alvorlige. Man må kalle en spade for en spade og ikke bagatellisere

Hovedbudskap

Samarbeid mellom skole og helsepersonell er nødvendig for å forebygge vold i nære relasjoner. Vi må tørre å se barnet og våge å stille spørsmål om vold. Vi må ta ansvar og melde i fra.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
» Vold » Barn » Skolehelsetjeneste » Forebygging



SKOLEVOLD: Nulltoleransen for vold bør synliggjøres i alle voldssaker ved skolen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og bortforklare voldshandlinger. Skolen må være konsekvent og iverksette tiltak mot voldshendelser i tråd med reglementet (5). Lærere må være bevisste på sine egne holdninger og hvordan disse kommer til uttrykk. Lærere må vise elevene respekt, empati og gi dem positiv oppmerksomhet hvis de skal forvente det samme fra elevene. Hvis voksne ikke viser nulltoleranse mot vold, blir rammene uklare og elevene vil heller ikke ta nulltoleransen på alvor. Konsekvensen kan bli en skole der det forekommer vold.

Kunnskap om vold

For at elevene skal forstå nulltoleranse, må de ha kompetanse om vold i nære relasjoner. Helsesøster underviser i skolen om psykisk helse, holdninger og om å sette egne grenser. Undervisningen hjelper elevene til å sette ord på tankene og følelsene sine. Regjeringens handlingsplan Vendepunktet, vektlegger at skolene skal bruke sosialkompetanse i undervisningen, slik at elevene skal bli i stand til å ta ansvar for sine egne handlinger. Den vektlegger at det forebyggende arbeidet må rette seg mot de som har utøvd vold, men også de som er potensielle voldsutøvere (4). Å undervise elevene om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep har medført at noen elever står fram som ofre. Slik kan undervisningen fungere som en døråpner og avdekke hvem som er utsatt for vold, noe som kan medvirke til at man får stoppet volden eller over-

grepene. Effekten av undervisningen kan også bli at man skaper en endret holdning hos unge som snart er voksne. Ungdommene blir modigere, ikke minst ser man dette hos jenter. Jentene blir flinkere til å si nei og sette grenser for seg selv. Dette vil være med på å forbygge vold i nære relasjoner og hindre seksuelle overgrep (5).

Undervisning om vold i nære relasjoner blant lærere, hjelpeapparat og ledelse vil skape en felles forståelse og danne grunnlag for samarbeid (5). Regjeringens handlingsplan viser til at kompetansen om vold mot barn må styrkes og samordnes for å oppnå en felles forståelse. Man må dra nytte av ulik kompetanse til barnets beste (7). Regjeringen har gjennomført en endring ved allmennlærerutdanningen, slik at lærerne skal bedre sin kompetanse i å se endret atferd hos barn. Videre vurderer man behovet for å heve kompetansen på vold i nære relasjoner ved helse- og sosialfaglige utdanninger (4). Arbeidet med barn og ungdom stiller også krav til personlige ferdigheter, slik at man blir trygg i vanskelige situasjoner, og blir handlekraftig i stedet for avmektig.

Tverrfaglig samarbeid

Skole, helsesøster, og hjelpeapparatet må samarbeide på tvers av fagenhetene. Ved å samarbeide kan man gjøre en mer helhetlig vurdering av hvordan barnet har det. Hver hjelper er en brikke i barnets liv, og ved å sette brikkene sammen får vi en fel-

les forståelse av barnets problemer (2,4,7). Forutsetningen for et godt samarbeid er at man deler kunnskapen sin slik at den enkeltes kunnskap øker. En annen gevinst av tverrfaglig samarbeid er at de ulike yrkesgruppene blir bedre kjent med hverandre, slik at man får en bedre forståelse av hverandre. Dette vil være med på å danne grunnlaget for å iverksette de rette tiltakene overfor barnet. Hvis man ikke samarbeider, vil de ulike yrkesgruppene jobbe ut fra sine egne mål, man får ikke samlet alle brikkene og oppnår ikke ønsket effekt av tiltaket fordi man ikke har tilstrekkelig kunnskap om barnets problemer (2,7,10). En rapport fra Helsetilsynet i 2009 viser til at det er grunn til bekymring for hvorvidt barn fanges opp til rett tid og om de får de tjenestene de har behov for (11).

Du må tro det, før du er i stand til å se det

Befolkningsstudier har vist at forekomsten av vold mot barn står i sterk kontrast til det relativt lave antall saker i barnevernet der fysisk mishandling er oppgitt som årsak til tiltak. Man antar at helsepersonell, lærere og andre som kommer i kontakt med barn ikke oppdager symptomer på mishandling eller at de av ulike grunner unnlater å melde fra (7). Lærere, helsepersonell og sykepleiere må si

«Undersøkelser viser at barn som utsettes for vold, har lettere for selv å ty til vold.»

tydelig ifra om vold når de oppdager at barn utsettes for det. Vi må tørre å se barnet og våge å stille spørsmål om vold. Vi må være stolte av å ta ansvar og melde fra når det er grunnlag for å tro at et barn er utsatt for vold i nære relasjoner. Ved å forebygge vold i nære relasjoner ved skoler vil man bidra til å hindre at morgendagens overgripere utvikler seg. ■■■

REFERANSER

1. Mossige S,NOVA rapport,2007.http://www.nova.no/id/15747 (4.5.2012).
2. Fylkesmannen i Troms.Sjumlissteget.http://www.sjumlissteget.no/index.php (4.5.2012).
3. Isdal P.Meningen med volden.Kommuneforlaget,2011.
4. Justis- og politidepartementet. Vendepunkt. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011.
5. Isdal P, Andreassen SMN, Thiesen R.Vold i skolen.Kommuneforlaget,2003.
6. NSF.Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere,2011.
7. Justis- og beredskapsdepartementet. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012. http://www.regjeringen.no/pages/36717130/HandlingsplanJDweb.pdf (20.5.2012).
8. Ungdommens tesar.Sjumlisstegkonferansen 2011.http://www.slideshare.net/sjumlissteget/sjumlissteget (2.5.2012).
9. Vold på skolen.http://www.ung.no/vold/2326_Vold_på_skolen.html (18.5.2012).
10. Kompendium 326.Behandling av mennesker med aggresjonsatferd.Høgskolen i Narvik, 2008.
11. Heltne U,Steinsvåg PØ.Barn som lever med vold i familien.Universitetsforlaget,2011.

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Per Nortvedt,
professor ved seksjon
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo.

Få helsearbeidere har

Kan tidspress tvinge oss til å gjøre ting vi ellers ikke ville ha gjort – til å overse menneskelige hensyn vi ellers ikke ville ha oversett?

Elisabeth Hagemann skriver om tid i den lille boken «Sykepleiens etikk – i korte trekk». Hun skriver på side 16: «Vi kjenner alle til hvor velgjørende det er å treffe mennesker som alltid synes å ha god tid. Er det fordi de har det mindre travelt enn andre? Sikkert ikke. Men de har lært den store kunst å være helt der hvor de er. I det øyeblikk de holder på med en ting, legger de hele sin interesse og alle sine tanker i dette ene, og det samme vil de gjøre hver gang de står overfor et menneske som trenger råd og hjelp.» (1)

«Et eller annet sted er det en moralsk og etisk smertegrense.»

I samme bok på side 22 skriver hun også: «Når det gjelder våre pasienter, så skal vi huske at like hurtig som tiden går for oss, like langsomt går den for dem. De to/tre eller flere minutter de ligger og venter på at termometeret skal bli tatt fra dem, et omslag byttet eller doktorens ordre bli utført, kan for dem være en lidelse som vi ikke unødig skal utsette dem for.» (Ibid)

Tid er mangelvare

For mange er hverdagen i dagens helsetjeneste og i sykepleiarbeidet ikke preget av en slik forståelse av tid. Kanskje er det veldig få mennesker forunt å leve opp til Hagemanns ideal om å «alltid synes å ha god tid» i en situasjon der tid til pasientkontakt, til kommunikasjon og nødvendige omsorgsoppgaver er en mangelvare. Det paradoksale er at organiseringen av helsetjenester følger en annen tidslogikk enn den som er grunnleggende i sykepleierens arbeid. Helse-tjenestens tid er i dag nyttemaksimerings tid, den er den kronologiske tiden som alene står i effektivitetens tegn. Pleiens tid, derimot, er også den subjektive opplevelsen av tid, samtidig som man må være oppmerksom på pasientens eller pårørendes opplevelse av tid. Det er som Hagemann beskriver, den tid der man må vente på en tung beskjed eller en smertefull prosedyre.

Ikke minst ser man brytningen mellom effektiviseringens og økonomiens tid på den ene siden og omsorgsarbeidets etiske forpliktelser på den andre i hjemmesykepleiens arbeid. Når pleiens tid blir stoppeklokkens avbrudte intervaller og pleiarbeidet blir nedfelt i på forhånd vedtatte oppgaver og normer for kvalitet som uavhengig av den enkelte pasients behov i den

enkelte situasjon, da er man så langt fra de normative idealene om helhetlig sykepleie som det er mulig å komme.

En smertegrense

Men må det være slik? Må man alltid begrunne tidsbruken i klinisk sykepleieutøvelse med hensynet til «produksjon», med «gjennomstrømning», eller at tjenestene skal være maksimalt effektive? Og kan man alltid løse problemene med lav bemanning og mangel på personell og tid ved å «arbeide smartere» eller ved å organisere tjeneste bedre, som det ofte sies? Nei, selvsagt kan man ikke det. Et eller annet sted er det en moralsk og etisk smertegrense. Må man alltid tenke på «de andre» når man er til stede hos «den ene»? Nei, ikke hvis man kan innse at også opplevd tid representerer en viktig etisk verdi i sykepleien.

Sykepleierens arbeid med den syke eller hjelpetregende forutsetter alle tidens fasetter. Den forutsetter ikke minst hensynet til pasientens opplevelse av tid, en opplevelse som alltid på en eller annen måte er relativ til den helsesituasjon og det behandlingsforløp pasientens er i. Men arbeidet til sykepleieren forutsetter også det rommet som tiden gir, rommet for omtanke, for god kommunikasjon, for å gjennomføre et



nok tid

godt sårstell eller for å møte uforutsette hendelser og behov.

Er tjenesten forsvarlig?

Det er en vanskelig balanse mellom ulike hensyn her. Helseøkonomer sier noen ganger lett arrogant at gir man helsepersonell bedre tid, så bruker de tiden på andre ting enn pasientene. Da blir samtalen mellom kollegaer på vaktrommet viktigere og kanskje pausene unødige lange. Vi vet alle også hvordan en kanskje arbeider best under tidspress og hvordan «god tid» noen ganger kan bli en slumrende hodepute for gryende latskap.

Men er det der vi er i dag? Er det derfor vi har fått en Helsetjenesteaksjon som vil gjenerobre muligheten for faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp? Er det derfor pasienter og pårørende klager, fordi sykepleiere, leger og andre ikke bruker tiden godt nok? Nei, ropet i dag, fra alle kanter av kliniske helsetjenester og fra pasienter og brukere av helsetjenester, er at nedskjæringer og nedprioriteringer av individuelle omsorgshensyn er gått for langt. Balansen er forrykket, og det etiske og faglige grunnlaget for forsvarlige tjenester er faktisk truet i noen sammenhenger. ■■■

REFERANSER:

1. Hagemann E. Sykepleiens etikk – I korte trekk. Oslo: Gyldendal Forlag, 1930.



😊		KUNST SYKD.	LEKE	ROP	NISSE		BYGDE BABY		FUNDER!	TRO		ENG	MÅL	SØRGE	DRIKK	TALL PRON.		JUL MUSIKK	
JULEKVELDEN																			
RASK					STJERNENE							FREDEN BYGE					TALL ORG.		
DYREBOLIG	FLOMME SMYKKE				VEKST										MAGE	ERT!			
					GÅ		SPORT	GRUVEDEL TALL			MUNTLIGE		TINE MÅL				PELS LIKE		
URO			IRR	FRITT AVIS					ÅRE-KNUTE	DYR		DYRKE						INTERJ. PÅ FLY	
DEHYDRARSÅK																			
					TRAU TRUSSEL			LIK				GIR	FLIRTE				FUGE FÆLT		
MORO				MASIPAN KONSEKVENSPLAGGET														POL. PARTI FUGL	
	TIL-LATE		BIB.NAVN BAKKE				DYR	FISK		ART.			UNG	OBS!	PLAS-SERT				
JOMFRU		RETT									ADV.				PÅ FLY				
					REIR					SIDS									

Se løsning på kryssord side 79

Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er hyperhidrose?

- A Økt svettesekresjon
- B Uvanlig store ører
- C Uvanlige mengder urin

2 Hva er bromhidrose?

- A Svettelukt
- B Ørevoks
- C Urinfarge

3 Hva skyldes kusma?

- A Virus
- B Bakterie
- C Sopp

4 Når ble smittestoffet som gir kusma påvist?

- A 1945
- B 1965
- C 1975

5 Hva heter helseministeren?

- A Jonas Gahr Støre

- B Bent Høie
- C Sylvi Listhaug

6 Og hvilket parti er helseministeren fra?

- A Arbeiderpartiet
- B Høyre
- C Fremskrittspartiet

7 Er flest menn eller flest kvinner alkoholikere?

- A Flest menn
- B Flest kvinner
- C Like mange menn som kvinner

8 I hvilken aldersgruppe er det flest alkoholikere?

- A Ungdom
- B Voksne
- C Eldre

9 Hva betyr ordet abstinens?

- A Vill og gal etter

- B Avholde seg fra
- C Absolutt ferdig med

10 Er det bare alkohol som kan gi abstinens?

- A Ja
- B Nei
- C Usikkert hva som kan gi abstinens



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.)



DRIKKER FOR MYE: Men hvem drikker mest?

SVAR: 1A, 2A, 3A, 4A, 5B, 6B, 7A, 8B, 9B, 10B

– Står ikke i kø for
å jobbe helg. Side 76

– Vi må jobbe mer.
Side 78

Sykepleie i folkehelse-
perspektiv. Side 80

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo



TETT PÅ ANNE WAAGAN

«Jeg hadde
aldri trodd
at det skulle
være så tøft
å være
tillitsvalgt.»

84

INNSPILL DEMENSSYKEPLEIER CARINA STRØMME

«Jeg vet at jeg ønsker meg mye,
men jeg har vært snill i år.»

82



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Vern om arbeidstidsreglene

NSF er ikke kjent med at sykepleiere står i kø for å jobbe flest mulig helger. Arbeidsgiverne har nok et annet motiv enn å tale arbeidstakernes sak.

Arbeidsgiverne, representert ved Spekter og KS, har lenge ropt høyt om behov for endringer i arbeidstidsreglene. Ved å endre arbeidsmiljøloven håper de å kunne oppfylle ønsket om til enhver tid å kunne bestemme ensidig når arbeidstakerne skal komme på jobb uten å måtte involvere tillitsvalgte. Slik var det i begynnelsen av forrige århundre, før kampen om 8-timers arbeidsdag startet. NSF vil ikke tilbake dit.

Spekter har i flere år hevdet at arbeidsmiljøloven er for rigid og for lite fleksibel for arbeidstakeren, blant annet fordi det ikke er mulig å arbeide flere søndager etter hverandre. Jeg er ikke kjent med at verken sykepleiere eller andre helsearbeidere står i kø for å jobbe flest mulig helger. Spekter har nok et annet motiv enn å tale arbeidstakernes sak.

Nylig kom tenketanken Civita ut med en rapport, «Arbeidsavtaler i offentlig sektor», hvor de taler på vegne av arbeidsgiverne med den hensikt å få til en bedre utnyttelse av arbeidskraften. Civita hevder at arbeidsgiverne i offentlig sektor har begrenset styring over dem

«Regjeringen har til nå valgt å lytte til arbeidsgiverne.»

de er satt til å lede og vil endre loven slik at den blir mer fleksibel. De er svært kritiske til tillitsvalgtes adgang til å inngå avtale om arbeidstid. Videre vil Civita fjerne normalarbeidsdagen for de i helsesektoren. Normalen blir da å jobbe til alle døgnets tider og på alle søn- og helgedager. Civita fokuserer blant annet på kostnadene ved dagens arbeidstidsregulering i lov og tariffavtale. De hevder dagens arbeidstidsregler gir en uheldig organisering og at en endring i arbeidstidsreglene i mindre grad ville utløse kompensasjon for ubekvem arbeidstid. Det ville ha gitt store innsparinger for samfunnet – og



FINNE LØSNINGER: Norsk Sykepleierforbund tar selsagt imot arbeidsminister Robert Erikssons (Frp) invitasjon til å delta i arbeidet i det varslede arbeidstidsutvalget, skriver Eli Gunhild By. Foto: Vegard Grøtt/NTBScanpix

selsagt dårligere lønn for de ansatte.

I høst fattet styret i KS et vedtak om å be Stortinget foreta betydelige endringer av arbeidstidsreglene. KS vil etablere mer ekstreme arbeidstidsordninger i pleie- og omsorgssektoren og vil ha en maktforflytning fra avtale med tillitsvalgte til avtale med den enkelte ansatte. De vil holde pleie- og omsorgssektoren utenfor enkelte bestemmelser i arbeidsmiljøloven. Det betyr mer arbeidsgiverstyring og mindre samarbeid. Forslaget innebærer at avtaler om arbeidstid skal inngås med den enkelte arbeidstaker og ikke med tillitsvalgt som i dag. Dette vil øke presset på den enkelte om å akseptere mer avvikende og belastende arbeidstidsordninger.

Først og fremst vil endringene som Spekter, KS og Civita foreslår, medføre forverring av arbeidsforholdene for de ansatte. Vernet som ligger i dagens arbeidsmiljølov vil svekkes. Det er grunn til å frykte at en sektor som fra før sliter med et høyt sykefravær og svak rekruttering vil få ytterligere problemer.

Regjeringen har til nå valgt å lytte til arbeidsgiverne ved å signalisere at de ønsker å gjøre

arbeidstiden mer fleksibel. Den nye arbeidsministeren, Robert Eriksson, mener regelverket «må tilpasses dagens familier og behov. Mange er skilt og kan eksempelvis jobbe mer en uke, mens de kan jobbe mindre den uken de har barna.» Her tar han feil. Spør sykepleierne – de vet hva det vil si å kombinere turnusjobb og familie. De bidrar til helsevesenets behov for fleksibilitet ved å jobbe lange dager, lange uker og ofte på søndager og helgedager. Dette skjer innenfor dagens arbeidstidsregler som har vide rammer slik at det er mulig.

NSF tar selsagt imot arbeidsministerens invitasjon til å delta i arbeidet i det varslede arbeidstidsutvalget, hvor målet er å finne løsninger som tilfredsstillende alle behov for eventuelle endringer i dagens regelverk. Vi ser fram til å bidra med våre erfaringer i en viktig samfunnsdebatt, der vårt klare mandat er å ivareta våre medlemmer slik at de kan stå i full stilling gjennom et helt yrkesliv. ■■■

Eli Gunhild By

MINNEORD

Helga Nyhus



Tidligere sykepleielærer, oversykepleier, redaktør av Tidsskriftet Sykepleien og medarbeider ved Ullevål sykehusmuseum Helga Nyhus døde 4. juni nær 98 år gammel (1915-2013).

I 1935 startet hun som 20-åring sin 3-årige sykepleierutdanning på Ullevål kommunale sykehus. Etter utdanningen arbeidet hun på Medisinsk avdeling frem til hun rømte til Sverige i april 1945. Hun ble anmodet av forstanderinnen Bertha Helgestad om å komme til Sverige for å hjelpe til med pleien av fangepasienter som kom fra Tyskland. Helga meldte seg til tjeneste.

Etter krigen gikk Helga på Norges Høyere Sykepleierskole i Oslo. I denne tiden reiste hun også til Toronto University School of Nursing i Canada og til Finland for å studere sykepleierutdanning. Tilbake i Norge høsten 1947 begynte hun som sykepleielærer ved sykepleieskolen, Ullevål sykehus.

Helga ble valgt som medlem av NSF's utdanningskomite. Helga var også i en årrekke medlem av NSF's faste redaksjonskomite, og

fra 1957 komiteens formann. Hun var også i mange år medlem av pressekomiteen i Sykepleiernes Samarbeid i Norden. I 1962 ble Helga Nyhus den første lønnede redaktør av Tidsskriftet Sykepleien. En stilling hun hadde frem til 1965. Helga var en ildsjel og ivrig forkjemper for et livskraftig blad. Hun sa «Mitt ønske er at Sykepleien alltid må makte sin opplysende og samlende oppgave, og at medlemmene må bruke tidsskriftet som det selvskrevne forum for drøfting av sine spesielle problemer—til fremme av den tjeneste vi utøver.»

Helga var glad i barn og var bestyrerinne på Åkeberg barnehjem i to år. Fra 1964 til hun gikk av med pensjon i 1980 var hun oversykepleier på Barneavdelingen på Ullevål sykehus. Helga deltok i planarbeidet for nytt Mor-barn-senter på Ullevål og var tilstede ved åpningen av Barnesenteret i 1998.

Som oversykepleier var Helga en foregangsleder for kunnskapsbasert praksis. Før 1960-tallet var det vanlig at barn ikke fikk ha foreldre hos seg på sykehus. Men da Helga var i Canada lærte hun nytt om syke barns behov. Hun tok med seg den nye kunnskapen og gjennomførte endring i praksis på Barneavdelingen. Og denne kunnskapen spredte seg snart til andre sykehus i Norge. Helga var medforfatter av boken «Når barn må på sykehus».

Etter hun gikk av med pensjon var Helga en av initiativtakerne for opprettelse av et museum på Ullevål sykehus. Hun var aktiv frivillig i over

20 år frem til 2000, da hun trakk seg tilbake i en alder av 85 år. Hennes gode hukommelse og øye for detaljer var svært verdifull for å ivareta sykehusets og sykepleiens historie for fremtidige generasjoner. Hun hadde en fortryllende evne til å fortelle historier og det var alltid spennende å høre henne fortelle. I en alder av 96 år ble hun intervjuet om gamle dager på Ullevål, og opptakene av disse er fritt tilgjengelig på www.sykehushistorier.no.

Den 5. mai 2000, på selve 100-årsdagen for sykepleierutdanningen på Ullevål ble Helga hedret med kongens fortjenestemedalje i sølv.

Helga viet hele sitt voksne liv til Ullevål sykehus, sykepleien og sykepleiens fremme. Hun meldte seg inn i Norsk Sykepleierforbund i 1939 og var medlem livet ut. Hun var en varm person, beskjeden, men samtidig hadde hun en naturlig autoritet og verdighet. Helga var en høyt skattet sykepleielærer og leder. Hun var en god rollemodell for elevene og ansatte. Helga Nyhus har hatt stor betydning for utvikling av sykepleierutdanning og sykepleietjenesten i Norge. Hun var kunnskapsrik og en kunnskapsformidler. Vi er dypt takknemlig for Helga Nyhus' liv og virke for norsk sykepleie, utviklingen av helsetjenesten og det norske samfunn.

Mimi Bing Øverlie, tidligere klinikkssjef, Ullevål universitetssykehus

Karen Bjørø, tidligere sjefsykepleier, Ullevål universitetssykehus, nå 2. nestleder, Norsk Sykepleierforbund

Et barns rettigheter

Leder for Rådet for sykepleieetikk i NSF, Berit Daae Hustad, uttaler seg i Sykepleien nr. 13 om reservasjonsretten for leger når det gjelder å henvise til abort. Hun mener at helsepersonells samvittighet ikke skal stå i veien for at det er pasientens rettigheter vi skal respektere. Vi skal være nøytrale og ikke blande oss selv inn.

Jeg kjenner på stor avmakt når jeg leser dette innlegget. Hvem er den andre part i en sak om abort? Disse leger som ikke ønsker å henvise kvinnen representerer vel ikke egentlig seg selv. De virker ikke

å være en ensartet gruppe, men de har til felles at de selv ikke ønsker å være deltakende i en abort. Det er vel fordi de har syn for at det er å ta et menneskeliv? Hvorfor utelates det ufødte barnet fra dette innlegget som er skrevet av en leder innenfor sykepleieetikk?

For noen år siden, under sommerferieavvikling på et sykehus, kom min arbeidskollega på nattevakt etter sin ferie. Avdelingen hennes var delt med gynekologisk post. Hun fikk beskjed om å gå inn til pasienten med en stikkpille. Hun spurte hva det

var. Da hun fikk vite at det var for å starte rier for å abortere, sa hun tvert nei. Da ville hun heller gå hjem. Det ble oppstyr da.

Som helsepersonell skal vi alle møte kvinnen med empatisk og varm holdning, og det må vi også gjøre når vi samtidig må fortelle at dette kan vi ikke stå for.

Jeg avventer hva NSF kommer frem til i denne saken, ifht mitt medlemskap.

Beste hilsen Inger Hilde Bjerved Hansen, Ise, tidligere Lørenskog.

«Helse og omsorg er ikke industri!»

Vår nye regjering er på plass. Som pensjonert sykepleier som fortsatt brenner for helsetjenesten vår, var jeg veldig spent på hvilken retning den blå/blå regjeringen ville velge i helsepolitikken. Skuffelsen ble derfor stor da regjeringsplattformen slår fast at også denne regjeringen ikke ser vesentlig forskjell på produksjon av helse og velferdstjenester og annen industriproduksjon. Valgløftet om at helseforetakene skulle fjernes, er langt på vei brutt, da helseminister Høie har vært i mediene og sagt at det ikke vil skje i denne stortingsperiode. Alt ser dessverre ut til å bli ved det samme.

Denne og den forrige regjeringens syn på vår verdi- og kunnskapsbaserte helsetjeneste som industri, hvor behandling er helseproduksjon, pasientene er produkter eller biomasse, ventelister er ordreservert og helsearbeidere er produksjonsarbeidere, er et reduksjonistisk menneskesyn. Mennesket blir «tingliggjort», og det er da fort gjort å tape menneskeverdet av syne. Produktene i industrien er en standardisert død masse og noe man ikke ofrer oppmerksomhet på under samlebåndproduksjonen. Produksjonsarbeidere skal

ha lojalitet til ledelsen, motiveres etter ytre faktorer, straff og belønning, motta direktiv og mål ovenfra og bli styrt etter resultater. Indre motivasjon som faglige mål og opplevelse av mening spiller liten rolle.

Det er dette systemet som de siste 15 – 20 år har styrt vårt helsevesen. Styringen ble innført for å spare penger, og ser dessverre ut til å fortsette. Vår øverste helseledelse både lokalt og sentralt er bygd opp rundt en mistillit til medarbeidere, motstand nedenfra bekjempes. Dette er styringsideologien New Public Management som var rettet mot arbeidere i samlebåndindustrien. Vårt helsevesen er ikke samlebåndindustri med ufaglærte arbeidere, men derimot er det en kunnskaps- og verdigorganisasjon som fortjener en ledelsesideologi, leadership, med en like sterk forankring av helsefagernes verdier som økonomien i ledelsen.

Pasientene våre er levende mennesker i en sårbar situasjon, med en iboende verdighet som fortjener å bli møtt med all vår kunnskap og verdier som ivaretar deres integritet. De skal under behandlingen føle seg tryggt på at alt gjøres til det beste for dem. Ledelsen burde heller spørre pasienten om deres opplevelse av

møte med og kvaliteten på behandlingen enn etter oppfylte kvantitative styringsmål. Det hadde blitt en god helsetjeneste.

Våre faglærte helsearbeidere representerer meget god kunnskap som skulle komme pasientene til gode, isteden krever ledelsens mål og resultatstyring tid og krefter og gir lite rom til de som helsetjenesten egentlig gjelder, pasientene.

Helseforetakene med markedsliberalismen må bort for å få synliggjort verdigrunnlaget vårt. Fagfolk må få tilbake tilliten, gjøre det de kan og er utdannet til og styre i det daglige. Politikerne må ta de vanskelige prioriteringene og trekke de store linjene i helsepolitikken. Byråkratiet må slankes. Bare slik kan vi igjen skape kvalitet i helsetjenesten. Kvalitet kan ikke vedtas, den kan kun skapes av kompetente mennesker som gis gode arbeidsbetingelser.

Helsearbeidere, pasienter og pårørende, støtt opp om Helsetjenesteaksjonen som kjemper for en mer human helsetjeneste og mot et viltvoksende byråkrati. (www.Helsetjenesteaksjonen.no)

Anne Karin Gammelsrud, pensjonert spesialsykepleier, Rakkestad

SIDEN SIST Siden sist inneholder korrigerende og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Samfunn og arbeidsliv er i endring

Den siste tiden har det i ulike aviser igjen versert et masseprodusert innlegg fra fylkeslederne i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Den 7. november fant innlegget vei til Sykepleien, denne gang i fylkesleder Karen Brasetvik i NSF Østfolds navn. Her gis det anbefalinger til statsministeren om hvordan man skal sikre nok sykepleiere i fremtiden.

Som arbeidsgiverforening for sykehusene, ser Spekter frem til å samarbeide videre med NSF for å finne løsninger som gir nok sykepleiere og smart bruk av de ulike gruppenes kompetanse i helsetjenesten. Brasetvik kritiserer imidlertid Spekter for å ville endre Arbeidsmiljøloven slik at det blir mulig å tilby de ansatte bedre tilpasset arbeidstid, og ber om at det ikke må gjøres endringer i sykepleiernes vaktordninger. Det er å satse på

en gammel løsning som ikke lenger virker.

Spekter mener løsningen for å sikre nok arbeidskraft i årene som kommer ligger i hver enkelt av oss. Det er vanskelig å ansette flere når det ikke finnes noen å ansette. Derfor må vi jobbe mer, og vi må regne med å jobbe lenger før vi går av med pensjon. Arbeidstidsbestemmelsene må legges til rette for dette. I dag jobber 40 prosent av kvinnene deltid. Det er verdt å lytte når om lag halvparten av de deltidsansatte sier de ville ha jobbet mer dersom arbeidstiden var bedre tilpasset deres livsfase og individuelle behov. Ledere som vil lykkes i å tiltrekke seg den beste kompetansen, må kunne ha mulighet til slik tilrettelegging, men innenfor de yttergrensene for arbeidstid som finnes i dagens arbeidsmiljølov.

Brasetvik hevder at «Arbeidsmiljøloven er svært fleksibel», men at det krever «innsikt i loven og samarbeid med tillitsvalgte» for å kunne bruke denne fleksibiliteten. Det er beklagelig at sentrale tillitsvalgte i NSF ikke har tillit til at våre helseledere har innsikt nok i loven til å lage forsvarlige arbeidsplaner uten at fagforeningene skal ha vetorett og siste ord.

Det heter at når forandringens vind blåser, velger noen å bygge vindmøller, mens andre bygger leskur. Jeg synes tiden er inne for å diskutere konstruktiv og nytenkende for å utvikle arbeidstidsbestemmelser som bedre avspeiler behovene i dagens samfunn og arbeidsliv.

Anne-Kari Bratten, administrerende direktør i Arbeidsgiverforeningen Spekter



Ikke enig!

Under overskriften «Må henvisse til abort» gis det i siste nummer av Sykepleien inntrykk av at alle deler dette synet. DET STEMMER IKKE! Det er mange oppgaver vi som sykepleiere må forholde oss til, ja, men for eksempel å dele ut Subutex er grunnleggende forskjellig fra å henvisse til abort!

Det er bekymringsfullt om samvittighetsfulle mennesker – leger eller sykepleiere – blir tvunget til å se seg om etter annet arbeid fordi de fra tid til annen står overfor oppgaver de kjenner er umulige å påta seg – respekt for livet!

Astri, Vestfold



Løsning på kryssord i nummer 14/2013.
Se side 74.

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Kvalitet koster

I Sykepleien nr. 12 spør Inger Margrethe Holter om hvorfor lektorene i sykepleierutdanningen ikke tar debatten om kvaliteten i utdanningen. Det er et godt spørsmål og jeg har ikke noe entydig svar på det. Men ut fra egen erfaring med utdanning av både helse- og sosialpersonell, lærere og ledere i pedagogikk og andre samfunnsvitenskapelige fag, er mitt subjektive inntrykk at sykepleiere er en konfliktsky yrkesgruppe. Men jeg tror ikke det er særlig konstruktivt å psykologisere lærernes atferd eller mangel på sådan.

Det dreier seg om hva slags rammefaktorer de ansatte i utdanningen og ikke minst veilederne i praksisfeltet arbeider under. Hvis vi sammenlikner hva slags betingelser øvingslærere (veiledere) i allmennlærerutdanningen har med dem som skal veilede sykepleierstudenter, er

det som natt og dag. For det første skal alle øvingslærere ha opplæring i forkant og tar de en årsenhet i veiledning kan de få økt lønn. Det kan også være mulig med en halvårsenhet. Men det viktigste er at de har redusert undervisningsplikt. Det vil i praksis si at den enkelte øvingssskole ofte har muligheter for å ansette flere lærere fordi de har ansvar for opplæring av kommende lærere. Og hvem betaler så for denne herligheten? Jo, det er den enkelte høyskole som tar merkostnadene for den enkelte skole. Så lenge sykepleieveiledere i praksisfeltet skal løpe og springe like mye som før under opplæringen av studenter, er det begrenset hvor mye veiledning studenten kan få. Sykepleiere har for lengst oppdaget at kvalitet koster, men har deres oppdragsgivere skjont det?

Thore K. Aalberg, cand.polit.

Nydelig indisk mat

Velkommen til et hyggelig måltid på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo

Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse!
Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar

Karl Johans gt 18 c
Telefon 22 42 53 11
www.jaipur.no





KRONIKK Folkehelse

Reidun Hov, førsteamanuensis, Campus Elverum – Institutt for sykepleie og psykisk helse

Kari Johanne Kvigne, førsteamanuensis, Campus Elverum – Institutt for sykepleie og psykisk helse

De små bagateller

Hva har folkehelse med sykepleie å gjøre?

Sykepleierutdanningen i Hedmark har bestemt å ha en folkehelseprofil. Dette er ment som et av tiltakene for at vi kan leve i tråd med helsepolitiske satsinger og fylle samfunnets behov for kompetanse. I kjølvannet av denne beslutningen vil vi dele noen tanker forankret i følgende problemstilling: Har sykepleien en plass i en folkehelseprofil?

Dagens folkehelsearbeid springer ut fra kritikk av biomedisinenes snevre tenkning om hva sykdom er, hvordan den oppstår og kan behandles. I stedet for å fokusere på sykdommen i seg, ønsker en i folkehelsearbeidet å styrke det som kan bidra til bedre helse som for eksempel å bedre faktorer i miljøet rundt oss, våre nettverk, vårt forhold til våre nærmeste og å gjøre våre liv meningsfylte, forutsigbare og håndterbare. Omvendt kan også folkehelsearbeid dreie seg om å svekke faktorer som medfører helsefare.

Folkehelsearbeid kan foregå langs to hovedstrategier: Sykdomsforebygging og helsefremming. Sykdomsforebygging har som mål å forhindre utvikling eller videreutvikling av sykdom og skade. Helsefremmende arbeid fokuserer på prosesser som holder oss friske og som gjør det mulig å ta kontroll over våre egne liv. Dette kan skje ved å styrke de individuelle og sosiale forandringsprosessene som gjør det mulig å leve et sunnere liv. I sin ytterste konsekvens er målet å styrke livsmot, livsglede, handlingssevne og fornemmelse av sammenheng og overskudd i hverdagen.

«Et godt resultat i sykepleie er et godt liv med opplevelse av verdighet.»

Helsefremmende arbeid kan ha to ulike tilnæringsmåter. Den ene er den «klassiske modellen» der målet er å holde seg frisk eller bli frisk. Den andre benevnes som den «folkelige modellen» der målet er det gode liv med størst mulig opplevelse av helse, livskvalitet og velvære selv om uhelse og død er unngåelig.

Florence forsto

Sykepleien har vokst fram som en reaksjon på at mennesker trenger omsorg og pleie. Ut fra ideen om at omsorg dreier seg om å gjøre den andre godt, vil helsefremmende og forebyggende arbeid være en naturlig del av sykepleien. Allerede Florence Nightingale var opptatt av å forebygge sykdom gjennom miljøtiltak, fordi hun forsto at for eksempel dårlige boforhold, dårlig hygiene og uhen-

siktsmessig ernæring var sentrale årsaker til sykdom. Det kan være et gode for både den enkelte og for befolkningen å få kontroll over sitt eget liv og gjøre valg for å unngå sykdom og helseproblemer og styrke sin helse og livskvalitet. Sykepleietjenesten er ment å bidra til at den enkelte oppnår dette.

Har en folkehelseprofil plass til de som gjør «feil» valg?

Ingen kan vel si seg uenig i at fokus på forebygging og helsefremming er bra? Dagens gode samfunnsborger er den som driver fysisk aktivitet, har et sunt kosthold, har gode relasjoner og unngår røyk og rusmidler. Men hva med de som uansett helsevesenets og sykepleiernes innsats gjør feil valg; som fortsetter å røyke, som ruser seg, som spiser usunn mat, som ikke trimmer? De gjør sannsynligvis ikke dette fordi de vil ha dårlig helse. Er det da fordi sykepleiere, leger og andre helsearbeidere gjør en dårlig jobb? Eller er det fordi utdanningen av for eksempel leger og sykepleiere har sviktet? Et godt svar på dette fins ikke fordi erfaringer viser at varig livsstilsendring er vanskelig å oppnå. «Å vite det – ja, men gjøre det?»

Helsen som fengsel

Samfunnsmedisineren Per Fugelli hevder at det postmoderne fengsel nummer én er helsen. Norge er i ferd med å bli det forhelsede land der vi føres inn i livsstilisismen, som han mener er et tvangspregget liv styrt mot kun et mål: Sen død. Han hevder at den individuelle livsstilsmodellen fungerer som en politisk lynavleder som er bekvem for maktøverne, fordi de flytter blikket vekk fra sosial urettferdighet til individuell svakhet, og fra politisk til personlig skam.

Vi finner det interessant når Fugelli oppfordrer oss til å flytte blikket fra den individuelle livsstilsmodellen over til folks levekår. Dette mener vi har med folkehelse å gjøre, og det er nettopp her sykepleiere og sykepleierutdanningen kan gjøre en innsats for å underbygge folkehelseprofilen. Vi oppfordrer sykepleiere generelt og utdanningsinstitusjonene i sykepleie til å diskutere dette temaet for å vurdere eventuelle konsekvenser for videre forskning, fagutvikling og undervisning. Så er spørsmålet: Hører sykepleiens «ansvar for de svake» hjemme i en folkehelseprofil?

Det mange betrakter som sykepleiens kjerne dreier seg om å pleie den syke, lindre lidelse og sørge for verdighet der helse og liv ikke står til å reddes. Omsorgsmoralen i sykepleien dreier seg om å handle ut fra ansvaret for de svake og sykepleierens mandat er å verne den svake part mot likegyldighet som unnlater, formynderi og overgrep.

Resultatløs sykepleie

I 1981 utkom en bok av sykepleieren Herdis Alvsvåg med tittelen «Har sykepleien en framtid?» Her problematiserer forfatteren begrepene «resultatløs» og «resultatsikker» sykepleie.

Resultatløs sykepleie er det som ytes til personer som ikke kan bli friske, selvstendige og uavhengige av hjelp, men som vil bli sykere og etter hvert kanskje dø. Resultatsikker sykepleie rettes mot de som er friske for at disse skal holde seg friske lengre og til de som rammes av en sykdom, men som ved behandling vil bli friske.

I dagens fokus på samfunnsøkonomisk nytte står vi i fare for å satse først og fremst på de som er eller kan bli samfunnsnyttige og lar de resultatløse i stikken. Dersom sykepleiere og sykepleierutdanninger som har valgt å ha en folkehelseprofil fokuserer kun på den klassiske folkehelsemodellen med forebygging og rehabilitering og aktiv behandling av de som blir friske, har sykepleien og sykepleierutdanningen en meget begrenset plass i folkehelseprofilen. Derimot mener vi at sykepleien og sykepleierutdanningen har en framtid i den folkelige folkehelsemodellen der vi får «armslag» til å skjønne sykepleiens verdiorientering og ansvaret for de svakeste.

Er resultater i sykepleien interessante i en folkehelseprofil? Et godt resultat i sykepleie er et godt liv med opplevelse av verdighet hvor den enkeltes ressurser kommer til uttrykk og anvendes, men hvor kravene om å mestre ikke oppleves for uoverkommelig og hjelpen blir mangelfull.

Ida og Regine

Vi ønsker å trekke frem hvordan det kan gjøres gjennom livs- og sykehistoriene til to unge jenter, Ida og Regine. Ida Corwins historie er beskrevet i boken «Idas dans», og Regine Stokkes historie ble først og fremst kjent gjennom Regines blogg, senere gjennom «Regines bok». Disse handler om to unges siste ord, to jenter som begge ble rammet av akutt myelogen leukemi i startfasen av sine voksne liv.

Bøkene viser fortellinger om lidelse gjennom sykdom og smertefull behandling og som i seg selv holdt på å ta livet av dem. Det er fortellinger om livsmot og ressursmobilisering når sykdommen holder på å ta livet av den fysiske kroppen. Det er også fortellinger om hvordan helsepersonell i samarbeid med jentene og deres familier bidro til styrking, til å frigjøre ressurser, til å avvike fra rutiner og regler og legge forholdene til rette slik at ressurser kunne tas i bruk for å gjøre livet meningsfylt i en situasjon som i utgangspunktet var så meningsløs.

Det handler også om at sykepleiere ikke bare hadde oppmerksomheten rettet mot sykdom, årsak, virkning, prosedyrer og regler, men mot hele mennesker. Dette kan for eksempel vise seg gjennom det Nightingale kalte de små bagateller, småting i den travle hverdagen, men som betyr så mye når vi av ulike grunner må stoppe opp og der livene til Ida og Regine sto på spill. Begge jentene døde i løpet av cirka ett år.

Omsorg som resultat

Ida og Regines historier er en imponerende ansueliggjøring av sykepleie som omsorg for de svake og syke og om hva som kan være resultater i sykepleie. De er også en synliggjøring av Antonovskys



RESULTAT: Hvilke resultater skal vi forvente at sykepleie gir, spør kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

beskrivelse av den bevegelsen mennesket er i mellom helse og absolutt uhelse, om kroppslige erfaringer og om hvordan kroppen er i fokus i sykepleien. Ikke minst viser historiene oss hvordan den folkelige helsemodellen kan forstås og komme til anvendelse ved alvorlig sykdom.

Det er grunn til å hevde at sykepleierutdanningen i Norge fram til i dag har hatt en omsorgsprofil. Kroppstell, hjelp til å ivareta grunnleggende behov, relasjonen mellom pasient og sykepleier, pleie og omsorg i tilknytning til ulike sykdommer og helseplager har blitt tillagt stor vekt i både den teoretiske og praktiske undervisningen. Hvor går så veien videre?

Vi mener at sykepleierutdanningen i Elverum så vel som i landet for øvrig, men også sykepleiepraksis, fortsatt bør ha en omsorgsprofil, og at sykepleieprofilen er den som bestemmer innholdet i utdanningen. Samtidig kan folkehelseetenkning gi et styrkende bidrag til omsorgen for alle kategorier pasienter dersom vi inkluderer og utvikler den folkelige folkehelsemodellen. ■■■



Ønsker meg ingen blåblå ballong

Kjære nye regjering, ikke glem gårsdagens helter- og heltinner opp i alt mas om oljeutvinning og asylpolitikk. En dag sitter dere der kanskje selv.

Som spesialsykepleier i et kommunalt demensteam ønsker jeg at alle personer med demenssykdom blir godt ivaretatt, måtte det være i eget hjem eller på institusjon. Jeg ønsker meg et fleksibelt system som setter mennesket i sentrum – ikke de økonomiske styringssystemene.

Jeg ønsker meg politikere med forståelse for, og kunnskap om demens. Som har oversikt over dagens demensomsorg og som er i stand til å tildele ressurser på en gunstig måte. Jeg ønsker meg en regjering som forstår at god eldreomsorg er så mye mer enn en lovfestet rett til sykehjemsplass.

Mens jeg skriver dette, tenker jeg på menneskene jeg møter i min jobb. Mennesker som har vært friske og velfungerende, som har ledd og grått og grublet og tenkt konstruktive tanker. Som fortsatt kan le og gråte og føle. Som kjemper det de kan, med sine gjenværende kognitive og fysiske ressurser, mot sin demenssykdom.

Jeg tenker på den eldre damen med det triste, nedslåtte blikket som svelger kveldsmedisinen med mange slurker rødvin, samtidig som hun blar hvileløst i et gammelt familiealbum. Hun føler seg forlatt og ensom, sier hun.

«Jeg ønsker meg politikere med forståelse for, og kunnskap om demens.»

Jeg tenker på mannen som mistrives på eldrecenteret sitt. Han er fysisk sprek og glad i å gå turer, men det er det ikke mulighet for. «Vi sitter bare og glor», sier han.

Jeg tenker på den gråhårete damen som dekker på til to fordi hun venter sin avdøde mann til middag. Hun har gått ned i vekt fordi hun glemmer å spise. Eller den en gang egenrådige og stolte kvinnen som nå er urolig og underernært. Hun tvivholder på sin blå veske, fordi hun er redd for å bli bestjålet. I sitt eget hjem. Jeg tenker på den 94 år gamle damen som barrikaderer sin egen ytterdør fordi i hennes verden er noen ute etter henne.

De opplever alle at identiteten deres gradvis brister. De kjemper mot den snikende angsten og uroen som ofte er en del av sykdoms-

forløpet. Fordi de mister oversikt og kontroll over tid og tilværelse. Alt blir et eneste stort sammensurium i en ukjent verden.

I dag er omtrent 71 000 nordmenn rammet av demens. De fleste er over 70 år, og litt over halvparten bor i eget hjem, med tilsyn fra familie og den kommunale omsorgstjenesten. At de bor hjemme så lenge som mulig er i tråd med dagens helsepolitiske føringer, og kostnadsbesparende for kommunene. Å ivareta denne sårbare pasientgruppen på en god måte er et stort ansvar. Et ansvar mange kommuner ikke klarer. I en undersøkelse utført av Norsk Sykepleierforbund svarer 51 prosent av sykepleierne at deres helsetjeneste ikke har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasientene.

Hvorfor ansettes så mange ufaglærte til å ta hånd om hjemmeboende personer med demens? Jo, mange ufaglærte pleieassistenter er flinke og blide og har varme hender. De har ofte stor arbeidskapasitet og jobber gjerne doble vakter til langt lavere lønn enn fagkompetent helsepersonell hadde gjort. Hendene kan være så varme de vil, men er de ikke også trygge, blir ikke pasienten ivaretatt på en faglig forsvarlig måte.

Jeg vet at jeg ønsker meg mye, men jeg har vært snill i år, og drister meg derfor til å ønske meg litt mer. Jeg ønsker meg også følgende:

- » Et helsevesen som ivaretar alle – uansett alder, uansett sykdom – på en verdig og faglig forsvarlig måte, gjennom hele sykdomsforløpet.
- » At både kommunale og private helsetjenester satser mer på å rekruttere, utvikle og beholde fagkompetent helsepersonell, framfor bare å effektivisere.
- » Helseansatte som er pådrivere for at pasienter med mistanke om kognitiv svikt får diagnose og behandling. Som tør og gidder kjempe pasientens sak, når de ikke selv lenger er i stand til det.
- » At penger øremerkes til spesialisering av sykepleiere, så jeg får flere fagkompetente kollegaer med videreutdanning i eldreomsorgen. Kolleger som SER mennesket bak sykdommen.
- » Et felles elektronisk system for sykepleiere og fastleger i de ulike kommuner. Det kan bidra til å bedre samarbeidet mellom helsetjenestene, og gjøre at pasientene får bedre og raskere behandling. ■■■

Sykepleien øker!

102 000
medlemmer



UTGIVELSESPÅN 2014

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	8. januar	16. januar
2	Sykepleien	29. januar	6. februar
3	Sykepleien	19. februar	27. februar
4	Sykepleien m/Sykepleien Forskning Annonsetest	12. mars	20. mars
5	Sykepleien	2. april	10. april
6	Sykepleien	30. april	8. mai
7	Sykepleien	21. mai	28. mai
8	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	11. juni	19. juni
9	Sykepleien	6. august	14. august
10	Sykepleien	27. august	4. september
11	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	17. september	25. september
12	Sykepleien	8. oktober	16. oktober
13	Sykepleien	29. oktober	6. november
14	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	26. november	4. desember

ANNONSEPRISER/FORMATER

Format	4-farger	Sort	Høydeformat	Bredde-format	Satsspeil	Utfallende inkl 5 mm skjærekant
Helside	33 900	26 300			210 x 275	240 x 307
2/3 side	24 900	18 200	138 x 275	210 x 182		
1/2 side høyde	20 500	15 800			102,5 x 275	122,5 x 307
1/2 side bredde	20 500	15 800		230 x 146	210 x 135	240 x 156
1/3 side	15 000	10 000	67 x 275	210 x 88		
1/4 side	13 200	9 500	102,5 x 135	210 x 65		
1/8 side	9 500	4 800		102,5 x 65		
2. omslag	37 000	29 000	lik helsidemål			
3. omslag	36 000	27 800	lik helsidemål			
Bakside	38 000	30 200	230 x 237			240 x 247
2/1 side	54900	47 000			440 x 275	470 x 307

Målene er i mm i bredde x høyde

Prisene er oppgitt eks mva

Medieplan 2014

En annonse i Sykepleien gir 267 000 eksponeringer (GEP som står for det antall en side i snitt genererer.

Kilde: TNS Gallup Offisielle lesertall blader/magasiner 2013/2

Opplag:
100 300 eksemplar!

Prøv oss på nett!
Nå følger våre nettsider opp bladets suksess! Sykepleien.no har over 50 000 sidevisninger i uken, og dette øker.

Velg mellom 3 formater:

- 180 x 500 pixler:
3 400,- per uke

- 180 x 300 pixler:
3 000,- per uke

- 580 x 200 pixler:
5 150,- per uke

Bilag er effektivt!
Kontakt Lise for et tilbud.

Bladformat: 230 x 297
Satsspeil: 210 x 275

Digitale produkter
Vi har nyhetsbrev, app og mobile nettsider. Kontakt oss for et tilbud.

Kontakt oss!
Ta kontakt for informasjon om målgruppen, eller bestilling av annonseplass.

Maud P. Kaino
Produktannonser
Maud.kaino@sykepleien.no
Tlf 97 74 21 20



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

TETT PÅ Anne Waagan

Hvorfor: Står i spissen og kjemper for at nyfødtintensiv på Rikshospitalet skal ha bemanning lik andre intensivavdelinger

Stilling: Sykepleier og tillitsvalgt på nyfødtintensiv på Rikshospitalet

Utdanning: Sykepleier

Alder: 28 år



I front for de minste

Anne Waagan kjemper en innbitt kamp for de små som må ha hjelp til å puste og holde hjertet igang.

Tekst Astrid Svalastog Foto Marianne Otterdahl-Jensen



Noen må «tørs», sier sykepleier og tillitsvalgt Anne Waagan. Læringskurven har vært bratt for 28-åringen fra Tynset. Hun står uredd og i fremste rekke i kampen for de små på nyfødtintensiv på Rikshospitalet.

Arbeidsdagene er så tøffe at arbeidsgleden forsvinner, forteller hun. De ansatte er redde for å gjøre feil og det meldes om avvik. Det jobbes doble vakter, og for få ansatte sliter. Flere har sluttet det siste året. Hun er redd enda flere skal pakke sammen og dra.

– Men hvem skal passe på barna hvis ikke vi med kompetanse blir, spør Anne Waagan.

HELE DET SISTE ÅRET har hun og flere med henne kjempet en innbitt kamp for at nyfødtintensiv skal få flere ansatte. Etter gjentatte bekymringsmeldinger har Fylkeslegen i Oslo og Akershus nå gjort det klart at han vil opprette tilsynssak mot Rikshospitalet.

– Endelig tar noen tak i saken, sier Waagan.

Nylig var hun i møte med Fylkeslegen og fikk en god følelse etterpå. Fylkeslege Petter Schou var selv til stede. Hun og andre tillitsvalgte fikk fortalt hvordan de opplever hverdagen.

– Det virket om de hadde forståelse for problemene. Det er utrolig viktig at noen endelig hører på oss, sier hun.

Fylkeslegen har allerede vært på Rikshospitalet og snakket med mange av de ansatte på avdelingen. Det skjedde allerede dagen etter møtet med de tillitsvalgte.

– GÅ INN PÅ BARNEKLINIKKEN, ta heisen opp i fjerde etasje, gå til høyre så møter jeg dere der.

Anne Waagan er klar i sine beskjeder når vi avtaler intervju. Før vi så mye som får meldt oss i resepsjonen er hun der, smilende og med et fast håndtrykk. Svartkledd fra topp til tå.

Det er sen ettermiddag, og det har vært en lang arbeidsdag, blant annet møter med tillitsvalgte på Ullevål sykehus. Likevel er det ikke nei i hennes munn da fotografen ber henne skifte tilbake til sykepleieruniform. Med et fast blikk og det lange håret godt samlet i nakken er hun straks tilbake og klar.

«Jeg hadde aldri trodd at det skulle være så tøft å være tillitsvalgt og være i klammeri med ledelsen.»

– Hvordan får du overskudd til å stå midt i stormen i denne tøffe jobben?

– Det henter jeg gjennom familie, venner og ikke å forglemme mamma. Hun har virkelig vært grei å ha, slår hun fast. I tillegg kan hun ikke fullrose kreftene og overskuddet treningen CrossFit gir.

– Jeg som ikke kan fordra treningsentre er blitt helt hekta.

CrossFit er en røff og hard treningsform. Vektløfting, trekking av tunge dekk og turnaktiviteter i stort tempo og variasjon. Slett ingen pyseidrett. Hun trener opp til to timer fire–seks dager i uken.

– Takket være det er jeg i god form. Jeg tror ikke jeg hadde kommet gjennom de tøffe prosessene på sykehuset hvis jeg ikke hadde holdt på med denne treninga. Den gir meg styrke, og jeg får ut masse aggresjon og frustrasjon, forteller hun.

LEDELSEN VED RIKSHOSPITALET har hittil vist liten forståelse for de ansattes bekymring. Det har vært som å slåss mot en murvegg. Tilbakemeldingen har vært at bemanningen er forsvarlig.

Og det er ikke bare nyfødtintensiv på Rikshospitalet som sliter. Situasjonen er den samme på Ullevål.

– Alle hjertebarna tilhører Rikshospitalet. Men det kan være like mange kritisk dårlige barn på Ullevål, sier Waagan.

Hittil i år har 22 sykepleiere ved nyfødt intensiv sluttet. I tillegg er flere sykepleiere med høy kompetanse ute i permisjon. Om de kommer tilbake er uklart.

– Situasjonen er veldig sårbar. Dette har ikke Rikshospitalet råd til, slår Waagan fast. Hun mener flere av dem som har sluttet ville stått i jobben om bemanningen hadde vært en annen.

– Mister vi flere dyktige sykepleiere ved vår avdeling er jeg redd det virkelig kan skje noe fatalt, sier Waagan som kommer med en klar oppfordring til helseministeren:

– Lov nyfødtintensiv lik bemanning som ved de andre intensivavdelingene på sykehuset. Da først vil vi kunne holde på dyktige medarbeidere.

Ved Universitetssykehuset i Oslo er normen ved nyfødtintensiv fem–seks ansatte per barn, mens barneintensiv har ni ansatte per barn. På voksenintensiv er det ofte over ni.

– Situasjonen er veldig sårbar. Det er under enhver kritikk at de minste og mest sårbare skal ha en lavere bemanning enn andre. Det burde heller vært motsatt, sier Waagan.

TILLITSVALGT ANNE WAAGAN har jobbet med disse små barna ved Rikshospitalet siden juni 2008. Hun kom da direkte fra sykepleierskolen på Elverum.

– For meg er dette drømmejobben. Den er utfordrende, givende og spennende. Men blir det ikke endringer med bemanningen, så holder jeg ikke ut jeg heller, sier hun.

Fortvilelsen er til å ta og føle på. Hun er sliten og det kan ikke skjules at det kommer tårer til syne i øyekroken. Det er ille å føle at man ikke strekker til. Mer enn en gang har hun gått fra jobben med vondt i magen og redd for hvordan både de små barna og kollegaene har det.

Hun har ikke egen familie eller barn og har derfor kunnet strekke seg ekstra langt i forhold til jobben.

– Får jeg egne barn og familie vil det bli svært vanskelig å jobbe her om ikke bemanningen endres betraktelig.

Anne Waagan har alltid hatt lyst til å bli sykepleier. Helt siden hun var liten jente og tuslet rundt i bakeriet til foreldrene på Tynset, var det dette hun hadde lyst til. Hun ville jobbe med barn.

– Jeg hadde tenkt å bli jordmor, men etter at jeg begynte her har jeg slått det fra meg. Å være med å få redde livet til disse små barna gir meg så mye.

Det minste barnet hun har sett var bare 290 gram.

– Det er smått. Det er stort ansvar å passe på at disse små får den behandlingen de trenger og har krav på, slår hun fast.

«**SYKEPLEIERNE SLÅR ALARM** om nyfødttintensiven på Rikshospitalet. Sykepleierforbundet er svært bekymret over tilstanden ved nyfødttintensiven ved Rikshospitalet,» står det med fet skrift over hele forsiden av Aftenposten en fredag i november.

Avisen skriver at medisiner blir gitt for seint, hjerteoperasjoner må strykes og utsettes. Premature barn får ikke den oppfølging de har krav på. Spedbarn sendes til lokalsykehus for tidlig på grunn av kapasitetsproblemer.

Det koster å møte slike overskrifter om egen arbeidsplass. Men situasjonen for barna på nyfødttintensiv må opp og fram i lyset. Ledelsen svarer med å si at bemanningen og driften er forsvarlig

Arrogansen fra ledelsen har kanskje vært noe av det vanskeligste å takle.

– Å slåss for en viktig sak og bli møtt med en murvegg av avvisning er tøft, sier Waagan.

– Hvis ledelsen hadde vist oss litt forståelse ville det vært lettere. Da hadde vi opplevd at vi ble sett og verdsatt. I dag føler jeg ikke at jeg blir sett på som en viktig arbeidstaker og ressurs. Vi føler ikke at vi blir hørt i det hele tatt.

Ledelsen avviser både at hjerteoperasjoner er utsatt på grunn av kapasitetsproblem og også påstanden at nyutdannede får ansvar for svært syke hjertebarn.

– Jeg hadde aldri trodd at det skulle være så tøft å være tillitsvalgt og være i klammeri med ledelsen. Å melde arbeidsplassen til arbeidstilsynet og fylkeslegen tar krefter, sier hun.

SELV OM DET ER beregnet én til én-bemanning må ofte en sykepleier ta ansvar for to barn.

– Når man står med to barn som trenger kontinuerlig overvåking og man er alene om ansvaret blir man redd for å overse noe viktig.

– Jeg kan ha ansvaret både for et hjertebarn og et barn som ligger med såkalt Ncpap. Ncpap behandling er pustestøtte som går ut på å blåse luft ned i lungene på pasienten. Uansett hva man velger blir det galt, sier hun fortvilt.

Waagan understreker likevel at barna på nyfødttintensiv Rikshospitalet får god og forsvarlig behandling.

– Behandlingen er forsvarlig, men bemanningen er uforsvarlig. Takket være dyktige leger og sykepleiere som strekker seg i alle kanter har det gått bra hittil.

Avdelingen har ikke bakvaktordning. I helgene er doble vakter mer vanlig enn uvanlig. Og man kan risikere å bli innkalt på jobb på kort varsel. Man føler seg som en dårlig sykepleier om man sier nei.

– Hadde vi hatt bedre tid kunne vi brukt foreldrene som ressurs. I dag har vi ikke tid. Dette er negativt både for foreldre og de små barna.

ANNE WAAGAN ER FORTSATT under utdanning etter fem år i jobben. Hun er nå i gang med en to års deltid videreutdanning for å bli fullbefaren spesialist på nyfødttintensiv. I forbindelse med denne utdannelsen må hun binde seg til å jobbe på avdelingen to år etter fullført utdanning. Først etter fire år blir en nyutdannet sykepleier regnet for å være fullbefaren.

– Læringskurven har vært bratt, men jeg har ennå mye igjen å lære, sier hun.

Som del av videreutdanningen hadde hun praksis ved nyfødttavdelingen på Lillehammer denne høsten. Oppholdet her har gitt overskudd og glede.

– Hva er den største gleden ved jobben?

Hun er ikke i tvil:

– Gleden når du opplever at et barn du har vært redd for å miste, kommer seg og du kan sende det friskt hjem, er ubeskrivelig. Da er det verdt både slit og tårer, sier hun og legger til:

– Følelsen av å ha gitt et barn livet tilbake er fantastisk. Da kan ingenting sammenliknes med denne jobben. Da er alt bare glede.

Men det har også vært mye gråt og fortvilelse. Nå er hun spent på hva Fylkeslegen kommer fram til.

«*Følelsen av å ha gitt et barn livet tilbake er fantastisk.*»

– Hvis vi fikk et vedtak om økt bemanning kan vi leve med at vi må jobbe ekstra i en periode. Men en endring må komme.

Det er sen kveld og mørket har senket seg over Rikshospitalet. For tynsetingen er kvelden slett ikke slutt. Nå venter et par timer med hard CrossFit på treningssenteret i Nydalen. ■■■

redaksjonen@sykepleien.no



Velg mediet som når alle sykepleierne!



**Vi øker!
102 000
i opplag**

Medieplan 2014

En annonse i Sykepleien gir 267 000 eksponeringer (GEP som står for det antall en side i snitt genererer.

Kilde: TNS Gallup Offisielle lesertall blader/ magasiner 2013/2

Bekreftet opplag:
94 446 eksemplar!

Sykepleien blad og nett gir søkere. Det sier våre mange fornøyde kunder. Og skulle du ikke bli fornøyd byr vi på neste annonse.

Har du noe å kunngjøre, tilbyr vi rimelig annonse på kunngjøringside.

Velg mellom blad og nett til en pris, eller kun nett.

Søkegaranti!

Vi garanterer deg søkere. Hvis ikke får du annonsen en gang til gratis.

Gjelder enten du velger blad/ nett, eller kun nett.

Nettbanner

Vi tilbyr nettbanner for ekstra synlighet.

Kontakt oss for et tilbud.

PRISER STILLINGSANNONSER

Blad og nett	Nett
Koster 66,- kr per spaltemillimeter høyde. Bredden er 97,5 mm for en spalte (to spalter bred er 200 mm). Eksempel: En annonse på 10 cm høyde koster 6 600,-	5 400,- per stilling. Annonsen ligger til søknadsfristen utløper (maks 50 dager).

UTGIVELSESPLAN 2014

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	8. januar	16. januar
2	Sykepleien	29. januar	6. februar
3	Sykepleien	19. februar	27. februar
4	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	12. mars	20. mars
5	Sykepleien	2. april	10. april
6	Sykepleien	30. april	8. mai
7	Sykepleien	21. mai	28. mai
8	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	11. juni	19. juni
9	Sykepleien	6. august	14. august
10	Sykepleien	27. august	4. september
11	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	17. september	25. september
12	Sykepleien	8. oktober	16. oktober
13	Sykepleien	29. oktober	6. november
14	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	26. november	4. desember

PRISER KUNNGJØRINGSANNONSER

Størrelse	Høydeformat	Breddeformat	Pris inkl farger
Helside	200 x 260		25 000,-
1/2 side	97,5 x 260	200 x 127	13 000,-
1/4 side	97,5 x 127	200 x 60	7 000,-
1/8 side		97,5 x 60	5 000,-

Målene er i mm i bredde x høyde

Kontakt oss!

Silje Marie Torper
Markedskonsulent
silje.marie.torper
@sykepleien.no
Tif 97 09 33 54



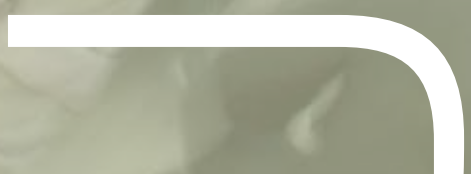
Ingunn Roald
Markedssjef
Ingunn.roald
@sykepleien.no
Tif 91 60 38 12



Tif. nr sentralbord: 02409

Sykepleien

Prisene er oppgitt eks mva



sykepleien.no



FREDRIKSTAD KOMMUNE

Prosjektleder 100 % stilling Virksomhet Friskliv og mestring



Friskliv og mestring er en virksomhet organisert under seksjon for Helse og velferd i Fredrikstad kommune. Virksomheten består av fire avdelinger: Avd. Rus- og psykisk helsearbeid, avd. Aktivitet, avd. Fysio- og ergoterapi og avd. Læring og mestring.

I virksomhet Friskliv og mestring lyses det nå ut et 100 % engasjement som prosjektleder. Det skal utvikles en mottaks- og utredningsenhet ved Ilaveien bosenter, som er et botilbud for rusavhengige med behov for støtte til bolig og behandling. Engasjementet er ettårig, men forlenges i inntil fire år, avhengig av Statsbudsjett.

Kvalifikasjoner

- Universitetsutdanning som psykolog/sosiolog, eller treårig høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag, med relevant videreutdanning innen fagområdet rus og psykisk helse
- Praksis fra prosjektledelse/prosjektarbeid med større prosjekter.

Kontaktpersoner

- Leif Nybøle, virksomhetsleder
950 40 114, leny@fredrikstad.kommune.no
- Gry Merete Haugland, spesialkonsulent
977 94 771, hgry@fredrikstad.kommune.no

Fullstendig annonsetekst og elektronisk skjema:
www.fredrikstad.kommune.no/utlysninger

Søknadsfrist: 19.12.2013

Diakonhjemmet Sykehus AS er lokalsykehus for ca. 130 000 innbyggere i Ullern, Frogner og Vestre Aker bydel innen indremedisin, generell kirurgi og psykiatri. Sykehuset har spesialfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. De psykiatriske avdelingene ligger på Vinderen og Tåsen. Diakonhjemmet Sykehus AS er et ideelt aksjeselskap eid av Det norske Diakonhjem, som er en diakonal stiftelse innen Den norske kirke.

-engasjert for menneske*

Enhetsleder ved enhet for rus og psykiatri

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, enhet for rus og psykiatri er det ledig 100 % fast stilling som enhetsleder. Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule,
tlf. 2249 8412 / 9203 2854

Se www.diakonsyk.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 09.01.14



Avdelingsleder - Skolehelsetjenesten for barn

Vil du være med å utvikle helsetjenester for barn og unge i en stor og spennende kommune? Vi har ledig fast stilling.

Les mer på www.baerum.kommune.no/jobb
Referansenr.: 1923894241

Bærum kommune –
kanskje ditt viktigste valg



Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er lokal- og områdesykehus for 460 000 innbyggere fordelt på Romerike, Follo, tre bydeler i Oslo og Rømskog. Om lag 8 000 medarbeidere leverer spesialisthelsetjenester innen somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus. "Menneskelig nær - faglig sterk" er vårt verdigrunnlag og ledestjerne.

Anestesiavdelingen - Akutt Smerteteam Anestesisykepleier

Anestesiavdelingen skal opprette Akutt Smerteteam ved Ahus. Vi søker dermed 2 anestesisykepleiere i fast stilling. Teamet skal være et sykehusovergripende tilbud.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Vegard Dahl, avdelingssjef, tlf. 916 74 604 eller Liv Ingunn R. Dieseth, ass.avdelingssjef, tlf. 977 66 079.

Referansenr: 1961290356

Søknadsfrist: 2. januar 2014

Les mer om stillingene på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Intensiv, Hamar

Intensivavdelingen Hamar er organisert under akuttmedisinsk avdeling og består av to enheter, intensiv og postoperativ. Vi behandler både medisinske og kirurgiske pasienter som er akutt/kritisk syke og som trenger kontinuerlig overvåkning og behandling/pleie. Avdelingen har ressursgrupper innenfor ulike fokusområder.

Intensiv, Hamar har følgende ledig stilling:

Avdelingssykepleier

2. gangs utlysning.

100 % fast stilling ledig. (Ref.nr. 1908543464).

Avdelingssykepleier vil ha ansvar for daglig og faglig drift, herunder personal og budsjettansvar. En viktig oppgave er samarbeid med nærliggende avdelinger. Avdelingssykepleier blir en del av akuttmedisinsk team. Avdelingen har 70 ansatte, det er ønsketurnus. Avdelingen har fagsykepleier, ass. avd.sykepleier og driftsykepleier i den lokale ledergruppa. Den som søker bør ha spesialutdanning innen intensiv sykepleie. Lederutdanning og erfaring fra tilsvarende stillinger vil bli vektlagt.

Kontakt: Amund Aasgaard, tlf. 62 53 71 24.

Søknadsfrist: 19. desember 2013

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Øystre Slidre kommune

- rein naturglede!

Øystre Slidre kommune ligg i Valdres. Lokalsamfunnet er i rask utvikling med reisemålet Beitostølen som motor. Beitostølen er det beste reisemålet for langrenn og turskiløping i Noreg og inngangsport til Jotunheimen, med flott turterreng også om sommaren. Kommunen har gode velferdstenester, 2 nye barneskular og full barnehagedekning.

LEIANDE HELSESYSTER

2. gongs utlysning

Øystre Slidre kommune har ledig fast stilling som leiande helsesyster. Arbeidsområda for stillinga vil i fyrste rekke vere helsestasjonsarbeid og skulehelse-teneste. Tverrfagleg arbeid for barn og unge er eit prioritert område i kommunen.

Vi søker ein engasjert og sjølvstendig person med utdanning som helsesyster. Personlege eigenskapar og relevant erfaring vil bli vektlagt.

For fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema, sjå våre heimesider: www.oystre-slidre.kommune.no eller kontakt leiar for helseavdelinga Knut Sigbjørn Lien på tlf 905 08 223.

Søknadsfrist: 3. januar 2014

OSLO PLASTIKKIRURGI

Oslo plastikkirurgi søker

OPERASJONSSYKEPLEIERE

på timebasis, alternativt deltidsengasjement til dagkirurgisk virksomhet innen kosmetisk plastikkirurgi.

Send gjerne din cv og søknad til: info@osloplastikkirurgi.no
Søknadsfrist: Snarest.

For mer informasjon se www.osloplastikkirurgi.no



Akuttklinikken - Prehospitalt Senter

AMK OSLO OG AKERSHUS

Ledige stillinger som Medisinsk Operatør

AMK Oslo og Akershus er en del av Prehospital Divisjon ved Oslo Universitetssykehus. Arbeidsområdet omfatter besvarelse av medisinsk nødtelefon og koordinering av luft- og bakkeressurser prehospital. På grunn av stadig økende arbeidsmengde og økte krav fra samfunnet trenger vi nå mer personell.

AMK søker etter sykepleiere som ønsker en annerledes og utfordrende jobb innen prehospital akuttmedisin. Hovedoppgaven for medisinske operatører er besvarelse og oppfølging av medisinske nødmeldinger (113). Arbeidet omfatter også mottak av ordinære ambulanseoppdrag, intensivtransporter samt luftambulanseoppdrag

Vi kan tilby

- En spennende og utfordrende jobb i et aktivt prehospitalt miljø
- Allsidige problemstillinger innen alle felt av akutt- og storbymedisin
- Tilrettelagt opplæring, kurs og hospitering hos samarbeidspartnere
- Høyt faglig fokus med jevnlig faglig oppdatering
- Et godt tverrfaglig miljø og hyggelige kollegaer
- Særtilllegg for ansatte i AMK p.t. kr 50.000,-/år etter utsjekk.
- Hel- eller deltids stilling
- 3 skiftløsning

Kvalifikasjoner

- Autorisert/off. godkjent sykepleier
- Minst 2 års relevant og variert erfaring fra helsevesen
- Akuttmedisinsk erfaring/kompetanse
- Gode kommunikasjonsferdigheter og samarbeidsevne
- Gode norsk- og engelskkunnskaper
- Gode IT-kunnskaper
- God simultankapasitet og evne til å jobbe effektivt under stress

Vi legger stor vekt på personlig egnethet, faglighet, samarbeidsevne og selvstendighet innen det akuttmedisinske feltet.

Utfyllende søknad med CV og ansiennitetsdokumenter sendes elektronisk via www.oslo-universitetssykehus.no/jobbsok

Søknadsfrist: snarest

Kontaktpersoner:

Anne Lene Finsrud: uxanfi@ous-hf.no Tlf: 95 25 10 35
Stig Osnes: uxosns@ous-hf.no Tlf: 99 21 35 55

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.

Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken

Avdelingsjordmor

Fast 100% stilling ved Føde/barselseksjonen, Tromsø.

Vi tilbyr en lederjobb for en kreativ gjeng som har fokus på faglig utvikling og på å kunne tilby pasienten det beste.

Vi søker en faglig engasjert jordmor som har lyst til å lede. Relevant lederutdanning og ledererfaring er ønskelig, men vi legger også til rette for å kunne ta lederutdanning.

Kontakt: Gunnel Axelsson, tlf. 975 46 231.

Søknadsfrist: 15. desember 2013

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



Hobøl kommune

Elvestad, 1827 Hobøl, tlf. 69 92 44 00



Ledige stillinger:

SYKEPLEIERE

i to faste 89 % stillinger med turnus dag/aften, og arbeid hver 3.helg.

Søknadsfrist: 13.12.2013.

Kontaktperson: Liv Høgås Steen, tlf. 69 92 46 24/920 26 202.

Fullstendig annonsetekst: www.hobol.kommune.no

Hobøl på kartet



no/olof/alek/mb/4/ Foto: Charlotte Swenson

Fordi det er **FORSKJELL!**

I Sykepleien treffer du sykepleiere som er stolte av jobben sin og opptatt av å holde seg faglig oppdatert. Derfor får du bedre og mer motiverte søkere gjennom en stillingsannonse i Sykepleien. Sykepleiere som ønsker å gjøre en forskjell, leser Sykepleien.

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

Nimi, Norsk idrettsmedisinsk institutt, er en tverrfaglig privat helseaktør med bl.a. spesialister innen ortopedisk kirurgi, fysikalsk medisin og rehabilitering, anestesi, indremedisin, idrettsleger, manuellterapeuter og fysioterapeuter som utgjør landets fremste private kompetansemiljø innen muskel- og skjelettlidelser. Nimi er et søsterselskap av helsekonsernet Stamina.

Nimi Sykehus er lokalisert på Ullevaal Stadion med to operasjonsstuer. Den kirurgiske virksomheten er innen ortopedisk kirurgi samt ryggkirurgi. Sykehuset er «evidence-based», tverrfaglig og holder høy kvalitet på alle tjenester.

Nimi Spesialsykehus for ortopedi søker:

Enhetsleder/ Operasjonssykepleier

100% stilling. Stillingen er en kombinasjon av arbeid som operasjonssykepleier og lederansvar for sykehusdriften.

Arbeidsoppgaver vil bl.a. være:

Operasjonssykepleie for ortopediske pasienter. Administrativ drift av sykehusenheten, inkl. økonomi- og personalansvar.

Personen vi søker må ha:

Bred erfaring som operasjonssykepleier med bakgrunn i ortopedisk kirurgi, administrativ/økonomisk kompetanse og erfaring. Tydelig lederskap som enhetsleder, og evne til å motivere sine medarbeidere. Stor arbeidskapasitet. Personlig egnethet vil bli vektlagt.

Stillingen er i 100% fast arbeidsforhold. Hovedsakelig arbeid på dagtid men noe fleksibilitet må påregnes. Fri alle helger og hellig-/høytidsdager. Lønn etter avtale, meget gode pensjons- og forsikringsordninger.

Kontaktpersoner:

Faglig leder for Nimi Spesialsykehus for ortopedi
Henrik Hofgaard,
e-post: henrik.hofgaard@nimi.no, tlf. 979 65 959

Administrerende direktør Nimi AS,
Terje M. Halvorsen,
e-post: terje.halvorsen@nimi.no, tlf. 952 86 007

Søknad med CV sendes driftsleder
Mariann Gammelsæter på
e-post: mg@nimi.no

Søknadsfrist: 17. desember 2013

www.nimi.no



TADAA!
DEN 1. NOVEMBER
BYTTET VI NAVN
FRA XTRA CARE TIL
CENTRIC CARE.

Akkurat nå!
Vi søker flere
sykepleiere!

Fra og med den 1. november heter vi Centric Care. Nytt navn. Samme trivelige bemanningsselskap. Enda bedre jobbmuligheter.

Les mer om nye Centric på www.centric.eu/care.

www.centric.eu/care

**AVDELINGSLEDER HELSESTASJONS- OG SKOLE-
HELSETJENESTEN 100% FAST STILLING**

Virksomhet Familiens hus yter tjenester til gravide, barn og ungdom og deres familier innenfor områdene helsestasjons- og skolehelse-tjeneste, barneverntjeneste, bofellesskap for enslige mindreårige flyktninger og psykisk helsetjeneste/forebyggende tiltak.

Frist: 18.12. 2013
Se www.ski.no/ledigestillinger for full utlysning

Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Lillehammer

Operasjonsavdelingen
Operasjonssykepleier (Ref.nr. 1958309137)

- 100 % og 2x80 % fast
- 80 % vikariat fra januar 2014 – mars 2015

Kontakt: Johan Persson, tlf. +47 469 36 395,
johan.persson@sykehuset-innlandet.no

Søknadsfrist: 2. januar 2014

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).
Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne det i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert for søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.

HELSE **SØR-ØST**

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsestenestene

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.

Seniorrådgjevar – 2013/18

Statens helsetilsyn har ledig fast stilling som seniorrådgjevar for sjukepleiar med teneste i avdeling for spesialisthelsetenester. Vi ønskjer oss ein samfunnsengasjert fagperson med erfaring frå somatisk spesialisthelseteneste og interesse for helserettsspørsmål og pasienttryggleik.

Snarleg tilsetjing er ønskeleg.

For fullstendig utlysing, sjå <http://www.helsetilsynet.no> (Ledige stillinger).

Søknadsfrist: 18. desember 2013



Stabæktunet bo- og behandlingssenter trenger akkurat DEG!

Vi har ledig stilling som sykepleier / fagutviklingssykepleier. Hos oss får du være delaktig i et arbeidsmiljø preget av høy faglighet, god bemanning og kompetanseutvikling.

Les mer på www.baerum.kommune.no/jobb

Referansnr.: 1955560935, 1929375388 og 1976276516



BÆRUM
KOMMUNE

Bærum kommune –
kanskje ditt viktigste valg

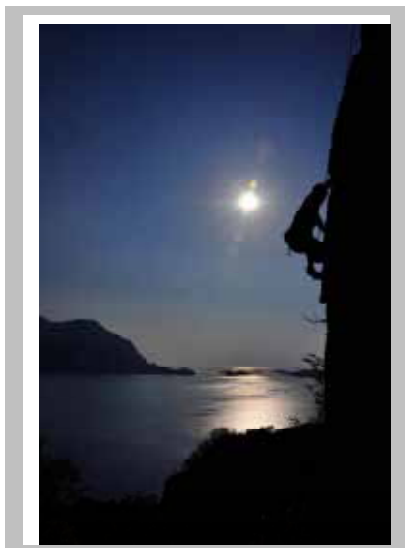


Annonser i Sykepleien og få Facebook med på kjøpet!

Sykepleien har snart 13.000 likes. Disse og andre facebook brukere kan se stillingsannonser under fanen Ledige stillinger.

Bruk Sykepleien til rekruttering. Da når du målgruppen.

Sykepleien



"Slaget er ikkje tapt"

vi har fagleg fokus
vi har pasientflyt
vi har pasientmedverknad
vi har forskning
vi har samhandling
vi har motivasjon

Nasjonal konferanse om Hjerneslag Rica Parken Hotel i Ålesund 03. - 04. april 2014

Arrangør:
Helse Møre og Romsdal i samarbeid med
NSF si landsgruppe i slagsykepleie

Bli motivert av sjukepleiar og eventyrar Cecilie Skog som tek deg med til "Cecilies verden"



Nokre av tema på konferansen:

- Standard mottak av slagpasientar i sjukehus
- FASTer Trombolyse
- Kommunikasjon i akutfasen
- Trygg utskrivning og tidleg heimreise – samarbeid med kommune
- Presentasjon av forskning på hjerneslag
- Akutt hjerneslagbehandling utenfor sykehus- ein ny æra?

Målgruppe: Helsepersonell som jobbar med og/eller er interessert i slagbehandling

For meir info og påmelding til konferansen: www.sykepleierforbundet.no velg Fag og deretter Faggruppe Slagsykepleiere i nedtrekksfeltet til venstre.

Spørsmål kan rettes til: hjerneslagkonferansen2014@gmail.com

www.helse-mr.no

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.


HØGSKOLEN
i Buskerud



Er du en ildsjel?

Verdighetsenteret tilbyr et unikt opplæringsprogram:

FRIVILLIGHETSKOORDINERING – ELDREOMSORG

Opplæringen skal kvalifisere deg til å organisere og lede frivillig arbeid innenfor eldreomsorg. Du vil også få faglig støtte til å utvikle lokale frivillighetsprosjekter.

NY SATSING FOR REGION ØST:

- 3 samlinger fordelt på ett år, totalt 9 dager
- 1. samling i Bergen, 2. og 3. i Oslo
- Pris: kr. 3.500,- inkl. studiemateriell og lunsj

OPPSTART 11. FEBRUAR 2014

For informasjon og påmelding: www.verdighetsenteret.no
Kontakt: ehi@verdighetsenteret.no | Tlf: 55 39 77 48/39



Verdighetsenteret er et nasjonalt kompetansesenter med et sterkt tverrfaglig miljø innenfor eldreomsorg, frivillig arbeid og Palliative Care. Vi jobber for at sårbare gamle skal få en verdig alderdom.



2. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter 13. og 14. februar 2014

Konferansen vil blant annet dekke de viktigste temaer innen:

- Aterosklerose
- Ultralyd
- Endarterektomi
- Stenting
- Koronarsykdom hos TIA/hjerneslag pasienter
- Nye platehemmere
- Iskemisk hjertesykdom som årsak til cerebrale embolier
- Kryptogene hjerneinfarkter og hjertet
- Hjertepasienter og risikoen for hjerneslag
- PFO og behandling
- Invasive kardiovaskulære undersøkelser og hjertekirurgi
- Kognitiv svikt
- Demens og kardiovaskulære sykdom
- Oppdatering av hjerneslagbehandling og rehabilitering
- Diagnostisering og behandling av koronarsykdom
- Tverrfaglig samarbeid.



Vi ønsker alle sykepleiere velkommen til Oslo Kongressenter 13. og 14. februar 2014

FOR FULLT PROGRAM OG PÅMELDING:
www.hjertetoghjernen.no



Kurs i tverrfaglig brannskadebehandling, Haukeland universitetssjukehus

Tid: 05.03 – 06.03-2014

Sted: Kalfaret Brygghus, Hansaparken

Adr: Kalfarveien 76, 5018 Bergen

Kursavgift: Kr. 3200 inkludert møtemat

Påmeldingsfrist: 14.02-2014

Antall deltagere: 100

Målgruppe: Sykepleiere, spesialsykepleiere, fysioterapeuter, leger og annet helsepersonell med interesse for brannskadebehandling

Læringsmål: Kurset skal gi en innføring i vurdering og behandling av brannskader på skadested og etter ankomst sykehus. Gjennomføre initialbehandling av brannskadde voksne og barn, kjenne til intensivmedisinske behandlingsprinsipper, og være orientert om hvilke pasienter som skal overføres til brannskadesenter i Bergen. Kjenne til generelle prinsipper for behandling og videre rehabilitering av pasientgruppen.

Emner som vil bli belyst:

- Epidemiologi
- Skadestedsbehandling, transport og mottak
- Sårbehandling
- Væskebehandling
- Smertebehandling
- Ernæring
- Mindre skader/poliklinisk behandling
- Fysioterapi/Rehabilitering
- Etiske utfordringer
- Arbeid med kritisk syke og pårørende
- Livskvalitet
- Infeksjonsproblematikk
- Akutt og rekonstruktiv kirurgi
- Beredskapsplan for katastrofer

Kurskomité:

Spesialrådgiver/spesialsykepleier Eli Haugsmyr, spesialrådgiver/ spesialsykepleier Åsa Rommetveit Remme, spesialsykepleier Monica Stormark Steine, Avdelingsoverlege Hartmut Heisterkamp, overlege Ragnvald Brekke, overlege I. amanuensis, DEAA, EDIC Anne Berit Guttormsen.

Det søkes NSF om godkjenning for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 12 timer

Påmelding til: Brannskadekurs2014@helse-bergen.no

Kontaktperson:

Eli Haugsmyr, eli.haugsmyr@helse-bergen.no, tlf: 55 97 62 41

Åsa Rommetveit Remme, asa.remme@helse-bergen.no, tlf: 55 97 09 42
 Ytterligere informasjon på www.helse-bergen.no/avd/brannskade

Med forbehold om mindre endringer

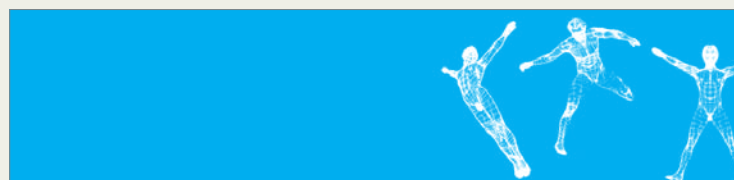


Er du opptatt av kvalitetsforbedring?

Nettbasert videreutdanning i kunnskapsbasert praksis våren 2014

Vi tilbyr nettbasert videreutdanning i kunnskapsbasert praksis. Her lærer du å finne, vurdere og bruke nye forskningsresultater i praksis. Studiet passer for alle helsearbeidere.

Les mer og søk opptak på hib.no/studier



ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN

MASTER I HELSELEDELSE, KVALITETSFORBEDRING OG HELSEØKONOMI (DELTIDSSTUDIUM)

Forskningbasert kunnskap og refleksjon om helseleders utfordringer:

- Organisasjons- og personaledelse
- Kvalitetsforbedring
- Pasientsikkerhet
- Økonomistyring
- Samhandlingsreformen

Målgruppe: Ansatte i helse-sektoren med utdanning på minimum bachelornivå samt to års relevant praksis.

De tre emnene – som hver gir 20 studiepoeng – er frittstående og kan gjennomføres enkeltvis. Emnene inngår i en mastergrad der masteroppgaven på 30 studiepoeng kommer i tillegg (til sammen 90 studiepoeng).

Mer informasjon finner du på: uib.no/evu



UNIVERSITETET I BERGEN

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.



Vi er clogs fra Sanita og er snart å finne hos Vaktrommet!

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



Lik oss og vær med i trekninger!

MEDIYOGA
- medisinsk yoga



Utdannelse for helsepersonell.

OSLO - STAVANGER - BERGEN - BODØ
TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

mediyoga.com +46 85 40 882 80

Med de beste
ønsker om en

God jul og et
Godt nytt år!

Hilsen

Sykepleien

REIS MED HJERTE, HJERNE OG HOLDNING



LANGS PILEGRIMSRUTEN TIL SANTIAGO DE COMPOSTELA

Følg i pilegrimenes fotspor gjennom vidunderlige spanske landskaper, middelalderbyer med vakre kirker – og mer enn 1000 års historie – med norsk reiseleder, 8 dager

På denne kulturhistoriske reisen har vi valgt ut noen av de mest interessante stedene på den berømte nordspanske pilegrimsruten – historiske kirker og klostre, imponerende katedraler og pittoreske byer. Vi har lagt inn mulighet for kortere vandringer langs pilegrimsruten, hvor vi kommer forbi vinmarker, høysletter og fjellområder – og på egne ben kan følge den meditative reisen pilegrimer i mer enn et årtusen har gjennomført med vandrestav i hånden og endemålet – den hellige Jakobs grav – for øyet. Vi har imidlertid gjort turen komfortabel og tar de lange strekningene med buss, sover på behagelige hoteller og smaker de forskjellige regionenes gode mat og drikke, inklusive vinsmaking i Rioja.

Dagsprogram

- Dag 1 Oslo–Bilbao
- Dag 2 Bilbao–Pamplona. Byrundtur, kirker
- Dag 3 Pamplona–Burgos. Kirker, vinsmaking og vandring
- Dag 4 Burgos–León. Burgos-katedralen, kloster, kirker, vandring
- Dag 5 León–Ponferrada. Santa María de León-katedralen, Hostel San Marcos, Gaudís bispepalass, vandring til Jernkorset
- Dag 6 Ponferrada–Santiago de Compostela. O Cebreiro-passet, blekksprutspecialitet, vandring
- Dag 7 Santiago de Compostela. Byvandring, Santiago-katedralen, pilegrimsmesse og avskjedsmiddag
- Dag 8 Santiago de Compostela–Oslo

Avreise 11/5 2014 Kr. **12.998,-**



Prisen inkluderer

- Fly Oslo – Brussel – Bilbao/Santiago de Compostela – Brussel – Oslo
- Alle flyskatter og -avgifter
- Norsk reiseleder
- Utflukter og entreer ifølge program
- Vinsmaking på vingård
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Halvpensjon som består av frokost og middag

Tillegg for enkeltrom kr. 2.500,-



INFORMASJON OG PÅMELDING

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
info@albatros-travel.no

Ring på tlf.: 800 58 106. Man-fre 9:30-17:00

Vennligst opplys reisekode LR-SYK

Albatros
Med. DK NOR

NUVARING®

(etonogestrel/etinylostradiol)

Gi jentene kontroll med en månedlig og enkel metode

NuvaRing®

(etonogestrel/etinylostradiol vaginalring)¹

- 99% effektiv slik som kombinasjons p-piller, men man slipper å ta en pille hver dag²

- Bedre blødningskontroll enn p-piller (vs 30 µg EE/DRSP), og enkelt å forskyve mensene^{1,3}

- 96% av de som brukte Nuvaring var fornøyd!⁴

Utvagt sikkerhetsinformasjon Nuvaring®

(For fullstendig sikkerhetsinformasjon henvises til preparatomtalen)

Kontraindikasjoner: Som for hormonelle prevensjonsmetoder som inneholder etinylostradiol 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.

Før forskrivning av Nuvaring® se preparatomtalen

c NuvaRing "Organon"

Antikonseptjonsmiddel

ATC-nr.: G02B B01

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinylostradiol 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 tilleggsprevensjon (barriere metode) 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 tidligere iskemiske anfall). Kjente 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 leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtryksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ingen bruk. Risikoen varierer fra ca. 20 til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for kombinasjons-p-piller som inneholder hhv. levonorgestrel og desogestrel/gestoden. Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Epidemiologiske studier viser inkonsistente resultater vedrørende risiko for VTE ved bruk av NuvaRing. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflattiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig re-mobilisering. Epidemiologiske studier har også forbundet bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon med økt risiko for arteriell tromboembolisme (hjerteinfarkt, forbigående iskemiske anfall). Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklaffefeil, 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 ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein S, 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 innfatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i beina, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller atasi, 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 tarm sykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt) og sigmoidesykdom. 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. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på blodnødninger i abdomen. Kvinner med hypertiglyseridemi 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

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

Referanser: 1. SPC (Summary of Product Characteristics) Organon, Nederland, 17. juni 2013. 2. Ahrendt H-J, Nisand I, Bastianelli C, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30µg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. Contraception. 2006;74(6):451-457. 3. Milsom et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined oral contraception ring, NuvaRing, versus an oral contraception containing 30microgram ethinyl estradiol and 3mg drospirenone. Human Reproduction. Vol 21. 2006. pp2304-2311. 4. Dieben. Efficacy, Cycle Control, and User Acceptability of a Novel Combined Contraceptive Vaginal Ring OBSTETRICS & GYNECOLOGY 2002;100(3): 585-593.

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, otoskleroserelatert 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 kolitt 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: Livmorsprolaps, 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. fenytin, fenobarbital, primidol, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohapatisk sirkulasjonen av østrogen kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinylostradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: 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 prevensjonsormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Amning:** Østrogen kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amning. **Fertilitet:** Etter seponering av NuvaRing bør en vente til første naturlige menstruasjon for en forsøker å bli gravid. Det gjør det lettere å beregne når babyen kan forventes. **Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksjoner: Vaginale infeksjoner. Kjønnsganer/bryst: Smertor 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: Hørselstap. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksjoner: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsganer/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspenning, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektropi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampor i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, muskelkramper, smerter i leddene. Neurologiske: Svimmelhet, hypostesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlatning, hyppig vannlatning. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hjerne/kar: Venøs tromboembolisme. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Hud: Urticaria. **Egenskaper: Klassifisering:** Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinylostradiol pr 24 timer. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen. **Absorpsjon:** Rask absorpsjon fra vaginal-slimhinne. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinylostradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinylostradiol ca. 56%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinylostradiol ca. 15 liter/kg. **Halveringstid:** Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasma clearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabollittutskillelsen ca. 6 dager. Etinylostradiol: Ca. 34 timer. Plasma clearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metabollittene 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:** 3 stk. kr 304,60. **Sist endret:** 19.06.2013